



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN ADULTO JOVEN CON ALTERACION DE LA NECESIDAD DE EVITAR
PELIGROS, CON ENFOQUE DE VIRGINA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA
PRESENTA:
GONZÁLEZ HER NÁNDEZ ALMA MIREYA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA
No. DE CUENTA: 308067787

TUTORA ACADÉMICA:
MTRA. SELENE MONTALVO ALVAREZ

CIUDAD DE MEXICO, NOVIEMBRE DE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
3. METODOLOGÍA.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
5. PRESENTACIÓN DEL PACIENTE.....	13
6. VALORACION DE ENFERMERÍA	15
7. PLANEACIÓN.....	19
8. DIAGNOSTICOS.....	20
9. PLAN DE ALTA.....	31
10. CONCLUSIONES.....	32
11. ANEXOS.....	33
12. GLOSARIO	39
13. BIBLIOGRAFIA	42

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye un Proceso de Atención de Enfermería, el cual tiene base en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, el cual será aplicado a un paciente con quemaduras mixtas y diversas afectaciones en algunas de las necesidades básicas del adulto, bajo el marco teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

La característica principal de un Proceso de Atención de Enfermería reside en su sistematicidad, aparte de ser dinámico, interactivo, flexible y tener una base teórica que se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería con el que se desee trabajar.

En la actualidad los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario suelen enfrentarse al trabajo exhaustivo durante sus jornadas por la falta de personal en muchas de sus áreas, lo que los lleva a cometer errores. El error en el cuidado de enfermería se define como la falla de una acción planeada, para ser completada como se pretende, o un plan equivocado que puede prolongar la estancia hospitalaria y con esto generar costos extras para el paciente y el hospital.

Ante el interés de esta problemática en el ámbito profesional es que se recurre a trabajar bajo las premisas de un Proceso de Atención de Enfermería, ya que este nos permitirá estructurar de forma individualizada las necesidades del paciente, estructurar un plan de cuidados con el que se pueden evitar las fallas o los procedimientos innecesarios y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática con la finalidad de ayudar al paciente a integrarse a su entorno lo más pronto posible cumpliendo con los estándares de calidad estipulados por las instituciones de salud.

Así mismo existe un interés académico para conocer y desarrollar los cuidados necesarios al paciente quemado, identificar normas de atención y garantizar una respuesta a los problemas reales y potenciales del paciente.

En el marco de la Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson se realizó un instrumento de valoración de enfermería y se aplicó a un paciente quemado en el Centro de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ) del Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" y se analizaron los datos obtenidos, identificando las necesidades alteradas del paciente, dando lugar a la fase de valoración.

Para la segunda fase se realizaron los diagnósticos de enfermería utilizando etiquetas diagnósticas de NANDA y concretando los objetivos de nuestro proceso.

En la tercera fase se realizó una lista de cuidados de enfermería fundamentados científicamente para cada alteración con base a las necesidades alteradas, tomando como referencia a la mayor parte de las actividades, la necesidad más alterada, que en este caso es la de evitar peligros.

En la fase de ejecución las actividades planeadas se aplicaron con forme a la evidencia científica.

En la quinta fase se evaluó el cumplimiento de los objetivos propuestos.

La finalidad de este Proceso de Atención de Enfermería es implementar un plan de cuidados de enfermería, determinando la relación enfermera-paciente (suplencia, ayuda o compañía) para dar estabilidad hemodinámica al paciente con quemaduras de tercer grado.

2. OBJETIVOS

- **GENERALES.**

Implementar un plan de cuidados holísticos en Enfermería basado en evidencia científica bajo el enfoque de Virginia Henderson, el cual permitirá la recuperación y estabilidad hemodinámica de la persona con quemaduras de tercer grado.

- **ESPECIFICOS.**

Identificar factores de riesgo, causas, nivel de dependencia y complicaciones reales y potenciales en cada necesidad alterada.

Identificar normas de atención y concretar la importancia del método científico en el desarrollo de las actividades de Enfermería.

3. METODOLOGÍA

El siguiente proceso se desarrolló en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" en el servicio de Subagudos del Centro de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ).

La finalidad de este Proceso de Atención de Enfermería es en primera instancia conocer al paciente y los problemas de salud derivados de su patología para realizar un plan de cuidados específicos e integrales que lo ayuden a obtener una mejoría, identificando factores de riesgo y evitando complicaciones relacionadas para ayudarle a incorporarse nuevamente a su entorno.

Este Proceso de Atención de Enfermería fue realizado con base a la Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson que consta de cinco fases de desarrollo:

- 1 Valoración
- 2 Diagnóstico
- 3 Planeación
- 4 Ejecución
- 5 Evaluación

Con la autorización del cuidador primario a cargo del paciente se realizó un interrogatorio y una exploración física, recabando los datos necesarios para la fase de valoración.

Para la segunda fase se realizaron los diagnósticos de enfermería utilizando etiquetas diagnósticas de NANDA y concretando los objetivos de nuestro proceso.

En la tercera fase se realizó una lista de cuidados de enfermería fundamentados científicamente para cada alteración con base a las necesidades alteradas, tomando como referencia a la mayor parte de las actividades, la necesidad más alterada, que en este caso es la de evitar peligros.

En la fase de ejecución las actividades planeadas se aplicaron con forme a la evidencia científica.

En la quinta fase se evaluó el cumplimiento de los objetivos propuestos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ¿Qué es el Proceso de Atención de Enfermería?

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve cuidados holísticos centrados en el cumplimiento de objetivos establecidos durante una de las fases del mismo. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente sus actividades y a plantear cómo pueden mejorarlo.

El Proceso de Atención de Enfermería es:

- Sistemático. Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.
- Dinámico. A medida que adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.
- Holístico. Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Se consideran las cuatro esferas del paciente para comprender los problemas de salud y el impacto de este en su percepción de bienestar, así como en su capacidad para las actividades de la vida diaria.

