



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**

**ESTUDIO DE CASO: ENFERMERÍA EN
REHABILITACIÓN Y LA ATENCIÓN AL
PACIENTE QUEMADO BAJO EL MODELO DE
DOROTHEA OREM**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ENFERMERA ESPECIALISTA EN
REHABILITACIÓN
PRESENTA: DIANA CEPEDA GARCÍA**

**TUTORA: EER.DULCE MARÍA ESQUIVEL
HERNÁNDEZ**

CD. DE MÉXICO

2016.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Estudio De Caso: Enfermería En Rehabilitación Y La Atención Al
Paciente Quemado Bajo El Modelo De Dorothea Orem*



*“ Cuando una persona desea realmente algo, el
Universo entero conspira para que pueda realizar su
Sueño. Basta con aprender a escuchar los dictados
del corazón y a descifrar el lenguaje que está más
allá de las palabras”*

Paulo Coelho

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN	6
II.- OBJETIVOS	11
III.- FUNDAMENTACIÓN	12
3.1.- ANTECEDENTES.....	12
IV.- MARCO CONCEPTUAL	15
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	15
4.2 PARADIGMAS	17
4.3 TEORIA DE ENFERMERÍA.....	18
TEORIA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	18
<i>Antecedentes Biográficos</i>	18
TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	20
4.4 TEORIA DE OTRAS DISCIPLINAS	22
4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA	22
V. METODOLOGÍA	27
5.1 ESTRATEGÍA DE INVESTIGACIÓN	27
5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	27
<i>TRASCENDENCIA</i>	28
<i>MAGNITUD</i>	29
<i>FACTIBILIDAD</i>	32
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS Y LOS ENFERMEROS.....	33
CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES.....	45
<i>LEY GENERAL DE SALUD NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico</i>	45
CONSENTIMIENTO INFORMADO	46
VI. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	49
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	49
6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA.....	49
VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	50
7.1 VALORACIÓN	50
7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA	52
7.1.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.....	55
7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	55
.....	56
7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	56
7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.....	57
7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	58
7.4.1 OBJETIVO DE LA PERSONA	58
7.4.2 OBJETIVO DE LA ENFERMERA	58
7.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	58
7.5 EJECUCIÓN.....	79
7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES	79

7.6 EVALUACIÓN	82
7.6.1. EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA	82
7.6.2. EVALUACIÓN DEL PROCESO	83
VIII.PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA.....	94
IX CONCLUSIONES	97
X SUGERENCIAS.....	98
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXOS.....	101

I.- INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son el resultado de un traumatismo físico o químico que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos implicados. Producen tres efectos: pérdida de líquidos, pérdida de calor, lo que puede causar hipotermia y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección.

El riesgo de una quemadura va a depender principalmente de tres factores: profundidad (tipos A= superficial, AB=intermedia y B=profunda), extensión (porcentaje de la superficie corporal quemada) y edad de la víctima (ancianos y niños presentan peor pronóstico).

Las quemaduras ya no deben ser consideradas como “accidentes” ya que no son sucesos debidos al azar sino más bien siniestros producidos por la exposición repetitiva a actividades de riesgo. A escala mundial las actividades de riesgo que generan entre 80 y 95% de los traumatismos, intoxicaciones y quemaduras son:

- a) La falta de cultura preventiva (teórica- práctica) en toda la población
- b) La pobreza
- c) La falta de la normatividad que regule, prohíba, supervise y sancione la realización de actividades de riesgo
- d) El mal control de la violencia social

El estudio de la carga mundial de morbilidad del año 2010 reportó que hubo 52.8 millones de muertes, de las cuales 5.1 millones (9.65%) fueron debidas a lesiones, de las cuales 2.2% se presentaron en menores de un año de edad y 627 741 (12.3%) se presentaron en niños de 1 a 19 años de edad. En menores de 19 años de edad las lesiones predominaron en el sexo masculino, a excepción de las quemaduras que predominaron en el sexo femenino. Las 4 principales causas de muerte por lesiones fueron: los accidentes de tráfico con 33%, el ahogamiento con 22%, las quemaduras con 14% y las caídas con 8%. Dicho estudio también hace mención que las lesiones produjeron 84% de las muertes de personas de países de ingresos económicos bajos y medios bajos, mientras que sólo produjeron 6% de las muertes de personas de países de ingresos económicos altos.¹

Al tratarse de una lesión cutánea potencialmente grave, ocasionada accidentalmente, cualquier persona es sensible a padecerla, especialmente en personas mayores y en la infancia. Ya que representan una de las patologías más frecuentes, graves e incapacitantes, siendo los accidentes domésticos, de tráfico y laborales sus principales causas.

Existen diferencias significativas en cuanto al mecanismo de producción y dependen del lugar en que se produce el accidente. Las quemaduras domésticas más frecuentes son las producidas por líquidos calientes (escaldadura), fundamentalmente agua y aceite, seguidas de quemaduras por sólido caliente (plancha, estufa. etc.). De las quemaduras producidas en el hogar, el 65% corresponde a escaldaduras y el 20% a sólidos calientes, las producidas por llama y explosión se sitúan en el 8%. La infancia y la vejez son las etapas de la vida donde se producen mayor número de quemaduras, así los niños menores de 5 años sufren el 45% de las quemaduras severas y éstas se producen principalmente en la cocina con líquidos calientes.²

¹ Moctezuma, y col. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015; 78-82

² Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras 2011. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla pág. 16
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

La piel tolera el contacto por un periodo breve a una temperatura de hasta 40° centígrados, pero de allí en adelante el aumento de la temperatura sin duda la lesiona y por cada grado centígrado que aumente, asciende drásticamente la injuria. Cuando una persona se expone a temperaturas mayores a 70° centígrados se produce una destrucción inmediata por necrosis de la epidermis. La lesión por quemaduras rompe la homeostasis del organismo y entre más extensa sea ésta, puede llegar a afectar todos los órganos de la economía. La severidad de la lesión por una quemadura se relaciona con la transferencia de calor. El índice del traspaso térmico depende de la capacidad de calor del agente, de la temperatura del agente, de la duración del contacto, del coeficiente de transferencia de calor y de conductividad específicos a los tejidos. Las quemaduras producen destrucción de las membranas celulares y una respuesta inflamatoria local y/o sistémica de acuerdo a su extensión.

Dentro de las alteraciones locales³ que presenta el paciente quemado, localmente producen necrosis coagulativa de la epidermis y de los tejidos más profundos, la profundidad de la quemadura depende de la temperatura a la cual se exponga la piel y de la duración a esta exposición. El agente causal también influye en la profundidad de la quemadura; por ejemplo, una quemadura por aceite generalmente es más profunda que una quemadura por agua hirviente; aún cuando ambos elementos estén a iguales grados centígrados y a igual tiempo de exposición. Esto se debe a que el calor específico del aceite es mayor que el del agua.

Mientras que a nivel sistémico las quemaduras extensas se asocian con una liberación masiva de mediadores inflamatorios hacia la circulación, produciendo una respuesta inflamatoria sistémica. Estos mediadores producen un aumento en la permeabilidad vascular, con extravasación de líquido hacia el intersticio y aparición consecuente de edema. La consecuencia directa de la extravasación de líquido es la hipovolemia que genera disminución en la perfusión y aporte de oxígeno a los tejidos. Como resultado, las quemaduras tienen la capacidad de alterar casi todos los sistemas corporales en proporción directa con su extensión. Algunas alteraciones son de corta duración, pero otras persisten hasta que se restablece completamente la cubierta cutánea.

Por otra parte la respuesta cardiovascular inmediata a la quemadura es una disminución del gasto cardíaco, con un aumento en la resistencia vascular periférica.

De doce a dieciocho horas posteriores al trauma, el gasto cardíaco empieza a aumentar y permanece elevado hasta la cicatrización de todas las heridas.

La destrucción de la piel, lleva a un gran aumento de las pérdidas hídricas por evaporación. Este aumento de las pérdidas, asociado a la alteración de la permeabilidad capilar puede llevar rápidamente al paciente a un shock hipovolémico.

Así mismo dentro de las alteraciones hematológicas el shock inicial de la quemadura puede verse exacerbado por hemólisis aguda, ésta hemólisis tiene principalmente dos causas, la primera, es una destrucción de eritrocitos directamente por contacto con el calor, la segunda, se debe a una disminución en la vida media de los eritrocitos afectados, ya sea por daño directo al eritrocito, o por una anemia hemolítica microangiopática que puede persistir hasta por dos semanas.

Los pacientes con quemaduras extensas pueden desarrollar alteraciones de la coagulación gracias a dos mecanismos, trombocitopenia y depleción y/o síntesis inadecuada de factores de la coagulación.

Cabe mencionar que las alteraciones renales que manifiestan los pacientes quemados presentan una disminución del flujo renal y de la tasa de filtración glomerular, debido a una disminución del volumen sanguíneo y del gasto cardíaco.

³ Ramírez. Fisiopatología del paciente quemado. Unidad de Quemados. Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia. Marzo de 2010. (artículo consultado en línea) disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/viewArticle/790>

Se debe mantener un gasto urinario entre 50 y 70 cc/hora en los adultos y de 1 cc/Kg/hora en los niños, el monitoreo de la diuresis debe ser estricto especialmente durante las primeras 72 horas postquemadura. La resucitación temprana disminuye la incidencia de falla renal y de mortalidad.

Dentro de las alteraciones pulmonares estas son la mayor causa de muerte como complicación de una quemadura y resultan de una combinación de daño directo por inhalación, por complicaciones de un problema generalizado debido a una quemadura muy extensa o como parte de la falla multisistémica.

La quemadura pulmonar directa más frecuente es la ocasionada por la inhalación de partículas incandescentes, esto ocurre cuando el paciente permanece atrapado en un lugar cerrado bajo el fuego; la inhalación de vapor de agua también puede producir quemadura pulmonar directa, esta transmite 3000 veces más calor que el agua hirviendo.

Así dentro de las alteraciones gastrointestinales la hipovolemia en el paciente quemado provoca una vasoconstricción esplácnica para redistribuir el flujo sanguíneo hacia los órganos principales: Cerebro, corazón y pulmón, dejando hipoperfundido el sistema gastrointestinal y vulnerable a complicaciones principalmente íleo paralítico y úlceras gastroduodenales.

Por otra parte las alteraciones metabólicoendocrinas⁴ en el paciente quemado presenta un estado hipermetabólico caracterizado por taquicardia, aumento del gasto cardiaco, aumento del consumo de oxígeno, proteólisis y lipólisis.

Estos pacientes presentan una respuesta hipercatabólica máxima al estrés donde se liberan múltiples mediadores inflamatorios.

El consumo de oxígeno se ve incrementado como consecuencia de la pérdida de calor por evaporación.

Los depósitos de glucosa del paciente se agotan rápidamente en 4 a 6 horas y el organismo tiene que utilizar la gluconeogénesis a expensas principalmente de aminoácidos de origen muscular especialmente la alanina y la guanina, ya que la lipólisis en estos casos es bastante ineficiente y los ácidos grasos se van a convertir en grasa de depósito en el hígado.

Finalmente se produce hiperglicemia por resistencia periférica a la insulina.

Los pacientes presentan una importante pérdida de peso debido al catabolismo proteico y de grasa corporal. Por esta razón es fundamental en el manejo del paciente quemado suministrarle los requerimientos nutricionales necesarios.

El paciente quemado presenta una inmunosupresión generalizada y por lo tanto un mayor riesgo de adquirir infecciones entre las que se destacan, colonización e infección de la quemadura, infección en sitios de venopunción o de accesos de catéteres, neumonías, infección de las vías urinarias, infecciones virales, micóticas, entre otras.

La susceptibilidad a las infecciones es multifactorial y se ven favorecidas principalmente por destrucción de la barrera mecánica (lo cual expone inmediatamente los tejidos a gérmenes potencialmente lesivos), una función celular deprimida a todo nivel y translocación bacteriana por daño a la mucosa gastrointestinal.

Entre los signos clínicos para identificar una quemadura infectada se encuentran: Coloración oscura, profundización de una quemadura de espesor parcial a espesor total, color verdoso de la herida o de la grasa subcutánea, aparición de vesículas en quemaduras de espesor parcial, separación rápida de la escara, entre otros.

El enfoque diagnóstico y terapéutico inicial del paciente quemado es fundamental para disminuir la morbimortalidad y las complicaciones propias de las quemaduras y del Síndrome del Gran Quemado.

⁴ Ibídem, pág. 63

No cabe duda que las quemaduras constituyen una de las lesiones traumáticas más graves que puede sufrir un sujeto, debido a la pérdida de piel quemada, las alteraciones fisiopatológicas que ocurren en su organismo, el dolor, la complejidad del tratamiento, el tiempo tan prolongado de curación, las secuelas funcionales y estéticas, etc. Por lo cual los esfuerzos deben estar orientados no solo al área curativa sino al manejo de las secuelas tanto funcionales, físicas, emocionales, educativas y psicológicas desde el ingreso del paciente a la unidad y una vez egresado, con el seguimiento oportuno.

Por lo cual y de manera muy importante es necesario tomar en cuenta los principios de la rehabilitación los cuales van a depender de la gravedad de la quemadura, de las lesiones asociadas, de las complicaciones, del estadio evolutivo y del estado funcional del paciente.

Son inicialmente preventivos y se basan en:

- a) La obtención de la cicatrización favorecida por la inmovilización
- b) La prevención de las retracciones y de la hipertrofia
- c) La limitación de la rigidez
- d) La adquisición de la autonomía
- e) El acompañamiento psicológico

Dentro de la fase I de Rehabilitación⁵ la Instalación postural, la primera intervención es la instalación del quemado para limitar el edema inicial (fase de edema de la primera semana) y la adopción de una actitud viciosa antiálgebra para no agravar las heridas por la permanencia prolongada en la cama.

La instalación recomendada, se trata de la actitud en cruz, con extensión del cuello, pies en ángulo recto, extensión de las rodillas y las caderas en abducción leve, manos y muñecas quemadas en una órtesis estática, codos en extensión-supinación y abducción de los hombros que será menos marcada en el adulto (90 a 100° y 140 a 160° de abducción en el niño) y que, sobre todo, no puede ni debe ser mantenida en permanencia, puesto que se tolera mal y da origen a la rigidez.

Colocación de dispositivos ortopédicos. Su empleo debe ser sistemático ante todo riesgo de retracción. Se utilizan órtesis rígidas estáticas termo formables o en yeso para mejorar el control postural.

La kinesiterapia se basa esencialmente en las movilizaciones articulares pasivas efectuadas según una secuencia inmutable: primero en el sentido inverso de la retracción, luego en el sentido de la retracción, suave y lenta; además concierne progresivamente una cantidad creciente de articulaciones sucesivas para efectuar un estiramiento cutáneo según la cadena deseada y poner en tensión la totalidad de la piel quemada. Al final de la movilización, un tiempo de postura de algunos minutos permite la obtención de la flexibilidad.

La rehabilitación se centra en la continuación de las acciones emprendidas en el período agudo como la reverticalización, el trabajo postural, la marcha, la kinesiterapia respiratoria y el trabajo muscular global o finalizado. Las actividades se adaptan siempre a las posibilidades del paciente que está todavía muy disminuido.

⁵ Rochet. Rehabilitación y readaptación del adulto quemado. julio 2015 - Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Kinesiterapia Medicina Física. Paris: Elsevier, n.77, 2000. (consultado en línea) disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiH3r22k13NAhUCyoMKHWN0AXEQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fdocuments.mx%2Fdocuments%2FRehabilitacion-y-readaptacion-del-adulto-quemado.html&usq=AFQjCNFkAY_4fp8FoFIY6cYdUM8zQv-xAw&sig2=R2T92OqYL3IKH8fziyMAzQ&bvm=bv.123664746,d.amc

Algunos autores manejan las siguientes fases del proceso de rehabilitación⁶

- a) **Fase aguda:** se define como el tiempo que va desde el ingreso del paciente hasta que sus heridas se encuentren en un 50% de la resolución; o bien, que se haya realizado la colocación de injertos.
- b) **Fase subaguda o intermedia:** se define como el tiempo que va desde el 50% de la resolución de las heridas hasta el cierre completo.
- c) **Fase crónica:** a partir de la resolución completa hasta que se alcance el máximo potencial funcional. En este período pueden ser requeridas las intervenciones reconstructivas para alcanzar el mayor potencial.

Estos pacientes suponen un enorme reto para todo un equipo multidisciplinario, que requieren de conocimientos muy específicos sobre cuidados físicos y psicológicos del paciente y la familia. Para dar respuesta a esta necesidad, es necesario contar con expertas enfermeras y enfermeros que introduzcan aspectos metodológicos vanguardistas, y de alguna manera comprometerse a impulsar para mejorar la asistencia de las personas afectas de este problema de salud.

En este estudio de caso fue seleccionado un paciente con quemadura por fuego de 45% de superficie corporal total quemada, dicho paciente se detectó durante la práctica clínica en el mes de octubre en el área de subagudos de la torre de CENIAQ del INRLGII, con este trabajo se pretende dar a conocer la importante y fundamental intervención que tiene la enfermera rehabilitadora con este tipo de pacientes, a través del plan de cuidados especializados de enfermería, mediante un cuidado holístico, herramienta básica en nuestra atención al paciente, aborda la jerarquización de los diagnósticos identificados y presenta el desarrollo de dichas actividades realizadas para el logro de los objetivos, bajo el modelo de Dorothea Orem, donde las acciones están orientadas hacia el fortalecimiento de la capacidad de autocuidarse o de realizar el autocuidado terapéutico del paciente, así mismo asimilar, el evaluar e implantar la cada vez mayor cantidad de información científica disponible, garantiza y mejora la atención al paciente dando mayor realce a nuestra profesión.

Por otra parte más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento⁷. Es importante mencionar como enfermera rehabilitadora que el compromiso que se tiene con el país y con nuestra comunidad para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, reconocer sus necesidades básicas para reintegrarlo a la sociedad y hacerlo participe de su rehabilitación, es uno de los objetivos de este trabajo, las secuelas que tiene el paciente quemado físicas, psicológicas y las consecuencias sociales causadas por la quemadura que pueden permanecer por largo tiempo o ser definitivas, de allí la importancia de brindarle una atención oportuna con calidad y calidez, siempre teniendo en cuenta La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, la cual contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México y al mismo tiempo recordar nuestro código de ética profesional documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Lo cual nos exige excelencia en los estándares de la práctica, sin olvidar La Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros, la cual tiene un sustento normativo de gran importancia, toda vez que los derechos

⁶ Pacheco, y cols. Protocolo de Atención en Rehabilitación del Niño Sobreviviente de Quemaduras. Hospital Nacional de Niños Dr. "Carlos Sáenz Herrera" Costa Rica. Febrero 2012. (consultado en línea) disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewiPr4HmkY3NAhUYTFIKHQDxAFsQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Frehabilitacion-hnn.wikispaces.com%2Ffile%2Fview%2FProtocolo%2Bde%2Batencion%2Ben%2BRehabilitaci%25C3%25B3n%2Bdel%2BNi%25C3%25B1o%2BSobreviviente%2Bde%2BQuemadura%2BUCINQ%2BHNN%2BCCSS%2B2012.pdf&usq=AFQjCNE6g5HBqclhNezCrl0KZiDXmF_PDg&sig2=nZ99FMle_7XrYvU_EwjHhw&bvm=bv.123664746.d.amc

⁷ Organización Mundial de la Salud. Consultado 12/12/15 disponible en www.who.int/disabilities/es/

invocados derivan de nuestra Carta Magna y de las leyes emanadas de ella, tal es el caso de la Ley Federal del Trabajo y la Ley General de Salud, así como otros ordenamientos complementarios que sustentan la práctica profesional de la Enfermería. Del mismo modo teniendo siempre presente la Ley General de Salud NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico y el consentimiento informado, Lo cual de manera eficiente nos llevará a brindar un cuidado integral de manera competitiva.

II.- OBJETIVOS

1. Dar a conocer la eficacia de la aplicación de un Plan de Cuidados de Enfermería, enfocado en el manejo y la rehabilitación del paciente quemado, mediante la Teoría general del déficit de autocuidado.
2. Mejorar o mantener la capacidad funcional del paciente a través de la actividad física y evitar el deterioro, teniendo en cuenta que el ejercicio desempeña un rol fundamental en la rehabilitación funcional para mantener y mejorar la fuerza muscular, la resistencia y la flexibilidad.
3. Lograr en la medida de lo posible, la reintegración del paciente con secuelas de quemadura a sus actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, subir, bajar, etc.
4. Aplicar y valorar el estado del paciente quemado a través de las diferentes escalas utilizadas en el área de rehabilitación.
5. Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por quemaduras.
6. Disminuir la variación y la duda en la práctica clínica en el abordaje de las quemaduras.
7. Contribuir en la mejora competencial de los profesionales de enfermería.

III.- FUNDAMENTACIÓN

Como sabemos, los accidentes graves por quemaduras, además de constituir un atentado a la integridad física y corporal de los sujetos que los sufren, representan una experiencia de gran potencialidad traumática debido al alto grado de dolor, a la destrucción de tejidos, órganos o miembros, así como a las alteraciones de la imagen corporal, de la sensibilidad de la piel y de la experiencia emocional general que conllevan⁸.

3.1.- ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud, las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y provocan alrededor de 265 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se produce en los países de ingreso bajo y mediano, y casi la mitad, en la región de Asia Sudoriental.

En muchos países de ingreso alto, las tasas de muertes por quemaduras han ido disminuyendo y la tasa de mortalidad infantil es actualmente más de siete veces más elevada en los países de ingreso bajo y mediano que en los de ingreso alto.

Las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que incluye hospitalización prolongada, desfiguración y discapacidad, lo que suele generar estigmatización y rechazo.

Las quemaduras se cuentan entre las principales causas de pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad en los países de ingreso bajo y mediano.

Después de la lectura de varios artículos identificados por la búsqueda bibliográfica, y a pesar de que para este estudio el período de tiempo de las publicaciones era de 15 años, del 2000 a 2015, se puede percibir que el tema aún no tiene gran impacto en la literatura nacional, en el área de enfermería lo cual es un reto mayor para el personal dada la importancia de implementar cuidados especializados.

Las quemaduras severas, con tasas de mortalidad del 50% o más, continúan desafiando a la ciencia, y el presente estudio de caso se realizó mediante la revisión bibliográfica de diferentes libros, búsqueda de artículos en fuentes electrónicas científicas por los principales buscadores, junto con buscadores sencillos como Google, Chrome o Internet Explorer, en donde se encontraron artículos relacionados a la fisiopatología de las quemaduras, su tratamiento, su rehabilitación. Pero ante la escasez de publicaciones con respecto al área de enfermería se acierta en citadas publicaciones la referencia de la jerarquía del actuar del profesional de enfermería y la forma en que ha evolucionado su procedimiento de cuidar, entre otras las legislaciones sanitarias de varios países, como autora de la clasificación de enfermedad y de la vigilancia epidemiológica, pionera de la estadística, de la epidemiología y de la salud pública, todos estos campos de intervención de enfermería involucran el cuidado y atención de los pacientes.

Estar quemado es una de las situaciones más traumáticas que una persona puede vivir física y emocionalmente, pues se trata de algo que interrumpe bruscamente la existencia, pasando de la integridad física al desequilibrio y cuya gravedad varía dependiendo de la extensión de la lesión.⁹

⁸ Zárata. Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, marzo 2008 p. 30. Consultado el 9/12/15

⁹ Barichello, Silva, Barbosa, Iwamoto,. Diagnósticos de enfermería en pacientes internados por quemaduras. Octubre 2010. Enfermería Global. Consultado el 7/12/15.

Según Niño¹⁰ en su artículo cita que Falder y cols. han planteado evaluar siete dominios involucrados en este tema: la piel, la función neuromuscular, el dolor y la sensibilidad, el funcionamiento psicológico, el funcionamiento físico, la participación en la comunidad, y la percepción de la calidad de vida. Así, la información que se obtenga de estos dominios permitirá avanzar en el tratamiento, y reorganizar y racionalizar los servicios de salud.

Según las autoras Martín y Píriz-Campos¹¹ en su artículo mencionan que los avances médicos en el tratamiento de las quemaduras han incrementado considerablemente las tasas de supervivencia entre los grandes quemados, ya que actualmente una persona con un 80 % de la superficie corporal quemada tiene unas posibilidades de sobrevivir del 50 %. Este descenso de la mortalidad se debe a: la creación de centros especializados en quemados, la mejora de las técnicas de resucitación, el tratamiento local eficaz de las lesiones con antimicrobianos tópicos, la existencia de nuevos antibióticos sistémicos de mayor espectro, la utilización del desbridamiento de forma temprana y el uso de injertos de piel o de sustitutos artificiales de esta.

Sugiere que cuando la persona es dada de alta, se deben valorar y atender las secuelas que pudieran persistir, que pueden afectar a varias esferas de su vida: física, psicológica y social. Esta afectación de distintos aspectos de la persona exige un abordaje multidisciplinar en la rehabilitación.

Explica la importancia del papel del enfermero o enfermera en la prevención de la aparición de las secuelas. Al principio, sobre todo para evitar secuelas funcionales, la rehabilitación es imprescindible para lograr la máxima recuperación del paciente quemado. Esta debe iniciarse de manera precoz en personas que han sufrido quemaduras graves en las horas posteriores al accidente, ya que se sabe que, si no se presta atención en esos primeros momentos, las complicaciones que pueden sobrevenir en el futuro pueden resultar irrecuperables. Y propone las siguientes intervenciones:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS DISTINTOS TIPOS DE SECUELAS		
	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
Cicatrices hipertróficas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Injertos (cirugía) ○ Parches regeneradores ○ Parches gel silicona 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cubrir lesiones ○ Inmovilizaciones ○ Masaje ○ Estiramientos ○ Ejercicios de rango de movimiento
Dolor crónico (neuropático)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Analgésicos opiodes y no opiodes (gabapentina, pregabalina, AINE) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Técnicas de relajación ○ Estrategias de afrontamiento adaptativo
Debilidad o fatiga		<ul style="list-style-type: none"> ○ Aporte nutricional adecuado ○ Ejercicio físico
Alteraciones en la termorregulación		<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar ambientes calurosos ○ Ropa transpirable
Amputaciones		<ul style="list-style-type: none"> ○ Hidratar la piel ○ Proteger la zona amputada

¹⁰ Niño. Despersonalización en pacientes quemados. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 1 / 2010

¹¹ Martín, Píriz-Campos. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. Rev ROL Enferm 2014; 37(2): 100-109

Disfunciones neurosensoriales		○ Derivar al especialista
Prurito	○ Antihistamínicos ○ Otros fármacos (gabapentina, antidepresivos)	○ Hidratación de la piel
SECUELAS PSICOLÓGICAS		
Depresión	○ Antidepresivos	○ Terapia cognitiva
Síndrome de estrés postraumático	○ Antidepresivos	○ Terapia psicológica (con inicio inmediato tras el accidente)
Ansiedad	○ Ansiolíticos	○ Técnicas de relajación
Alteración de la imagen corporal	○ Cirugía reparadora	○ Terapia cognitiva
SECUELAS SOCIALES	○ Abordaje	
Inactividad laboral	○ Terapia grupal ○ Estrategias para la reinserción laboral ○ Promoción de la autonomía personal	
Relaciones sexuales	○ Educación sanitaria ○ Asesoramiento psicológico	
Aislamiento	○ Terapia grupal ○ Promover la aceptación de la imagen corporal	

Martín, Piriz-Campos. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. Rev ROL Enferm 2014; 37(2): 100-109

Las enfermeras tienen un papel fundamental en el tratamiento rehabilitador del paciente quemado, puesto que su competencia fundamental es el cuidado:

1. En la fase aguda, para lograr la recuperación del paciente y minimizar las posibles complicaciones, deben realizar todos los cuidados técnicos necesarios, además de brindar soporte emocional al paciente y a la familia, y procurar que el ambiente sea el más adecuado para la recuperación.
2. La rehabilitación posterior debe plantearse como un continuo en la atención al paciente, para garantizar unos cuidados de enfermería individualizados en los distintos niveles asistenciales requeridos, según las complicaciones se presenten.

