



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

**Estudio de caso aplicado a una persona en el
preoperatorio mediato con alteración en las
necesidades básicas por quemadura eléctrica**

TESIS

Que para obtener el título de

Enfermera especialista perioperatoria

P R E S E N T A :

LIC.GARCÍA FRÍAS JESSICA

ASESORA

LIC. MIRIAM LAURA GARCÍA DOMÍNGUEZ

Ciudad de México, 2018





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.

INDICE	PAG.
1. INTRODUCCIÓN.....	04
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	05
3. FUNDAMENTACIÓN	
3.1 Antecedentes.....	06
4. MARCO CONCEPTUAL	
4.1 Conceptualización de enfermería.....	15
4.2 Paradigmas.....	16
4.3 Teoría de enfermería.....	20
4.4 Proceso de enfermería.....	28
5. METODOLOGIA	
5.1 Estrategia de investigación: estudio de caso.....	37
5.2 Selección del caso y fuentes de información.....	37
5.3 Consideraciones éticas.....	38
6. PRESENTACION DEL CASO	
6.1 Descripción del caso clínico.....	42
6.2 Antecedentes generales de la persona.....	43
7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA	
7.1 Valoración.....	45
7.1.1 Valoración focalizada.....	49
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.....	54
7.1.3 Jerarquización de problemas.....	57
7.2 Diagnósticos de enfermería.....	58
7.3 Problemas interdependientes.....	58
7.4 Planeación de los cuidados.....	59

7.5	Evaluación	
7.5.1	Evaluación de las respuestas de la persona.....	75
7.5.2	Evaluación del proceso.....	75
8.	PLAN DE ALTA.....	76
9.	CONCLUSIONES.....	78
10.	SUGERENCIAS.....	78
	BIBLIOGRAFIA.....	79
	ANEXOS.....	85

1. INTRODUCCIÓN

Las quemaduras siempre han sido una urgencia en el área hospitalaria, y hasta hoy, en nuestro país continúan estando presente dentro de las primeras 3 razones de atención en urgencias.

Existen diversas etiologías, siendo las principales las escaldaduras y las quemaduras por fuego directo resultado de la pirotecnia, son siniestros donde la mayoría de los casos se produce por actividades de riesgo y falta de cultura preventiva en toda la población, la pobreza, la falta de normatividad legal y control de la violencia social

A lo largo de la historia el manejo de las quemaduras ha evolucionado, provocando que hoy en día la calidad de vida de una persona que sufrió una lesión se vea considerablemente mejorada que hace algunos años, en la actualidad los diferentes tipos de injertos cutáneos es lo innovador en el tratamiento de los mismos. Esta evolución en el manejo propicia la necesidad de la enfermera perioperatoria a mantenerse actualizada para poder conocer el manejo y cuidado de este tratamiento.

En el presente estudio de caso se seleccionó a una persona en el servicio de quemados sub agudos durante el periodo pre operatorio realizando una valoración de enfermería y aplicando las fases del proceso de atención de enfermería utilizando el modelo de valoración y atención de Virginia Henderson y la elaboración de diagnósticos utilizando el formato de problema, etiología, signos/síntomas (PES). Implementando con ayuda de los datos arrojados de la valoración un plan de cuidados personalizado, priorizando las necesidades alteradas y las intervenciones de enfermería adecuadas para lograr que la persona se reintegre a la brevedad a sus actividades cotidianas de autocuidado, trabajo y desempeño dentro de la sociedad.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un estudio de caso a una persona con quemaduras, para proporcionar cuidado especializado mediante el proceso atención enfermería en el periodo preoperatorio en una institución de tercer nivel; brindándole cuidado integral conforme a las necesidades detectadas. Para identificar las necesidades alteradas implementando un plan de cuidados que contribuya a su recuperación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar valoración de enfermería conforme al modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.
- Identificar y jerarquizar las necesidades alteradas durante el preoperatorio.
- Planificar los cuidados específicos que la persona requiera y ejecutar intervenciones de enfermería conforme a la jerarquización de las necesidades alteradas que contribuyan a mejorar su salud.
- Evaluar cada una de las intervenciones.
- Elaborar un plan de alta para la persona y el cuidador.

3. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

El proceso de Atención de enfermería es un instrumento que le permite al personal de enfermería poder establecer un plan de cuidados sistematizado y personalizado para cada persona.

En el tema de los pacientes con quemaduras, los cuidados van a depender del proceso en que se encuentre la persona, no será la misma atención ni los mismos objetivos en una persona con quemaduras de 1 día de evolución, a una persona con 1 año, esto se debe a la complejidad que como tal presenta la patología, en una primera instancia es indispensable preservar la vida, mientras que lo funcional o estético queda en un segundo plano; cuando el paciente se encuentra en un periodo más avanzado de evolución de quemaduras, lo estético y funcional comenzaran a tornarse importante.

Para poder conocer los cuidados fundamentales para la atención a las personas con quemaduras fue fundamental la búsqueda en la base de datos de revistas inscritas en el sistema Scielo y casos clínicos publicados en la biblioteca virtual de la UNAM, utilizando como palabras clave y de acceso las diferentes combinaciones de (and, or, not) y quemaduras, electricidad, voltaje, tratamiento quirúrgico, tratamiento multidisciplinario, injertos en quemados, quemaduras adultos, manejo quemaduras, tipos quemaduras, secuelas por quemaduras, tratamiento reconstructivo, cicatrices por quemaduras.

Encontrando tres casos clínicos que lograron aportar información relevante para el desarrollo de este estudio de caso. Todos los casos clínicos encontrados hablan del manejo de la persona quemada pero vista desde diferente perspectiva, lo que me permitió abrir más las posibilidades de búsqueda y complementar las intervenciones para este trabajo.

El primer estudio de caso tiene como título “Quemadura eléctrica, a propósito de un caso clínico quirúrgico” realizado por Dávalos Dávalos P., Manzano Mascosos D., Hidalgo Altamirano V. en el 2009. Ellos hablan de la atención que se le debe realizar

a una persona lesionada por un agente eléctrico en la ciudad de Quito, Ecuador. Mencionan que dentro de los factores determinantes de la lesión eléctrica y de gran importancia es la duración del contacto, el mecanismo de contacto, la intensidad de la corriente y el voltaje; así a mayor duración mayor será el daño tisular y del mismo modo la lesión sede diferente si el mecanismo de producción fue por contacto directo, por arco eléctrico o por flash. El efecto básico postulado por la Ley de Joule dice que cuanto mayor es la resistencia que ofrece un tejido al paso de la corriente, mayor es el potencial de transformación de energía eléctrica en energía térmica. Por ello en las lesiones producidas electricidad, los tejidos dañados muestran generalmente necrosis por coagulación producida por la energía térmica alterando las proteínas que afectan a la integridad de la pared celular y a su función creando también de manera residual el efecto de iceberg, el cual consiste en que el porcentaje evidente de quemadura eléctrica, no es más que una mínima expresión de la lesión tisular real. En este caso clínico nos presentan a una persona que ingreso a la unidad de cuidados intensivos presentando quemaduras por alto voltaje de corriente eléctrica, provocando como resultado final la amputación de miembros pélvicos. La acción de enfermería durante las primeras horas post quemadura propiciarán que el paciente incremente la calidad de vida, el manejo hídrico es fundamental para mantener las funciones vitales renales. Siendo un reto encontrar un tratamiento clínico y quirúrgico no invasivo o limitante debido al daño multisistémico y tisular de los pacientes.