Las fases del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos más específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.(1)

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería:

1. Valoración. Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal de riesgo que pueden generar problemas de salud.
 2. Diagnóstico. Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.
-

3. Planificación. Aquí hay que realizar cuatro cosas clave, que son:
 - Determinar las prioridades inmediatas. ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuáles debe centrarse la enfermera? Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar?
 - Fijar los objetivos (resultados) esperados. Exactamente, ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros? ¿Qué podrá hacer el usuario y cuándo?
 - Determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones, acciones enfermeras, prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?
 - Anotar o individualizar el plan de cuidados. ¿Escribirá su propio plan o adaptará un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?
4. Ejecución. Puesta en práctica del plan, pero no solo actuar. Pensar y reflexionar sobre lo que estamos haciendo.
5. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se ha conseguido cumplir con los objetivos establecidos.

(1) Antioquia, U. (2016). Definición, características y fases del Proceso de Atención de Enfermería.

4.2. Teoría de Enfermería: De las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A.Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

Según V. Henderson: "La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender un individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico". Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

Modelo Conceptual

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (1985), Henderson habla de la naturaleza dinámica del entorno. El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarle a morir dignamente.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad). Los modos de intervención se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede

reforzarse, pero no puede sustituirse. Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

Las Necesidades Humanas

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de Virginia Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye un elemento integrador del bienestar físico, social, psicológico y espiritual del ser humano.

Las 14 necesidades

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores, etc.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

4.3. Necesidad Alterada: Evitar Peligros.

Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas.

Tienen importancia tanto los aspectos que se relacionan con factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, como los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, la capacidad para afrontarla, cómo identifica las dificultades o cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.

Justificación.

Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas.

Se pretende conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas, lesiones, etc.

Incluye:

- Conocimientos sobre medidas de prevención.
 - Desarrollo de medidas de prevención.
 - Ejecución de actuaciones de riesgo.
-

5. PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Ficha de identificación

- Nombre. Luis Ángel M. H.
- Edad. 19años
- Genero. Masculino
- Expediente. N-369298-2019
- Cama. 1309B
- Fecha de nacimiento. 23 de septiembre de 1999
- Lugar de nacimiento. Ciudad de México, México
- Lugar de residencia. Estado de Morelos
- Escolaridad. Secundaria incompleta
- Ocupación. Taxista
- Estado civil. Soltero
- Religión. No es religioso
- Fecha de ingreso Agudos. 12 de febrero de 2019
- Fecha de ingreso Subagudos. 02 de abril de 2019
- Interrogatorio. Directo
- Responsable. Paulina H. (madre)

Antecedentes heredofamiliares

Madre. Viva de 41 años, aparentemente sana.

Padre. Vivo de 43 años, no vive con ellos.

Abuelo Paterno. Sin datos.

Abuela Paterna. Sin datos.

Abuelo Materno. Sin datos.

Abuela Materna. Portadora de DM2.

Hermanos. 1 hermana. Aparentemente sana.

Antecedentes personales NO patológicos

Vivienda. Habitan en casa propia, construida de cartón, la cual no cuenta con los servicios de urbanización intra y extra domiciliarios, constando de dos cuartos para dormir, con uso de letrina, cohabitando con 1 adulto y una menor de edad con malos hábitos higiénico dietéticos.

Higiene. Baño 4 veces por semana, no refiere uso de piezas dentales postizas, aseo dental cada dos días.

Dieta. Refiere realizar 1-2 comidas al día, refiere familiar no realizar mayor alimentación por "no agrado de los alimentos" refiriendo baja ingresa calórica y proteica al día.

Vacunas. Desconoce última inmunización. No refiere inmunizaciones recientes.

Tabaquismo. Positivo, refiere 3 cigarrillos al día.

Alcoholismo. Positivo, refiere ingesta todos los fines de semana.

Otras toxicomanías. Positivo, PVC una vez por semana.

Exposición a tosedores crónicos. Interrogado y negado.

Exposición a biomasa. Interrogado y negado.

Tatuajes y/o perforaciones. Interrogado y negados.

Antecedentes personales patológicos

Crónico degenerativos. Interrogado y negado.

Quirúrgicos. Interrogado y negado.

Alergias. Interrogado y negado.

Traumatológicos. Interrogado y negado.

Transfusionales. Interrogado y negados.

Padecimiento actual

- Quemaduras por fuego tercer y segundo grado profundo.
 - SCTQ 75%.
-

6. VALORACION DE ENFERMERÍA

Paciente de la segunda década de la vida que cursa con su padecimiento actual desde el día 09 de febrero del año en curso, refiere familiar se encontraba trabajando en su unidad de "moto-taxi" y terceras personas le encienden fuego por razones desconocidas. Es trasladado al hospital general más cercano, llegando inconsciente al área de cuidados intensivos, en donde es valorado y referenciado al INR, en donde cursa una estancia crítica del 12 de febrero de 2019 al 01 de abril del mismo año, tiempo durante el cual se le realizaron múltiples intervenciones invasivas así como cirugías de reconstrucción de la piel. El día 02 de abril es ingresado al servicio de Subagudos con un catéter venoso central, sondaje vesical instalado, sondaje nasogástrico, injertos de piel no integrados y una SCTQ Inicial de 75%y Actual de 25%.

1. Necesidad de oxigenación

Paciente con padecimiento de Quemaduras por fuego en áreas especiales del cuerpo. Tabaquismo desde los 15 años refiriendo 3 cigarrillos al día.

A la exploración física el paciente presento: Ruidos respiratorios normales.

Estado de conciencia: Consciente y orientado.

Saturación de oxígeno 96%.

Día	1	2	3	4	5
T/A mmHg	125/89	114/69	98/52	110/58	120/61
FC x'	93	99	88	90	87
FR x'	18	19	17	18	20

Estudios de Laboratorio

ERITOCITOS	2.6 M/uL bajo (4.6-6)
HEMOGLOBINA	7.1 g/dL bajo (VR. 13.5-17.5)

2. Necesidad de nutrición e hidratación

Paciente con instalación de sonda naso enteral con alimentación continua de alitraq 7, para alcanzar los requerimientos nutricionales a causa de haber presentado alteraciones metabólicas y bajo peso por la pérdida de masa corporal.