Por otra parte Aguilar y cols.¹² Precisan que es necesaria la participación de los profesionales de enfermería especialistas en rehabilitación; ellos inician el tratamiento para rehabilitar durante el periodo de reanimación aguda y continúan hasta que las cicatrices maduren y la actividad socio-

¹² Aguilar y cols. Intervenciones de enfermería especializada en un adulto con alteraciones de la marcha ocasionadas por quemadura eléctrica. Enfermería Universitaria 2013;10(4):139-146

laboral inicie, respetando los principios que deben aplicarse inmediatamente después del trauma térmico para alcanzar los objetivos de reincorporar al paciente. El cuidado de rehabilitación tiene como metas: limitar la disminución de movimiento, minimizar deformaciones anatómicas, prevenir pérdida de masa muscular y retornar al paciente a sus actividades de trabajo o social tan pronto como sea posible; considerando la individualidad de cada uno de los pacientes.

Además Barichello y cols¹³. Nos mencionan la importancia de organizarse y planificar los cuidados adecuados a los pacientes. De esta forma, contribuye a consolidar esta profesión y su autonomía, mediante la sistematización y estandarización de los cuidados, empleando los diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería prevalentes a partir de los estudios analizados según este artículo fueron dolor, déficit de volumen de líquidos y ansiedad, lo que señala la necesidad de que el profesional tenga en cuenta no sólo los problemas fisiopatológicos, sino también los trastornos psicosociales en tales pacientes.

El personal de enfermería desempeña un papel especial por la importancia que su intervención tiene en la atención del paciente quemado, ella continúa todo el tiempo a su lado y aprecia mejor que otros miembros del equipo los cambios ocurridos durante su evolución.

Ya que las quemaduras extensas son uno de los traumas más severos al cual puede verse expuesto un individuo, este tipo de trauma tiene efectos locales y sistémicos bien establecidos pero no muy bien comprendidos por la mayoría del personal de salud. Pueden comprometer directa o indirectamente a casi todos los sistemas del organismo. No solo producen sufrimiento y discapacidad para el paciente el hecho de conocer como responde el organismo a las grandes quemaduras permite al personal entender mejor ésta patología y lo lleva a ofrecer un manejo más completo y adecuado con resultados mucho más satisfactorios.

IV.- MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de la enfermería¹⁴

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

Las filosofías, los modelos conceptuales y las teorías, han definido los conceptos esenciales o metaparadigmáticos de Enfermería: persona, salud, entorno, cuidado-enfermera, determinando lo que cada teorista comprende por cada uno de ellos.

En el caso de Enfermería, se han planteado los elementos metaparadigmáticos o conceptos esenciales: Enfermería – Cuidado, salud, persona y entorno, como los ejes que permiten establecer lineamientos para comprender el *ser*, el *saber* y el *quehacer* y se acepta que la profesión solo puede avanzar si se asume como una disciplina que analiza, profundiza y crea conocimientos aplicables a un quehacer en forma permanente, reflexiva y crítica.

¹³ Barichello y cols. Diagnósticos de enfermería en pacientes internados por quemaduras. Revista Enfermería Global No 20 Octubre 2010.

¹⁴ Cabal E. Enfermería como disciplina. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Julio 2011. (artículo en línea) consultado el 13/12/15. Disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiO46LlqZTMAhVikYMKHaMYBIUQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uelbosque.edu.co%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpublicaciones%2Fprevistas%2Fprevista_colombiana_enfermeria%2Fvolumen6%2Fenfermeria_disc.pdf&usg=AFQjCNE0-kk3_vkaGBW6RvfsqRqcaF4tMw&sig2=8bffdCAvQa6dYSJc3rCZgq

La disciplina de Enfermería se fundamenta en una base de conceptos propios contruidos a partir de 1952, año en el que se presentó el trabajo de Hildergard Peplau, considerado como la primera Teoría de Enfermería. Durante este trayecto de desarrollo conceptual se han tenido diferentes enfoques: análisis filosófico sobre el origen y la responsabilidad de Enfermería; debates conceptuales sobre el *ser* y el *quehacer* profesional; el concepto de hombre y su entorno; el proceso salud – enfermedad, entre otros. Este trabajo teórico da como resultado la organización del conocimiento de Enfermería en filosofías, modelos conceptuales o grandes teorías y teorías de rango medio.

Persona

En el ámbito de Enfermería, este término, no solamente se refiere al individuo como sujeto de cuidado, sino que abarca la familia, los grupos y la comunidad, y reconoce, en cada caso, la individualidad que les caracteriza y las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. Cada sujeto de cuidado está en constante relación de reciprocidad con el entorno en el cual se desarrolla, y tiene características que lo hacen particular y diferente de otro similar.

Salud

Se concreta como la confluencia de las condiciones en las que se desarrolla cada una de las dimensiones del ser humano; se reconoce como una situación multicausal, dinámica e influenciada por la percepción del sujeto de cuidado sobre su salud y su calidad de vida. Los efectos de la interacción entre el desarrollo de las dimensiones humanas y las características del sujeto de cuidado, pueden ser favorables para el mantenimiento de la salud o pueden constituirse en factores de riesgo para la misma.

Entorno

Se considera como el conjunto de variables externas al sujeto de cuidado que pueden constituirse en factores protectores o factores de riesgo para el desarrollo de la persona, la familia, el grupo o el colectivo; en este contexto se da una situación de interacción entre el sujeto de cuidado y el entorno, en la que uno y otro inciden significativamente para construir permanentemente prácticas de comportamiento, significados, actitudes, creencias y valores que determinan la salud del sujeto de cuidado.

Cuidado

Está constituido por el conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación con el sujeto de cuidado, basadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, dirigidas a mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad y sus complicaciones o a favorecer la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad.

Enfermería

En el marco de éste desarrollo conceptual, se asume Enfermería como el ejercicio de un arte y de una disciplina. Arte porque requiere de la sutileza para comprender al otro holísticamente, a partir de su trayectoria socio-antropológica, biológica, psicológica y espiritual; es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado.

Es disciplina porque como se ha planteado, tiene un conocimiento propio, un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido.

El Ser de Enfermería

En este contexto ha de quedar claro que el Cuidado de Enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano.

El Quehacer de Enfermería

Se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar; por lo tanto, este concepto implica que la intervención de Enfermería abarca la participación en la definición de políticas públicas referidas a salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno y la rehabilitación del sujeto de cuidado.

4.2 PARADIGMAS¹⁵

De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia. Tienen origen en el siglo XIX y principios del siglo XX, el cual se cubrió de epistemología y del pensamiento filosófico.

De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas:

- a) **El Paradigma de categorización** (1850-1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad.
Necesidad de mejorar la salubridad y controlar las infecciones.
El trabajo de F. Nightingale en Crimea, demuestra que los cuidados no pueden basarse sólo en la compasión, sino en la observación profunda, los datos estadísticos y los conocimientos sobre la higiene pública, la nutrición y las competencias administrativas.

- b) **El Paradigma de integración** (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona.

En este paradigma se reconocen los elementos y las manifestaciones de un fenómeno integrando el contexto específico en el que se sitúa:

La orientación es hacia la persona

- La necesidad de los programas sociales
- El desarrollo de los medios de comunicación
- Las consecuencias de la II Guerra Mundial
- Teorías sobre la motivación humana (A. Maslow)

El cuidado de enfermería se dirige a mantener la salud de la persona en toda su dimensión; física, psíquica y sociocultural, e intervenir significa “actuar con” la persona y responder a sus necesidades.

- c) **El Paradigma de la transformación** (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible.

¹⁵ Martínez. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 105-108.(consultado en línea). Disponible en: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwjl-gS58lzKAhVE8j4KHc6NBpUQFgppMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fenfermeriaimss%2Ffeim-2011%2Ffeim112h.pdf&usq=AFQjCNHNd2bSdgLoZVqsythbkkKqdKcs3A&bvm=bv.110151844.d.cWw>

Cumple cinco funciones

- 1) Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis
- 2) Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita
- 3) Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas
- 4) Promueve el análisis más de la descripción de detalles completos
- 5) Permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM¹⁶

Antecedentes Biográficos

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; realizó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un MSNE; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; durante 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde buscó mejorar la calidad de enfermería; en 1959 publicó *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses*; en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*; se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias.

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos¹⁷:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique

¹⁶ Pereda. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol (Mex)*. Vol. 10, No. 3, 2011. (artículo en línea). Consultado el 13/12/15. Disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwvjvjaW_nl3NAhUXKFIKHZCKB_MQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fenfneu%2Fene-2011%2Fene113j.pdf&usq=AFQjCNGIYdyRJqEpGHgBGYW62hLSeIotww&sig2=2hm1ZSSp3_b_tP8zwo6U6Q&bvm=bv.12364746,d.aXo

¹⁷ Prado. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014. Consultado el 15/12/15. Disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwvjvjaW_nl3NAhUXKFIKHZCKB_MQFgggMAI&url=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1684-18242014000600004&usq=AFQjCNHnk8SuTVPDv1EnpH5XZgHITKTxUg&sig2=LQfei_VvV7u8kPZR_Fk_1Q&bvm=bv.12364746,d.aXo

deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

- a) Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- b) Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- c) Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- d) Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- e) Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos.

1. **Universales:** son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar.¹⁸

¹⁸ Ibídem, pág. 31

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	
1	Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire
2	Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua
3	Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
4	Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
5	Equilibrio entre actividades y descanso
6	Equilibrio entre soledad y la comunicación social
7	Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
8	Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

2. De cuidados personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.

3. De cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencionado, lo inicia la propia persona este es eficaz y fomenta la independencia.

TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO¹⁹

Esta teoría general representa una imagen completa de la enfermería y se expresa mediante tres teorías, expuesta por Orem en 1958. Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit del Autocuidado y La Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Orem define el concepto de autocuidado como " la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar".

A partir de esta teoría se articulan tres conceptos:

- **El de agente del autocuidado** que se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado
- **El agente de autocuidado al dependiente** que es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él
- **El agente de autocuidado terapéutico**, en el cual la persona que da el cuidado es el profesional de enfermería.

¹⁹ Vega Angarita. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado, vol. 4 No 4. 2007. Universidad Francisco de Paula Santander. Consultado el 15/12/15 (artículo en línea). Disponible en: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj1kMWDq47KAhXFyT4KHXRAB5UQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Farticulo%3Fcodigo%3D2534034&usq=AFQjCNHoV2DSIkMRT3O1jouThpikX3blMg&bvm=bv.110151844.d.cWw>

Las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece.

Orem relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración y prevenir la aparición de condiciones adversas, en los distintos momentos del proceso evolutivo.

Dichos requisitos son categorizados como universales, de desarrollo y desviaciones de la salud.

Requisitos de autocuidado

UNIVERSALES	DE DESARROLLO	DESVIACIONES DE LA SALUD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. ○ Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. ○ Proporción de cuidados asociados con la eliminación. ○ Prevención de peligros. ○ Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. (Orem, 1980; pág.42) 	<p>A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta.</p> <p>B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal. (Orem, 1980; pág. 42)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. • Atención a los resultados del estado patológico. • Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. • Atención a los efectos molestos de la terapia médica. • Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. • Aprender a vivir con la patología. (Orem, 1980; pág. 51)

Los primeros representan los comportamientos que por lo general se consideran normales para los límites humanos, constituyen los objetivos requeridos que deben alcanzarse a través del autocuidado, para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional en las diversas etapas del ciclo vital.

Los segundos se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y desarrollo normal de la persona desde el nacimiento hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo.

Los requisitos derivados de las desviaciones de la salud son los que existen para las personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo los defectos y las discapacidades.

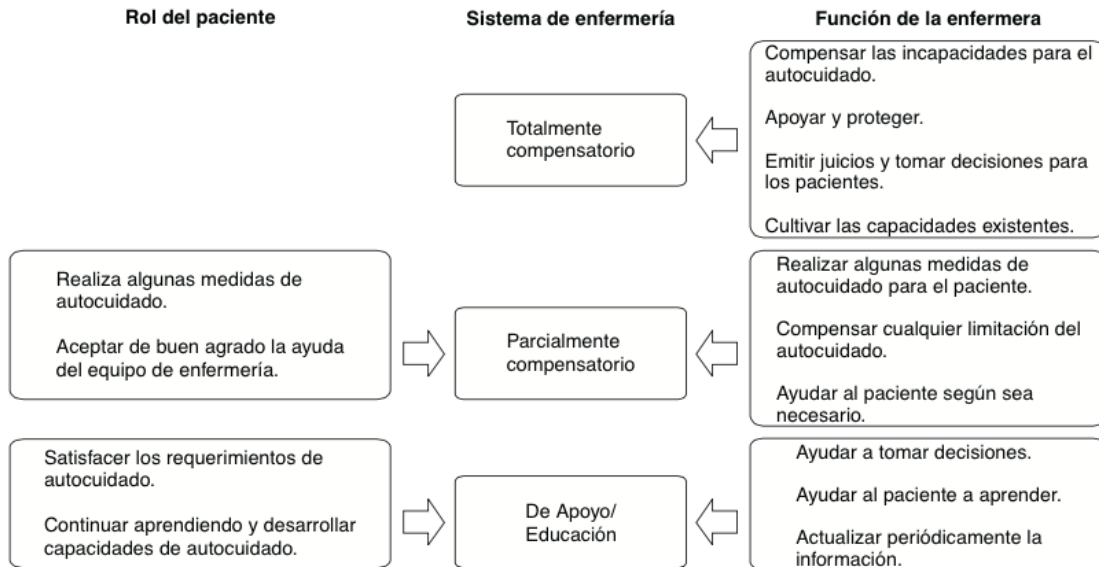
Sistemas de enfermería²⁰

Se refiere a “la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados.

²⁰ Ibídem, pág. 33

Orem ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente: actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

Según la capacidad y la voluntad de la persona, los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería.



Sistema de enfermería Cavanagh Modelo de Orem. 1993: pág. 27

Definidos como totalmente compensatorio, cuando la enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona; parcialmente compensatorio cuando la enfermera y paciente realizan conjuntamente el cuidado; y el educativo de apoyo cuando la enfermera ayuda al paciente a adquirir los conocimientos o habilidades relacionadas con su autocuidado.

4.4 TEORIA DE OTRAS DISCIPLINAS

NO APLICA

4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA²¹

El proceso de atención de enfermería es la pieza básica y fundamental que garantiza la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Así que, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

²¹ Reina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010. Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia. (artículo en línea) Consultado el 13/12/15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 definió al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como “un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos”

La disciplina profesional de Enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida. Con la figura de Florence Nightingale se da el inicio a la disciplina de enfermería, esta mujer nació el 12 de mayo de 1820 y fue la primera teórica que describió a Enfermería y la relacionó con el entorno, abordando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidado de Enfermería.

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

Orem señala que es un método en el cual se requiere de dos tipos de operaciones²²

a) **Interpersonales:** Las enfermeras establecen acuerdos para brindar cuidados de enfermería, los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo adecuado cuando trabaje con sus pacientes y sus familiares (entrevista), en particular deberían:

- Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
- Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.
- Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros

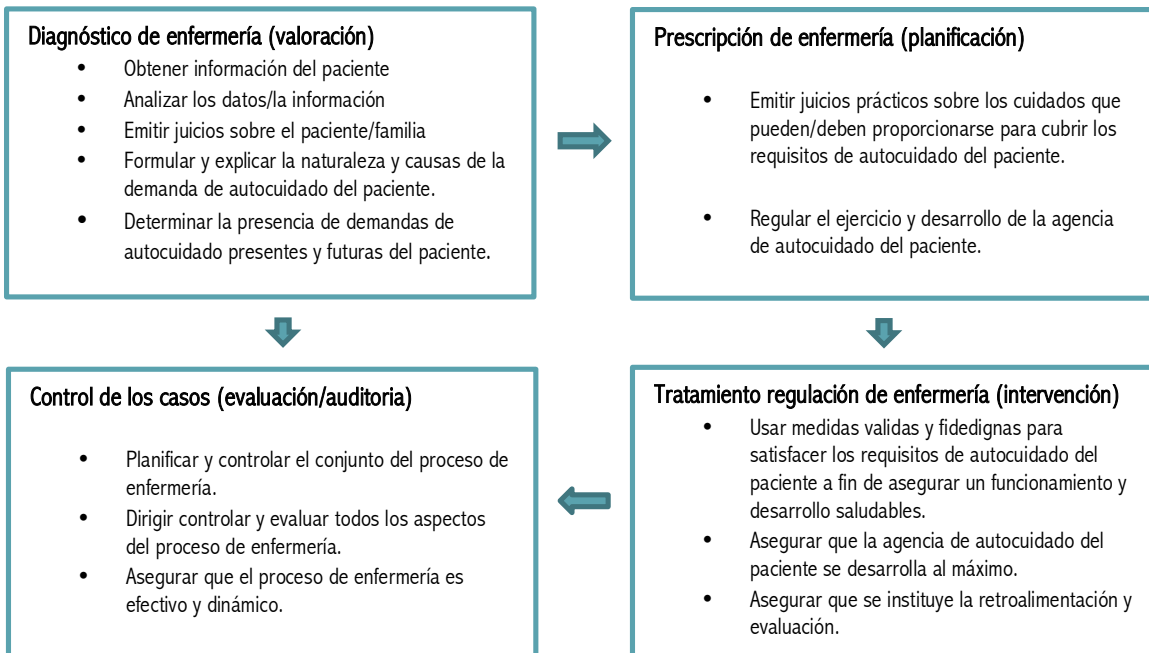
b) **tecnológico profesionales:** Estas se identifican como

- Diagnósticas.
- Prescriptivas
- De tratamiento o reguladoras
- Manejo de casos.

²² Ostigüín M. Teoría general del déficit del autocuidado, guía básica ilustrada. Ed. Manual Moderno. México, D.F. 2001. Pág.36

Etapas Del Proceso De Enfermería

El Proceso de Enfermería esta constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente.



Proceso de enfermería, Cavanagh, Modelo de Orem 1993. Pág 34

El diagnóstico de enfermería requiere investigación y acumulación de hechos para poder emitir juicios de enfermería sobre las personas, explicando²³

- “La relación entre los factores básicos condicionantes y los requisitos de autocuidado existentes y los medios para satisfacerlos.
- El repertorio de practicas de autocuidado del paciente en relación con los componentes conocidos de la demanda de autocuidado terapéutico.
- La limitación para las intervenciones intencionadas que se interfieren con el juicio estimativo (investigador) y la toma de decisiones y la fase de producción de autocuidado.
- La educación del conocimiento, habilidades, disponibilidad y otros componentes de las capacidades para realizar operaciones de autocuidado, para satisfacer cada componente de las demandas de autocuidado terapéutico.
- Potencial para el futuro ejercido o desarrollo de la agenda de autocuidado

²³ Granados. Resultado de Las Intervenciones de Enfermeria con el enfoque de Dorothea E. Orem en el Anciano. Universidad Veracruzana. Marzo, 2006. (consultado en línea). Disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjpy56WoI3NAhVI2oMKHZ-2AHIQFggzMAM&url=http%3A%2F%2Fcdigital.uv.mx%2Fbitstream%2F123456789%2F35574%2F1%2Fgranadosvidal.pdf&usq=AFQjCNF8w8b_0hO07z6jW4-2JQPikO0_Dg&sig2=GhNAJzulBfJPI2m7ybM4nA

Demanda de autocuidado actual

El cálculo de la demanda actual de autocuidado de una persona sigue un proceso lógico que puede resumirse de la siguiente manera:

- "Examinar cada requisito de autocuidado universal, del desarrollo y de la desviación de la salud para determinar si existe actualmente algún problema y si hay la posibilidad de que exista en el futuro.
- Identificar posibles efectos de interrelación entre los requisitos de autocuidado universal, del desarrollo y de la desviación de la salud.
- Identificar los factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito de autocuidado"

Demanda de las Capacidades de autocuidado²⁴

Este proceso de determinar la capacidad de autocuidado del paciente puede ponerse en práctica de las siguientes maneras:

- "Identificar y descubrir la gama de prácticas de autocuidado del paciente.
- Identificar y descubrir las limitaciones.
- Hacer inferencias sobre las capacidades y limitaciones generales del paciente para ocuparse en las fases de toma de decisiones y acción de autocuidado (es decir determinar si el paciente tiene un déficit de autocuidado).
- Validar las inferencias mediante la observación, la medición, etc.
- Determinar la adecuación de conocimiento, capacidades y deseo del paciente de satisfacer cada requisito de autocuidado usando los llamados métodos y medidas de autocuidado.
- Juzgar lo que el paciente puede hacer, lo que no puede hacer y lo que debería hacer para satisfacer las demandas de autocuidado existentes actualmente y en el futuro".
- Cuando existe un déficit de autocuidado, identificar lo que el paciente debería y no hacer para satisfacción inmediata de las demandas de autocuidado.
- En el caso de haber un déficit de autocuidados, real o potencial, determinar las capacidades futuras del paciente a fin de desarrollar las habilidades necesarias para el cuidado de la salud"

Operaciones Prescriptivas

Las operaciones prescriptivas son los juicios prácticos que debe realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos y que pueden equipararse con la fase de «planificación» y estas especifican los siguientes aspectos del cuidado:

- "Medios que se han de usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares y cursos de acción o medidas de cuidados que se deben realizar para satisfacer estos requisitos.
- Totalidad de las medidas de cuidados que han de realizarse para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidados terapéuticos, incluyendo una buena organización de estas medidas de cuidados.
- Papeles de la/s enfermera/s, paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico.

²⁴ Ibídem, pág.36

-
-
- Papeles de la/s enfermera/s, paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado"

Operaciones de Regulacion o Tratamiento

Estas son las actividades practicas, se expresan como la satisfaccion continua de las demandas de autocuidado terapeutico, son periodicas y continuas y pueden ser realizadas por las enfermeras en conjunción con los pacientes o con los agentes de cuidado dependiente, estas pueden compararse con los componentes de «intervencion» y «evaluación» del proceso de enfermería.

Diseños de las operaciones reguladoras

Este diseño incluye las siguientes tareas:

- “Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado ahora y en el futuro.
- Especificar el momento y duración del contacto enfermera-paciente, y las razones para el.
- Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfaccion de las demandas de autocuidado, asegurando que:
 - Hay una rutina de tares de atocuidado y una secuencia temporal para completarias.
 - Hay una regulación de la participación del paciente en su propio autocuidado.
 - El paciente desarrolla un interes en su propio autocuidado y el deseo de cuidar de si mismo.
 - El paciente desarrolla, perfecciona o domina las capacidades de autocuidado existentes.
 - El paciente desarrolla nuevas aptitudes y habilidades para satisfacer las necesidades de autocuidado, sin desarrollar nuevas limitaciones.

OPERACIONES DE CUIDADO (CONTROL) DE CASOS

Las operaciones de cuidado de casos se relaciona con la evaluación, control, dirección y evaluación de cada una de las operaciones diagnosticas de tratamiento y reguladoras especificas del individuo, integra los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios. Asegura que se utilice correctamente los recursos además de reducir el estrés psicológico o físico que pudiera sufrir la persona mientras recibe o busca cuidados.

Las operaciones de control incluyen la observación y valoración para determinar:

- "Si se realizan periódica o continuamente operaciones reguladoras o de tratamientos de acuerdo con el diseño del sistema de enfermería que se produce para el paciente.
- Si las operaciones realizadas están de acuerdo con las condiciones del entorno del paciente o pacientes para cuya regulación sea prescrito, o si la prescripción ya no es valida.
- Si se esta logrando la regulación del funcionamiento del paciente mediante la realización de medidas de cuidado para satisfacer las demandas de auto cuidado terapéutico, si la

actuación del paciente como agente de autocuidado esta adecuadamente regulada, si el cambio de desarrollo esta en proceso y esta adecuado, o si el paciente se esta adecuando a la reducción de sus capacidades para ocuparse de su autocuidado"

V. METODOLOGÍA

5.1 Estrategía de investigación

Estudio de caso es un "método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de un fenómeno, entendido estos como entidades sociales o entidades educativas únicas".²⁵

Por lo cual y con el adecuado conocimiento sobre la epidemiología actual, la fisiopatología de la quemadura, así como las principales complicaciones a las que se enfrenta el paciente, sin duda alguna son las herramientas más valiosas con las que puede contar el personal de enfermería para la realización del presente trabajo de estudio de caso ya que las quemaduras suponen en sí mismas, en no pocas ocasiones, un importante impacto físico y psíquico, agravado por el recuerdo del trauma vivido, el sufrimiento y dolor del cuidado de las lesiones y el tratamiento. El cambio brusco en el estado de salud influye directamente en la calidad de vida posterior. Las secuelas alteran la imagen corporal, la autopercepción y la autoestima. El concepto de secuela posquemadura queda englobado en la actualidad en el marco general de "calidad de vida", es decir la percepción de salud experimentada y declarada por la persona.

El concepto de calidad de vida²⁶ según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como la percepción de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores que se vive en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones, mediante el análisis de las áreas (facetas): físico (dolor, malestar, reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte), y espiritualidad (religión, creencias personales)

5.2 Selección del caso y fuentes de información

Se aborda al paciente durante la práctica clínica en su día 25 de evolución en el área de subagudos (15/10/15) de la torre del CENIAQ del INRLGII donde se le explica al paciente y ambos padres la intención de la estudiante de enfermería de trabajar con su rehabilitación física durante los meses de octubre a abril, dándole a conocer las intervenciones y plan de cuidados, el cual se llevará a cabo una vez egresado a su domicilio; con visitas cada quince días a su domicilio con duración de aproximadamente 2 horas, así mismo se dará información constante de manera verbal y demostrativa de las diferentes actividades físicas a realizar y de manera escrita en tripticos, carteles

²⁵ Bisquerra, R. Metodología de la investigación educativa (2a edición). Ed. La Muralla S.A. 2009.

²⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: informe de un grupo de científicos de la OMS. Ginebra: OMS; 2003.

y manuales de todos los cuidados realizados acerca de su padecimiento con el fin de aclarar dudas y se lleve a cabo de manera eficaz y eficiente el programa de trabajo dentro del tiempo convenido, logrando así los objetivos del paciente y estudiante.

TRASCENDENCIA

La asistencia dispensada a los quemados requiere del profesional una formación especializada, pues el cuidado clínico de enfermería es amplio y se extiende de la fase clínica aguda de la herida quemada hasta la fase de rehabilitación. “El dolor que sufre el paciente quemado es uno de los más intensos que el ser humano puede presentar e influye más en la recuperación emocional que la magnitud de la lesión, el tiempo de estancia hospitalaria e, incluso, que el estado psíquico previo. Del 35 al 50% de los sobrevivientes refieren un inadecuado manejo del dolor”²⁷.

“La humanidad ha dado pasos gigantes en la comprensión de los mecanismos que desencadenan el dolor, en el estudio de la neurofisiología del dolor, en la investigación de medicamentos para tratarlo, en la aplicación de procedimientos invasivos y no invasivos para aliviarlo, en el uso de métodos convencionales, alternativos y complementarios para abordarlo, en el entrenamiento y especialización de profesionales médicos, de enfermería y demás personas que conforman los equipos de salud enfocados en el cuidado de pacientes con dolor; El logro más trascendental ha sido humanizar e individualizar el cuidado de las personas con dolor, personalizando las enfermedades y los diagnósticos, individualizando los pacientes y sus diferentes patologías”²⁸.