En el segundo caso clínico tiene como nombre “Quemadura eléctrica en la mano y síndrome compartimentar asociado”, lo realizaron Escandón Espinoza Y., González Acosta M., Mendoza Zúñiga F. en el 2012 en este caso clínico hace referencia al tratamiento aplicado a un paciente con lesión por electricidad en un periodo crítico donde fue necesario realizar reanimación agresiva con líquidos y evaluación de la severidad de la integridad vascular distal, realizándole una fasciotomía de miembro torácico derecho de urgencia, siendo en la mano derecha el sitio de entrada y el flanco derecho el sitio de salida. La realización de las fasciotomías fue para lograr evitar la fijación muscular entre las fibras, sin embargo, el resultado no fue favorable lo que dio como recidiva la amputación la de mano derecha. Para poder llegar a esa

conclusión fue necesario la implementación de estudios complementarios para poder determinar la viabilidad de los tejidos, esto fue posible mediante la monitorización de doppler arterial que permite identificar si una vena o arteria continúa brindando irrigación al miembro. Por este motivo es importante la utilización de equipo médico durante la intervención a un paciente con quemadura por electricidad, pues aunque el miembro no se vea en apariencia “mal” los estudios permiten brindar de manera oportuna un tratamiento y diagnóstico

El tercer estudio de caso se realizó en la ciudad de la Habana Cuba, lleva como título “Tratamiento integral del paciente gran quemado” realizado por Valdés Mesa S., Palacios Alfonso I., Mariño Fernández J., en el 2015 en este estudio de caso nos presenta a una persona tratada por quemaduras por fuego directo, atendido en un periodo crónico observándose secuelas post quemaduras como múltiples cicatrices hipertróficas y queloides en todo el cuerpo, sindáctila en mano derecha y microstoma acudiendo después de 2 años para tratamiento reconstructivo, estético y funcional. La piel normal cumple funciones de sensibilidad, protección del medio ambiente y termorregulación. La pérdida de una parte sustancial de la piel es incompatible con la vida, una quemadura altera las funciones normales de la piel. La persistencia de una herida no cicatrizada determina la evolución final del paciente ya que compromete los mecanismos inmunitarios, induce depresión proteica y desnutrición, así como ser una puerta de acceso para la sepsis que culmina en la falla orgánica múltiple. La cobertura ideal de una herida que no puede epitelizar por sí misma, son los injertos de piel tomados del mismo paciente y los apósitos temporales. El tratamiento de las secuelas es relevante para el paciente y su prevención debe tenerse en cuenta durante la fase aguda, un tratamiento quirúrgico precoz, cuando este es necesario, es también prioritario una vez estabilizado el paciente, este debe realizarse con mentalidad reconstructiva, y tener en cuenta que procedimientos quirúrgicos podrán ser necesarios en el futuro y este tratamiento ser complementado con farmacoterapia, presoterapia, radioterapia y otros.

Sheridan y Tompkins nos hablan sobre las características ideales que debería tener un injerto, estableciendo también una serie de elementos que se deberán cumplir para que el injerto se logre anastomizar de manera correcta

Muchos artículos se han basado en lo dicho por estos dos autores y han creado controversia pues otros autores como Ricardo Roa y Cristian Taladriz indican que es imposible poder generalizar la calidad de un injerto.

Estos dos artículos nos hablan sobre los tipos de injertos, las generalidades de cada uno, en que pacientes son viables cada tipo y lo más importante, los métodos para lograr que el injerto se adhiera de manera correcta.

Se dice fácil pero detrás de un adecuado injerto de piel hay mucho trabajo, principalmente del área de enfermería y como especialista perioperatoria la importancia de conocer los procesos de cuidado que se deben llevar a cabo en el preoperatorio (la preparación del paciente y el aloinjerto), en el transoperatorio, (llevar a cabo las reglas de antisepsia, la viabilidad del instrumental y cuidados generales durante el tiempo quirúrgico) y en el postoperatorio donde los cuidados de enfermería se verán reflejados en el restablecimiento paulatino de la persona a sus actividades diarias.

Quemaduras

Las quemaduras son siniestros, no accidentes, que en 90% de los casos se producen por la exposición repetitiva a actividades de riesgo debido a la falta de cultura preventiva de toda la población, la pobreza, la falta de normatividad legal y a la falta de control de la violencia social.

La literatura médica y los datos epidemiológicos registrados en los sistemas estadísticos electrónicos de la Secretaría de Salud de México demuestran que los accidentes y las quemaduras son enfermedades prevenibles que generan alta mortalidad y discapacidad, así como altos costos de atención médica integral; por ello es necesario que se establezca una norma oficial mexicana intersectorial de prevención y tratamiento de siniestros que incluya a las quemaduras.