A la exploración física el paciente presento: Poca tolerancia a la vía oral

Peso: 48 kg Talla: 1.65 m IMC <18,5 – Bajo peso

Estudios de Laboratorio

SODIO	143 mmol/L
POTASIO	3.3 mmol/L bajo (VR 3.4-4.5mmol/L)
GLUCOSA	130 mg/dL alto (VR 80-100mg/dL)

3. Necesidad de eliminación

Paciente que evacua una vez al día con un código de evacuación café formado moderado. Con sonda trans uretral a derivación, drenando alrededor de 1500ml de orina al día, de color amarillo y de aspecto macroscópico normal.

A la exploración física el paciente presento: Ruidos peristálticos normales y abdomen ligeramente endurecido sin dolor a la palpación.

Estudios de Laboratorio

HEMATOCRITO	21 % bajo (VR 42.6-52.6)
CREATININA	1.14 mg/dL
UREA	74.26 mg/dL alto (VR 15-53.3)

4. Necesidad de movilidad y postura

Paciente confinado a la cama por secuelas de quemaduras y múltiples cirugías de injerto de piel. Recibe terapia física y ocupacional dos veces al día teniendo como objetivo iniciar bipedestación y marcha.

Arcos de movilidad disminuidos.

Riesgo de LPP:

Alto. Puntuación 13- Escala Norton

Alto. Puntuación 11- Escala Braden

Riesgo de caídas: 3 – Escala Downton

Actividades de la Vida Diaria: Incapacidad Severa - Escala Katz

Actividades de la Vida Diaria. Dependiente Grave - Escala Barthel

A la exploración física el paciente presento: Poca tolerancia a la actividad física.

5. Necesidad de sueño y descanso

El paciente no refiere alteraciones del sueño. Mantiene sueño fisiológico usualmente de las 21 h a las 8 h.

6. Necesidad de usar prendas y vestir adecuado.

Paciente que requiere en de ayuda para vestir a causa de la disminución de los arcos de movilidad.

Actividades de la Vida Diaria: Incapacidad Severa - Escala Katz

Actividades de la Vida Diaria. Dependiente Grave - Escala Barthel

7. Necesidad de termorregulación.

El paciente refiere mucho frio después del baño todos los días, por lo que usa una sábana extra para cubrirse.

Al a exploración física el paciente: No muestra alteraciones.

Día	1	2	3	4	5
Temperatura °C	35.3	36.0	36.3	35.5	35.9

8. Necesidad de higiene y protección de la piel

Paciente en unidad con aislamiento de contacto.

Riesgo de LPP. 13 escala Norton

Fármacos específicos. Colágenasa y Cloranfenicol ungüento.

A la exploración física el paciente: Presenta áreas cruentas de en ambos miembros torácicos, injertos mallados integrados en abdomen, áreas donadoras en proceso de epitelización en muslo derecho. Área cuenta de mayor amplitud en muslo posterior y área de isquion. Se ha realizado baño de esponja desde su ingreso por lo que se observa piel desvitalizada residual de los injertos y zonas donadoras.

9. Necesidad de evitar peligros

Paciente con arcos de movilidad disminuidos.

Riesgo de infección. Alto.

Riesgo de caídas. Alto.

Riesgo de LPP. Puntuación 13 - Escala Norton

Estudios de Laboratorio.

PLAQUETAS	626 K/uL alto (VR 150-450)
LEUCOCITOS	15.2 K/uL
NEUTROFILOS	77.2% alto (VR 40-85)
LINFOCITOS	9.4 % bajo (VR 12-46)
MONOCITOS	9.0 %

10. Necesidad de comunicación

No se considera ningún problema físico de comunicación.

Paciente que no mantiene comunicación efectiva con los familiares.

11. Necesidad de creencias y valores.

Paciente no religioso.

Considera a la vida como tener metas y a la muerte como desaparecer.

Refiere tener miedo a la muerte y se siente sorprendido de vivir.

12. Necesidad de trabajo y realización

Paciente que cursó sus estudios hasta el primer año de secundaria, posterior a esto comenzó a trabajar de taxista de unidad mototaxi. Sus expectativas en relación con su condición social no son claras y suele sentir incertidumbre.

13. Necesidad de recreación

No es parte de ningún grupo social ni realiza alguna actividad recreativa.

No asiste a centros recreativos, cine, teatro, etc.

No le gusta la lectura.

14. Necesidad de aprendizaje

No padece ningún problema que interfiera con su aprendizaje y refiere que no asiste a la escuela por voluntad propia.

No sabe cómo seguir con su tratamiento si le dieran de alta.

7. PLANEACIÓN

Jerarquización de Necesidades y Etiquetas diagnósticas.

NECESIDAD	INDEPEN DIENTE	PARCIAL	DEPEN DIENTE	ETIQUETAS DIAGNOSTICAS
Oxigenación	X			
Nutrición e Hidratación		X		00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Eliminación		X		
Movilidad y postura		X		00085. Deterioro de la movilidad física
Descanso y sueño	X			
Vestirse y desvestirse		X		
Termorregulació n	X			
Higiene y protección de la piel			X	000046. Deterioro de la integridad cutánea
Evitar peligros			X	00004. Riesgo de infección 00155. Riesgo de caídas
Comunicarse	X			
Creencias y valores	X			
Trabajo y realización	X			
Juego y Recreación	X			
Aprendizaje		X		