Debemos tener en cuenta la imposibilidad de algunos pacientes para informar la intensidad de su dolor, especialmente cuando están sedados, ventilados o bajo el efecto de relajantes musculares, en estos casos el paciente puede no tener control de su dolor, por lo que la experiencia es desagradable, generando en él un trastorno de estrés postraumático. Para abordar correctamente el manejo de esta situación el trabajador de enfermería, tendrá el reto de conocer escalas que aproximen la valoración del dolor en estos pacientes, ayudara a minimizar la molestia el realizar cuidados o intervenciones no farmacológicas para evitar así dolor y sufrimiento, como proporcionarle una adecuada posición, adecuada colocación del tubo endotraqueal, estabilización de miembros inferiores o superiores, masajes para reactivar la circulación.

El personal de enfermería es quien está en mayor contacto con el paciente que sufre dolor. Este contacto permanente le proporciona las herramientas necesarias para abordarlo de forma más humana y sensible, para identificar sus manifestaciones dolorosas, valorarlo adecuada y oportunamente, determinar el impacto que el dolor genera en él, en su familia y entorno, implementar acciones tendientes a aliviar su dolor, utilizando correctamente los recursos de que dispone y su conocimiento para el tratamiento de este dolor, para evaluar continuamente los resultados y la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

El poseer un amplio conocimiento es esencial para valorar el estado de salud del paciente, emitir juicios, diagnósticos, efectuar planificación y valoración de las acciones de enfermería de forma

²⁷ Mejía. Manejo del dolor en el paciente quemado Volumen 37, Suplemento 1, abril-junio 2014. (artículo en línea, consultado 15/11/15) Disponible en: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwigq7KOsY3NAhWh6oMKHQlyDYkQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fma%2Fcmas-2014%2Fcmas141bk.pdf&usq=AFQjCNERpelaKph4YBvVHnXzMe0A3gWglw&sig2=j3T57ihkqpS1cDW1yna58Q>

²⁸ Montealegre. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Rev Cuid. 2014; 5(1): 679-88. (artículo en línea, consultado 15/11/15) disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjuzum7sY3NAhWs6oMKHR_oBGwQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistacuidarte.org%2Findex.php%2Fcuidearte%2Farticle%2Fview%2F106&usq=AFQjCNFTL9o4EmZFB9EePAFTS0AkD76TRw&sig2=aD1fWAAPNq0yYZdyG2a1Gw&bvm=bv.123664746,d.amc

apropiada. Se considera un recurso que le permite al enfermero organizarse y planificar los cuidados adecuados a los pacientes. De esta forma, contribuye a consolidar esta profesión y su autonomía.

El quemado tiene que luchar contra la molestia física inicial y con el dolor, además de los problemas psicológicos inmediatos y tardíos, como depresión y de su imagen corporal alterada, según Niño²⁹ señala que las lesiones por quemaduras constituyen un trauma significativo que puede causar o exacerbar problemas psicológicos. Hay muchas razones para considerar que el sobreviviente a una quemadura puede experimentar una disminución en su calidad de vida, a raíz de fenómenos relacionados con la lesión, como el dolor, la discapacidad física y la desfiguración. Muchos de los pacientes que sufren quemaduras presentan un trastorno psiquiátrico preexistente hasta en el 35% de los casos, y los más frecuentes son el consumo de sustancias y los trastornos del estado de ánimo.

Situación en la que se encuentra al paciente de este Estudio de Caso ya que su imagen corporal a afectado de manera significativa su relación con la familia y sociedad, teniendo como antecedentes su personalidad agresiva, el consumo de drogas, su participación en pandillerismos y su familia disfuncional.

El enfermero de hoy debe comprometerse incesantemente con la adquisición de nuevos conocimientos de modo a actuar de forma efectiva en el equipo de salud con miras a mejorar las condiciones de vida de los pacientes que atiende. Lo cual en este nuevo camino, deseo hacer visible el valor del cuidado, incorporando mi participación como enfermera rehabilitadora en el equipo de salud, integrando las actuaciones como profesional mediante vínculos que vayan del conocimiento al compromiso en mi práctica clínica diaria, con el instituto y con mi país, proporcionando asistencia sanitaria especializada de la máxima calidad.

MAGNITUD³⁰

De acuerdo con los datos de la Asociación Nacional de Protección de Incendios durante el 2005, en Estados Unidos, se quemaron 600 000 personas, de las cuales 25 000 requirieron manejo hospitalario y de ellas 4 000 fallecieron.

El hospital Shrinners de Galveston, Texas, es uno de los hospitales con mucha experiencia y con buenos resultados en pacientes quemados; durante el periodo comprendido entre 1989 y 2008 hospitalizaron a 5 260 niños quemados con sólo 145 defunciones (2.8%). Las causas de las quemaduras fueron: 67% por fuego, 23% por escaldadura y 11% por otras razones. La edad promedio de dichos pacientes fue de 7.3 años de edad. El promedio de la superficie corporal quemada de los pacientes fue 55%. El 34% de los pacientes tuvo lesión por inhalación. El tiempo promedio que tardaron en hacer la escisión de las lesiones fue de 1.6 días después del ingreso hospitalario. El tiempo promedio de estancia en terapia intensiva fue de 22.7 días. Las principales determinantes de supervivencia fueron superficie corporal quemada de 60% y lesión por inhalación.

Las causas de las defunciones fueron: sepsis en 47%, daño pulmonar agudo en 29%, muerte cerebral en 16% y choque en 8%. Cabe destacar que la mortalidad por sepsis en dicho hospital fue 34% durante el periodo de 1989 a 1999 y de 54% durante el periodo de 1999 a 2008; durante este tiempo se han incrementado de 46 a 82% los gérmenes multirresistentes a antibióticos. La

²⁹ Niño. Despersonalización en pacientes quemados. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 1 / 2010

³⁰ Moctezuma, y cols. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015;20:78-82.(consultado en línea) disponible en:

https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiE3dSLso3NAhXq7YMKHVaMAQoQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fquirurgicas%2Frmq-2015%2Frmq151m.pdf&usg=AFQjCNGr8GhLwOJ1uWQC5FhFxzUw-IMZAA&sig2=HHH_g0CfILWzbuS5E11Cig&bvm=bv.123664746.d.amc

Pseudomona aeruginosa multirresistente fue la responsable de las defunciones en 64% de los pacientes con sepsis, el *Acinetobacter* multirresistente le siguió con 27% y el resto fue debido a *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter cloacae* y *Enterococcus faecalis*. Con lo que respecta a las defunciones por choque 58% tuvo choque hipovolémico aislado y 42% disfunción de gasto cardíaco y resistencias vasculares no asociadas con la sepsis.

En México el Sistema Dinámico de Información en Sistemas de Salud reportó que en el año 2008 ocurrieron 7 275 muertes de menores de 20 años de edad debidas a accidentes, cifra que representa una tasa de mortalidad de 17.4 por cada cien mil habitantes. El 30% de esas muertes ocurrieron en menores de 5 años y 43% afectó al grupo de adolescentes de 15 a 19 años. El sexo más afectado fue el masculino. En ese año las quemaduras ocuparon el lugar 13 de las principales causas de defunción.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, reportó que durante el periodo comprendido del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2011 se quemaron en México 262 305 personas, de las cuales el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendió a 171 827 (65.5%), la Secretaría de Salud a 56 054 (21.4%), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a 9 741 (3.7%), PEMEX a 3 882 (1.5%) y otras instituciones atendieron a 19 101 personas (7.3%).

En el año 2011 el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica reportó que las quemaduras, a escala nacional, ocuparon el lugar 17 de frecuencia de nuevos casos de enfermedad ya que hubo 129 779 pacientes con quemaduras, lo que generó una incidencia nacional general de 118.82 (113.25 en mujeres y 124.61 en varones). Por grupo de edad los nuevos casos fueron más frecuentes (en orden decreciente): de 25 a 44 años (43 321 casos), de 1 a 4 años (13 864 casos) y de 20 a 24 años (13 816 casos).³¹

La distribución por estados de los casos nuevos de personas con quemaduras en México, durante el año 2011.

Ese mismo año los registros del sistema de vigilancia epidemiológica del ISSSTE reportaron que se atendieron 4 794 pacientes con quemaduras (2 084 varones y 2 710 mujeres) de los cuales 1 222 fueron menores de 19 años de edad y 3 765 fueron mayores de 20 años de edad.

Distribución de los casos nuevos de quemaduras en México durante el año 2011

1	Distrito Federal	14 476	17	Oaxaca	2 688
2	Jalisco	12 194	18	Durango	2 603
3	México	9 823	19	Quintana Roo	2 345
4	Nuevo León	9 361	20	Hidalgo	2 302
5	Veracruz	6 488	21	Yucatán	2 242
6	Chihuahua	6 243	22	Querétaro	2 181
7	Coahuila	5 154	23	Aguascalientes	2 029
8	Sonora	5 142	24	Tabasco	1 862
9	Puebla	5 075	25	Zacatecas	1 744
10	Baja California	4 872	26	Morelos	1 713
11	Sinaloa	4 557	27	Chiapas	1 681
12	Guanajuato	4 228	28	Nayarit	1 455
13	Tamaulipas	3 918	29	Colima	1 157
14	Michoacán	3 808	30	Campeche	1 058
15	Guerrero	2 895	31	Baja California Sur	901
16	San Luis Potosí	2 782	32	Tlaxcala	802

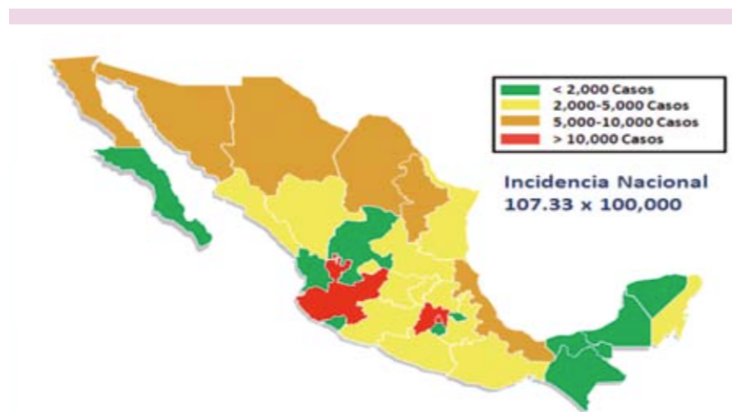
Moctezuma, y cols. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica reportó que durante el año 2013 hubo 126 786 nuevos casos por quemadura, mientras que de enero a junio de 2014 hubo 65 182. De dichas quemaduras 56% sucedieron en adultos de 20 a 50 años de edad y 32% en niños de 0 a 19 años de

³¹ ibídem pág. 81

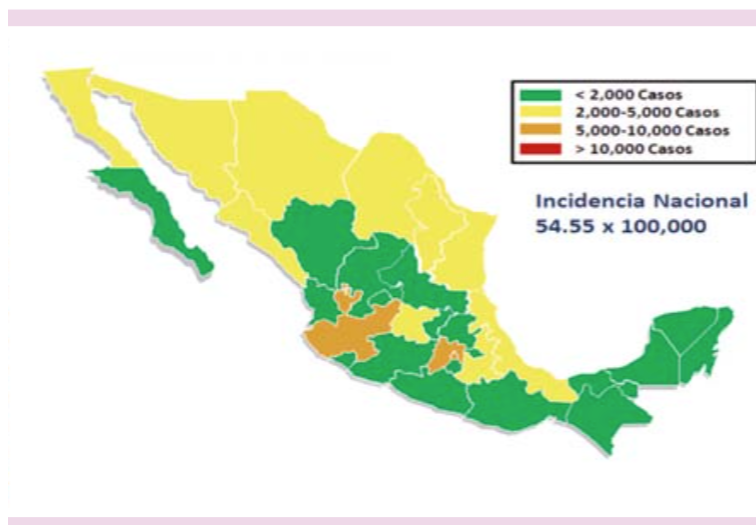
edad. 85% de las quemaduras de los adultos sucedieron al estar realizando actividades laborales mientras que las quemaduras de niños sucedieron, en 90% de los casos, dentro de sus hogares, 80% fueron debidas a agua caliente. A escala nacional 93% de todos los pacientes quemados fueron atendidos en hospitales públicos (el IMSS atendió a 67.5%, la Secretaria de Salud a 19.8%, otras instituciones atendieron a 6.9%, el ISSSTE a 3.3% y 2.5% DIF, PEMEX, SEMAR y SEDENA.³²

Distribución geográfica de los casos nuevos de quemaduras en México durante el año 2013.



Moctezuma, y cols. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015

Distribución geográfica de los casos nuevos de las quemaduras en México (enero-junio 2014).

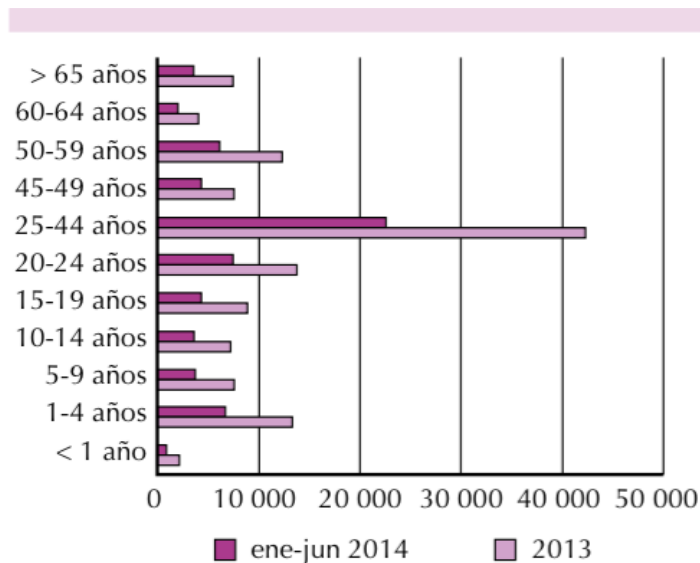


Moctezuma, y cols. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015

³² Ibídem, pág. 81

Distribución etaria de los casos nuevos de quemaduras en México

(enero 2013-junio 2014).



Moctezuma, y cols. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015

La atención médica del paciente quemado es muy cara por los gastos prehospitalarios y hospitalarios (incluyendo los costos de la biotecnología consumible, estudios clínicos, medicamentos, nutrición, etcétera).

Se ha estimado que los costos por paciente varían de 30 mil a 499 999 pesos (2 173 a 36 231 dólares americanos) en casos de severidad leve sin disfunción orgánica, de 500 mil a 5 millones de pesos (36 231 a 362 318 dólares americanos) en casos de severidad moderada (con o sin disfunción orgánica) y de 5 a 40 millones (362 318 a 2 989 550 dólares americanos) en casos severos (con o sin falla orgánica múltiple). En la mayor parte de las ocasiones el gobierno paga dicha atención médica en instituciones de salud pública ya que dichos montos no pueden ser solventados en forma exclusiva por el paciente o sus familiares.

FACTIBILIDAD:

El paciente y su familia se encontraba en la mejor disposición para llevar a cabo el tratamiento rehabilitatorio junto con la Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, no existían problemas con los horarios acordados ni con el plan de intervenciones. Los resultados esperados eran lograr la máxima independencia en las actividades de la vida diaria, mejorar el estado emocional, "cuando las quemaduras graves son sufridas en edad temprana, la adecuada constitución psíquica de la persona puede verse afectada", lo cual afectó el seguimiento del trabajo ya que en el mes de marzo del 2016 el paciente rehusó a la continuación del programa acordado ya que volvió a la drogadicción y pandillerismo, además de que perdió el principal apoyo de su madre por lo cual alejo toda clase de ayuda.

El trabajo psicológico y psicoterapéutico, así como el estudio emocional de personas que han vivido estos accidentes, si bien permite sopesar lo que ocurre psicológicamente en esas circunstancias, también aporta elementos no sólo para entender como ayudar a reducir el carácter traumático de la experiencia, sino también para la comprensión del proceso universal de la constitución psíquica y de

las diversas vicisitudes por las que pasa la constitución del sujeto humano³³. Así mismo recuperar o mantener el estado físico que permita retornar a sus actividades previas, el disminuir las complicaciones derivadas del compromiso articular, incrementar arcos de movilidad, mantener una posición funcional y disminuir la presencia de dolor para facilitar su descanso así como acelerar el proceso de cicatrización, mantener buenos hábitos higiénico dietéticos, y reducir la aparición de secuelas, sin olvidar que el individuo es un ser biopsicosocial al cual es de suma importancia reincorporar a su ambiente social y laboral en la medida de lo posible, son algunos de los alcances que pretendo realizar en este estudio de caso.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros³⁴ Mayo, 2005

Para dar atención a las inquietudes del personal de Enfermería, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) coordinó con los Colegios: Nacional de Enfermeras, Nacional de Enfermeras Militares y Mexicano de Licenciados en Enfermería, a partir de septiembre de 2004, tres sesiones de trabajo, con el objetivo de elaborar la propuesta de trabajo inicial de la Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros, que fue presentada el 6 de diciembre del mismo año en el seno del Grupo Conductor, encargado de emitir el documento final.

La Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros tiene un sustento normativo de gran importancia, toda vez que los derechos invocados derivan de nuestra Carta Magna y de las leyes emanadas de ella, tal es el caso de la Ley Federal del Trabajo y la Ley General de Salud, así como otros ordenamientos complementarios que sustentan la práctica profesional de la Enfermería.

Destaca, de igual forma, que esta Carta detente entre sus disposiciones a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, lo cual la dota de mayor solidez.

Decálogo incentivo para el desarrollo de una práctica profesional de excelencia y promotor de una buena relación con los pacientes y sus familiares.

1.- Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.

Tienen derecho a que se le otorguen las facilidades para ejercer la gestión y ejecución del cuidado de enfermería en intervenciones independientes y dependientes al usuario, familia y comunidad basado en su juicio profesional, sustentado en el Método de Enfermería, dentro un marco ético, legal, científico y humanista.

³³ Zárata. Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 29-38, março 2008 (Artículo en línea, consultado el 16/11/15) pág 30. Disponible en: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwi_9anxso3NAhVKPIIKHUZbC-kQFgqiMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Farticulo.oa%3Fid%3D233016513004&usq=AFQjCNFMKWt3Y2n47uGI8C78HWJx-dTA&sig2=5Rr-i88PhaZreYI0Axf2Q&bvm=bv.123664746,d.amc

³⁴ Carta de los Derechos Generales de Las Enfermeras y Enfermeros. (consultado en línea) Disponible en: <http://bvs.insp.mx/local/File/Cartaenfermeria.pdf>

2.- Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.

Tienen derecho a trabajar en instalaciones seguras y apropiadas, que les permitan desarrollar sus actividades en las mejores condiciones de protección para su salud e integridad personal. Cuando las características de sus actividades impliquen riesgos para su salud, tienen derecho a que se les dote de los insumos indispensables para minimizar el riesgo laboral.

3.- Contar con los recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones.

Tienen derecho a recibir del establecimiento donde presten sus servicios, el material equipo y personal requeridos para el desarrollo de su trabajo, conforme a la normativa y las necesidades del área o servicio en el cual desempeña su actividad profesional.

4.- Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

En términos de la obligación de dar información en el ámbito de su responsabilidad en el cuidado de la persona, tienen derecho a no revelar la información que sobrepase su competencia profesional y laboral.

5.- Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.

En todos los ámbitos de su ejercicio, tienen derecho a recibir trato digno por parte del paciente y sus familiares, así como de los profesionales y personal relacionados con su práctica profesional, independientemente del nivel jerárquico.

6.- Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.

Tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a un sistema de educación, actualización, capacitación y desarrollo profesional de acuerdo a la normativa de la institución donde labora.

Ley General de Salud. Artículo 89, Segundo Párrafo y 90, fracción I. Declaración de Posición. Consejo Internacional de Enfermeras. La formación y capacitación inicial y continua de las

Enfermeras y los demás Profesionales de Salud, debe dotarles de las competencias necesarias para conseguir que los pacientes y el público estén bien informados y para trabajar en colaboración con ellos con el fin de satisfacer mejor sus necesidades de Salud. Todo el personal de enfermería debe tener acceso a la formación continua, y han de utilizarse los medios convenientes para llegar a las que trabajan en regiones aisladas.

7.- Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.³⁵

Tienen derecho a ser considerados para participar en actividades de gestión, investigación y docencia como parte de su desarrollo profesional.

Ley General de Salud. Artículo 90, fracción IV.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 6 y Artículo 17 fracción VI. OIT Convenio 149 sobre el empleo y condiciones de Trabajo y

³⁵ Ibídem, pág. 11

de Vida del Personal de Enfermería. Artículo V, Inciso 1.- se tomarán medidas para fomentar la participación del personal de Enfermería en la Planificación de los Servicios de Enfermería y la consulta de este personal en la adopción de las decisiones que le afectan, según métodos apropiados a las condiciones nacionales, en particular formación apropiada, condiciones de empleo y trabajo.

8.-Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.

Tienen derecho a integrarse en organizaciones, asociaciones y colegios que les representen para impulsar el desarrollo profesional, la superación de sus agremiados y para la vigilancia del ejercicio profesional, conforme a la legislación vigente. Así mismo, la elección del organismo colegiado será libre y sin presiones.

9.- Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.

Tienen derecho, como cualquier profesionista, sin discriminación alguna y de acuerdo a sus capacidades, a ocupar cargos directivos y de representación para tomar decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones de su interés profesional.

Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación. Artículo 9. Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades. A efecto de lo anterior, se consideran como conductas discriminatorias:

Fracción III. Prohibir la libre elección de empleo, o restringir las oportunidades de acceso, permanencia y ascenso en el mismo.

10.- Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

Tienen derecho, de acuerdo a su situación laboral o contractual, a percibir una remuneración por los servicios profesionales que presten.

Código De Ética Para Enfermeras³⁶

INTRODUCCION

Todo arte y toda investigación y del mismo modo toda acción y elección parecen tender a algún bien, por eso se ha dicho con razón que el bien es aquello a lo que tienden todas las cosas. Aristóteles

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y

³⁶ Código de Ética:(consultado en línea) disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México. Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera. Precizando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional. Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias. Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con su colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad. El compendio de los deberes que los profesionistas de la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo. Con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaría de Salud emprende en esta gestión, y en la cual el Código de Ética se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en su carácter propositivo e integrador de todos los esfuerzos que desarrollan los diferentes grupos de la enfermería en el ámbito nacional, presenta para su conocimiento y en su caso aceptación y cumplimiento por la comunidad de enfermería, el presente documento que concluye la iniciativa asumida por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE), mismo que socializó en tres versiones a nivel nacional en diferentes instituciones educativas y de salud, así como en la Asamblea del Colegio Nacional de Enfermeras. Con la misma intención, la Comisión Interinstitucional trabajó dicho documento y lo socializó a nivel nacional en las Comisiones Interinstitucionales de los

estados de la república y en el Distrito Federal en la mayoría de los hospitales e institutos del sector salud.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes.

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último del todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar. El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos. El acto humano se concibe con el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad. Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva. La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto humano, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten. La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas. La conciencia moral u órgano axiológico de lo ético va más allá de la mera complacencia o convicción personal, en tanto que juzga el bien o el mal de lo hecho y a la bondad o maldad de quien lo hace, porque el hombre siempre elige un bien pero en ocasiones no elige bien.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común, proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad. Así resulta que la moral no es restricción, limitación o prohibición, sino más bien afirmación, elevación, expansión y planificación. A la persona humana se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respecto igual y recíproco a la dignidad humana. Considerando que la dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí; es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto. Así la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia. La dignidad, por ser un valor inviolable que tiene esencialmente todos y cada uno de los seres humanos,

independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón, insustituible e irrepetible, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad.

Cada hombre en su semejanza es diverso en sus valores, sin embargo la dignidad es un valor universal que se deriva de la apreciación que cada persona hace de su propia dignidad.

En este sentido la corriente personalista que propugna la afirmación de la persona, el rescate de sus derechos y el restablecimiento de la cultura de la responsabilidad personal, centra la atención del comportamiento moral en la persona, tomándola como protagonista de la historia y como fundadora de la sociedad en el conjunto de relaciones que se dan en la conciencia individual y social; en esta concepción la persona es consciente de sí misma, responsable de sus actos y con la libertad que la hace ser, con fines que la trascienden y con capacidad de desentenderse de sí misma para darse a los demás en una existencia humana fiel a sí misma y a su grupo social.³⁷

Esta concepción también es vista en el humanismo Kantiano, el que como filosofía del comportamiento señala: Obra siempre de tal suerte que trates a la humanidad en tu persona tanto como en la persona del prójimo, con un fin y no como un simple medio. Al considerar al hombre como fin, el humanismo se constituye en la reflexión de que la preocupación máxima del hombre deber ser el propio hombre y todo lo que significan sus intereses, sus problemas y su posición en la vida, constituyéndose esto, en el ideal por desarrollar en sí y en cada individuo lo que hay específicamente de humano. Así, el deber, la solidaridad y la fraternidad, como formas de conducta, responden a la capacidad de interacción entre los seres humanos que comparten la misma visión humanista. El humanismo, así concebido, tiene su expresión en un ser humano que ayuda a otro con la conciencia de lo valioso de la existencia y del respeto por ésta y su dignidad en todas las

etapas de la vida, significando también, la disposición del hombre para responder a las necesidades de sus semejantes con una actitud humana que le dé esencia y valor a su propia vida. Después de todo, la sociedad es un sistema para las personas y toda institución es parte integral del sistema de ayudas.

El humanismo en términos generales, se define como la actitud centrada en el interés por lo humano no sólo de un modo genérico (pueblo, sociedad, humanidad) sino por la persona concreta con nombre y apellidos, y en el desarrollo y bienestar de lo que el hombre es en lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.

En este mismo sentido que se da en el humanismo, el hombre para realizarse como persona requiere de un comportamiento ético para practicar el respeto a la integridad que significa la vida y la dignidad de sus semejantes.

Practicar el humanismo es partir de conocerse a sí mismo. Es la idea de sí mismo reflejada en otra persona. Cada hombre será más hombre si se reconoce en la dignidad de los demás.

Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana.

Quien pueda contribuir a que el hombre obtenga bienestar en todos estos aspectos que lo constituyen se realizará a sí mismo y se hará más humano. Esta premisa constituye un sustento a la enfermería, ya que ésta durante mucho tiempo se consideró como un trabajo intrascendente en lo

³⁷ Ibídem, pág. 2

social, que existió para alimentar o cuidar al enfermo sin un adiestramiento previo, orientada sólo por la inclinación hacia elevados valores espirituales o religiosos.

Después de varias décadas, la demanda de atención profesional ha motivado a la enfermería a incursionar en actividades propias del trabajo intelectual, porque reconoce la necesidad de sustentar su ejercicio en la aplicación razonada del conocimiento, en el uso lógico de la tecnología y en la reflexión ética del cuidado humanitario.

Por esto último, desde su formalización como carrera universitaria de sustento científico, respaldo técnico y orientación humanista se han venido impartiendo como materias obligadas la ética y la deontología. Aún así existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

Un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta; siempre hay algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son.

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.³⁸

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;

A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;

A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;

A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.

La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.

El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la

³⁸ Ibídem, pág. 3

vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

En este contexto es importante establecer la diferencia entre deontología y ética, en ambas se definen reglas; sin embargo es sabido desde siempre que a la deontología se le relaciona con los deberes y obligaciones en el ejercicio de una profesión y como la búsqueda de las exigencias éticas. No obstante en muchas ocasiones un código deontológico se apega más a reglas administrativas que a la esencia misma de la ética en el deber profesional, por esta razón se le da mayor relevancia a un código de ética, pues es precisamente la dignidad ontológica o constitutiva de la persona la que debe fundamentar todo planteamiento ético en la práctica de enfermería. Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que de un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.³⁹

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su

práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. Por todo esto se hace necesario que la enfermera conozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas.

Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

³⁹ Ibídem, pág. 4

PRINCIPIOS⁴⁰

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

⁴⁰ Ibídem, pág. 6

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.⁴¹

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

⁴¹ Ibídem, pág. 7

Que la acción y el fin del agente sea bueno;
Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

Capitulos⁴²

Capitulo I.

Disposiciones generales

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

Capitulo II.

De los deberes de las enfermeras para con las personas

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

Capitulo III.

De los deberes de las enfermeras como profesionistas

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

⁴² Ibídem, pág.8

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Capítulo IV.⁴³

De los deberes de las enfermeras para con sus colegas

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

Capítulo V

De los deberes de las enfermeras para con su profesión

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

Capítulo VI

De los deberes de las enfermeras para con la sociedad

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

⁴³ Ibídem, pág.10

Carta De Los Derechos Generales De Los Pacientes⁴⁴

LEY GENERAL DE SALUD NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico.

1.- RECIBIR ATENCION MÉDICA ADECUADA por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2.- RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO. El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, pudor a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3.- RECIBIR INFORMACION SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; que la información que se brinde sea oportuna, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4.- DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5.- OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO. El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, incluyendo las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6.- SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7.- CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9.- CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLINICO. El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa,

⁴⁴ Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Ley General de Salud. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf

legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10.- SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA. El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente, cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Consentimiento Informado⁴⁵

Se puede definir al consentimiento informado como:

"Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan".

Se otorga al paciente dicha documentación en la cual autoriza la propuesta de cuidados especializados de la estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación durante el estudio de caso, así como la toma de fotografías y/o videos. (anexo 1, 2)

El consentimiento informado incluye los siguiente conceptos:

Derecho a la información:

- Conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente. Si no lo sabe debe ser informado, acerca de quien es el médico responsable de su atención.
- Ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo o el pronóstico de su padecimiento. El médico debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó.
- Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas, así como la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir.
- Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad.
- Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite.
- Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole, así como y los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.
- Que se de respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.
- La información es parte de una relación médico paciente estrecha con comunicación abierta en ambos sentidos, de confianza y cooperación mutuas, en busca de un propósito común, el beneficio del paciente.

⁴⁵ consentimiento informado. Facultad de medicina, UNAM. Consultado en línea (23/03/16) disponible en: www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia_nov_2k2.html

Libertad de Elección:⁴⁶

- Opción de elegir libremente a su médico y a solicitar y que se le conceda su cambio cuando lo considere necesario, excepto en los casos de urgencia.
- Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamiento propuestos, en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta negativa.
- Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.
- No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible, ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma implícita o explícita, oral o escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.
- Preservar la calidad de su vida.
- No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.
- En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera otorgado su consentimiento.
- A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.
- La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico paciente.

El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional, no obstante tiene riesgos e inconvenientes.

Riesgos e inconvenientes:

- Ser demasiado explícito y causar depresión angustia o miedo en los pacientes, al conocer su situación real, si esta no fuera tan buena como esperaba.
- Ocasionar que el paciente se sienta inseguro y cambie de médico, por algún otro que le plantee un panorama más optimista, no necesariamente más real, con menos ética y posiblemente menos competente.
- Informar en forma deshonesta al paciente o familiares, para conducirlos a la aceptación de la práctica de un procedimiento no necesario o que implique un riesgo excesivo, en comparación con el padecimiento que se pretende atender, para adquirir experiencia, para "completar el caso", con fines de presentación o publicación; para cubrirse de posibles quejas o demandas (medicina defensiva) o con propósitos comerciales (económicos).
- Informar en forma malintencionada al paciente o a los familiares para generarles miedo, buscando su disentimiento, para eludir la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, especialmente en hospitales públicos.
- Información alarmante dirigida a "cubrirse" (medicina defensiva) de posibles quejas, demandas, riesgos, eventualidades adversas, no prevenibles, riesgos de complicación,

⁴⁶ ibídem

impericia, incompetencia o mala práctica ante posibles resultados adversos, con el propósito de que el paciente no proteste o para que busque a otro médico, cuando desee deshacerse de él.

- La negativa para aceptar procedimientos indispensables o al menos necesarios, puede llevar implícita la conveniencia de transferir al paciente con otro médico, que acepte asumir la responsabilidad de continuar atendiendo al paciente, sin haber llevado a cabo los procedimientos requeridos, con las limitaciones impuestas por la negativa de consentimiento.
- Se puede presentar la negativa a aceptar procedimientos necesarios, por carencias económicas, en cuyo caso habría que buscar otras opciones asistenciales.

Condiciones que requieren consentimiento informado:⁴⁷

- La hospitalización. Es particularmente importante en lo referente a pacientes psiquiátricos, a quienes no se les puede hospitalizar en contra de su voluntad, sin un mandato judicial o en casos de urgencias extrema, con riesgo para quienes convivan con ellos, su salud o su vida, particularmente en caso de intento de suicidio.
- La realización de una intervención quirúrgica.
- La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de la fertilidad, particularmente si son definitivos.
- La participación en protocolos de investigación.
- La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo de producir secuelas, discapacidades o complicaciones.
- La práctica de procedimientos invasivos.
- El compromiso del paciente de cumplir con las normas hospitalarias.
- Procedimientos que produzcan dolor no justificado o sufrimiento moral.
- En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.
- El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida.
- En la mayoría de los casos el consentimiento informado debe otorgarse por escrito, en formatos oficiales, diseñados "ex profeso", con la firma de dos testigos, familiares y no familiares, con el propósito de prevenir quejas, demandas o conflictos legales.

En general puede decirse que no puede llevarse a cabo un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contra de la voluntad de un paciente en uso de sus facultades mentales, aún en caso de que la opinión de la familia sea diferente. Cuando hubiera negativa de aceptación por el paciente, ésta deberá consignarse por escrito en el expediente clínico, si es posible con la firma del paciente o en su defecto, del familiar legalmente responsable.

Por tal motivo se anexan consentimientos firmados por el paciente y testigos.

⁴⁷ ibídem

VI. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

6.1 Descripción del caso:

Nombre: I.P.S.

Edad: 20 años

Domicilio: Segunda cerrada de Terrazas # 5, San Andrés Totoltepec, código postal 14400

Registro: N-313665/2015

Paciente masculino de 20 años de edad, originario de Tlaxcala, residente de la ciudad de México, escolaridad secundaria incompleta, ayudante de albañil. Inicia su padecimiento el día 20 de septiembre del año en curso, refiere familiar que mientras él se drogaba en su casa fumando marihuana, se incendia la misma y ellos logran sacarlo después de treinta minutos ya que debido a su estado no podía reaccionar y pedir ayuda por su cuenta, es llevado a urgencias del hospital GEA González, donde cuantifican 72% de superficie quemada (vía aérea, cara, cuello, tórax anterior, abdomen, extremidades torácicas e inferiores) realizan reanimación e intuban por hallazgos de esputo carbonáceo y quemaduras de vibrisas.

Es trasladado a este Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra / Ceniaq, el día 20 de septiembre de 2015 , con quemadura por fuego de 45% SCQ, referido del Hospital General Manuel Gea González, sin antecedentes crónico degenerativos, lo reciben en aérea de choque, con ventilador de traslado, bajo efectos de sedación y analgesia, con quemaduras IIA, en mitad derecha de cara, mitad derecha de cuello, región anterior de miembros superiores, tórax anterior, abdomen, muslo izquierdo región anterior, muslo derecho tercio distal de región anterior y piernas y pies región anterior, colocan línea arterial femoral izquierda, se mantiene hemodinámicamente sin vasopresores con infusión de fentanil y sedación con midazolam, no hay datos de sangrado activo, inician nutrición por sonda nasointestinal, se mantiene afebril, realizan curación de quemaduras y cubren con sulfadiazina de plata y ulcorderma en cara.

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Referente a su estado de salud y factores de sistema de cuidados de salud, dentro de los antecedentes heredo familiares solo esta presente la diabetes mellitus, no hay antecedentes personales patológicos.

Refiere mal desempeño académico, cursando tercer año de secundaria, con dificultad para el aprendizaje, para mantener atención, es hiperactivo, con humor inestable, retador, opositor con maestros y familiares. Inicia a los 12 años con consumo de cannabis, cocaína, alcohol, tabaco y otras sustancias únicamente de manera ocasional. Su personalidad es premórbida: impulsivo, intolerante, incapacidad para asumir la culpa, desprecio por las necesidades de los demás , refiere actos delictivos mientras estuvo en pandillas, refiere poseer un arma de fuego con la que amenazó a varias personas, niega haber tenido problemas legales.

VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración

En el día 25 de evolución en el área de subagudos del Ceniasq (15/10/15), al examen físico se encuentra consciente y orientado en tiempo, espacio y persona; facie angustiosa; presenta palidez generalizada, solicita ayuda para bañarse, vestirse, alimentarse y usar el cómodo. Tiene sonda vesical, con orinas claras y abundantes. Se mantiene en posición semifowler la mayor parte del tiempo debido a áreas cruentas dándose constantemente posicionamiento, refiere estreñimiento (tipo 2 según escala de Bristol) y cansancio.

(Signos vitales: T. A.: 120 / 70 mmHg, Frecuencia cardiaca: 120 x', Respiración: 22 x', Temperatura: 37,6 °C).

Por otra parte la misma situación que vive actualmente le genera ansiedad refiere "estoy preocupado por mis heridas, no sé cómo mejoraré, quiero estar en mi casa con mi familia y trabajar"

A su egreso hospitalario se realiza visita domiciliaria al paciente el día 15 de diciembre y se puede valorar lo siguiente:

Factores de condicionamiento básico:

El paciente no se encuentra satisfecho con el rol asumido hasta el momento, ya que menciona que quiere ser más responsable en sus obligaciones como hijo y como persona, el concepto de sí mismo cambió a partir de su accidente de tal manera que ahora refiere la necesidad de cambiar su actitud con la vida ya que sus acciones no lo están llevando a nada bueno, quiere terminar con sus vicios y apoyar a su familia. La cual mantiene creencias y costumbres familiares pero en ocasiones por falta de dinero no pueden llevarlas a cabo, la familia es disfuncional, esta integrada por papá, mamá, un hermano mayor que el paciente de 21 años estudiante de preparatoria, una hermana de 14 años estudiante de secundaria y otra hermana de 9 años estudiante de primaria, de los cuales solo el papá es el único proveedor económico, las expectativas que tiene sobre la respuesta de su familia ante su accidente es que lo apoyen a salir adelante en sus vicios y con su rehabilitación. Por otra parte el papá es quien asume el rol de jefe de familia pero en su ausencia la mamá es quien se hace cargo de la disciplina de los hijos, es la que trata de inculcar creencias y valores mismos que se violan la mayoría de veces, aunque existe la expresión libre de ideas, opiniones y sentimientos al interior de la familia, expresando su amor con cariños, la alegría cantando y sonriendo, la tristeza con llanto y aislamiento y el enojo muchas veces con insultos.

Dentro del patrón de vida sus actividades realizadas habitualmente han cambiado ya que no puede salir ni llevar a cabo las actividades que hacía por que presenta herida abierta en fase de cicatrización en tibia derecha cubierta con apósito y vendaje elástico y sus múltiples cicatrices hipertróficas no pueden exponerse al sol, el trabajaba como ayudante de albañil y ahora se mantiene la mayor parte del tiempo en casa realizando cosas mínimas del hogar.

Cabe mencionar que la casa es rentada, solo cuenta con 2 habitaciones para dormir, tiene baño y cocina independientes, cuatro ventanas, la familia vive en hacinamiento. En cuanto a barreras arquitectónicas la accesibilidad, el desplazamiento y traslados son peligrosos ya que el piso esta a desnivel, hay una gran cantidad de piedras sueltas, así como una escalera de caracol muy reducida y con bastantes escalones, no existen barandales ni pasamanos dentro de la vivienda.

Su colonia cuenta con todos los servicios, seguridad pública, algunas calles pavimentadas, banquetas y medios de transporte y por lo que respecta a factores nocivos para la salud existe un bar y pandillerismo.

Del mismo modo la colonia cuenta con centro de salud, mercado, farmacias, escuelas e iglesias.

Dentro del aspecto económico la familia no cuenta con los recursos idóneos suficientes para satisfacer las necesidades de comida, vivienda, vestido y servicios de salud.

En el rubro de requisitos de autocuidado universales

1.Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

El paciente tiene el hábito de fumar 4 cigarrillos al día, iniciándolo a los 13 años de edad, afortunadamente hasta el momento no es frecuente que sufra enfermedades respiratorias y dada la importancia y seriedad que necesita para su rehabilitación se ha mantenido alejado de esa costumbre.

2.Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

El agua que consume es purificada e influye su estado de ánimo en la cantidad de líquido que ingiere ya que la inactividad y la depresión hace que disminuye su cantidad. El tipo de líquido es variado desde agua simple (3 vasos al día), leche (1 vaso al día), refresco (1 o 2 al día), jugo (1 o 2 por semana) hasta bebidas alcohólicas (2 o 3 cervezas por semana).

3.Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento:

Realiza tres comidas al día, ocasionalmente hace una colación, sus horarios son muy variados, no tiene una dieta específica por indicación médica, consume en cantidad suficiente el mayor grupo de alimentos excepto la carne de cerdo no le gusta, aunque su alimentación en ocasiones se limita por falta de dinero.

4.Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

El paciente evacua diario aveces 2 al día, sin ninguna molestia, sus heces son color marrón, de consistencia formada y en moderada cantidad. De igual manera las características de la orina son macroscópicamente normales color ambar y en suficiente cantidad.

Realiza su baño y cambio de ropa diario, con lubricación de la piel una vez al día, se corta las uñas una vez a la semana, su aseo de manos es poco de 3 veces al día, el cepillado de dientes lo realiza 2 veces al día de arriba hacia abajo y muelas en forma circular.

5.Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Le limita realizar sus actividades su situación actual ya que tiene sensación de debilidad de torácico y pélvico derecho, lo que le dificulta llevar a cabo diversas acciones básicas como sujetar cosas con la mano derecha o desplazarse con seguridad; algunas de sus cicatrices hipertróficas le molestan a la hora de dormir ya que el estar mucho tiempo en una sola posición le genera dolor, pero llega a conciliar nuevamente el sueño y se siente descansado al despertar.

Valoración de las actividades de la vida diaria

Índice de Barthel

El puntaje obtenido según la escala corresponde a 85 lo que indica que es independiente en la mayor parte de sus actividades básicas de la vida diaria, necesitando ayuda para vestirse, trasladarse, deambular y subir escaleras.

Escala de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria

En lo que corresponde a esta escala su puntuación fue de 7 lo que indica una buena independencia para la realización de sus actividades instrumentales de la vida diaria.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Es amigable y tranquilo, intenta tener buena comunicación con la gente que lo rodea, no existe aislamiento de otras personas, tiene buena interacción, su familia y amigos, están disponibles si los necesita; anteriormente estuvo involucrado en pandillerismo lo cual le relaciono con diferentes personalidades que lo llevaron al consumo de sustancias nocivas para la salud.

7. Prevención de peligros para la vida

No hay ninguna alteración visual que le impida detectar algún peligro en el hogar, la vía pública o trabajo, tiene buena audición, su sentido de gusto está conservado, detecta forma, textura, temperatura y estabilidad con objetos. Hasta ahora no ha sufrido caídas, solo recuerda el accidente sufrido en su hogar al estar quemándose, por tal motivo procuran que este siempre un integrante de la familia con él. A pesar de no llevar controles periódicos de salud el paciente se encuentra sano y tiene poca información sobre su autocuidado para prevenir enfermedades.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.

El paciente está en un proceso de aceptación, las secuelas que dejan las quemaduras, la sociedad, su limitación para ciertas actividades y su aspecto físico están marcando una pauta en su vida que de alguna manera es muy preocupante ya que desde su egreso del instituto no ha tenido alguna sesión psicológica, el paciente está confundido y desorientado en todo su tratamiento rehabilitatorio.

Requisitos de desviación de la salud

El paciente percibe su situación actual como una desgracia, desconoce las medidas terapéuticas de su padecimiento, no encuentra mecanismos para afrontar su proceso. Confía en mi participación para llevar a cabo las medidas terapéuticas y lograr al máximo (dentro de sus limitaciones) su independencia para reintegrarse a sus actividades habituales de la mejor manera posible.

7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Datos generales antropométricos

Peso actual: 59 kg	Índice cintura: 76 cm
Estatura: 1.65 m	Índice cadera: 86 cm
Segmento torácico derecho: 70 cm	Segmento torácico izquierdo: 70.5 cm
Segmento pélvico derecho: 82	Segmento pélvico izquierdo: 83 cm

Signos vitales:

Pulso: 86 latidos por minuto	Temperatura: 36.4 °C
Respiraciones: 18 por minuto	T/A 120/70 mmHg

Inspección general:

Edad aparente a la cronológica	Sí
Estado de conciencia	Alerta
Orientación por esferas	Tiempo: sí Espacio: sí Persona: sí

Marcha:

Fases	Normal	Deficiente	No realiza
De soporte:			
Contacto inicial	✦		
Respuesta a la carga		✦	
Soporte medio		✦	
Soporte terminal	✦		
Prebalanceo		✦	
De balanceo			
Balanceo inicial		✦	
Balanceo medio		✦	
Balanceo terminal		✦	
Ciclo de la marcha			
Puntas		✦	
Talones		✦	

Claudicación:	Sí, por debilidad
Marcha:	Independiente
Apoyo para la marcha:	No

Coloración de la piel:

Cianótica en cicatrices hipertróficas

Postura (alineación corporal en posición erecta):

Tipo de equilibrio:	Adecuado / Deficiente
Equilibrio estático (bipedestación):	Lateral deficiente
Equilibrio en un punto:	Deficiente
Equilibrio en rodillas:	Adecuado
Equilibrio en sedestación:	Adecuado
Equilibrio dinámico (durante la marcha):	Deficiente

Reflejos miembros torácicos:

Tricipital:	Hiporrefléxico
Bicipital:	Hiporrefléxico
Supinador:	Normorrefléxico
Radial:	Normorrefléxico

Reflejos miembros pélvicos:

Rotuliano	Normal
Aquileano	Normal

Examen Manual Muscular:

Fuerza muscular según escala de Daniels de extremidad torácica, hombro 4/4, bíceps 4/4, tríceps $\frac{3}{4}$, palmar mayor $\frac{1}{3}$ flexor superficial y profundo de los dedos $\frac{3}{4}$, abductor del pulgar $\frac{3}{4}$, aductor del pulgar 4/4, refiere dificultad para llevar a cabo diversas acciones básicas como sujetar cosas con la mano derecha.

Fuerza muscular según escala de Daniels de extremidad inferior derecha 3/4 caderas, 3/5 rodilla y 3/5 para pie y arcos de movilidad limitados rotación interna de cadera derecha 20°, rotación externa 35°, flexión de rodilla en 75°, flexión dorsal 10°, flexión plantar 35°, eversion 15°.

Arcos de Movimiento de la región del cuello:

Flexión	Normal con dolor
Extensión	Normal con dolor
Rotación lateral izquierda	Limitada con dolor
Rotación lateral derecha	Limitada con dolor
Inclinación lateral izquierda	Limitada con dolor
Inclinación lateral derecha	Limitada con dolor

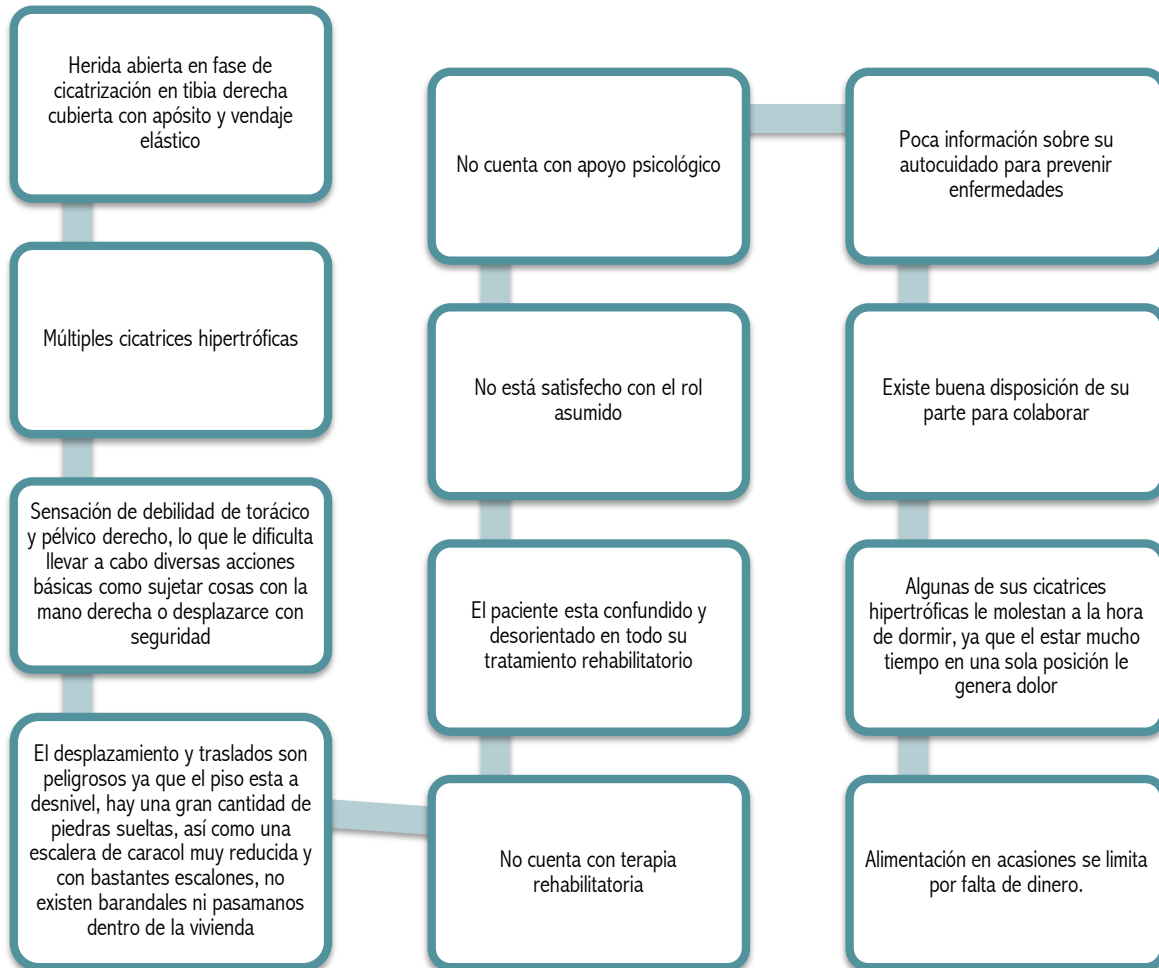
SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA

El día 2 de abril de 2016 se logra contactar vía telefónica a mamá del paciente, la cual refiere que su hijo rehúsa a continuidad de programa de trabajo, por antecedentes y situación familiar actual, la madre puntualiza una falta de apego a tratamiento médico y de enfermería; pero enfatiza que los avances obtenidos hasta la fecha ayudaron a su total independencia, menciona que logra una mejor marcha, con seguridad y firmeza, ya no claudica, logra completar sus arcos de movilidad tanto de extremidades superiores como de inferiores, continúa con parestesias en mano derecha pero la fuerza y destreza han mejorado, así mismo lubrica su piel con frecuencia por el prurito, pero no compró las prendas de compresión por pena a usarlas y exponerse a burlas de la comunidad y con dicha mejoría el paciente regresó a situación de pandillerismo y drogadicción por lo cual no se pudo llevar a cabo la segunda valoración focalizada, cabe mencionar que el paciente desde su egreso hospitalario se rehúsa y nunca recibió atención psicológica a pesar de contar con ella dentro de CENIAQ y brindarle información sobre algunos centros de ayuda a pacientes con su mismo padecimiento con lo cual se concluye dicho proyecto tomando en cuenta información facilitada por madre del mismo.

7.1.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

No aplica por no contar con acceso a expediente electrónico

7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS



JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS DE LA SEGUNDA VALORACIÓN
(2 de abril de 2016)



7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Riesgo en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c presencia de herida abierta en tibia derecha, la cual muestra exudado serohemático activo no fétido.

Riesgo en la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal, r/c situación estética, citraces hipertróficas de piel y personalidad inestable.

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deterioro del estado físico, m/p disminución de la fuerza muscular según escala de Daniels de extremidad inferior derecha 3/4 caderas, 3/5 rodilla y 3/5 para pie y arcos de movilidad limitados rotación interna de cadera derecha 20°, rotación externa 35°, flexión de rodilla en 75°, flexión dorsal 10°, flexión plantar 35°, eversión 15°

Deficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c sensación de debilidad de toracico derecho, m/p dificultad llevar a cabo diversas acciones básicas como sujetar cosas con la mano derecha.

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c debilidad muscular de extremidad inferior derecha, m/p dificultad para ejecutar correctamente el ciclo de la marcha.

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c dolor agudo localizado de tipo punzante (Eva 5/10) en tórax anterior m/p dificultad para dormir.

Riesgo en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c el desplazamiento y traslados peligrosos ya que el piso esta a desnivel, hay una gran cantidad de piedras sueltas, así como una escalera de caracol muy reducida y con bastantes escalones y no existen barandales ni pasamanos dentro de la vivienda.

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c falta de un programa terapéutico, m/p arcos de movilidad limitados, debilidad muscular y parestesias de toracico derecho.

Riesgo en la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal, r/c falta de apoyo psicológico.

Riesgo en el mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente r/c falta de nutrimentos necesarios para su mantener un estado nutricio adecuado.

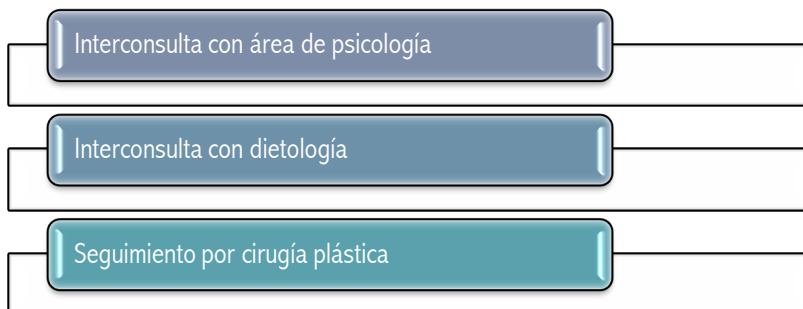
NUEVOS DIAGNÓSTICOS

Riesgo en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c trastorno del autoconcepto, causado por los efectos de la quemadura en el aspecto, dependencia de otros, no asume responsabilidades y regreso al consumo de drogas.

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano r/c manejo ineficaz del régimen terapéutico, causado por un conocimiento insuficiente del cuidado de la piel cicatrizada, el picor, la prevención y los cuidados de seguimiento m/p desapego al tratamiento.

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Se sugiere al paciente continuar con tratamiento, asistiendo a consultas programadas por su médico tratante, asiendo incapie en la gran importancia de estas para su óptima recuperación.



7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

7.4.1 OBJETIVO DE LA PERSONA

7.4.2 OBJETIVO DE LA ENFERMERA

7.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Plan de Intervenciones de Enfermería en Rehabilitación

Diagnóstico: Riesgo en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c presencia de herida en fase de cicatrización, en tibia derecha, con presencia de exudado serohemático activo no fétido.