“El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, 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 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.”

Definición y clasificación de las quemaduras

Las quemaduras son la deshidratación súbita del tejido. Por sus causas las quemaduras pueden ser:

- Químicas o por ácidos o por bases
- Eléctricas
- Por radiación
- Térmicas (las más comunes)
- Por frío

Es importante que además las quemaduras se clasifiquen por su extensión y por su profundidad. Por su profundidad las quemaduras pueden ser de 1º, 2º o 3er grado.

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO

Son quemaduras superficiales, comúnmente las tenemos cuando nos asoleamos por algún tiempo. Pueden ser muy dolorosas y se caracterizan por el enrojecimiento de la piel y el dolor con que se presentan. Estas quemaduras solo afectan la epidermis.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO

Estas son quemaduras de espesor parcial, en estos casos además del dolor y el enrojecimiento se presentan ampollas o vejigas llenas de líquido, estas quemaduras también son muy dolorosas. Estas quemaduras afectan la dermis.

QUEMADURAS DE TERCER GRADO

También llamadas de espesor total. En este caso las quemaduras de 3er grado quemaron ya la epidermis y la dermis y llegaron a tejido subcutáneo o más abajo, su apariencia es de color carbón o un blanco brillante.

En cuanto a su extensión las quemaduras se miden en cuanto a la superficie del cuerpo que cubren. La regla de los nueve que consiste en dividir el cuerpo por regiones de manera que cada región equivale al 9% o un múltiplo de esa cifra, existen diferencias entre el adulto y el bebé y se muestran en el siguiente esquema:

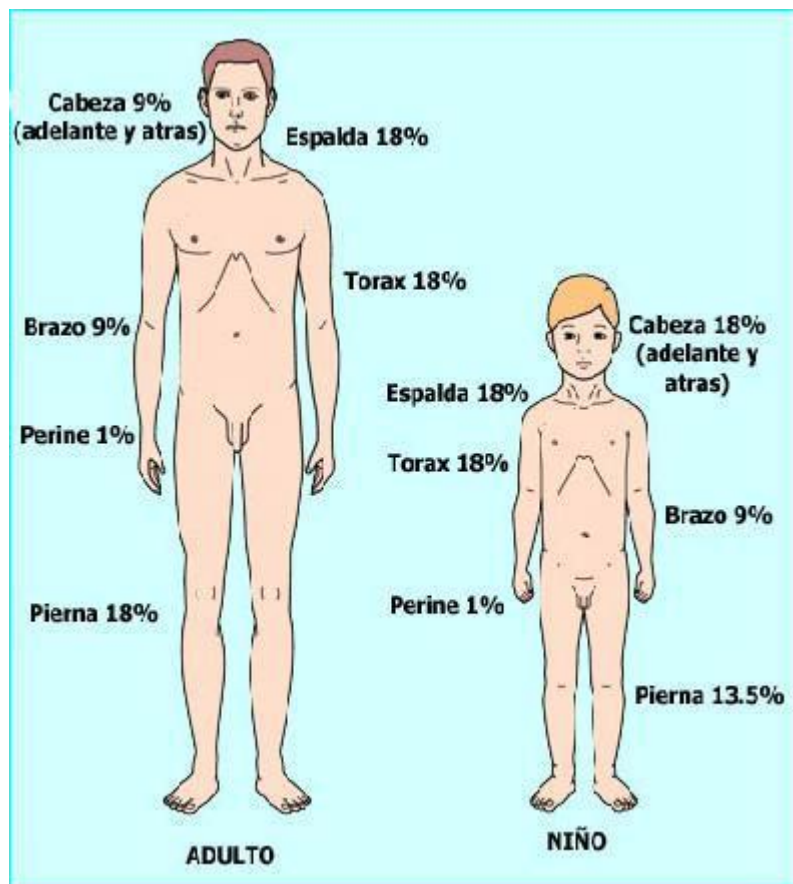


Imagen: Regla de los 9 de Wallace. Disponible en: <https://goo.gl/mGNBcq>

TIPOS DE INJERTOS

Para el autor Ruiz Mora hay cuatro grandes variedades de injertos para quemaduras:

- El antiguo y conocido injerto de Reverdin, que es tomado por pinchamiento de la piel con una aguja y consiste en pequeños islotes de piel de diferente espesor, que son trasplantados al sitio receptor. Es sin duda alguna el tipo de injerto más fácil de tomar. Una de sus ventajas es que pueden ser tomados y aplicados bajo anestesia local, pero tiene la enorme desventaja de dejar cicatrices de muy mal aspecto tanto en la zona dadora como en la receptora.