8. DIAGNOSTICOS

Necesidad NUTRICIÓN			Diagnostico: 00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores biológicos m/p peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.					
Objetivo:								
Satisfacer los requerimientos nutricionales del paciente, Aumentar peso e IMC.								
CAUSAS DE DIFICULTAD			NIVEL DE DEPENDENCIA			NIVEL DE RELACION ENFERMERA-PACIENTE		
Falta de conocimientos	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
Planeación								
Resultado	Indicador	Escala de Medición				Puntuación Diana		
Estado nutricional: ingestión de nutrientes.	Relación peso/talla	1. Inadecuado 2. Ligeramente inadecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado				Llevar de 1 a 4		
Cuidados de Enfermería					Fundamentación			
1. Soporte Nutricional Tolerancia progresiva de la vía oral: Dieta de sólidos y líquidos, hipercalórica -hipo sódica, alimentos en picado fino.					1. Previene la desnutrición mediante el aporte adecuado de calorías, proteínas y micronutrientes, que eviten la pérdida de peso y masa corporal, favoreciendo además el proceso de cicatrización de las quemaduras. Los alimentos picados finamente ayudaran a minimizar el esfuerzo de deglución.			
2. Alimentación enteral por SNG Nutrición enteral de AlitraQpor SNG c/8h					2. La alimentación enteral es útil para alimentar a las personas cuyo tracto digestivo funciona con normalidad pero no			

<p>3. Cuidados a paciente con SNG No iniciar la infusión de la alimentación sin verificar que la sonda y el sistema se encuentre en forma adecuada.</p> <p>Medir el perímetro abdominal</p> <p>Evaluar la actividad intestinal, escuchando los ruidos intestinales antes de iniciar la infusión de la dieta</p> <p>Mantener posición Semifowler durante la administración de cada toma de alimentos.</p> <p>Valorar la presencia de diarrea, estreñimiento, flatulencia, regurgitación sensación de saciedad.</p> <p>Verificar que la dieta se encuentre a temperatura ambiente antes de administrarla.</p> <p>Extraer el aire de todo el sistema antes de administrar la nutrición al paciente.</p> <p>4. Asesoramiento nutricional Utilizar un proceso de ayuda centrado en la necesidad de la modificación de la dieta.</p>	<p>pueden comer lo suficiente para cumplir con sus requerimientos nutricionales, no necesita colaboración del paciente, y la introducción de nutrientes es independiente a la capacidad o incapacidad del paciente para comer o deglutir.</p> <p>3. Verificación de circuito para prevenir fallas.</p> <p>Para valorar si existe distensión</p> <p>Para valorar motilidad intestinal</p> <p>Para evitar reflujo gástrico y riesgo de bronco aspiración.</p> <p>Para valorar si existe síndrome de vaciamiento rápido.</p> <p>Para evitar cólicos a causa del cambio brusco de la temperatura estomacal.</p> <p>Para evitar a entrada de aire al estómago que cause distensión.</p> <p>4. Proporcionar la información necesaria acerca de la necesidad de la modificación de los hábitos alimenticios por razones de salud para establecer nuevos hábitos y determinar nuevas actitudes para cumplir con las necesidades nutricionales.</p>
--	--

Ejecución:

Las actividades planeadas se aplicaron informando al paciente y al familiar en qué consisten y su finalidad.

Evaluación:

Familiar y paciente verbalizan entender la finalidad de las actividades.

El paciente llega a un peso de 49.300 kg e IMC de

Se incentiva al paciente a ingerir alimentos por vía oral vigilando tolerancia.

Aun no se logra el objetivo por lo que el paciente continua con soporte nutricional.

**Necesidad
Movilidad y postura**

Diagnostico:
00085. Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p limitación de las habilidades motoras gruesas, limitación de la amplitud de arcos de movilidad.

Definición: Limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Objetivo:

Aumentar la tolerancia a la actividad física para realizar algunas de sus AVD

CAUSAS DE DIFICULTAD			NIVEL DE DEPENDENCIA			NIVEL DE RELACION ENFERMERA-PACIENTE		
Falta de conocimientos	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía

Planeación

Resultado	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
Nivel de movilidad.	Cuidados personales: actividades de la vida diaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	Llevar de 2 a 4

Cuidados de Enfermería

1. Terapia de ejercicios: movilidad articular

Terapia Física y Ocupacional

Control de dolor

2. Proteger al paciente del trauma

Vigilancia de la piel
Control del peso
Prevención de caídas

Fundamentación

1. Las Terapias reúnen las cualidades que requiere el paciente para actividades que ayuden a mejorar la flexibilidad y función muscular.

Poner en marcha las medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones para aumentar la tolerancia a la actividad.

2. Establecer una rutina de actividades para evitar Lesiones Por Presión o traumatismos por caídas.

3. Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD)

Asistir en las AVD

Baño

Traslados

Valoración de la capacidad de realizar las AVD

3. Se proporcionara ayuda hasta que el paciente y su cuidador primario sean totalmente capaces de asumir los autocuidados.

Ejecución:

Las actividades planeadas se aplicaron informando al paciente y al familiar en qué consisten y su finalidad.

El baño asistido se realizó durante cuatro días y al quinto se dio oportunidad al paciente de hacerlo solo con asistencia de su cuidador primario y vigilancia de enfermería.

Evaluación:

El paciente y familiar verbalizan entendimiento de actividades y su finalidad.

El paciente y familiar expresan disposición para cumplir la terapia de ejercicios.

El paciente inicia bipedestación y marcha lenta.

El paciente realiza satisfactoriamente el baño, con asistencia de su cuidador y vigilancia de enfermería.

No se observan signos de LPP.

Se cumplen objetivos.

**Necesidad
Evitar Peligros**

**Diagnóstico:
00004. Riesgo de infección r/c destrucción tisular, procedimientos invasivos y aumento de la exposición ambiental.**

Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Objetivo:

Determinar factores de riesgo y cumplir con las estrategias de control de riesgo.

CAUSAS DE DIFICULTAD

NIVEL DE DEPENDENCIA

**NIVEL DE RELACION
ENFERMERA-PACIENTE**

Falta de conocimientos	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
-------------------------------	-----------------	-------------------	-------	----------------	---------------	-----------	--------------	----------

Planeación

Resultado

Indicador

Escala de Medición

**Puntuación
Diana**

Control del riesgo

Infección

1. Extenso
2. Sustancial
3. Moderado
4. Escaso
5. Ninguno

Llevar de 2 a 4

Cuidados de Enfermería

Fundamentación

1. Identificación de riesgos

Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de cuidados.

1. La carencia de apego al tratamiento médico y cuidados son un factor de riesgo que predispone un evento adverso durante la estancia hospitalaria.