Objetivos:

Paciente

- “Que mi herida cierre para que no vuelvan a operarme”
- “Que no se infecte mi herida”

Enfermería

- Mantener herida limpia y en las mejores condiciones para lograr una pronta cicatrización y disminuir el riesgo de infección.

Agente:

- Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación

Sistema:

- Apoyo/Educativa.

Intervención de Enfermería

a) Lavado de manos

Equipo:

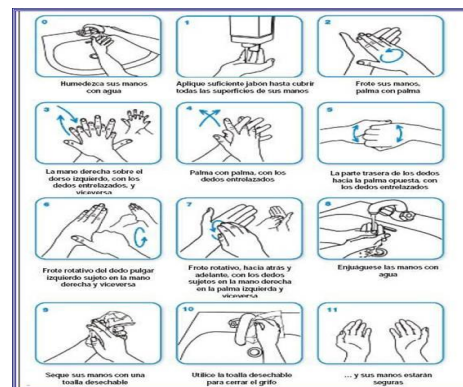
1. Lavamanos
2. Jabón
3. Toalla de tela o Papel toalla
4. Depósito para el sucio

Técnica del lavado rutinario:

1. Humedecer las manos con agua tibia corriente.
2. Aplicar jabón líquido, 1 dosis.
3. Distribuir el jabón frotando durante al menos 15 segundos, como se muestra en el siguiente esquema.

Fundamentación Científica

- a) Eliminar la suciedad, materia orgánica, flora habitual y transitoria y así evitar la transmisión de estos microorganismos.



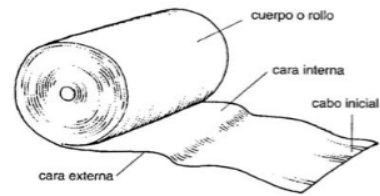
http://1.bp.blogspot.com/-qL1UyaFsprrs/TdCb3GkWBCI/AAAAAAAAAJo/WTiUUDr8z4/s1600/bpm.-buenas-practicas-de-manufactura_30426_1_1manos.jpg

<p>b) Mantener herida limpia y seca</p> <p>c) Controlar los signos y síntomas de infección e inflamación subepidérmica en la herida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aumento de la supuración espesa de color amarillo o verde. ○ Supuración maloliente ○ Áreas manchadas y negras de bajo de la escara. ○ Escara blanda y desprendida. ○ Aumento de la hinchazón. ○ Aumento del enrojecimiento alrededor de la periferia de la herida. 	<p>b) La piel y las mucosas que se encuentran alrededor de las heridas abiertas deben mantenerse limpias y secas, para evitar la proliferación de microorganismos.</p> <p>c) Inicialmente, se espera que se produzca una gran cantidad de supuración de una herida por quemadura. Entre 4 y 5 días después, la supuración normal consiste en una cantidad moderada de líquido amarillo. Es también normal observar un ligero eritema en el borde de la herida; sin embargo, cuando aumenta en intensidad y anchura, puede producirse inflamación subepidérmica. Esta se produce por estreptococos que disuelven un autoinjerto.⁴⁸</p>
--	--

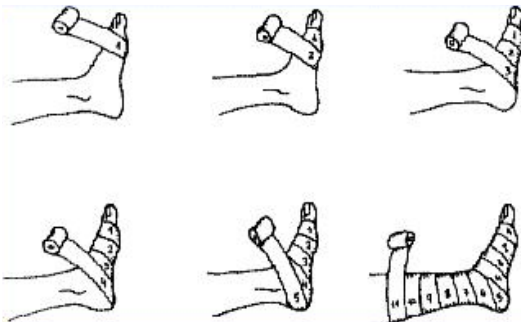
Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>d) Cambiar los vendajes dos veces al día, dependiendo del estado de las heridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Valorar las heridas ○ Aplicación de medicamento antimicrobiano, vendaje sintético, etc. Según indicación médica. <p>Técnica de vendaje para tibia y perone</p> <p>Material</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Venda de algodón de 10 cm 2. Tela adhesiva de 5 cm <p>Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos 2. Colocar apósito indicado en herida quirúrgica 	<p>d) inicialmente, las heridas por quemaduras se limpian dos veces al día hasta que disminuya la supuración y la herida comience a cicatrizar. Generalmente, se aplica al principio un antibacteriano en todas las heridas por quemaduras. Cuando la supuración disminuye y la herida comienza a cicatrizar, se aplica un vendaje sintético. Se utilizan varios vendajes sintéticos y biosintéticos como vendajes de autoinjerto; la elección depende, a menudo, de la preferencia del médico.</p>

⁴⁸ Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Pág. 466.

3. Sostener el rollo de la venda en una mano y el extremo inicial en la otra, debe estar colocado hacia arriba en relación al extremo inicial de la venda, de modo que se facilite su deslizamiento sobre la cara interna de ésta y que sea la cara externa la que entre en contacto con el paciente
4. Comenzar a vendar justo por encima del inicio de los dedos, en la cara dorsal del pie y en dirección hacia la rodilla, en forma circular
5. Continuando con la misma tensión, (no muy suave ni muy apretado) vendar la pierna con vueltas en forma circular hasta justo por debajo de la rodilla (englobando el vientre muscular de los gemelos por completo).



<http://1.bp.blogspot.com/-CnFhKtbR20/VIKSXxFvnQI/AAAAAAAAAF4/ljAcTVK22PA/s1600/4.jpg>



<http://ppl.mhg.com/files/WQzLUF11ospEXUokCkAkXgWQ54HJoPHryLu75kBVerSoP9l0qYEWvshXDVPzR8H7J3rP3kYTgQu5Eko0IDEX.Y85Yvendaje1.JPG>

6. Al final del vendaje colocar un trozo de tela adhesiva para sujetarlo
7. Verificar su comodidad

e) Explicar las necesidades nutricionales y las fuentes alimentarias. (ver anexo 9)

- Calorías diarias: 2500-3000
- Proteínas: 100-125 g; fuentes: lácteos, carne, aves, pescado y legumbres.
- Vitaminas del complejo B; fuentes: carne, frutos secos y cereales enriquecidos.

- e) Las complicaciones principales de un traumatismo y septicemia aumentan el metabolismo del 10% al 50%. En presencia de una cantidad insuficiente de proteínas, el organismo degrada sus propios depósitos endógenos de proteínas.⁵⁰
- Es necesario aumentar la ingesta calórica y proteica para potenciar la capacidad de reserva corporal de proteínas.

⁵⁰ Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Pág. 473.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Vitamina C: 75-300 mg; fuentes: verdura y cítricos. ○ Fósforo, magnesio y vitamina D; fuentes: polivitamínicos. <p>f) Explicar el aspecto de la quemadura en las distintas fases de la cicatrización. (Ver Anexo 10)</p> <p>g) Educar y demostrar al paciente y a otra persona para éste el cuidado de las heridas. Ser claro y sencillo. También ofrecer información escrita.</p> <p style="text-align: center;">(Ver Anexo 11)</p> <p>h) Educar al paciente y la familia a observar y comunicar los siguientes aspectos⁴⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios en la zona cicatrizada. ○ Cambios en la supuración o color de la herida. ○ Fiebre o escalofríos ○ Adelgazamiento. <p>i) Explicar la importancia de continuar con los ejercicios de amplitud de movimiento en casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es necesario el complejo vitamínico B para el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. ○ La vitamina C es esencial para la formación de colágeno y la cicatrización de las heridas. ○ Polivitamínicos necesarios para la cicatrización. <p>f) El conocimiento del proceso de cicatrización proporciona al paciente expectativas razonables.</p> <p>g) El conocimiento y la comprensión del proceso aumenta la cooperación.</p> <p>h) Las quemaduras cicatrizadas son proclives a infecciones y se requiere una nutrición óptima.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los cambios pueden indicar una infección o el rechazo del injerto. ○ Estos signos pueden indicar infección. ○ El adelgazamiento señala que la ingesta es insuficiente para cumplir con las necesidades metabólicas. <p>i) Al cicatrizar las quemaduras, la formación de tejido cicatricial hipertrófico causa una ligera contracción. El ejercicio diario puede ayudar a reducir la intensidad</p>
--	--

⁴⁹ Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Pág, 480

Plan de Intervenciones de Enfermería en Rehabilitación

Diagnóstico: Deficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c debilidad muscular de extremidad inferior derecha, m/p dificultad para ejecutar correctamente el ciclo de la marcha.

**Objetivos:
Paciente**

- “Caminar bien, como antes”

Enfermería

- Aumentar el tono y la actividad contráctil, evitar los acortamientos musculares, desarrollar fuerza y aumentar la resistencia, para la ejecución correcta de la marcha.



Agente:

- Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación

Sistema:

- Apoyo/Educativa
- Parcialmente compensatorio

Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>a) Valoración de estado general de la persona y sus constantes vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presión arterial ○ Pulso ○ Respiración/oximetría ○ temperatura. <p>✓ Toma de signos vitales 15 minutos previo al ejercicio.</p> <p>✓ Toma de signos vitales 1 vez durante el ejercicio.</p> <p>✓ Toma de signos vitales posterior al ejercicio 15 minutos.</p> <p>b) Fortalecimiento de isquiotibiales (ver anexo 3,4,5 y 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estiramiento activo ○ Elevación de la pierna recta, en extensión de rodilla . ○ Contracción del cuádriceps y estiramiento isquiotibiales. 	<p>a) El monitoreo de los signos vitales es una acción permanente. Además antes y después de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, estos permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos La velocidad del pulso aumenta con la actividad física. El ejercicio, aumenta la producción de calor, por la actividad muscular y aumenta temporalmente la frecuencia respiratoria por aumento del metabolismo⁵¹.</p> <p>b) La flexibilidad osteomuscular se caracteriza típicamente por la amplitud máxima del movimiento en una articulación. La falta de flexibilidad de los isquiotibiales condiciona una inclinación de la pelvis hacia atrás, disminución de la movilidad pelviana y</p>

⁵¹ Villegas y cols. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Rev. Archivos de Medicina. Vol. 12 (2); 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Contracción estática del muslo/aductores ○ Elevación de talones ○ Elevación de rodilla-cadera sentado ○ Pasar de sentado a postura de pie ○ Equilibrio sobre las piernas ○ Elevación lateral ○ Estiramiento de pantorrilla ○ Estiramiento y elevación de pierna en pelota <p>c) Reeducción de la marcha por fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contacto inicial ➤ Respuesta a la carga ➤ Apoyo medio ➤ Apoyo final ➤ Prebalanceo <ul style="list-style-type: none"> ○ Corrección postural frente al espejo. ○ Balanceo laterales y antero posteriores. ○ Adiestrar en las distribuciones del peso del cuerpo sobre ambos miembros inferiores. ○ Entrenamiento de la marcha entre paralelas. ○ Corregir postura frente al espejo. ○ Patrones dinámicos de la marcha y postura fuera de las paralelas, en planos irregulares. ○ Subir y bajar escalones y planos inclinados <p>d) Reeducción propioceptiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patada lateral usando la cadera (15 a 20 veces con cada pierna para completar una serie) 	<p>atenuación o inversión de la lordosis lumbar, que puede estar ocasionada por determinadas posiciones que, si persisten, llevan invariablemente al cambio biomecánico en la distribución de presiones y la consiguiente afección vertebral en forma de acuñamiento anterior del cuerpo, aumento de la curvatura dorsal y afección de los discos intervertebrales.⁵²</p> <p>c) La deambulación en dos pies libera nuestras extremidades superiores y nos permite realizar otras actividades de la vida diaria e interactuar con el medio que nos rodea. La alteración de la capacidad de marcha se puede complicar con caídas, es predictor de deterioro funcional, aumenta la morbilidad.</p> <p>d) Existe un equilibrio estático, necesario para mantener una postura y un equilibrio dinámico, requerido durante el desplazamiento en el espacio. Tanto para la mantención del equilibrio como para la locomoción, se requiere de la interacción de los sistemas aferentes (visual, vestibular y propioceptivo) que</p>
---	--

⁵² Da Silva. Síndrome de los isquiotibiales acortados. 2008. Elsevier España, S.L.



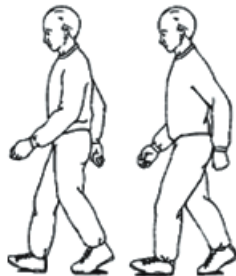
<http://www.dads.state.tx.us/texercise/resources/handbook/images/HipSideKick.gif>

- Levantamiento de piernas



<http://www.dads.state.tx.us/texercise/resources/handbook/images/LegLifts.gif>

- Equilibrio sobre una pierna
- Camine haciendo la figura del número ocho



<http://www.dads.state.tx.us/texercise/resources/handbook/images/WalkingFigure8.gif>

llevan información al sistema nervioso central, con los centros de proceso de esta información (tronco, cerebelo, y hemisferios cerebrales), de la eferencia motora (vía piramidal y extrapiramidal) y del aparato músculo-esquelético, construyéndose así un programa motor, en un contexto de decisiones voluntarias (requiere indemnidad de la capacidad cognitiva) y continuos ajustes inconscientes del sujeto o reflejos posturales. Las respuestas posturales consisten en contracciones sinérgicas y coordinadas de los músculos del tronco y de las extremidades, corrigiendo y controlando el balanceo corporal y manteniendo la postura vertical del cuerpo. Las estrategias posturales que usa el ser humano para mantener el equilibrio son la estrategia de tobillo y de cadera.⁵³

⁵³ Cerda. Evaluación del paciente con trastorno de la marcha. Policlínico de Trastornos de Marcha, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, HCUCh. Rev Hosp Clín Univ Chile 2010. Pág. 327

- Elevaciones de talones y puntas de los pies



<http://usercontent2.hubimg.com/5320373.jpg>

- Balanceo de piernas



https://45.media.tumblr.com/tumblr_ll5bqyfANP1qb48m0o1_250.gif

Plan de Intervenciones de Enfermería en Rehabilitación

Diagnóstico: Deficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c dolor agudo(EVA 5/10) localizado, de tipo punzante, en cicatrices hipertróficas de tórax anterior m/p dificultad para dormir.

Objetivos:

Paciente

- “Dormir comodo toda la noche”

Enfermería


- El paciente no tendrá dolor y gozará de un sueño reparador.

Agente:

- Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación

Sistema:

- Apoyo/Educativa
- Parcialmente compensatorio

Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>a) Toma y registro de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presión arterial ○ Temperatura ○ Respiración/oximetría ○ Frecuencia cardiaca <p>b) Aplicación de escala de EVA</p>  <p>c) Valorar sensibilidad de piel</p> <p>d) Identificar la fuente de dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Área quemada ○ Lugar donante ○ Líneas agresivas ○ Úlcera por presión ○ Adbomen ○ Músculo 	<p>a) El miedo, la ansiedad y el dolor entre otros, pueden estimular el sistema nervioso simpático (adrenalina y noradrenalina) aumentando la actividad cardiaca y la frecuencia respiratoria, el metabolismo y la producción de calor. El estrés es un factor importante de la hipertensión arterial⁵⁴.</p> <p>b) El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. La escala de eva valora la intensidad del dolor se representada en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”.</p> <p>c) Cuando una quemadura de grosor completo o de profundidad dérmica cura bien por primera intención con escisión e injerto o por segunda intención con formación de tejido de granulación y cicatrización, el tejido nervioso lesionado se reorganiza. La función neural refleja reaparece en la</p>

⁵⁴ Villegas y cols. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Rev. Archivos de Medicina. Vol. 12 (2); 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>

<p>e) Reforzar el apego a tratamiento analgésico</p> <p>f) Evitar la presión externa ejercida contra las cicatrices mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios de posición ○ Un soporte adecuado en todas las partes del cuerpo ○ Alineación de salientes óseas. <p>g) Reducir los estímulos ambientales perturbadores como luces brillantes, ruidos, etc.</p> <p>h) Colaborar con el paciente para identificar las medidas eficaces para aliviar el dolor.</p>	<p>piel injertada en la quemadura en unas 5 a 6 semanas de la cobertura de la quemadura con un autoinjerto cutáneo, momento en el que retorna la vasodilatación y la vasoconstricción activas y la sensación dolorosa.⁵⁵</p> <p>d) El dolor de la quemadura se origina por destrucción nerviosa tisular; se puede producir otro tipo de dolor por diversas complicaciones o por el tratamiento. La diferenciación de la fuente del dolor guía las intervenciones para aliviarlo.</p> <p>e) Los analgésicos deben administrarse a tiempo para prevenir dolor intenso. Se debe aliviar el dolor al máximo posible con el objeto de favorecer el sueño y el descanso y para prevenir la fatiga.⁵⁶</p> <p>f) La alineación de segmentos óseos y el soporte adecuado de de todas las partes del cuerpo alivian la tensión articular y la presión excesiva de la piel.</p> <p>g) Un ambiente tranquilo será útil para disminuir el dolor agudo y favorecer el sueño.</p> <p>h) El paciente puede ofrecer una visión importante del dolor y su alivio. El dolor de las quemaduras no puede resolverse totalmente hasta que la herida esté completamente cicatrizada. La distracción estimula el tálamo, el mesencéfalo y el tronco encefálico, lo que aumenta la producción de endorfinas y altera la transmisión del dolor.⁵⁷</p>
---	--

⁵⁵ Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier Masson. 2009.

⁵⁶ Nordmark. Bases científicas de la enfermería. 2ª edición. Ed Manual moderno 2015. Pág.431

⁵⁷ Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Pág, 470

i) Proporcionar información precisa:

- **Explicar la causa del dolor, si se conoce**
- **Explicar la duración del dolor, si se conoce**
- **Si procede, tranquilizar al paciente informándole que no es probable que manifieste adicción narcótica por el tratamiento contra el dolor.**

- i) Un paciente que comprende y está preparado para el dolor, gracias a las explicaciones detalladas recibidas, suele manifestar menos estrés y, en consecuencia, menos dolor que un paciente que reciba explicaciones vagas o nulas.

Plan de Intervenciones de Enfermería en Rehabilitación

Diagnóstico: Deficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c sensación de debilidad de torácico derecho, sensibilidad con hipoestesia de territorio mediano, fuerza muscular según escala de Daniels hombro 4/4, biceps 4/4, triceps ¾, palmar mayor 1/3 flexor superficial y profundo de los dedos ¾, abductor del pulgar ¾, aductor del pulgar 4/4, m/p dificultad llevar a cabo diversas acciones básicas como sujetar cosas con la mano derecha.

Objetivos:

Paciente

- “Recuperar la fuerza y estirar más mi brazo”

Enfermería

- Promover el retorno de la fuerza y la resistencia normales y mejorar la destreza y la coordinación de su mano derecha.



Agente:

- Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación

Sistema:

- Apoyo/Educativa
- Parcialmente compensatorio

Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>a) Valoración del estado general del paciente y toma de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presión arterial ○ Frecuencia cardiaca ○ Pulso/oximetría ○ Temperatura <ul style="list-style-type: none"> ✓ Toma de signos vitales 15 minutos previo al ejercicio. ✓ Toma de signos vitales 1 vez durante el ejercicio. ✓ Toma de signos vitales posterior al ejercicio 15 minutos. <p>b) Aplicación de ultrasonido superficial, intensidad 1.3 watt/cm2 en cicatriz retractil, en líneas axilares y primer espacio interdigital derecho (10 sesiones 3 veces por semana por 5 minutos)</p>	<p>a) Constituyen una herramienta valiosa, como indicadores que son del estado funcional del individuo, la hipotermia se da por la pérdida de grasa subcutánea, dieta inadecuada, cese de la actividad física y alteración en los controles termorreguladores⁵⁸.</p> <p>b) El calor relaja los tejidos y los hace flexibles para prepararlos para la movilización.</p>

⁵⁸ Villegas y cols. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Rev. Archivos de Medicina. Vol. 12 (2); 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>

- c) **Masaje en la cicatriz 2 veces al día (3-5 veces, preferiblemente) durante 5-10 minutos en cada superficie corporal tratada.**

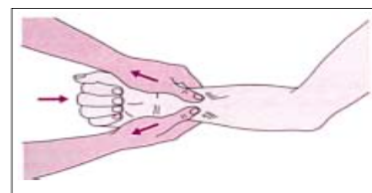


Técnica de masaje:

Se realiza con los dedos índices, medios o pulgares de ambas manos, colocando uno a cada lado de la cicatriz, con las puntas de los dedos enfrentadas de tal manera que desplacen la cicatriz, por medio de un movimiento simultáneo, convergente y ligeramente oblicuo.

- d) Evaluar el estado de la piel.
- e) Antes de iniciar el masaje aplicar aceite o crema lubricante sin perfumes.
- f) Aplicar movimientos circulares en toda la región de la cicatriz con el fin de aumentar la hiperemia local y la elasticidad de los tejidos pericicatrizales.
- g) Posteriormente se realizan pinzamientos suaves transversales a la cicatriz, a fin de desplegarla de los planos subyacentes.
- h) Se continúa con deslizamientos laterales a fin de evitar la fibrosis de la cicatriz.

- c) Facilitan el ablandamiento o remodelado de los tejidos cicatriciales al liberar las bandas fibrosas adherentes, permitiendo que las cicatrices se vuelvan más elásticas y distensibles, mejorando en consecuencia la movilidad articular. Alivia el prurito.⁵⁹



<http://image.slidesharecdn.com/11717216-120223044554-phpapp01/95/fisioterapia-masajes-primeros-auxilios-y-tecnicas-de-vendaje-bicolor-6-728.jpg?cb=1329972751>

- d) Evita nuevas lesiones.
- e) Facilitan el movimiento de las manos sobre los tejidos corporales
- f) Aumentan la flexibilidad de la cicatriz.
- g) incrementan la elasticidad de la piel y ayudan a despegar adherencias.
- h) Dan elasticidad y evitan las adherencias.

⁵⁹ Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier Masson. 2009. pág.439.

i) Posteriormente se realiza un masaje en zigzag que resulta útil para conseguir una cicatriz más elástica y despegarla de los planos profundos subyacentes.

j) Para finalizar se realiza un desplazamiento formando un pliegue que avanza a lo largo de la cicatriz y un estiramiento pasivo.

k) Lubricación constante de la piel con cremas que no contengan perfume ni otros irritantes, preferentemente con un factor de protección solar al menos de 15 (SPF), se aplicará 2-3 veces al día.

l) Ejercicios de prensión 2-3 veces al día de 5-10 minutos.



○ Previo masaje

m) Ejercicios de pronosupinación 2-3 veces al día de 5-10 minutos.

○ Comience con su codo flexionado a 90 grados sobre una mesa, gire la palma hacia arriba y hacia abajo tanto como sea posible sin dolor. Repita 10 a 20 veces.

i) Tiene efecto desfibrosante.

j) Darán un mayor aporte sanguíneo⁶⁰

k) Los lubricantes alivian el prurito de la piel seca. (la piel con injerto no contiene glándulas sudoríparas ni adiposas.)La piel quemada y con injerto se broncea desigualmente y la piel quemada es más vulnerable al cáncer de piel.

l) Esta forma de ejercicio, estira la piel que esta cicatrizando y proporcionan beneficios que mejoran la fuerza. Los ejercicios con resistencia favorecen el mayor incremento de movimiento.

- Facilita el movimiento con vistas a que la calidad del ejercicio sea mejor.
- Prepara la musculatura de la zona a tratar

m) La pronosupinación favorece el movimiento de rotación del antebrazo en torno a su eje longitudinal, para lo cual es necesaria la intervención de la asociación mecánica de dos articulaciones: la radio cubital superior y la radio cubital inferior.



⁶⁰ Vázquez. Manual Profesional del Masaje. Editorial Paidotribo. España.2009. 1ra Edición.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

Diagnóstico: Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deterioro del estado físico, m/p disminución de la fuerza muscular según escala de Daniels, de extremidad inferior derecha 3/4 caderas, 3/5 rodilla y 3/5 para pie y arcos de movilidad limitados rotación interna de cadera derecha 20°, rotación externa 35°, flexión de rodilla en 75°, flexión dorsal 10°, flexión plantar 35°, eversión 15°.

Objetivos:

Paciente

- “Tener más fuerza en mis piernas para poder caminar bien”

Enfermería

- El paciente mejorara la fuerza muscular y su movilidad funcional de miembro inferior derecho.

Agente:

- Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación

Sistema:

- Apoyo/Educativa
- Parcialmente compensatorio

Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>a) Valoración de estado general de la persona y sus constantes vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presión arterial ○ Pulso ○ Respiración/oximetría ○ temperatura. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Toma de signos vitales 15 minutos previo al ejercicio. ✓ Toma de signos vitales 1 vez durante el ejercicio. ✓ Toma de signos vitales posterior al ejercicio 15 minutos. <p>b) Realizar un programa de ejercicio físico (Ver anexo 7)</p> <p>I. Calentamiento (5-10 min)</p>	<p>a) El monitoreo de los signos vitales es una acción permanente. Además antes y después de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, estos permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos La velocidad del pulso aumenta con la actividad física. El ejercicio, aumenta la producción de calor, por la actividad muscular y aumenta temporalmente la FR por aumento del metabolismo⁶¹.</p> <p>b) El movimiento corporal programado, estructurado y repetitivo, mejora y mantiene uno o más componentes de su forma física.⁶²</p> <p>I. Mejoran la transición de la fase de reposo a la fase de resistencia.</p>

⁶¹ Villegas y cols. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Rev. Archivos de Medicina. Vol. 12 (2); 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>

⁶² Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier Masson. 2009. pág.439,440

<p>II. Ejercicios calisténicos de baja intensidad</p> <p>c) Ejercicios de estiramiento</p> <p>d) Movimientos pasivos continuos</p> <p>e) Ejercicios para aumentar la fuerza</p> <p>I. Ejercicio activo-asistido II. Ejercicios de resistencia (20-60 min)</p> <p>f) Etapa de enfriamiento (2-5min)</p> <p>o Caminar despacio con ejercicios de estiramiento.</p>	<p>II. Incrementa la temperatura corporal y la flexibilidad.</p> <p>c) El estiramiento mantenido y suave es más eficaz que varios movimientos repetitivos para mejorar la longitud de los tejidos quemados. Por las características térmicas del tejido conectivo se utilizan a favor para aumentar la flexibilidad, La naturaleza visco - elástica del colágeno con el aumento de la temperatura mejoran la flexibilidad en este tejido.</p> <p>d) Ayuda en el remodelado de las partes blandas, nutrición articular, la cicatrización de la herida, la dinámica venosa y el arco de movimiento.</p> <p>e) Mejoran la capacidad muscular de realizar el trabajo.</p> <p>I. Estira la piel que esta cicatrizando y proporciona beneficios que mejoran la fuerza, favorece el mayor incremento del movimiento.</p> <p>II. Desarrolla las capacidades cardiorespiratorias, se utilizan grandes grupos musculares de manera rítmica o dinámica.</p> <p>f) Reducen la posibilidad de sufrir episodios de hipotensión después de la sesión de ejercicio, además de otras complicaciones cardiovasculares.⁶³</p>
--	---

⁶³ Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier Masson. 2009. pág.443

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

Diagnóstico: Riesgo en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c el desplazamiento y traslados peligrosos ya que el piso está a desnivel, hay una gran cantidad de piedras sueltas, así como una escalera de caracol muy reducida y con bastantes escalones y no existen barandales ni pasamanos dentro de la vivienda.

Objetivos:

Paciente

- No caerme dentro mi casa.

Enfermería

- El paciente logrará en la medida de lo posible desplazamientos dentro de su hogar, mediante la adaptabilidad en las barreras arquitectónicas que le permitan realizar todas las actividades y funciones de la vida diaria con plena seguridad, bienestar, confort y autonomía.