- INJERTOS DE PIEL TOTAL: Comprenden la totalidad de la piel sin tejido adiposo, son indicadas principalmente para la cara y dan los mejores resultados estéticos, pero la cantidad de piel de que se dispone es limitada ya que las áreas dadoras tienen que ser cerradas por aproximación de los bordes
- INJERTOS DE PIEL PARCIAL: Este tipo de injerto es una modificación del que originalmente fue descrito por Ollier y Thiersch, con el nombre de injerto epidérmico y ha experimentado modificaciones tanto en su tamaño, su espesor, como en la técnica para tomarlo. Actualmente se les denomina injertos de piel parcial o injertos de tres cuartos de piel, porque efectivamente lleva de la mitad a las tres cuartas partes de las capas que componen la piel y es a la presencia de algunos elementos de la dermis a lo que esta piel trasplantada debe su buena consistencia y funciones. Tiene este procedimiento la ventaja de permitir el trasplante de grandes extensiones de piel hasta 1.425 centímetros cuadrados han sido trasplantados en una sola operación. La regeneración de la piel en las zonas dadoras, se hace a expensas de las glándulas de las capas más profundas de la dermis que han quedado intactas al tomarla. Estas zonas dadoras curan generalmente en quince días.
- 4) INJERTO PEDICULADO: Consiste en el espesor total de la piel con su respectiva grasa y el cual se deja prendido tanto a la zona receptora como a la dadora hasta que se desarrolle en él una buena circulación que permita su trasplantación al sitio afectado. Este tipo se usa principalmente para reparar pérdidas de sustancia muy grandes o donde es necesario restaurar contornos, como en aquellas quemaduras muy profundas del cuello, con formación de considerable cantidad de tejido cicatricial y queloidiano.

Por su parte J. Álvarez nos habla sobre los sustitutos de piel definiéndolos y dividiéndolos como: “Los sustitutos de piel son un grupo de materiales con los cuales se cubren heridas dérmicas para suplir las funciones de la piel, y dependiendo tanto del material como la duración de los mismos, se clasifican

en dos tipos: biológicos o sintéticos con dos subdivisiones, temporales o permanente”

El tratamiento de los grandes quemados, con quemaduras de 2º grado profundo y 3º grado, representan un desafío para el cirujano debido, entre otros factores, a la limitante que significa el déficit de zona dadora de autoinjertos:

Con los avances realizados por las unidades de cuidados intensivos, la mortalidad en la primera fase del paciente quemado ha disminuido considerablemente, sin embargo, el manejo quirúrgico de estos pacientes aún presenta limitaciones.

En relación a esto, se sabe que el pronóstico del paciente depende de la realización de escarectomía y cobertura precoz, a lo largo del tiempo se han desarrollado múltiples métodos de reparación, tales como autoinjertos, heteroinjertos, sustitutos cutáneos, y se maximiza la cobertura mediante expansión de injertos y uso de estampillas:

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería

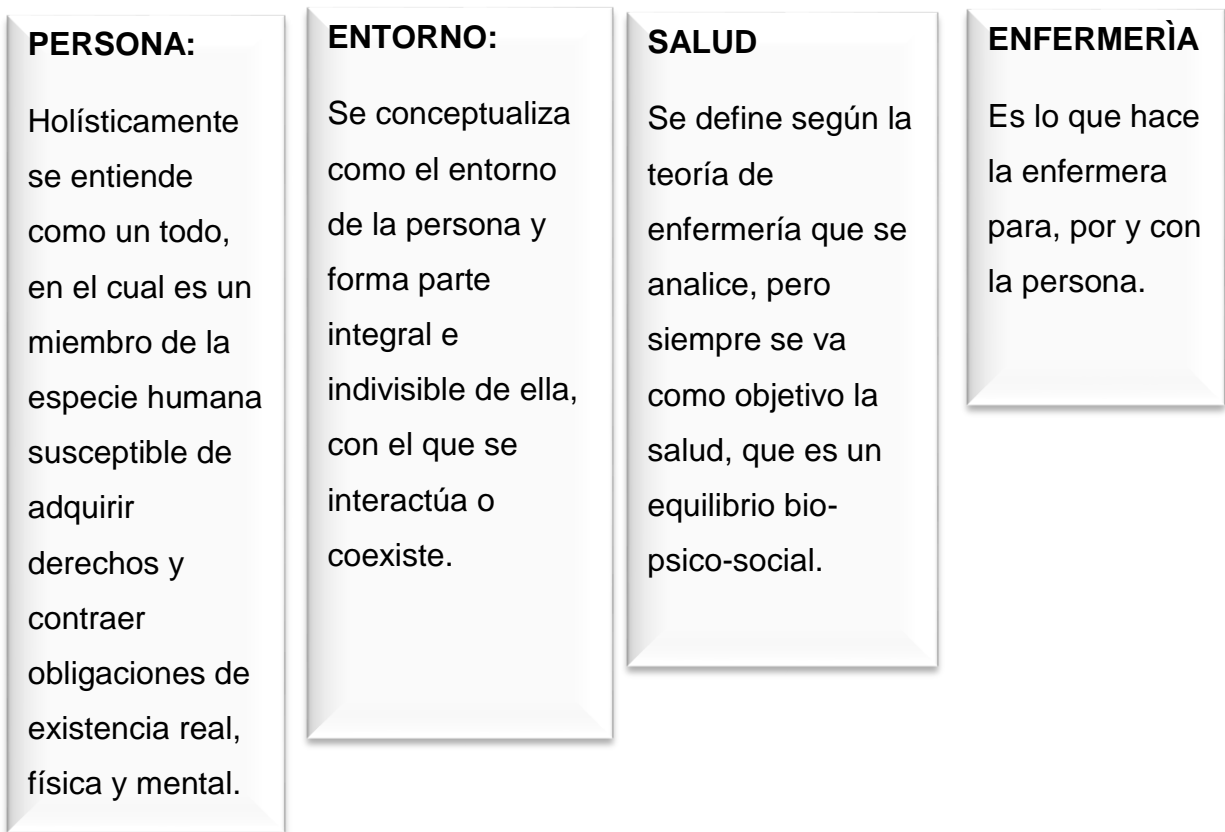
Durante el contexto histórico de la enfermería, se han dado diversas definiciones sobre lo que es enfermería, sin embargo todas tienen un objetivo en común y este es el cuidado de la salud del ser humano, el enfoque de enfermería se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. De esta manera, (Alfaro 1996: 73) define “enfermería” como la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a los procesos vitales/ problemas de salud reales y potenciales, de esta manera el personal de enfermería proporciona un servicio especial que satisface una necesidad alterada y que enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos.

Por su parte la enfermería perioperatoria es aquella cuya definición se establece como el personal altamente calificado para brindar atención especializada a las personas durante el periodo perioperatorio, que van a ser sometidas a un procedimiento quirúrgico. Un profesional capaz de resolver problemas durante estos tres periodos.

4.2 Paradigmas

Un paradigma para enfermería “es un marco de trabajo disciplinar que establece el fenómeno de interés y las proposiciones, principios y métodos de la misma, que pretende reflejar los acuerdos entre sus miembros sobre su sentir como enfermeros. Este es el nivel más abstracto del conocimiento en enfermería, llamado por algunas meta paradigma y refleja acerca de las creencias y el contexto para desarrollar modelos conceptuales y teorías.

Conceptos básicos del Metaparadigma de la enfermería:



Se han identificado tres corrientes filosóficas en el área de enfermería o paradigmas importantes: la corriente de la categorización, la corriente de la integración y la corriente de transformación.