2. Protección contra infecciones

Aislamiento de contacto
Lavado de manos
Uso de barreras (bata, gorro, cubrebocas, guantes).

2. Cumplimiento normativo de NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Curación de CVC
Cambio de equipos c/72h

Cumplimiento normativo de NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

3. Cuidados de las heridas

Curación de las heridas cada 24 h.

3. Ayuda a la prevención de complicaciones y estimula la curación de las mismas.

Baño para quemados:
Esponjeo gentil con técnica de irrigación.

Siempre que el estado de la persona con quemadura lo permita, se recurrirá al aseo

<p>Uso de clorhexidina como antiséptico durante la limpieza de las heridas.</p> <p>4. Cuidados de Sonda Trans Uretral Mantener sistema cerrado y permeable.</p> <p>Evitar contacto de la bolsa recolectora con el piso. Vaciar el dispositivo de drenaje en intervalos especificados.</p> <p>Instruir en cuidados.</p>	<p>mediante ducha o irrigación con abundante agua, interponiendo la mano entre el agua y la lesión para que caiga mansamente para no dañar los tejidos.</p> <p>La clorhexidina se presenta como el antiséptico de elección en los pacientes quemados debido a que proporciona protección frente a gérmenes Gram + y Gram -, posee muy baja absorción sistémica y escaso poder sensibilizante.</p> <p>4. Mantener el sistema cerrado evitara la entrada de microorganismos patógenos.</p> <p>Cumplimiento normativo de NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.</p> <p>Instruir al paciente y su cuidador primario aumentara la supervisión de dichos cuidados.</p>
---	---

Ejecución

Las actividades planeadas se aplicaron informando al paciente y al familiar en qué consisten y su finalidad.

Evaluación

El paciente y familiar verbalizan entendimiento de actividades y su finalidad.

No se observan signos de infección.

Se cumplen objetivos.

**Necesidad
Evitar Peligros**

**Diagnóstico:
00155. Riesgo de caídas r/c deterioro de la
movilidad y déficit propioceptivo.**

Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.

Objetivo:

Disminuir el riesgo y evitar caídas.

CAUSAS DE DIFICULTAD

NIVEL DE DEPENDENCIA

**NIVEL DE RELACION
ENFERMERA-PACIENTE**

Falta de conocimientos	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
------------------------	------------------------	-------------------	-------	----------------	---------------	-----------	--------------	----------

Planeación

Resultado

Indicador

Escala de Medición

**Puntuación
Diana**

Control del riesgo

Estado de seguridad:
Caídas

1. Extenso
2. Sustancial
3. Moderado
4. Escaso
5. Ninguno

Llevar de 1 a 4

Cuidados de Enfermería

Fundamentación

1. Manejo ambiental

Identificación de características del ambiente que puedan aumentar el riesgo (escaleras, suelo resbaladizo, etc).
Colocar objetos al alcance del paciente.

1. Identificar factores de riesgo ambientales proporciona una visión más amplia de los recursos necesarios para la prevención.

2. Prevención de caídas

Uso de barandales.
Informar riesgos y medidas preventivas.

2. Informar al paciente y cuidador primario para que estén alerta, aprendan y lleven a cabo las acciones de prevención.

3. Vigilancia

Visitas frecuentes

3. Proporcionar el nivel adecuado de supervisión disminuirá potencialmente el riesgo de alteraciones del entorno del paciente que puedan provocar caídas.

Ejecución

Las actividades planeadas se aplicaron informando al paciente y al familiar en qué consisten y su finalidad.

Se mantiene en observación al paciente.

Evaluación

El paciente y familiar verbalizan entendimiento de actividades y su finalidad.

El paciente cursa estancia hospitalaria sin incidentes ni accidentes.

Se cumplen objetivos.

Necesidad
Higiene y Protección de la piel

Diagnóstico:
00046. Deterioro de la integridad cutánea
r/c alteración de la sensibilidad m/p
Alteración de la superficie de la piel.

Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

Objetivo:

Aumentar porcentaje de la superficie corporal curada.

CAUSAS DE DIFICULTAD

NIVEL DE DEPENDENCIA

NIVEL DE RELACION ENFERMERA-PACIENTE

Falta de conocimientos	Falta de fuerza	Falta de voluntad	Total	Parcial	Independiente	Suplencia	Ayuda	Compañía
-------------------------------	-----------------	-------------------	-------	----------------	---------------	-----------	--------------	----------

Planeación

Resultado

Indicador

Escala de Medición

Puntuación Diana

Curación de las quemaduras.

Extensión de la herida

1. Ninguno
2. Escaso
3. Moderado
4. Sustancial
5. Extenso

Llevar de 3 a 5

Cuidados de Enfermería

1. Identificación de Factores de Riesgo
Humedad.

Factores mecánicos (fuerza de cizallamiento, presión, sujeciones).
Inmovilización física.
Alteraciones del turgor (cambios en la elasticidad)
Alteración estado metabólico.

2. Cuidados de las heridas

Curación de la herida c / 24h

Esponjeo gentil con Clorhexidina al 0.8%.

3. Administración de medicación tópica

Aplicación de Ulcoderma ungüento en áreas cruentas cada 12 h.

Fundamentación

1. La identificación de factores de riesgo ayudara a determinar las estrategias a seguir para la prevención.

2. La limpieza ayuda a la prevención de complicaciones y estimula la curación de las mismas.

El esponjeo con clorhexidina proporciona una limpieza eficaz de los residuos del desbridamiento enzimatico.

3. Ulcodema ungüento es un agente de aplicación local con enzimas exógenas que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas degradando la fibrina, el colágeno y desnaturalizando la elastina.

4. Cuidados de la piel
Lubricación de la piel.

4. Al producirse la quemadura se inicia un mecanismo fisiológico de deshidratación, es por ello que debemos hidratar de forma activa la piel, aportando sustancias coadyuvante para la recuperación y el mantenimiento de la hidratación, elasticidad y resistencia de la piel.

Ejecución

Las actividades planeadas se aplicaron informando al paciente y al familiar en qué consisten y su finalidad.

Se administra medicación tópica manteniendo descubiertas las áreas.