Agente:

- Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación

Sistema:

- Apoyo/Educativa

Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>a) Identificar todas las barreras arquitectónicas dentro del hogar.</p> <p>b) Planificar un diseño accesible en las principales barreras arquitectónicas. (Ver anexo 12)</p> <p>c) Enseñar al paciente a eliminar los peligros ambientales en el hogar, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alfombras en el suelo ○ Ambientes desordenados ○ Iluminación débil ○ Suelos desiguales o resbaladizos <p>(Ver anexo 13)</p>	<p>a) Debe entenderse todo obstáculo que entorpezca, impida o simplemente dificulte a las personas con discapacidad (o de la tercera edad) su libre desplazamiento en lugares de uso público, sean éstos espacios exteriores o interiores, o bien, que obstaculicen el uso de servicios comunitarios.</p> <p>b) Plantear la necesidad de eliminar las barreras arquitectónicas, de manera tal de facilitar el desplazamiento de todas aquellas personas que presentan alguna discapacidad, con el objetivo de integrarlo a las actividades propias de la familia, de una manera digna y apropiada, mejorando así su propia calidad de vida.</p> <p>c) La eliminación de peligros pueden reducir el riesgo de resbalones o caídas.⁶⁴</p>

⁶⁴ Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Pág. 698

NUEVOS DIAGNÓSTICOS PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

Diagnóstico: Riesgo en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c trastorno del autoconcepto, causado por los efectos de la quemadura en el aspecto, dependencia de otros, no asume responsabilidades y regresó al consumo de drogas.

Objetivos:

Paciente

- Salir adelante.

Enfermería

- El paciente demostrará una adaptación saludable y contará con las habilidades necesarias de afrontamiento.
- El paciente recibirá información de centros de ayuda y aceptará la ayuda especializada por parte de psicología y equipo multidisciplinario.

Agente:

- Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación

Sistema:

- Apoyo/Educativa

Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>a) Lograr que el paciente exprese los sentimientos por su aspecto y los comparta con sus familiares y otras personas importantes.</p> <p>b) Contactar con el paciente a menudo y tratarle con una consideración cálida y positiva.</p> <p>c) Incorporar apoyo emocional, estimular la narración, visualización, participación y exploración.</p>	<p>a) La recuperación psicosocial después de una lesión por quemaduras precisa el aprendizaje de nuevas habilidades y el afrontamiento de sentimientos de temor, culpa, ira y depresión.⁶⁵</p> <p>b) El contacto frecuente con el paciente indica aceptación y puede facilitar la confianza. El paciente puede dudar en dirigirse al personal sanitario por un autoconcepto deficiente.</p> <p>c) Estas actividades fomentan la exploración de los sentimientos y la resolución de los conflictos emocionales. Se han identificado cuatro fases de adaptación psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Narración: la persona relata la experiencia de la lesión y revela un conocimiento de cómo y por qué está en esa situación. ○

⁶⁵ Ibídem Pág. 475

<p>d) Estimular al paciente a expresar oralmente sus cualidades positivas.</p> <p>e) Estimular el contacto con otras personas que sufrieron quemaduras.</p> <p>f) Derivar al paciente con riesgo de asesoramiento profesional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Visualización y expresión con palabras: el paciente mira y expresa sus sensaciones por la herida. ○ Participación: la persona evoluciona de observadora a ayudante y, luego a practicante independiente de los aspectos médicos en el cuidado de las heridas. ○ Exploración: el paciente comienza a analizar los métodos de incorporación de los cambios de aspecto en su estilo de vida. <p>d) La evidencia de que el paciente perseguirá objetivos personales y mantendrá su estilo de vida refleja una adaptación positiva.</p> <p>e) Estos contactos ofrecen al paciente la oportunidad de analizar la respuesta de otros a sus lesiones y posible cambio de aspecto.</p> <p>f) El paciente puede precisar un tratamiento de seguimiento para facilitar la adaptación satisfactoria.⁶⁶</p>
---	---

⁶⁶ Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Pág, 477

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN

Diagnóstico: Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano r/c manejo ineficaz del régimen terapéutico, causado por un conocimiento insuficiente del cuidado de la piel cicatrizada, el picor, la prevención y los cuidados de seguimiento m/p desapego al tratamiento.

Objetivos:

Paciente

- Que mis cicatrices mejoren.

Enfermería

- El paciente entenderá la importancia del apego al tratamiento y demostrará la comprensión del mismo.

Agente:

- Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación

Sistema:

- Apoyo/Educativa

Intervención de Enfermería	Fundamentación Científica
<p>a) Explicar el aspecto de la quemadura en las distintas fases de la cicatrización.</p> <p>b) Educar y demostrar al paciente y a otra persona importante para éste el cuidado de las heridas. Ser claro y sencillo. También ofrecer información escrita.</p> <p>c) Explicar las medidas de cuidado de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicar lubricante frecuentemente a la piel cicatrizada y no afectada ○ Utilizar un protector solar ○ Vestir prendas de algodón ligeras en contacto con la piel ○ Evitar los jabones ásperos y el agua caliente <p>d) Describir la acción de las prendas de compresión y la necesidad de llevarlas 23 horas al día (1 hora para lavarlas).</p>	<p>a) El conocimiento del proceso de cicatrización proporciona al paciente unas expectativas razonables.</p> <p>b) El conocimiento y la comprensión del proceso aumenta la cooperación.</p> <p>c) A piel cicatrizada es más vulnerable a las lesiones:⁶⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los lubricantes alivian el prurito de la piel seca. (la piel con injerto no contiene glándulas sudoríparas ni adiposas.) ○ La piel quemada y con injerto se broncea desigualmente y la piel quemada es más vulnerable al cáncer de piel. ○ Las prendas de algodón reducen el picor y la abrasión. ○ La piel quemada cicatrizada puede ser hipersensible. <p>d) La presión constante sobre la herida durante toda la maduración de la</p>

⁶⁷ Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Pág, 481

<p>e) Explicar la importancia de continuar los ejercicios de amplitud de movimiento en casa.</p> <p>f) Explicar la necesidad de mantener una nutrición adecuada después del alta.</p> <p>g) Describir los recursos sociales disponibles (cuidado en el hogar, rehabilitación profesional, ayuda económica, etc.)</p>	<p>cicatriz (normalmente 1 año) puede retrasar el desarrollo de la cicatriz.</p> <p>e) Al cicatrizar las quemaduras, la formación de tejido cicatricial hipertrófico causa una ligera contracción. El ejercicio diario puede ayudar a reducir la intensidad.</p> <p>f) La cicatrización de las quemaduras requiere el aumento de la ingestión de proteínas y carbohidratos.</p> <p>g) Estos recursos pueden ayudar a la recuperación y a la reintegración a la sociedad.⁶⁸</p>
---	---

⁶⁸ Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Pág, 481

7.5 EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN REHABILITACION





7.5.1 Registro de las intervenciones

UNAM
 POSGRADO

Para minimizar la aparición de secuelas en el paciente quemado y evitar sus consecuencias a largo plazo, se considera necesario iniciar la rehabilitación de manera precoz y continuar su seguimiento cuando es dado de alta, por tal motivo se realiza un registro de las intervenciones de la estudiante de enfermería en rehabilitación en el cual se enlista un seguimiento desde su estancia en el área de subagudos del Ceniaq hasta su egreso hospitalario, dando a conocer las fechas de visitas domiciliarias y las intervenciones realizadas con el paciente.g

Intervenciones	Fecha de las visitas domiciliarias				
	Ceniaq del 13 al 16 oct 2015	Ceniaq 18/11/15	15 /12/15 1ª Valoración	9/01/16	23/01/16
<ul style="list-style-type: none"> ○ Lavado de manos ○ Mantener herida limpia y seca ○ Controlar los signos y síntomas de infección e inflamación ○ Cambiar los vendajes dos veces al día, dependiendo del estado de las heridas ○ Explicar las necesidades nutricionales y las fuentes alimentarias ○ Explicar el aspecto de la quemadura en las distintas fases de la cicatrización ○ Educar y demostrar al paciente y a otra persona para éste el cuidado de las heridas. Ser claro y sencillo. También ofrecer información escrita ○ Explicar la importancia de continuar con los ejercicios de amplitud de movimiento en casa. 	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	
	*	*	*		
	*	*	*	*	
	*	*	*	*	
	*	*	*	*	
	*	*	*	*	
	*	*	*	*	*



Intervenciones	Fecha de las visitas domiciliarias			
	6/02/16	20/02/16	5/03/19	19/03/16
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fortalecimiento de isquiotibiales ○ Reeducación de la marcha por fases ○ Reeducación propioceptiva ○ Aplicación de escala de Eva ○ Valorar sensibilidad de piel ○ Identificar la fuente del dolor ○ Reforzar el apego a tratamiento analgésico ○ Recomendaciones para evitar la presión externa ejercida contra las cicatrices. ○ Reducir los estímulos ambientales perturbadores como luces brillantes, ruidos, etc. ○ Colaborar con el paciente para identificar las medidas eficaces para aliviar el dolor. ○ Proporcionar información precisa para el manejo del dolor. 	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicación de ultrasonido superficial, intensidad 1.3 watt/cm2 en cicatriz retractil, en líneas axilares y primer espacio interdigital derecho ○ Masaje en la cicatriz 2 veces al día (3-5 veces, preferiblemente) durante 5-10 minutos en cada superficie corporal tratada. ○ Lubricación constante de la piel con cremas que no contengan perfume ni otros irritantes, preferentemente con un factor de protección solar al menos de 15 (SPF), se aplicará 2-3 veces al día. ○ Ejercicios de prensión 2-3 veces al día de 5-10 minutos. ○ Ejercicios de pronosupinación 2-3 veces al día de 5-10 minutos 	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*
	*	*	*	*

- Realizar un programa de ejercicio físico personalizado.

- Ejercicios de estiramiento
- Movimientos pasivos continuos
- Ejercicios para aumentar la fuerza
- Etapa de enfriamiento (2-5min)



*	*	*	*
	*	*	*
	*	*	*
	*	*	*

- Identificar todas las barreras arquitectónicas dentro del hogar
- Planificar un diseño accesible en las principales barreras arquitectónicas
- Enseñar al paciente a eliminar los peligros ambientales en el hogar.

*			
*			
*	*		



7.6 EVALUACIÓN

Diagnóstico de Enfermería

- Riesgo en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c presencia de herida en fase de cicatrización, en tibia derecha, con presencia de exudado serohemático activo no fétido.

Objetivo de Enfermería

- Mantener herida limpia y en las mejores condiciones para lograr una pronta cicatrización y disminuir el riesgo de infección.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona

1ª fecha
15 de diciembre 2015

2ª fecha
9 de enero 2016

3ª fecha
23 de enero 2016

Indicador: Herida quirúrgica

2/5

2/5

1/5



Herramienta de medición:

1= herida limpia y seca

2= herida con exudado seroso			
3= herida con bordes rojos, hinchada y grapas sueltas			
4= presencia de secreción abundante y fétida			
5= presencia de fiebre mayor a 38.5°			

7.6.2. Evaluación del proceso

Se logra mantener herida en óptimas condiciones, cicatriza de forma esperada y no se infecta, el paciente realiza lavado de manos adecuado, así como curación de herida quirúrgica; por otra parte el aporte nutricional requerido según su estado no se lleva a cabo de la mejor manera ya que su situación económica no se lo permite.



EVALUACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Deficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c debilidad muscular de extremidad inferior derecha, m/p dificultad para ejecutar correctamente el ciclo de la marcha.

Objetivo de Enfermería

- Aumentar el tono y la actividad contráctil, evitar los acortamientos musculares, desarrollar fuerza y aumentar la resistencia, para la ejecución correcta de la marcha.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	1ª fecha	2ª fecha	3ª fecha	4ª fecha	5ª fecha	6ª fecha	7ª fecha
	15 de diciembre 2015	9 de enero 2016	23 de enero 2016	6 de febrero 2016	20 de febrero 2016	5 de marzo 2016	19 de marzo 2016
Indicador: Marcha, fuerza muscular, contracturas musculares, acortamientos o retracciones.	Tinetti 9/16 (equilibrio) 4/12 (marcha)	Tinetti 9/16 (equilibrio) 4/12 (marcha)	Tinetti 13/16(equilibrio) 7/12 (marcha)	Tinetti 14/16(equilibrio) 8/12 (marcha)	Tinetti 15/16(equilibrio) 10/12 (marcha)	Tinetti 15/16 (equilibrio) 10/12 (marcha)	Tinetti 16/16 (equilibrio) 11/12 (marcha)

<p>Herramienta de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Escala de Tinetti ○ Escala de Daniels <table border="1" data-bbox="205 454 583 654"> <tr><td>0. Ausencia de contracción</td></tr> <tr><td>1. Contracción sin movimientos</td></tr> <tr><td>2. Movimiento que no vence la gravedad</td></tr> <tr><td>3. Movimiento completo que vence la gravedad</td></tr> <tr><td>4. Movimiento con resistencia parcial</td></tr> <tr><td>5. Movimiento con resistencia máxima</td></tr> </table>	0. Ausencia de contracción	1. Contracción sin movimientos	2. Movimiento que no vence la gravedad	3. Movimiento completo que vence la gravedad	4. Movimiento con resistencia parcial	5. Movimiento con resistencia máxima	<p>Daniels 3/5</p>	<p>Daniels 3/5</p>	<p>Daniels 3/5</p>	<p>Daniels 4/5</p>	<p>Daniels 4/5</p>	<p>Daniels 4/5</p>	<p>Daniels 5/5</p>
0. Ausencia de contracción													
1. Contracción sin movimientos													
2. Movimiento que no vence la gravedad													
3. Movimiento completo que vence la gravedad													
4. Movimiento con resistencia parcial													
5. Movimiento con resistencia máxima													
<p>7.6.2. Evaluación del proceso</p> <p>Se logra fortalecer los músculos de tren inferior así como obtener en un 98% los arcos de movilidad esperados, paciente logra efectuar ciclo de la marcha con normalidad.</p>													



EVALUACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Deficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c dolor agudo(eva 5/10) localizado, de tipo punzante, en cicatrices hipertróficas de tórax anterior m/p dificultad para dormir.

Objetivo de Enfermería

- El paciente no tendrá dolor y gozará de un sueño reparador.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	1ª fecha	2ª fecha	3ª fecha	4ª fecha	5ª fecha	6ª fecha	7ª fecha
	15 de diciembre 2015	9 de enero 2016	23 de enero 2016	6 de febrero 2016	20 de febrero 2016	5 de marzo 2016	19 de marzo 2016
Indicador:	EVA	EVA	EVA	EVA	EVA	EVA	EVA
○ Dolor	5/10	4/10	2/10	1/10	0/10	0/10	0/10
○ calidad del sueño							

Herramienta de medición:

Escala de EVA



Escala de medición para la calidad del sueño

1. Muy bueno
2. Aceptablemente bueno
3. Ligeramente pobre
4. Muy pobre

calidad del sueño

4

calidad del sueño

4

calidad del sueño

2

calidad del sueño

2

calidad del sueño

1

calidad del sueño

1

calidad del sueño

1

7.6.2. Evaluación del proceso

El paciente consigue un sueño reparador, lleva a cabo medidas para el control del dolor y termina el tratamiento médico sin necesidad de recurrir a dosis de rescate.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN REHABILITACION



EVALUACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Deficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c sensación de debilidad de torácico derecho, sensibilidad con hipoestesia de territorio mediano, fuerza muscular según escala de Daniels hombro 4/4, biceps 4/4, tríceps ¾, palmar mayor 1/3 flexor superficial y profundo de los dedos ¾, abductor del pulgar ¾, aductor del pulgar 4/4, m/p dificultad llevar a cabo diversas acciones básicas como sujetar cosas con la mano derecha.

Objetivo de Enfermería

- Promover el retorno de la fuerza y la resistencia normales y mejorar la destreza y la coordinación de su mano derecha.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	1ª fecha	2ª fecha	3ª fecha	4ª fecha	5ª fecha	6ª fecha	7ª fecha
	15 de diciembre 2015	9 de enero 2016	23 de enero 2016	6 de febrero 2016	20 de febrero 2016	5 de marzo 2016	19 de marzo 2016
Indicador:	Daniels	Daniels	Daniels	Daniels	Daniels	Daniels	Daniels
○ Fuerza muscular mano derecha	3/5	3/5	3/5	4/5	4/5	4/5	5/5
○ Sensibilidad							

Herramienta de medición: Escala de Daniels <table border="1"> <tr><td>0. Ausencia de contracción</td></tr> <tr><td>1. Contracción sin movimientos</td></tr> <tr><td>2. Movimiento que no vence la gravedad</td></tr> <tr><td>3. Movimiento completo que vence la gravedad</td></tr> <tr><td>4. Movimiento con resistencia parcial</td></tr> <tr><td>5. Movimiento con resistencia máxima</td></tr> </table> Escala de sensibilidad de Higuete y Zachary <table border="1"> <tr><td>S.0 Anestesia total en zona autónoma</td></tr> <tr><td>S.1 Sensibilidad dolorosa y profunda</td></tr> <tr><td>S.2 Ligeramente sensible táctil y dolorosa en zona autónoma</td></tr> <tr><td>S.2+ Igual que S3 pero con sensación subjetiva hiperalgésico e hiperestésico</td></tr> <tr><td>S.3 Sensibilidad dolorosa cutánea y táctil en zona autónoma</td></tr> <tr><td>S.3+ Sensibilidad cutánea y táctil con discriminación entre dos puntos a una distancia mayor a 1 cm</td></tr> <tr><td>S.4 Sensibilidad discriminativa a una distancia menor de 1 cm</td></tr> </table>	0. Ausencia de contracción	1. Contracción sin movimientos	2. Movimiento que no vence la gravedad	3. Movimiento completo que vence la gravedad	4. Movimiento con resistencia parcial	5. Movimiento con resistencia máxima	S.0 Anestesia total en zona autónoma	S.1 Sensibilidad dolorosa y profunda	S.2 Ligeramente sensible táctil y dolorosa en zona autónoma	S.2+ Igual que S3 pero con sensación subjetiva hiperalgésico e hiperestésico	S.3 Sensibilidad dolorosa cutánea y táctil en zona autónoma	S.3+ Sensibilidad cutánea y táctil con discriminación entre dos puntos a una distancia mayor a 1 cm	S.4 Sensibilidad discriminativa a una distancia menor de 1 cm	Sensibilidad S.2+	Sensibilidad S.2+	Sensibilidad S.2+	Sensibilidad S.2+	Sensibilidad S.2+	Sensibilidad S.2+	Sensibilidad S.2+
	0. Ausencia de contracción																			
	1. Contracción sin movimientos																			
	2. Movimiento que no vence la gravedad																			
	3. Movimiento completo que vence la gravedad																			
	4. Movimiento con resistencia parcial																			
	5. Movimiento con resistencia máxima																			
	S.0 Anestesia total en zona autónoma																			
	S.1 Sensibilidad dolorosa y profunda																			
	S.2 Ligeramente sensible táctil y dolorosa en zona autónoma																			
S.2+ Igual que S3 pero con sensación subjetiva hiperalgésico e hiperestésico																				
S.3 Sensibilidad dolorosa cutánea y táctil en zona autónoma																				
S.3+ Sensibilidad cutánea y táctil con discriminación entre dos puntos a una distancia mayor a 1 cm																				
S.4 Sensibilidad discriminativa a una distancia menor de 1 cm																				

7.6.2. Evaluación del proceso

El paciente consigue la fuerza necesaria en mano según escala de Daniels 4/5, se logra la extensión completa de la articulación de codo 0°, logra realizar con destreza sus avd, la piel se mantiene lubricada y en buenas condiciones, aunque con la sensibilidad se logra poco ya que se mantiene disminuida, continua con parestesias



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN REHABILITACION



EVALUACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo r/c deterioro del estado físico, m/p disminución de la fuerza muscular según escala de Daniels, de extremidad inferior derecha 3/4 caderas, 3/5 rodilla y 3/5 para pie y arcos de movilidad limitados rotación interna de cadera derecha 20°, rotación externa 35°, flexión de rodilla en 75°, flexión dorsal 10°, flexión plantar 35°, eversión 15°.

Objetivo de Enfermería

- El paciente mejorará la fuerza muscular y su movilidad funcional de miembro inferior derecho.

7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona	1ª fecha	2ª fecha	3ª fecha	4ª fecha	5ª fecha	6ª fecha	7ª fecha
	15 de diciembre 2015	9 de enero 2016	23 de enero 2016	6 de febrero 2016	20 de febrero 2016	5 de marzo 2016	19 de marzo 2016

Indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fuerza muscular pierna derecha ○ Arcos de movilidad Herramienta de medición: Escala de Daniels <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0. Ausencia de contracción</td></tr> <tr><td>1. Contracción sin movimientos</td></tr> <tr><td>2. Movimiento que no vence la gravedad</td></tr> <tr><td>3. Movimiento completo que vence la gravedad</td></tr> <tr><td>4. Movimiento con resistencia parcial</td></tr> <tr><td>5. Movimiento con resistencia máxima</td></tr> </table> Escala de Esfuerzo Percibido en la Flexibilidad – PERFLEX <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Descripción de la sensación</th> <th>Efecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 30</td> <td>normalidad</td> <td>movilidad</td> </tr> <tr> <td>31 - 60</td> <td>forzado</td> <td>elongación</td> </tr> <tr> <td>61 - 80</td> <td>incomodidad</td> <td>flexibilización</td> </tr> <tr> <td>81 - 90</td> <td>dolor soportable</td> <td>posibilidad de lesión</td> </tr> <tr> <td>91 + 110</td> <td>dolor fuerte</td> <td>lesión</td> </tr> </tbody> </table>	0. Ausencia de contracción	1. Contracción sin movimientos	2. Movimiento que no vence la gravedad	3. Movimiento completo que vence la gravedad	4. Movimiento con resistencia parcial	5. Movimiento con resistencia máxima	Nivel	Descripción de la sensación	Efecto	0 - 30	normalidad	movilidad	31 - 60	forzado	elongación	61 - 80	incomodidad	flexibilización	81 - 90	dolor soportable	posibilidad de lesión	91 + 110	dolor fuerte	lesión	Daniels 3/5	Daniels 3/5	Daniels 3/5	Daniels 4/5	Daniels 4/5	Daniels 4/5	Daniels 5/5
	0. Ausencia de contracción																														
1. Contracción sin movimientos																															
2. Movimiento que no vence la gravedad																															
3. Movimiento completo que vence la gravedad																															
4. Movimiento con resistencia parcial																															
5. Movimiento con resistencia máxima																															
Nivel	Descripción de la sensación	Efecto																													
0 - 30	normalidad	movilidad																													
31 - 60	forzado	elongación																													
61 - 80	incomodidad	flexibilización																													
81 - 90	dolor soportable	posibilidad de lesión																													
91 + 110	dolor fuerte	lesión																													
	flexibilidad 81-90	flexibilidad 81-90	flexibilidad 61-80	flexibilidad 31-60	flexibilidad 31-60	flexibilidad 0-30	flexibilidad 0-30																								

7.6.2. Evaluación del proceso

El paciente consigue la fuerza muscular según escala de Daniels 5/5 mejorando su capacidad muscular, así mismo se consigue mejorar los arcos de movilidad lo que lleva al logro de los abjetivos.



EVALUACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

- Riesgo en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano, r/c el desplazamiento y traslados peligrosos ya que el piso está a desnivel, hay una gran cantidad de piedras sueltas, así como una escalera de caracol muy reducida y con bastantes escalones y no existen barandales ni pasamanos dentro de la vivienda..

Objetivo de Enfermería

- El paciente logrará en la medida de lo posible desplazamientos dentro de su hogar, mediante la adaptabilidad en las barreras arquitectónicas que le permitan realizar todas las actividades y funciones de la vida diaria con plena seguridad, bienestar, confort y autonomía.

7.6.1. Evaluación de las respuestas	1ª fecha	2ª fecha	3ª fecha	4ª fecha	5ª fecha	6ª fecha	7ª fecha
de la persona	15 de diciembre 2015	9 de enero 2016	23 de enero 2016	6 de febrero 2016	20 de febrero 2016	5 de marzo 2016	19 de marzo 2016
Indicador: ○ Barreas arquitectónicas	1	1	1	1	1	1	1

Herramienta de medición: 0. ausencia 1. presencia							
--	--	--	--	--	--	--	--

7.6.2. Evaluación del proceso

El paciente logra desplazamientos sin presentar caídas, pero no realiza adecuaciones a su hogar por el hecho de estar rentando y no contar con el suficiente ingreso económico para las mejoras.



Universidad Nacional
Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



VIII. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

Nombre: I.P.S.	Número de expediente clínico: N-313665/2015
Edad: 21 años Género: ___M___x_H Fecha de nacimiento: 17/12/1994 Cama: <u>1308</u> Servicio: CENIAQ / área subagudos	
Alergias: Negadas	Patologías Agregadas: negadas
Peso: 62 KG Talla: 1.65 IMC: _____ Grupo sanguíneo: 0 positivo	
Religión: católica Fecha de ingreso: 15/10/2015 Diagnóstico de ingreso: quemadura por fuego 45% scq	
Fecha de egreso: ___/___/___ Diagnóstico de egreso:	
<p>Registro de la lesión: Etiología: quemadura por fuego Localización: mitad derecha de cara, mitad derecha de cuello, región anterior de miembros superiores, tórax anterior, abdomen, muslo izquierdo región anterior, muslo derecho tercio distal de región anterior y piernas y pies región anterior</p>	
<p>Extensión: 45 % SCQ Profundidad: 3er grado</p>	
Tipo de tejido:	Epitelización: X Granulación: Necrosis Otros(especificar):
Signos de infección:	Sí No X
Observaciones:	
Diagnóstico de Enfermería:	
Motivo de Egreso: <input checked="" type="checkbox"/> Alta por mejoría ___Alta voluntaria ___Traslado	

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:
 ___ Traqueostomía: Fecha de colocación/ cambio: ___/___/___
 Intervenciones específicas de Autocuidado: _____
 Observaciones: _____

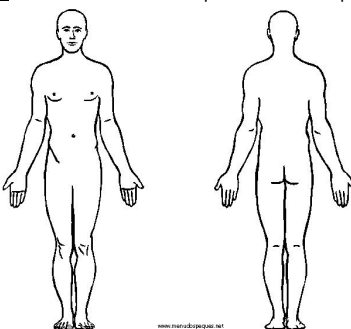
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua, alimento:
 Dieta: rica en carbohidratos, grasas y proteínas. Cantidad de agua recomendada: 1 ½ litros al día de agua natural
 Intervenciones específicas de Autocuidado: lavarse las manos antes comer, higiene bucal.
 Observaciones: ver anexo 8 y 9 pág.

3. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos:
 ___ Masaje marco cólico
 ___ Sondaje vesical permanente Tipo: _____ Calibre: _____ Globo: _____ Fecha de colocación/ cambio: ___/___/___
 ___ Ostomía Fecha de colocación/ cambio: ___/___/___
 Intervenciones específicas de Autocuidado: evitar el estreñimiento y/o diarrea, ingesta adecuada de líquidos
 Observaciones: _____

4. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo:
 Intervenciones específicas de Autocuidado: realizar en la medida de lo posible y de forma independiente las AVD, así mismo darle continuidad al fortalecimiento muscular y mantener o mejorar los arcos de movilidad
 Observaciones: ver anexo 7 pág.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
 Intervenciones específicas de Autocuidado: asistir a terapias psicológicas y físicas, buscar grupos ayuda, asistir a reuniones familiares.
 Observaciones: _____

6. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
 Intervenciones específicas de Autocuidado: prevención de caídas, cuidados de piel, uso de vendaje.
 Uso adecuado de zapatos antiderrapantes ___ Uso de bastón/andador ___ Uso de prótesis ___ Uso de órtesis



___ Úlcera por presión Estadío: _____ Localización: _____
 Índice de Barthel: puntuación: 85 puntos Escala de Lawton/Brody: puntuación: 7 puntos
 Observaciones: ver anexo 11 pág

<p>Cuidados Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de medicamentos con horario • Curación de herida según indicaciones médicas • Vigilar sangrado de herida quirúrgica <hr style="border: 1px solid black;"/> <p>Acudir a urgencias en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar datos de infección: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiebre mayor a 38.5° 	<p>Cuidados Específicos de Rehabilitación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicación de termoterapia ___ Sí ___ No <ol style="list-style-type: none"> a. Indicación: _____ 2. Aplicación de crioterapia ___ Sí ___ No <ol style="list-style-type: none"> a. Indicación: _____
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ○ Dolor que no se quite con los medicamentos ○ Que la herida se abra ○ Salida de pus <hr style="border: 1px solid purple;"/> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de collarín cervical ____Sí ____No <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipo: _____ — • Uso de faja ____Sí ____No <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipo de faja: _____ • Baño diario con agua tibia <ul style="list-style-type: none"> ○ Lavar herida con agua y jabón neutro • Tratamiento tópico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Apósitos o pomadas (especificar) _____ • Lubricación de piel 2 a 3 veces al día • Uso de protector solar diario 2 veces al día <ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar exposiciones prolongadas al sol ○ Uso de ropa de algodón ○ Uso de ropa con manga larga ○ Uso de gorro o sombrero • Uso continuo de prendas de compresión • Masaje a cicatriz ____Sí ____No <ul style="list-style-type: none"> ○ Aceite _____ <p>Otros: _____</p> <p>_____</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Aplicaciónn de ultrasonido <ul style="list-style-type: none"> ○ Área _____ ○ Intensidad _____ ○ Tiempo _____ ○ Número de sesiones _____ 4. Ejercicio: <ul style="list-style-type: none"> • Tipo <u>fortalecimientos ver programas recomendados por estudiante</u> • Frecuencia: <u>ver programas recomendados por estudiante</u> 5. Cuidados de extremidad Torácica: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener elevada a la altura del corazón • Mantener vendaje funcional • Uso de cabestrillo • Movilización constante de dedos 6. Prevenir úlceras por presión: <ul style="list-style-type: none"> • Alineación de segmentos corporales cada 2 horas • Proteger salientes óseas • Mantener la ropa limpia y seca • Evitar arrugas en la ropa (vestido, cama) • vigilar constantemente la piel, mantenerla limpia seca e hidratada • cuidado de uñas. 7. Cuidados de órtesis: <ul style="list-style-type: none"> • Mantenerla limpia y seca • Uso según indicación médica 8. Prevención de caídas <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de barreras arquitectónicas en el hogar <p>Ver anexo 10 pág.</p>
Fecha de próxima cita:	
Teléfonos de servicio médico en caso de urgencia: 59991000 ext. 13102	
Nombre/firma de la enfermera/o: Estudiante de posgrado en enfermería en rehabilitación. Diana Cepeda García	
Familiar que recibe, nombre/firma:	

IX CONCLUSIONES

Enfermería es el profesional que tiene la función primordial de preocuparse y priorizar el bienestar del paciente. La forma de interactuar en la atención es construida a partir de un complejo proceso de sensibilidad y reciprocidad, que se refieren a la vida y formas de fortalecer la relación de las personas. Además, las quemaduras suponen en sí mismas, un importante impacto físico y psíquico, agravado por el recuerdo del trauma vivido, el sufrimiento y dolor del cuidado de las lesiones y el tratamiento. El cambio brusco en el estado de salud influye directamente en la calidad de vida posterior. Las secuelas alteran la imagen corporal, la autopercepción y la autoestima. Por lo cual es un gran reto para el personal de enfermería abordar el cuidado de pacientes quemados pero al mismo tiempo una oportunidad de crecimiento en todos los sentidos como persona y profesional; para dar respuesta a esta necesidad, se ha elaborado este estudio de caso bajo el modelo de Dorothea Orem, tomando en cuenta su teoría donde factores externos van a influir sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo y entendiendo que el autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma con el interés de mantenerse un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. Por lo cual con estos principios se estableció una relación cordial y afectiva con el paciente la cual fue de gran ayuda para el logro de los objetivos planteados ya que se trabajó con todo el entusiasmo y esfuerzo requerido que una persona con estas características puede tener, el cual tiene sueños y metas por cumplir y parte de estas son tener las menores limitaciones físicas posibles; pese a la dinámica familiar que afectó en el progreso de la rehabilitación del paciente ya que la familia disfuncional y el ambiente que le rodeaban influyeron mucho en su recaída a las drogas por lo cual este trabajo se propone como referencia para ofrecer el mejor cuidado posible al paciente egresado del área hospitalaria y el cual requiere de compromiso y apego a tratamiento rehabilitatorio para así reincorporarse en la medida de lo posible a la sociedad. Con dicho estudio se concluye que el alcance de los objetivos se realiza en un 95% dada la situación de familia y del paciente con serios problemas de drogadicción, lo cual conlleva a una experiencia con muchas oportunidades de crecimiento competente ya que la intervención oportuna de enfermería puede aminorar la gran cantidad de secuelas que conlleva el paciente quemado de tal manera que las metas de este trabajo se lograron y el paciente obtuvo su independencia física y consiguió realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, aunque el aspecto psicológico sigue afectado se recomienda a la familia su pronta asistencia para reintegrarlo a la sociedad de una manera productiva y mejore así su calidad de vida.

X SUGERENCIAS

A nivel institucional se sugiere dar seria continuidad al paciente quemado en el aspecto nutricional, psicológico y rehabilitatorio ya que en este caso se pudo observar de manera muy directa la falta de persistencia; es muy importante dar una explicación muy específica de manera verbal y escrita de los cuidados en el hogar y al mismo tiempo informar a que se va a enfrentar el paciente dentro de la sociedad; como profesional de enfermería se tiene un gran compromiso con la humanidad lo cual nos lleva a día a día brindar lo mejor de nosotros en el tiempo y en la forma holística y con el mejor cuidado posible, lo que nos conlleva a seguir preparándonos para de ese modo involucrarnos directamente con el seguimiento de los cuidados en el domicilio, lo cual ayudaría en gran medida al bienestar del paciente.

Algunas recomendaciones serían:

- Realizar algoritmos de decisión específicos del área de enfermería especializada en rehabilitación al paciente quemado dentro del área hospitalaria
- Elaboración de documentación de enfermería especializada en rehabilitación del paciente quemado, con la información más relevante y precisa.
- Fomentar la participación de asociaciones de personas con quemaduras.
- Visitas domiciliarias por parte de un equipo multidisciplinario para valoración y seguimiento del plan de alta.



BIBLIOGRAFÍA

1. Barichello , Silva, Barbosa, Iwamoto,. Diagnósticos de enfermería en pacientes internados por quemaduras. Octubre 2010. Enfermería Global.
2. Bisquerra, R. Metodología de la investigación educativa (2a edición). Ed. La Muralla S.A. 2009.
3. Cabal E. Enfermería como disciplina. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Julio 2011.
4. Carpenito-Moyet. Planes de cuidados y documentación clínica de enfermería. 4ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana.
5. Carta de los Derechos Generales de Las Enfermeras y Enfermeros.
6. Cerda. Evaluación del paciente con trastorno de la marcha. Policlínico de Trastornos de Marcha, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, HCUCh. Rev Hosp Clín Univ Chile 2010.
7. Consentimiento informado. Facultad de medicina, UNAM.
8. Da Silva. Síndrome de los isquiotibiales acortados. 2008. Elsevier España, S.L.
9. Granados. Resultado de Las Intervenciones de Enfermería con el enfoque de Dorothea E. Orem en el Anciano. Universidad Veracruzana. Marzo, 2006.
10. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras 2011. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla.
11. Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier Masson. 2009.
12. Martínez. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011.
13. Mejía. Manejo del dolor en el paciente quemado Volumen 37, Suplemento 1, abril-junio 2014.
14. Moctezuma, y col. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015.
15. Moctezuma, y cols. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015.
16. Montealegre. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Rev Cuid. 2014.
17. Nordmark. Bases científicas de la enfermería. 2ª edición. Ed Manual moderno 2015.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: informe de un grupo de científicos de la OMS. Ginebra: OMS; 2003.
19. Ostigüín M. Teoría general del déficit del autocuidado, guía básica ilustrada. Ed. Manual Moderno. México, D.F. 2001.
20. Pacheco, y cols. Protocolo de Atención en Rehabilitación del Niño Sobreviviente de Quemaduras. Hospital Nacional de Niños Dr. "Carlos Sáenz Herrera" Costa Rica. Febrero 2012.

-
21. Pereda. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol (Mex)*. Vol. 10, No. 3, 2011
 22. Prado. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron.* vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014.
 23. Ramírez. Fisiopatología del paciente quemado. Unidad de Quemados. Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia. Marzo de 2010
 24. Reina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, núm. 17, diciembre, 2010. Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia.
 25. Rochet. Rehabilitación y readaptación del adulto quemado. julio 2015 - Enciclopedia Médico-Quirúrgica. *Kinesiterapia Medicina Física*. Paris: Elsevier, n.77, 2000
 26. Vega Angarita. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*, vol. 4 No 4. 2007. Universidad Francisco de Paula Santander.
 27. Villegas y cols. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. *Rev. Archivos de Medicina*. Vol. 12 (2); 2012.
 28. Zárate. Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, marzo 2008.
 29. Zárate. Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 29-38, marzo 2008.

ANEXOS

Anexo 1

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN 

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a 18 de noviembre de 2015.

Por medio de la presente yo Ivan Paredes Santos
Doy mi consentimiento para que la (el) Lic.
Enf. Diana Cepeda García Estudiante del Posgrado de Enfermería
en Rehabilitación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la
Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación
activa en el cuidado integral de mi padecimiento como parte de sus actividades
académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las
actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de
retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo (nombre y firma):
Ivan Paredes Santos

Testigo (nombre y firma): Rosa Santos Reviz

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):
Diana Cepeda García



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN
REHABILITACION



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCION DE
FOTOGRAFIAS O VIDEO**

México, D.F. a 18 de noviembre de 2015.

Por medio de la presente yo Ivan Paredes Santos ~~Quintanilla~~ Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Diana Cepeda García, Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice la toma de fotografías y/o video para fines exclusivamente académicos, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo:

Ivan Paredes Santos ~~Quintanilla~~

Testigo:

Rosa Santos Periz

Estudiante del Posgrado:

Diana Cepeda García



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA
 IBARRA
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



EJERCICIOS PARA FORTALECIMIENTO DE ISQUIOTIBIALES

La falta de flexibilidad de los isquiotibiales condiciona una inclinación de la pelvis hacia atrás, disminución de la movilidad pélvica y atenuación o inversión de la lordosis lumbar, que puede estar ocasionada por determinadas posiciones que, si persisten, llevan invariablemente al cambio biomecánico en la distribución de presiones y la consiguiente afección vertebral en forma de acuñamiento anterior del cuerpo, aumento de la curvatura dorsal y afección de los discos intervertebrales.

1. ELEVACIÓN DE LA PIERNA RECTA, EN EXTENSIÓN DE RODILLA

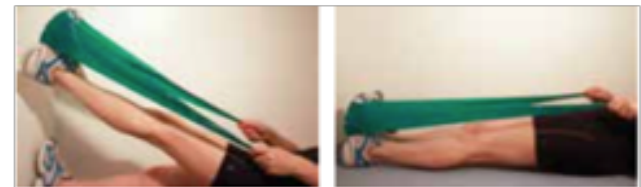
- Recostados boca arriba: apretar los muslos de la pierna estirada. Ir levantándola y mantener esta posición 5 minutos mientras la pierna está arriba.
- Bajar lentamente y relajar.



Hacer 2 series de 10 y cambiar de pierna.

2. CONTRACCIÓN DEL CUÁDRICEPS Y ESTIRAMIENTO ISQUIOTIBIALES

- Caminar 5 min. para calentar.
- Recostados boca arriba: apretar los muslos y elevar la pierna estirada con ayuda de la banda.
- Mantener esta posición 20 segundos y bajar lentamente.



Repetir 2 veces y cambiar de pierna.

3. CONTRACCIÓN ESTÁTICA DEL MUSLO/ADUCTORES

- Sentados: apretar una almohada con ambas rodillas. Mantener esta posición durante 5 segundos.
- Relajar las piernas y repetir.



Hacer dos series de 10 repeticiones.

4. ELEVACIÓN DE TALONES

- Levantar los talones del suelo de puntillas.
- Mantener esta posición durante 5 segundos.
- Después bajar los talones poco a poco.



Repetir 10 veces, descansar y hacer 10 repeticiones.

FUENTE: Da Silva Dias. Síndrome de los isquiotibiales acortados. 2008. Elsevier España.
 Guía para el cuidado de la rodilla. Ejercicios, consejos y prevención. Hospital Clínico de Barcelona. FUNDACIÓN MAPFRE, 2013.

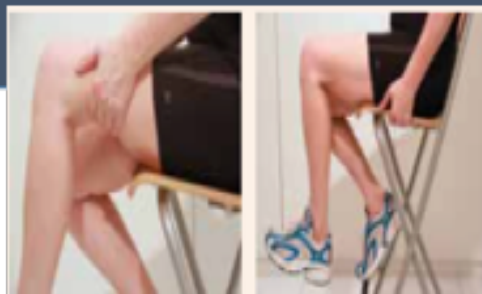


Elaboró: Est. de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación:
 LEO. Diana Cepeda García

5. ELEVACIÓN DE RODILLA-CADERA SENTADO

- Levantar la punta del pie hacia arriba con la rodilla doblada. Elevar la rodilla flexionándola hacia la cadera.
- Mantener la pierna en el aire 5 segundos y bajar lentamente.

Repetir 10 veces, descansar y hacer otras 10 repeticiones. Después cambiar de pierna.



6. PASAR DE SENTADO A POSTURA DE PIE

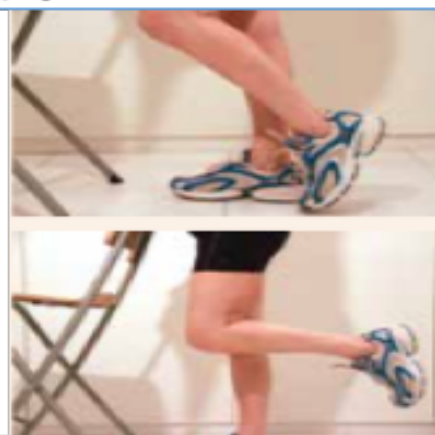
- Colocar la espalda recta y los pies completamente apoyados en el suelo.
- Con esta posición, redizar el movimiento de sentarse en un silla, bajando lentamente la espalda y los glúteos.
- Es importante utilizar los músculos de las piernas para aguantar la posición y no dejarse caer.



Repetir 10 veces. Descansar y hacer otras 10 repeticiones.

7. EQUILIBRIO SOBRE LAS PIERNAS

- Dejar caer el peso del cuerpo sobre una pierna con la rodilla recta.
- Levantar el otro pie del suelo doblando la pierna hacia atrás.
- Mantener el equilibrio en la pierna de apoyo. Continuar en esta posición 20 segundos y bajar lentamente.



Repetir 10 veces, descansar y hacer 10 repeticiones más. Después cambiar de pierna.

8. ELEVACIÓN LATERAL

- Poner las piernas rectas.
- Levantar un pie del suelo llevando la pierna hacia el lado.
- Mantener el equilibrio 20 segundos.



Repetir 10 veces, descansar y hacer 10 repeticiones más. Después cambiar de pierna.

9. ESTIRAMIENTO DE PANTORRILLA

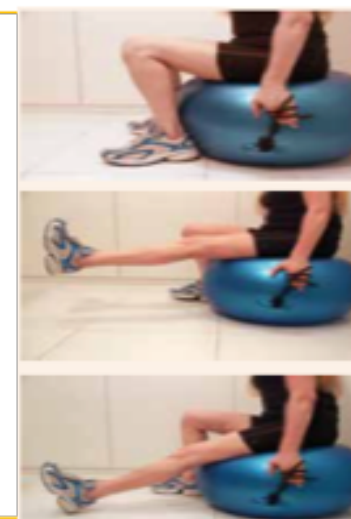
- Doblar la pierna derecha sin dejar que la rodilla vaya más allá de los dedos del pie.
- Retroceder un paso con la otra pierna e ir estirándola recta hacia atrás apretando el talón hacia el suelo. Mantener esta posición 20 segundos.



Repetir el ejercicio 2 veces y después cambiar de pierna.

10. ESTIRAMIENTO Y ELEVACIÓN DE PIERNA EN PELOTA

- Sentarse en la pelota con las rodillas dobladas y los pies apoyados en el suelo.
- Mantener la posición.
- Mantener la pierna en el aire 5 segundos y bajar lentamente.
- Repetir 10 veces, descansar y hacer otras 10 repeticiones.
- Después cambiar de pierna.
- Estirar una de las rodillas, con el talón apoyado en el suelo.
- Elevar la pierna y mantenerla recta, apretando los músculos del muslo.
- Mantener durante 10 segundos.
- Bajar el talón lentamente al suelo.
- Relajar la musculatura.



Repetir 10 veces, descansar y hacer 10 repeticiones más. Después cambiar de pierna.



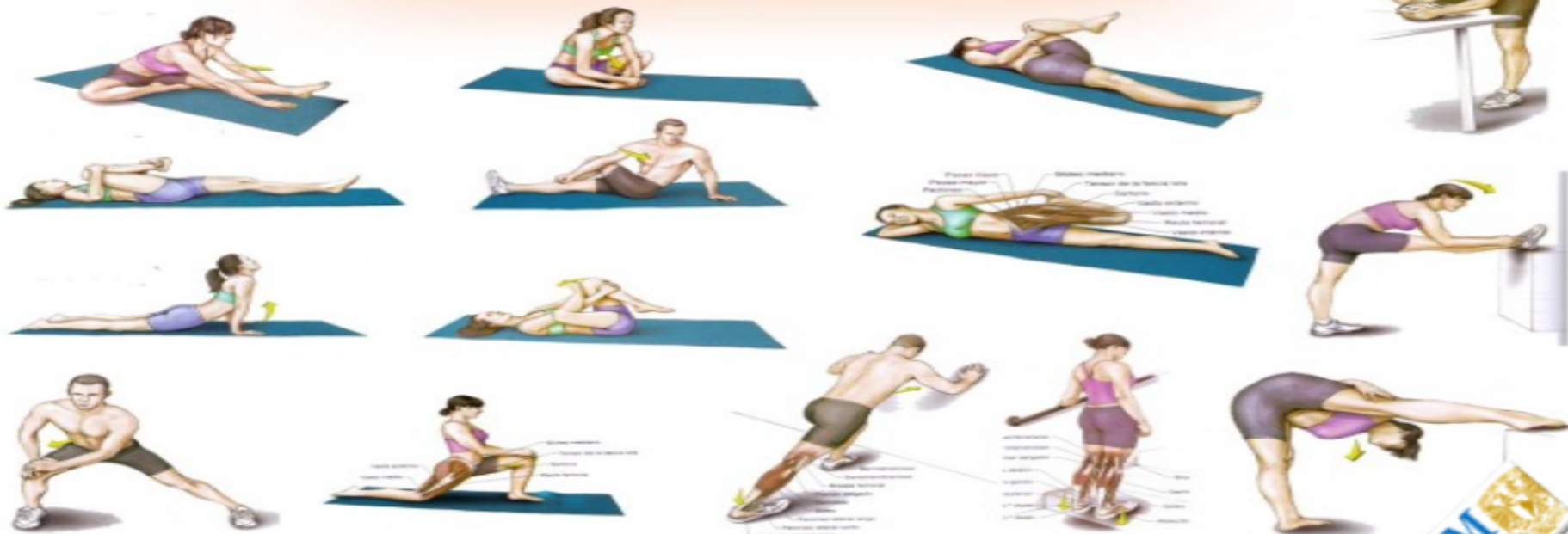
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



Equipo Femenino
Competición

ESTIRAMIENTOS TREN INFERIOR

Entrenador:
Rafa Guerrero



El estiramiento mantenido y suave es más eficaz que varios movimientos repetitivos para mejorar la longitud de los tejidos quemados. De 5 a 10 min.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



TRABAJO AERÓBICO

Ejercicio aeróbico en cinta continua:

- Bicicleta ergonómica
- Ejercicios ergonómicos para brazos
- Remos
- Actividades al aire libre; fútbol, balón

*Duración: 20-40 min
 Frecuencia: de 3 a 5 días
 por semana*



70%-85% de la capacidad aeróbica del sujeto determinada con anterioridad. Sin embargo, la frecuencia cardiaca y la escala de ejercicio percibido se obtiene a intervalos regulares durante el ejercicio aeróbico.



Elaboró: Est. De Posgrado en Enfermería en Rehabilitación
 LEO, Diana Cepeda García

Fuente: Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier
 Masson. 2009. pág.448





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



TRABAJO DE RESISTENCIA

TIPOS DE EJERCICIO

Ejercicios nucleares y de resistencia para la parte superior e inferior del cuerpo.

1. El peso o carga levantada se fija en el 50%-60% De la 3RM de cada sujeto y se levanta en 4-10 Repeticiones en 3 tandas.

2. Durante la segunda semana, la carga levantada se aumenta al 70%-75% (3 tandas, 4-10 repeticiones) de su 3RM y continúa durante las semanas 2-6.

3. Después la intensidad del entrenamiento aumenta al 80%-85% (3 tandas, 8-12 repeticiones) de la 3RM y se mantiene durante las semanas 7-12.

ORDEN DE LOS EJERCICIOS

1. Presión en banco
2. Presión con piernas o en cuclillas
3. Presión con hombros
4. Tensión del bíceps
5. Tensión de piernas y tríceps
6. Levantamiento de dedos de los pies
7. Abdominales

TIPO DE EJERCICIOS

Se hacen 8 ejercicios básicos de resistencia con máquinas de resistencia variable o pesas libres:

- 4 para la parte superior del cuerpo,
- 3 para la zona inferior
- 1 para abdominales.

Periodo de descansos

- Intervalo de 1 minuto entre las tandas.



Elaboró: Est. De Posgrado en Enfermería en Rehabilitación
 LEÓ. Diana Cepeda García
 Fuente: Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier
 Masson, 2009. pág. 448





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA
 IBARRA



PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO

EL MOVIMIENTO CORPORAL PROGRAMADO, ESTRUCTURADO Y REPETITIVO, MEJORA Y MANTIENE UNO O MÁS COMPONENTES DE SU FORMA FÍSICA.

1. ETAPA DE CALENTAMIENTO (5-10 min)

➤ Ejercicios calisténicos de baja intensidad

- Mejoran la transición de la fase de reposo a la fase de resistencia. Incrementa la temperatura corporal y la flexibilidad.



2. EJERCICIOS DE RESISTENCIA (20-60 min):

Desarrolla las capacidades cardiorespiratorias, se utilizan grandes grupos musculares de manera rítmica o dinámica.

3. ACTIVIDADES RECREATIVAS: Favorecen el desarrollo o mejoras de la salud psicosocial, aumentando la interacción social. Mejoran el cumplimiento con el programa de ejercicios.



MOVIMIENTOS PASIVOS CONTÍNUOS: Ayuda en el remodelado de las partes blandas, nutrición articular, la cicatrización de la herida, la dinámica venosa y el arco de movimiento.

EJERCICIOS PARA AUMENTAR LA FUERZA: Mejoran la capacidad muscular de realizar el trabajo.

EJERCICIO ACTIVO-ASISTIDO: Estira la piel que esta cicatrizando y proporciona beneficios que mejoran la fuerza, favorece el mayor incremento del movimiento.



Componentes

INTENSIDAD: 45% al 95% de la FCR
DURACIÓN: 20 a 60 minutos
FRECUENCIA: 3-5 días por semana
MODO: participación de grandes grupos musculares, rítmico, mantenido.
PROGRESIÓN: variable, basado en objetivos, tolerancia al dolor.

4. ETAPA DE ENFRIAMIENTO (5-10 min)

Caminar despacio con ejercicios de estiramiento



FUENTE: Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier Masson. 2009. pág.448



Elaboró: Est. de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación: LEO. Diana Cepeda García



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA EL PACIENTE QUEMADO



La Norma Oficial Mexicana NOM-043. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación ofrece opciones prácticas para integrar una dieta correcta, adecuada a su cultura, costumbres, necesidades y posibilidades.

La característica más importante de la dieta para pacientes quemados es que aporta grandes cantidades de energía y proteínas debido a las necesidades aumentadas de estos elementos.

Son, probablemente, las personas con mayor pérdida de proteínas corporales (catabolismo proteico). La desnutrición se acompaña de una pérdida de peso rápida, destrucción muscular, balance nitrogenado negativo (gran pérdida de proteínas corporales), mala cicatrización de las heridas, deterioro de la función inmune (descenso de defensas) y mayor riesgo de mortalidad.



El principal objetivo de la terapia nutricional es prevenir la desnutrición y el déficit de nutrientes. Asegurando un aporte suficiente de líquidos, calorías, proteínas y micronutrientes se evitará la pérdida de peso corporal y mejorará la cicatrización.

Los minerales y vitaminas también cumplen un papel importante, sobre todo el zinc, que es necesario para la síntesis de proteínas y regeneración de los tejidos. Se ha visto que en las primeras semanas después de la agresión térmica, hay grandes pérdidas de cobre, lo que implica un aumento en sus requerimientos.

En las personas quemadas suelen aumentarse los niveles de azúcar en sangre (hiperglucemia), por lo que se debe prestar atención a los carbohidratos de la dieta, sobre todo carbohidratos simples, ya que contribuyen al aumento de glucosa o azúcar en sangre.

Se recomienda duplicar el aporte de vitaminas liposolubles (A, D, E, y K) sobre la ingesta recomendada en situación normal. La vitamina C también debe aumentarse porque favorece la cicatrización y la vitamina A protege la piel y las mucosas.



Elaboró: Est. De Posgrado en Enfermería en Rehabilitación LEO. Diana Cepeda García
Fuente: Recomendaciones nutricionales.
www.fresenius-kabi.es/nutricionental/pac/.../necesidades.asp



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA
 IBARRA
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



REQUERIMIENTOS DE NUTRIENTES ESPECÍFICOS DEL PACIENTE QUEMADO

CARBOHIDRATOS

La principal fuente de energía de los pacientes quemados debería proceder de los carbohidratos. La glucosa es el combustible preferido para la cicatrización de las heridas.



GRASA

Una cierta cantidad (pequeña) de grasa es un nutriente esencial.

Las fuentes más habituales de lípidos contienen principalmente ácidos grasos omega 6, como el ácido linoleico. Las dietas ricas en ácidos grasos omega-3 se asocian a una mejor respuesta inmunitaria, con una evolución posiblemente más favorable.

PROTEÍNAS

El aumento de proteínas debe de suministrarse para satisfacer la demanda constante y para aportar los aminoácidos necesarios para la cicatrización de la herida.



GLUTAMINA

La arginina (ARG) también es importante para el metabolismo después de las quemaduras. La ARG estimula los linfocitos T, potencia la función de las células citolíticas naturales y estimula la síntesis de óxido nítrico, que es importante para la resistencia a la infección.



Elaboró: Est. de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación:
 LEO, Diana Cepeda García
 FUENTE: Herndon D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed. Elsevier
 México, 2009, pág.267-269





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA
 IBARRA
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



REQUERIMIENTOS DE NUTRIENTES
 ESPECÍFICOS DEL PACIENTE QUEMADO

MICRONUTRIENTES: VITAMINAS Y OLIGOELEMENTOS

Vitamina A es importante para la cicatrización de la herida y el crecimiento epitelial.