Evaluación

Se evalúan los resultados del tratamiento tópico de heridas a los 5 días.

Reduce extensión de la herida.

Se mantienen actividades planeadas hasta lograr el objetivo.



Área cruenta.

Injerto de piel perdido.

Día 1.



Área Cruenta.

Injerto de piel perdido.

Día 5.

9. PLAN DE ALTA

DIETA

Se continúa con soporte nutricional por SNG con AlitraQ.

Alimentos por vía oral en picado fino.

FARMACOS

Ulcoderma ungüento en áreas cruentas c/12h

Paracetamol 1g c/8h

OTRAS MEDIDAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES

Uso de productos de protección solar. Estos evitan pigmentaciones o trastornos del color (discromías) en zonas epitelizadas debido al alto grado de sensibilización a la exposición solar.

Se da continuidad a la Terapia Física y Ocupacional.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

Como signos locales de infección en las quemaduras se destacan:

1. Cambios de color (decoloración local).
 2. Cambios de la superficie quemada: Un exudado amarillento intenso que destruye rápidamente el tejido de granulación es típico de gérmenes estafilococos (gérmenes Gram. +), en cambio un color verdoso en los vendajes y secreciones que pueden producir necrosis del tejido es característico de las pseudomonas (gérmenes Gram. -).
 3. Profundización de la quemadura de espesor parcial a total.
 4. Degeneración del tejido de granulación y formación de una nueva escara.
 5. Separación rápida de la escara.
 6. Lesiones vesiculares en zonas epitelizadas.
 7. Retraso en la curación.
 8. Estigma gangrenoso
-

10. CONCLUSIONES

Este proceso de enfermería fue una herramienta muy útil por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.

Se sustentó en el método científico y se apoyó en una de las teorías de la ciencia de enfermería, y gracias a ello se brindaron los cuidados de enfermería idóneos para la práctica de la disciplina profesional de enfermería en el paciente quemado.

El plan de cuidados no requirió mayor modificación a la hora de ser evaluado ya que funciono como se esperaba, únicamente hubo que prolongar algunos de los cuidados para lograr el objetivo. Es importante señalar que las quemaduras de tercer grado del paciente tuvieron que ser tratadas con múltiples injertos de piel y esto hizo que ejercitar las partes del cuerpo lesionadas para mantener su funcionalidad y amplitud de movimiento se convirtiera en uno de los principales cuidados de enfermería que se otorgaron.

El pronóstico para las Actividades de la Vida Diaria del paciente es bueno ya que no hubo amputaciones, lo que usualmente provocaría una deficiencia en la función. Sin embargo es esperado que existan secuelas como las cicatrices extensas y que la amplitud de algunos miembros no se logre recuperar por completo debido a los múltiples implantes.

Esto nos permite concluir que es de vital importancia que se fortalezca desde la academia el Proceso de Enfermería como instrumento fundamental para brindar cuidado de enfermería, comenzando con los docentes que se encargan de supervisar las prácticas de los estudiantes, afianzando previamente sus conocimientos sobre la aplicación de éste de forma conjunta, para hacer fácil la transición de la parte teórica del proceso a la práctica propiamente dicha, entendiéndolo como un instrumento necesario para el uso diario, que permite el registro por turnos de la labor de Enfermería.

Asimismo cabe señalar que es un compromiso de los profesionales de Enfermería trabajar bajo las premisas de un Proceso de Atención de Enfermería.

11. ANEXOS

Escala Norton modificada

ESCALA DE NORTON MODIFICADA									
Estado físico		Estado mental		Actividad	Movilidad	Incontinencia			
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4
Mediano	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3	Ocasional	3
Regular	2	Confuso	2	Sentado	2	Muy limitada	2	Urinaria o fecal	2
Muy malo	1	Estup./coma	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Urinaria + fecal	1

Estado físico			
Bueno	4	Mediano	3
4 comidas diarias 4 raciones de proteínas Menú 2000 kcal Toma todo el menú Bebe 1500-2000 ml T.º 36-37 °C Mucosas húmedas IMC 20-25 NPT y SNG		3 comidas diarias 3 raciones de proteínas Menú 1500 kcal Toma más de ½ menú Bebe 1000-1500 ml T.º 37-37,5 °C Relleno capilar lento IMC >20<25	
		Regular	2
		2 comidas día 2 raciones proteínas Menú 1000 kcal Toma ½ del menú Bebe 500-1000 ml T.º 37,5-38 °C Piel seca, escamosa IMC ≥ 50	
			Muy malo
			1
			1 comida día 1 ración proteína Menú < 1000 kcal Toma 1/3 del menú Bebe < 500 ml T.º <35,5 o > 38 Edemas generalizados, piel muy seca IMC ≥ 50

Estado mental			
Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio			
Alerta	4	Apático	3
"Diga su nombre, día, lugar y hora"		Pasivo, torpe, órdenes sencillas: "Deme la mano"	
		Confuso	2
		Muy desorientado, agresivo o somnoliento: "Pelizcar la piel, en busca de respuesta"	
			Estup./coma
			1
			"Valorar el reflejo corneal, pupilar..."

Actividad			
Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad			
Ambulante	4	Camina con ayuda	3
Independiente Capaz de caminar solo, aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo (bastón) o leve prótesis		Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (andador, muletas...)	
		Sentado	2
		No puede caminar ni ponerse en pie, pero puede movilizarse en silla o sillón	
			Encamado
			1
			Dependiente total

Movilidad			
Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales			
Total	4	Disminuida	3
Completamente autónomo		Inicia movimientos voluntarios, pero requiere ayuda para completar o mantenerlos	
		Muy limitada	2
		Inicia movilizaciones con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos	
			Inmóvil
			1
			Incapaz de cambiar de postura por sí mismo

Incontinencia			
Pérdida involuntaria de orina y/o heces			
Ninguna	4	Ocasional	3
Control voluntario de esfínteres. Igual puntuación si es portador de sonda vesical o rectal		Pérdida involuntaria de orina y heces, una o más veces al día	
		Urinaria o fecal	2
		Pérdida permanente del control de uno de los dos esfínteres. Igual puntuación si es portador de colector peneano	
			Urinaria + fecal
			1
			No control de ninguno de los dos esfínteres

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

SCIELO. Gerokomos vol.28 no.4 Barcelona dic. 2017

Curso de Enfermería en línea. (2019). Escalas habituales.

Escala Braden

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4).
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Curso de Enfermería en línea. (2019). Escalas habituales.

Escala de valoración de riesgo de caídas J.H. Downton

ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
ESTADO MENTAL	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
DEAMBULACIÓN	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Jiménez-Maciél et al. Riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados

Valoración de las Actividades de la Vida Diaria. Índice de Katz

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	0
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	1
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	0
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	1
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	0
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	1
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	0
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	1
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	0
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	1
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	0
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	1

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

Valoración de las Actividades de la Vida Diaria. Escala Barthel

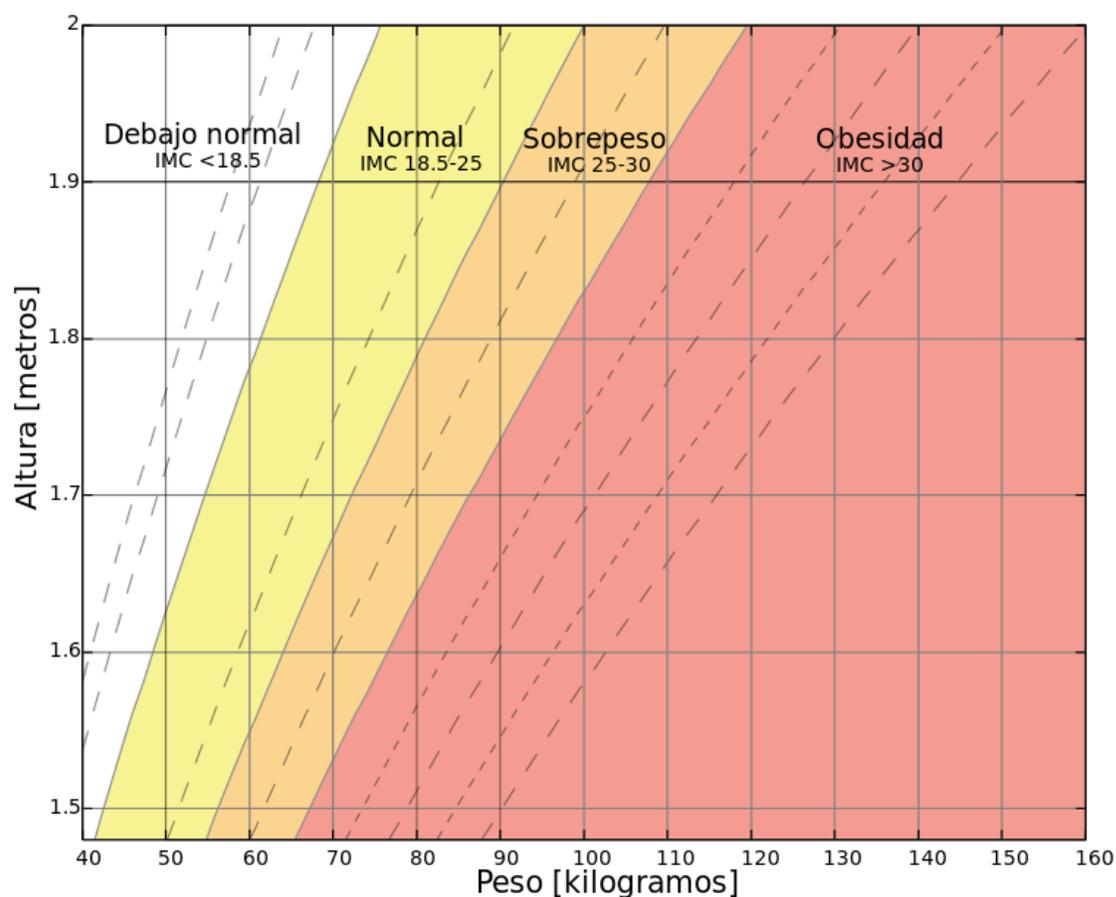
ÍTEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
Comer	• Totalmente independiente	10
	• Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	• Dependiente	0
Lavarse	• Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	• Dependiente	0
Vestirse	• Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	• Necesita ayuda	5
	• Dependiente	0
Arreglarse	• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	• Dependiente	0
Deposiciones*	• Continente	10
	• Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	• Incontinente	0
Micción*	• Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	• Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	• Incontinente	0
Usar el retrete	• Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa	10
	• Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo	5
	• Dependiente	0
Trasladarse	• Independiente para ir del sillón a la cama	15
	• Mínima ayuda física o supervisión	10
	• Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Deambular	• Independiente, camina solo 50 m	15
	• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m	10
	• Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Escaleras	• Independiente para subir y bajar escaleras	10
	• Necesita ayuda física o supervisión	5
	• Dependiente	0
TOTAL:		

- 1- Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 puntos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- 5- Dependiente total: <20>

Aislamiento de Contacto

- Higiene de manos en los cinco momentos.
- Mantener la puerta cerrada en todo momento.
- Usar guantes para el contacto con el paciente y su entorno.
- Uso de bata para el contacto con el paciente y su entorno.
- Se autoriza el ingreso de 1 cuidador permanente y en horario de visitas se autoriza máximo 2 visitantes, debe ingresar 1 persona a la vez utilizando los elementos de protección personal.

Gráfico del índice de masa corporal (IMC).



Blanco = **Bajo peso** (IMC <18,5)

Amarillo = **Rango normal** (IMC = 18,5-24,99)

Naranja = **Sobrepeso** (IMC = 25-29,99)

Rojo = **Obesidad** (IMC >30)

Acciones Esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario

1. Identificación del paciente
2. Comunicación Efectiva
3. Seguridad en el proceso de medicación
4. Seguridad en los procedimientos
5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)
6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas
7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas
8. Cultura de seguridad del paciente

12. GLOSARIO

Antiséptico. Sustancia que, aplicada de forma tópica, sobre los tejidos vivos, tiene la capacidad de destruir los microorganismos o de inhibir su reproducción.