Vitamina C ó ácido ascórbico es esencial para la síntesis y reticulación del colágeno y, en consecuencia, para la cicatrización de la herida.

Vitamina D la resorción ósea y la osteopenia son un problema significativo después de las quemaduras. Los trastornos del metabolismo de la vitamina D, así como la inmovilización, contribuyen a este problema.



El hierro es esencial para la proteína transportadora de oxígeno.

El zinc es necesario para varios aspectos de la cicatrización de la herida.



Elaboró: Est. de Posgrado en Enfermería en Rehabilitación:
 LEO, Diana Cepeda García
 FUENTE: Herdón D. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Ed.
 Elsevier Masson. 2009. pág.270

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE QUEMADO

DEFINICIÓN

LA ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP) ES UNA LESIÓN DE ORIGEN ISQUÉMICO LOCALIZADA EN LA PIEL Y/O TEJIDO SUBYACENTES, PRODUCIDA POR LA ACCIÓN COMBINADA DE FACTORES EXTRÍNSECOS, ENTRE LOS QUE SE DESTACAN LAS FUERZAS DE PRESIÓN, FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO, SIENDO DETERMINANTE LA RELACIÓN PRESIÓN-TIEMPO.

OBJETIVO

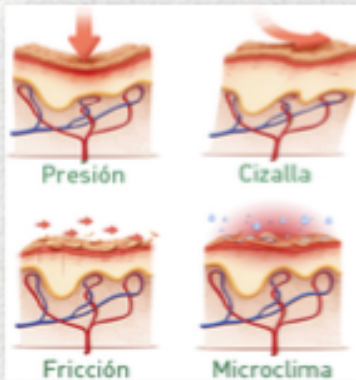
REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN A LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, VALORANDO CORRECTAMENTE LAS CONDICIONES EN QUE SE ENCUENTRA LA PIEL, DE TAL MANERA DISMINUIR SU INCIDENCIA.

MECANISMOS

LA INTEGRIDAD DE LA PIEL SE PUEDE VER ALTERADA FUNDAMENTALMENTE POR ESTOS CUATRO FACTORES:

CAUSAS

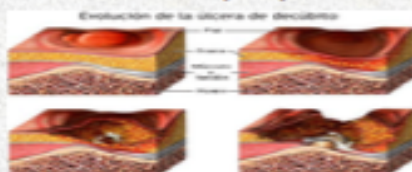
- INMOVILIDAD FÍSICA
- ALTERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO
- ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD



PUNTOS FRECUENTES DE APARICIÓN DE UPP



Estadios de las úlceras por presión

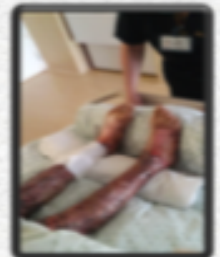


PREVENCIÓN

Valoración de la Piel entre cada posicionamiento



Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas). Realizar posicionamientos por lo menos cada 2 hrs



POSICIONAMIENTO

Los programas de arcos de movimientos activos / pasivos pueden prevenir el desarrollo de deformidades y contracturas



Cama limpia, y sábanas sin arrugas

Aplicación de la escala de Braden

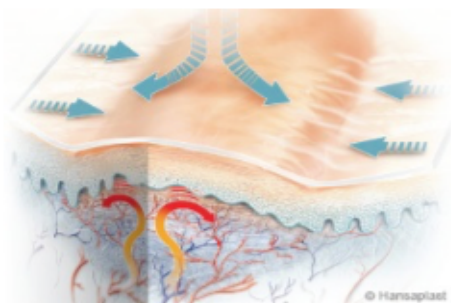
Cuidados de la piel : Valoración de la Piel entre cada posicionamiento. Mantenerla: Lubricada, pliegues secos, y cambios de pañal oportunamente



Valoración del Estado Nutricio y factores de riesgo para desarrollar UPP.



Realizar apoyo educativo dirigido al familiar para mayor prevención y concientización



http://www.hansaplast.pl/-/media/Hansaplast/international/instan-t-help/health-and-protection/beautiful-healing/beautiful-healing05_270px.jpg?bc=White&la=pt-PT&mc=270

Recomendaciones para cicatrices hipertróficas

- Uso de prendas de presión personalizadas, éstas deben utilizarse 23 de las 24 horas del día.
- Dar masaje, puede ayudar a suavizar y desensibilizar la cicatriz. Cuando se combina con estiramientos, el masaje puede volver la cicatriz más relajada, más suave y más cómoda.
- Utilice un cremas con protector solar o lleve ropa protectora para minimizar la exposición de la piel.
- Uso de humectantes, pueden aplicarse con frecuencia a lo largo del día en todas las áreas cicatrizadas.
- Trate de evitar remojar en baños de tina con agua caliente o de usar jabones perfumados ya que esto le reseca aún más la piel e incrementará la picazón.
-

Referencias: Hall y cols. Cuidado y manejo de la cicatriz después de una lesión por quemadura (Wound Care and Scar Management after Burn Injury)



DIRECTORIO

ENEO

Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi Directora

Dra. María de los Angeles Torres Lagunas Jefa de División de Estudios de Posgrado.

Mtra. Ma. Elena García Sánchez Secretaria Académica

Mtra. Marcela Díaz Mendoza Coordinadora del PUEE

INR

Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León Dirección General

Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval Directora de Educación en Salud

Dra. Griselda del Valle Cabrera Directora Médica

MAH. Leticia González González Subdirectora de Enfermería

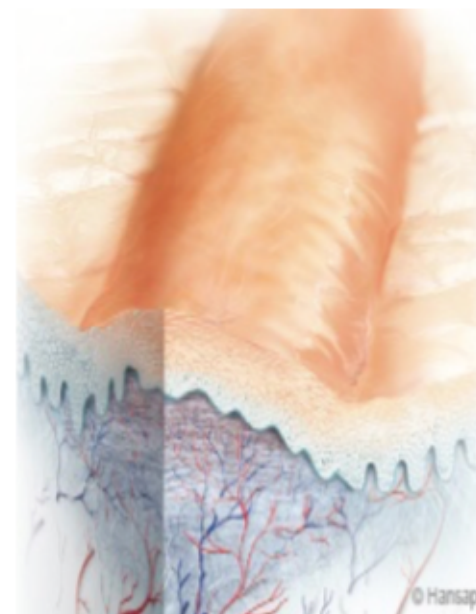
Dr. Martín Pantoja Herrera Jefe de Departamento de Enseñanza e investigación en Enfermería

LEO. Nohemí Ramírez Gutiérrez Coordinadora de la Especialidad en Enfermería en rehabilitación



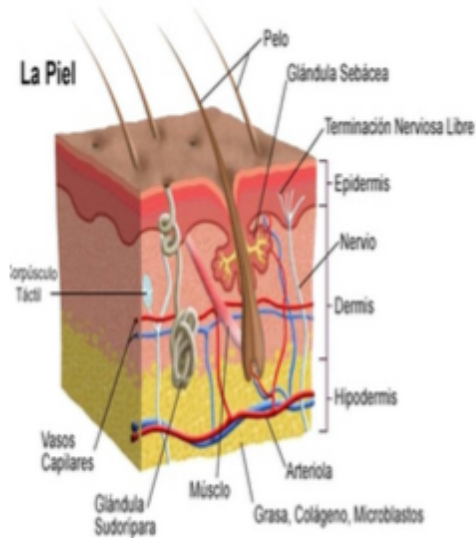
Elaboró: Est. De Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
LEO. Diana Cepeda García

Asesoró: EER. Dulce María Esquivel Gernández



http://www.hansaplast.pl/-/media/Hansaplast/international/instan-t-help/health-and-protection/beautiful-healing/beautiful-healing05_270px.jpg?bc=White&la=pt-PT&mc=270





<http://files.biopsicosalud4.webnode.com.br/200000092-81d3682c0b/estructura%20de%20la%20piel.jpg>

La piel es la cubierta externa del cuerpo humano y uno de los órganos más importantes del mismo tanto por tamaño como por sus funciones.

¿Qué es la cicatrización?

La cicatrización es un proceso de reparación de un tejido.

La cicatrización está relacionada con la edad, el origen étnico y la gravedad, profundidad y localización de la quemadura.

- El cuerpo forma una proteína llamada colágeno para ayudar a cicatrizar la piel dañada.

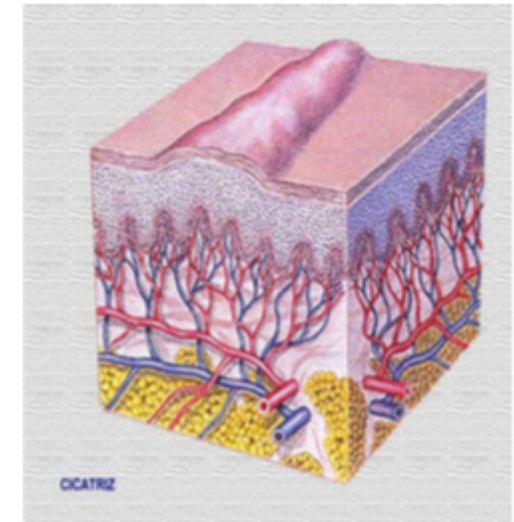
La cicatrización se desarrolla dentro de los primeros meses posteriores a la quemadura, alcanza su máximo alrededor de los 6 meses y se resuelve o "madura" en 12 a 18 meses. A medida que la cicatriz madura, su color se desvanece, se hace más plana, más suave y, por lo general, menos sensible.

La piel es un órgano de gran tamaño, el mayor del organismo, ya que tiene una superficie de alrededor de 2m² (depende de la altura y peso de la persona) y un peso de 4 kg

Qué son las cicatrices hipertróficas de quemaduras?

Las cicatrices hipertróficas:

- Permanecen dentro del área de la quemadura original.
- Se desarrollan en los primeros meses después de la lesión.
- Suelen ser de un color que va del rojo oscuro al púrpura y se elevan sobrepasando la superficie de la piel.
- Pueden sentirse calientes al tacto, ser hipersensibles y dar comezón.
- Son más prominentes (se notan) cerca de las articulaciones donde la tensión de la piel y el movimiento son elevados.



<https://enpetaloclin.files.wordpress.com/2010/05/cicatriz.jpg>

Problemas comunes con las cicatrices hipertróficas

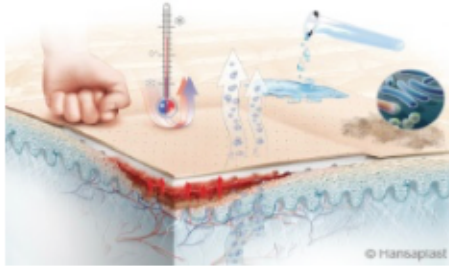
Las cicatrices en las articulaciones pueden causar la disminución de su capacidad de movimiento. Esto se llama contractura.

La comezón puede conducir a rascar y a agrietar la piel.

Las personas con cicatrices visibles pueden sentirse acomplejadas al estar con los demás y suelen evitar las situaciones sociales. Esto puede producir el aislamiento, depresión y una mala calidad de vida.

Las cicatrices pueden ser secas y ocasionar resequecedad o rupturas de la piel (ulceraciones).

Las cicatrices son más sensibles al sol y a los productos químicos.



http://www.hansaplast.es/-/media/Hansaplast/International/instant-help/health-and-protection/first-aid/first-aid-expert02_270px.jpg?bc=White&ac=ES&mm=270

Datos de alarma en heridas quirúrgicas

- Separación de los bordes de la herida o pérdida de la sutura.
- Inflamación excesiva: aumento de volumen y enrojecimiento.
- Signos de infección como: aumento del calor, dolor excesivo, aumento de la dureza en la zona, salida de pus por la herida (líquido espeso, verde-amarillento y mal olor).
- Problemas de circulación: piel con coloración blanquecina-violácea, fría y con pérdida de sensibilidad en dedos de las manos o pies.
- Fiebre (mayor de 38.5°C).
- Si después del primer mes, la cicatriz se enrojece o se engrosa.
-

Referencias: Fajardo y cols.Recomendaciones al paciente para el autocuidado de la herida quirúrgica Revista CONAMED, Vol. 13, enero marzo 2008



DIRECTORIO

ENEO

Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi Directora

Dra. María de los Angeles Torres Lagunas Jefa de División de Estudios de Posgrado.

Mtra. Ma. Elena García Sánchez Secretaria Académica

Mtra. Marcela Díaz Mendoza Coordinadora del PUEE

INR

Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León Dirección General

Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval Directora de Educación en Salud

Dra. Griselda del Valle Cabrera Directora Médica

MAH. Leticia González González Subdirectora de Enfermería

Dr. Martín Pantoja Herrera Jefe de Departamento de Enseñanza e investigación en Enfermería

LEO. Nohemí Ramírez Gutiérrez Coordinadora de la Especialidad en Enfermería en rehabilitación



Elaboró: Est. De Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
LEO. Diana Cepeda García

Asesoró: EER. Dulce María Esquivel Gernández

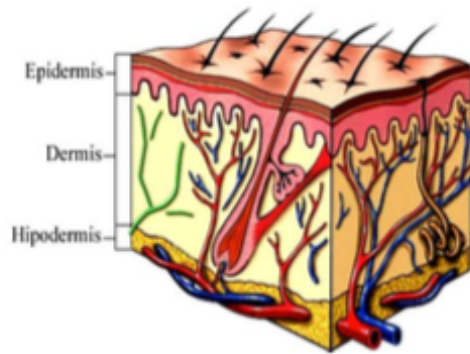


© Can Stock Photo - csp5601415

http://comps.canstockphoto.com/can-stock-photo_csp5601415.jpg

Cuidado de heridas





[https://1.bp.blogspot.com/-YtGmFap_FxE/VRn9aQvQNI/AAAAAAAAAe9Q/omWo2e_2Zy4/s1600/Ca-pis%20de%20la%20piel%20\(Ipidermis%20-%20Dermis%20-%20Hipodermis\).jpg](https://1.bp.blogspot.com/-YtGmFap_FxE/VRn9aQvQNI/AAAAAAAAAe9Q/omWo2e_2Zy4/s1600/Ca-pis%20de%20la%20piel%20(Ipidermis%20-%20Dermis%20-%20Hipodermis).jpg)

La piel, parte está formada por diferentes tejidos para realizar funciones específicas.

Funciones de la piel

- Regulación de la temperatura corporal.
- Protección frente a las bacterias.
- Protección frente a lesiones mecánicas.
- Protección contra los rayos ultravioletas (UV).
- Regulación del equilibrio hidroelectrolítico.
- Órgano sensorial.

¿Qué es una herida?

Una herida es una pérdida de continuidad de la piel o mucosa producida por algún agente físico o químico

Tipos de heridas

Las heridas agudas son de corta evolución y se caracterizan por una curación completa en un tiempo aproximado de 6 semanas, y están causadas por un agente externo traumático.

las heridas crónicas, suele haber un componente, ya sea de origen metabólico o alguna enfermedad de base produciendo un retraso en el tiempo de curación y una ausencia de crecimiento de los tejidos, como; úlceras vasculares, úlceras diabéticas, procesos neoplásicos o iatrogénicas como las úlceras por presión.

Como cuidados adicionales que mejoran su salud y favorecen la cicatrización adecuada, es recomendable reducir el consumo de alcohol y eliminar el consumo de tabaco.

Cómo cuidar la herida

- Lavado de manos
- Mantener herida limpia y seca
- Cambiar los vendajes y apósitos a diario

(técnicas enseñadas por la estudiante de posgrado)

Las suturas ayudan a sanar manteniendo unida la herida hasta que se da el proceso de cicatrización



#ADAM

http://info1.grupos.emagister.com/images/suturas_325461_0.jpg

¿Qué debe usted hacer para que su herida cicatrice bien?

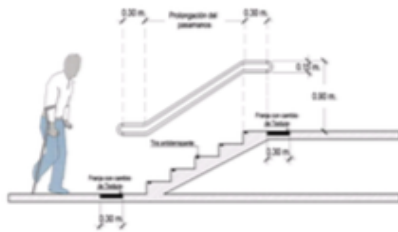
Después de que le retiren los puntos de sutura, y si no hay una indicación específica de su médico y su enfermera, usted debe:

A partir del segundo día después de su cirugía, usted debe bañarse a diario. Sobre la herida sólo hacer presión, sin frotarla; es importante secarla muy bien con una gasa esteril. Puede aplicar crema para la piel sobre la herida.

Evite exponerse al sol durante los dos primeros meses o utilizar bloqueador solar de alta protección, para evitar que la cicatriz se oscurezca.

Debe evitar tracciones fuertes o golpes sobre la herida; por lo tanto no deberá hacer esfuerzos con las partes del cuerpo en las que se encuentra la herida

Es importante mantener una alimentación balanceada



http://www.daf.gob.mx/images_dafanos2013/05/12/PA/Usabilidad11_Cmg_179911.png

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

- Ciego con bastón o perro guía: 60-70 cm
- Usuarios con muletas de codo o axilares: 90-121 cm.
- Usuarios con andador: 55-85 cm.
- Usuarios en silla de ruedas: Longitud: 88-125 cm. Ancho: 60-75 cm.
- Silla de ruedas: Bimanual convencional: Altura 91-92 cm, longitud: 105-113 cm. Ancho: 51-68 cm.
- Silla de ruedas con motor compacto (Fig. 7): Altura: 102-132 cm. Longitud: 112-126 cm. Anchura 63 cm.

Elaboró: Est. De Posgrado en Enfermería en Rehabilitación LEO. Diana Cepeda García.

FUENTE: Barreras arquitectónicas. Disponible en: www.elsevier.es › Inicio › Rehabilitación centroatrade.com/barreras-arquitectonicas-en-el-hogar/

DIRECTORIO

ENEQ

Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi Directora
Dra. María de los Angeles Torres Lagunas Jefa de División de Estudios de Posgrado.
Mtra. Ma. Elena García Sánchez Secretaria Académica
Lic. Marcela Díaz Mendoza Coordinadora del PUEE

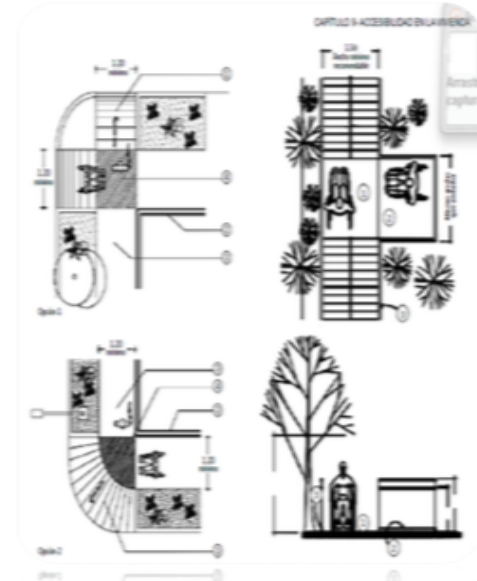
INR

Dr. Clemente Ibarra Ponce de León Dirección General
Dra. Matilde L. Enríquez Sandoval Dir. de Educación en Salud
Dra. Griselda del Valle Cabrera Directora Médica
MAH. Leticia González González Subdirectora de Enfermería
Dr. Martín Pantoja Herrera Jefe de Departamento de Enseñanza e investigación en Enfermería
EER. Nohemí Ramírez Gutiérrez Coordinadora de la Especialidad en Enfermería en rehabilitación



BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL HOGAR

Oz. México Xochimilco No 289, Col. Arenall de Guadalupe, Tlalpan. Cp. 14389.



BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL HOGAR





¿QUÉ SON LAS BARRERAS ARQUITECTÓNICAS?

Se entiende por *accesibilidad* aquella característica del urbanismo, de las edificaciones, del transporte y de los sistemas y medios de comunicación sensorial, que permite su uso a cualquier persona con independencia de su condición física, psíquica o sensorial.

Se entiende por *barrera*, cualquier impedimento, traba u obstáculo que limite o impida el acceso, la libertad de movimiento, la estancia y la circulación con seguridad de las personas.

Se clasifican las barreras arquitectónicas en:

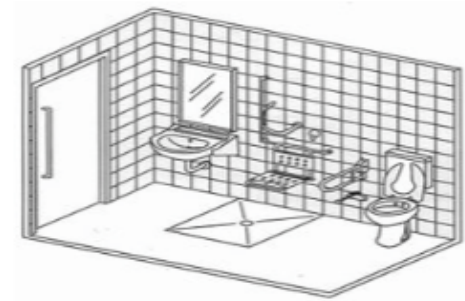
1. Barreras Arquitectónicas Urbanísticas. Existen en las vías públicas así como en los espacios libres de uso público.
2. Barreras Arquitectónicas en la Edificación. Existentes en el interior de edificios, tanto públicos como privados.
3. Barreras Arquitectónicas en los Transportes. Son las que existen en los medios de transporte.
4. Barreras en la Comunicación Sensorial. Se refiere a todo aquel impedimento que imposibilite o dificulte la expresión o recepción de mensajes a través de los medios o sistemas de comunicación sean o no de masas.

Los espacios en una vivienda para personas con necesidades especiales, deben tener como característica principal ser funcionales, para que la persona sea totalmente independiente en su propia casa y pueda desarrollar sus actividades cotidianas

El hogar es el espacio físico donde vive el grupo doméstico, gracias a él se pueden cumplir los intereses y objetivos comunes, al tiempo que permite cubrir las necesidades vitales. OMS

Las limitaciones más frecuentes que se pueden encontrar en el entorno físico para conseguir una completa autonomía de movimiento y comunicación son las provenientes de:

- * Dificultades de maniobra. Aquellas que limitan la capacidad de acceder a los espacios y de moverse dentro de ellos.
- * Dificultades para salvar desniveles. Se presentan cuando hay que cambiar de nivel o superar un obstáculo aislado de un itinerario.
- * Dificultades de alcance. Derivadas de una limitación de las posibilidades de llegar a los objetos.
- * Dificultades de control. Se presentan como consecuencia de la falta de capacidad para realizar movimientos precisos con los miembros afectados.
- * Dificultades de percepción. Se presentan como consecuencia de la discapacidad visual o auditiva.



<https://s-media-cache-lad1.pinimg.com/236x/64/55/645566161664557a1ca8f453ee236.jpg>

RECOMENDACIONES PARA FACILITAR LA VIDA EN EL HOGAR

Escaleras: ancho 120 cm material antideslizante ancho escalón 28 cm altura escalón 18 cm

Pasillos: ancho 140 cm y no tener obstáculos (adornos, alfombras etc...)

Puertas: puertas interiores ancho 85 cm, las manillas deben ser tipo palanca y la altura a 95 cm desde el suelo

Baños: puertas deben abrir hacia fuera o correderas material antideslizante espacio libre de al menos 150 cm de diámetro junto a los sanitarios debe de haber barras de apoyo lavabo sin pie y a una altura de 80 cm wc a una altura de 50 cm desde el nivel del suelo las placas duchas son más cómodas que las bañeras, dichas placas no deben tener bordes y tener un asiento fijo o movable

Dormitorio: cama a una altura de 45 a 50 cm debe haber espacio de rotación de 360°

Cocina: espacio vacío para una rotación de 150 cm de diámetro espacio de trabajo debe de estar libre la parte inferior instalaciones eléctricas, gas etc.. a una altura entre 90cm y 120cm



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN



GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES

Estos son los accidentes más frecuentes en el hogar. A continuación se indican los lugares donde suelen producirse y las recomendaciones para tratar de evitarlos:

EN LAS ESCALERAS:

- Utilice el pasamanos o la barandilla siempre que suba o baje escaleras.
- Encienda siempre la luz.
- Procure que la escalera y los descansillos estén siempre libres de objetos con los que pueda tropezar.
- Procure utilizar zapatos cómodos, bien ajustados y con suela de goma.
- En caso de tener que transportar bolsas con peso, si puede, pida ayuda para mantener al menos una mano libre.
- Los escalones tendrán bandas protectoras antideslizantes en sus bordes



Elaboró: Est. De Posgrado en Enfermería en Rehabilitación LEO. Diana Cepeda García
Fuente: Estrada y cols. Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores.
Comunidad de Madrid.



RESPECTO A LOS SUELOS:

- Instale preferentemente suelos antideslizantes.
- Mantenga despejados los suelos de habitaciones y pasillos de objetos con los que pueda tropezar (tiestos, cables, adornos).
- Tenga cuidado con las alfombras, sobre todo las pequeñas, porque frecuentemente son origen de tropiezos. Deben ser antideslizantes o estar fijadas al suelo. Si esto no es posible, retírelas.
- Evite pisar suelos resbaladizos.
- Evite el vertido de agua o líquidos.
- Los suelos no deben estar excesivamente pulidos y encerados ya que puede resbalarse. Cuidado con los productos de limpieza (abrillantadores, ceras).
- No camine nunca calzado sólo con calcetines o medias.



EN EL BAÑO:

- Resulta más funcional el plato de ducha o sumidero que las bañeras.
- Coloque agarraderas, apropiadas para este uso, que le ayuden a incorporarse del inodoro y a entrar y salir de la ducha o bañera.
- Resulta muy útil instalar banquetas de poliéster con ventosas de goma antideslizantes.
- Instale material antideslizante (alfombra o líquido adherente) dentro de la bañera o ducha. En la salida, coloque una alfombra antideslizante.
- Evite que se forme vapor en el baño con una buena ventilación ya que un exceso de vapor puede causar mareos.



EN EL DORMITORIO

- ✓ No se levante de la cama bruscamente.
- ✓ Permanezca sentado/a unos momentos antes de incorporarse.
- ✓ Procure que el espacio de acceso a la cama sea lo suficientemente amplio para entrar y salir sin riesgo.
- ✓ Evite las alfombras.
- ✓ Resulta útil un luminoso tenue para media noche.



Quemaduras y prevención de incendios

Las instalaciones de gas y/o eléctricas destinadas a la preparación de alimentos, el uso de agua caliente, los aparatos de calefacción y el uso de algún otro aparato eléctrico, así como el hábito de fumar, son el origen de quemaduras e incendios. Le recomendamos que revise las siguientes instrucciones o medidas de seguridad para tratar de evitarlos:

- ✓ Coloque siempre los mangos de cazos, ollas o sartenes, de modo que no sobresalgan del borde de la cocina.
- ✓ Utilice siempre que pueda los fogones situados lejos del borde de la cocina.
- ✓ Debe tener especial cuidado cuando manipule aceite u otros líquidos hirviendo.
- ✓ Tome precauciones cuando tenga que trasvasar líquidos calientes de un recipiente a otro.
- ✓ No utilice delantales y paños de cocina de un material acrílico.
- ✓ No cocine con mangas anchas.
- ✓ No utilice disolventes como el alcohol para limpiar la cocina.



- ✓ Compruebe siempre que las llaves de paso del gas estén cerradas cuando no las utilice y cuando vaya a salir de casa.
- ✓ Vigile que el extractor de humos esté siempre limpio.

APARATOS ELÉCTRICOS E INSTALACIONES ELÉCTRICAS:

- ✓ No sobrecargue la electricidad en el hogar utilizando a la vez varios aparatos que consuman mucha energía, como la lavadora, lavaplatos, plancha, tostadora.
- ✓ No conecte varios aparatos en el mismo enchufe. No desenchufe nunca un aparato eléctrico tirando del cable.
- ✓ Desconecte siempre los aparatos eléctricos después de haberlos utilizado.
- ✓ No tape la luz de la mesita de noche con papeles u otro material.
- ✓ Procure que la pantalla de las lámparas no toque la bombilla.
- ✓ No pase cables eléctricos por debajo de las puertas. No manipule nunca aparatos eléctricos o cables y enchufes con las manos mojadas.
- ✓ No limpie ni moje los aparatos eléctricos si están enchufados.
- ✓ No enchufe nunca nada sin clavijas.
- ✓ Revise el estado de los cables eléctricos.