Biomasa. Materia orgánica utilizada como fuente energética.

Colágeno. Molécula proteica que forma fibras, las fibras colágenas. Son secretadas por las células del tejido conjuntivo como los fibroblastos, así como por otros tipos celulares. Es el componente más abundante de la piel y de los huesos, cubriendo un 25 % de la masa total de proteínas.

Creatinina. Compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina (que es un nutriente útil para los músculos). Se trata de un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos que habitualmente produce el cuerpo en una tasa muy constante, y que normalmente filtran los riñones excretándola en la orina. La medición de la creatinina es el modo más simple de evaluar el funcionamiento de los riñones.

Cruento. Que produce o muestra derramamiento de sangre.

Distensión. Cambio en el tamaño o forma de un tejido u órgano tras aplicar una tensión externa.

Edema. Presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda.

Elastina. Proteína que se halla en los tejidos cartilaginoso, óseo y conjuntivo, cuya función es la de hacer que, tras realizar un esfuerzo, los tejidos recuperen su tamaño normal.

Eritrocitos. Células de la sangre de forma redonda u ovalada y de color rojo que contienen hemoglobina y se encargan de transportar el oxígeno a todas las partes del cuerpo.

Fibrina. Proteína fibrosa que resulta de la descomposición del fibrinógeno cuando la sangre se extravasa, y contribuye a la formación del coágulo sanguíneo.

Glucosa. Azúcar en sangre. Es la fuente primaria de síntesis de energía de las células, mediante su oxidación catabólica. El valor normal de glucosa en sangre oscila entre 80-100mg/dL.

Hematocrito. Volumen de glóbulos con relación al total de la sangre; se expresa de manera porcentual. El valor normal de hematocritos oscila entre 40-50%.

Hemoglobina. Pigmento rojo contenido en los eritrocitos, cuya función consiste en captar el oxígeno de los alveolos pulmonares y comunicarlo a los tejidos, y en tomar el dióxido de carbono de estos y transportarlo de nuevo a los pulmones para expulsarlo.

Hipertermia. Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo normal.

Hipoalbuminemia. Condición clínica en la cual existe una disminución en los niveles séricos de albúmina por debajo de 3,5 g/dL. La albúmina es la principal proteína de la circulación, responsable de un 60 % del total de la masa proteica del plasma.

Hipovolemia. Es una disminución del volumen circulante de sangre u otros líquidos dentro del sistema cardiovascular, debido a múltiples factores como hemorragia, deshidratación, quemaduras, entre otros. Se caracteriza porque el paciente se encuentra pálido debido a la vasoconstricción compensadora, con taquicardia debido a la liberación de catecolaminas, con pulso débil y rápido.

Holístico. Posición metodológica y epistemológica que postula cómo los sistemas y sus propiedades deben ser analizados en su conjunto y no sólo a través de las partes que los componen.

Isquemia. Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.

Leucocitos. Célula globosa e incolora de la sangre que se encarga de defender el organismo de las infecciones.

Linfocitos. Leucocitos de pequeño tamaño y núcleo redondeado que normalmente están presentes en la sangre y en los tejidos linfáticos; su función está estrechamente relacionada con los mecanismos de defensa inmunitarios.

Monocitos. Son un tipo de glóbulos blancos granulocitos. Es el leucocito de mayor tamaño, llegando a medir 18 μm , y representa del 2 al 8 % de los leucocitos en la sangre. El sistema fagocítico mononuclear (SFM) está constituido por los monocitos circulantes y los macrófagos tisulares. Los promonocitos de la médula ósea, al madurar salen de ella, diferenciándose en monocitos circulantes, que al cabo de unas 8 horas emigran a distintos tejidos, donde se convierten en macrófagos.

Motilidad. Facultad de moverse que tiene la materia viva como respuesta a ciertos estímulos.

Necrosis. Muerte de las células y los tejidos de una zona determinada de un organismo vivo.

Neutrófilos. Son leucocitos de tipo granulocito también denominados polimorfonucleares (PMN).

Plaquetas. Célula de la sangre, pequeña y sin núcleo, que tiene forma de disco ovalado o redondo e interviene en la coagulación de la sangre.

Semifowler. Es una posición inclinada obtenida elevando la cabeza del lecho 25-40 cm, flexionando las caderas y colocando un soporte bajo las rodillas de modo que se doblen aproximadamente 90°, permitiendo así que el fluido en la cavidad abdominal se acumule en la pelvis.

Sepsis. Enfermedad grave. Ocurre cuando el cuerpo tiene una abrumadora respuesta inmunitaria a una infección bacteriana

Sinérgico, Sinergia. Acción conjunta de varios órganos en la realización de una función.

Urea. Sustancia orgánica tóxica, resultante de la degradación de sustancias nitrogenadas en el organismo de muchas especies de mamíferos, que se expulsa a través de la orina y del sudor.

13. BIBLIOGRAFIA

- Antioquia, U. (2016). *Definición, características y fases del Proceso de Atención de Enfermería*. Abril 01, 2019, de UDEA. Sitio web: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>
- Durán, M. (1994). *El cuidado: pilar fundamental de enfermería*. Marzo 28, 2019, de UNAL Sitio web: www.bdigital.unal.edu.co/20424/1/16549-51726-1-PB.pdf
- Wolf, S. (2016). *Quemaduras*. Marzo 28, 2019, de Manual de MSD Sitio web: <https://msdmanuals.com/es-mx/profesional/lesiones-y-venenamientos/quemaduras/quemaduras>
- Hernández, C. (2016). *El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera*. Junio 16, 2019, de Universidad de Valladolid Sitio web: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=D70F231E5BEADCE4C7A29FF8872F6BAA?sequence=1>
- Curso de Enfermería en línea. (2019). *Escalas habituales*. Agosto 09, 2019, de AMIR SALUD. Sitio web: <https://amirsalud.instructure.com/courses/69/pages/canvas-subsection-content-pag-18294>