Paradigma de la categorización: la meta de este paradigma es encontrar la causa de la enfermedad, se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad.

Orientación hacia la salud pública: caracterizada por mejorar las condiciones higiénicas de la época.

Orientación hacia la enfermedad: comienza en el siglo XIX, focalizada en la enfermedad y relacionada en la práctica médica, concibe la salud como ausencia de enfermedad.

Paradigma de la integración: consecuencia de la definición de salud de la OMS (1948), coincide con el auge del modelo biopsicosocial; influenciado por la psicología, persona concebida como un todo.

Paradigma de la transformación: persona considerada en forma holística.

CORRIENTE DE CATEGORIZACIÓN 1850 - 1950	CORRIENTE DE LA INTEGRACIÓN 1950- 1970	CORRIENTE DE LA TRANSFORMACIÓN 1970 - ACTUALIDAD
Fenómenos se orientan y no guarden relación entre si	Fenómenos divisibles, en clases y grupos se relacionan entres si	Fenómenos únicos nunca hay dos iguales.
Persona ser integral, haciendo hincapié solo en el aspecto biofisiológico, no participa en su cuidado.	Persona es un todo compuesto por aspectos biopsicosocial y espiritual que interactúa con el medio ambiente.	Persona holística y unitaria e identificada por patrones.
Entorno hostil para la persona, haciendo frente relación causa-efecto.	Entorno formado por el medio interno y externo de la persona respondiendo negativa	Entorno ilimitado, compuesto por el universo de la persona.

	o positivamente a los cambios.	
Procesos de cambio vistos como indeseables, solo para la supervivencia aceptados a consecuencia de condiciones predecibles.	Procesos de cambio deseados, con probabilidad y consecuencias a factores previos.	Procesos de cambio hemodinámicos.
Origen de la enfermedad unicausal	Enfermedad es la pérdida del equilibrio o desadaptación al cambio.	La enfermedad no es algo negativo, es una experiencia que forma parte de la salud.
Salud ausencia de enfermedad o lesión. Se focalizan en esta época en el control de infecciones, mejoran los métodos antisépticos y técnicas quirúrgicas.	Salud adquiere identidad. Salud adaptación positiva a procesos de cambio.	Salud equilibrio inestable que promueve el desarrollo y la actualización. Promoción del enfoque de la salud, a comprometerse y participar en mejora de su bienestar.
Enfermera: hacer a la persona. Cuidado: resolver problemas, déficit de la persona, cuidado es desplazado como agente de prevención	Enfermera: por y con la persona. Cuidado: contante, el paciente es protagonista y adquiere responsabilidad en su persona.	Enfermera: acompañar a la persona en la experiencia de salud. Cuidado: bienestar de la persona, reconocimiento de valores culturales, creencias y costumbres de la persona.

Investigación orientada a búsqueda de datos cuantitativos.	Investigación no tiene datos cuantitativos y cualitativos.	Investigación posible cualitativa.
Modelo incluido Florence Nigthingale.	La mayoría de los modelos pertenecen a este paradigma. Dentro de esta: Meleis, distingue 3 escuelas: escuelas de necesidades, interacción y objetivos.	Identifican 2 escuelas: la del ser humano unitario (Newman, Parse, Rogers y R.Rizo) y la del caring (J. Wastson y Lenninger)

Cada paradigma se orienta según el concepto fundamental en el que centra su atención en cuatro fenómenos:

- La enfermería centrada en el entorno.
- La enfermería centrada en la enfermedad.
- La enfermería centrada en la persona.

La enfermería centrada en la interacción de la persona con su entorno.

4.3 Teoría de enfermería

Modelo Virginia Henderson y sus 14 necesidades

“La propuesta filosófica de Virginia Henderson define la función de la Enfermera en el cuidado del paciente, basándose en la valoración de las 14 necesidades, y el grado de dependencia e independencia que tenga para la satisfacción de las mismas.”

Enfermera norteamericana, nació en 1897 en Kansas 30 de noviembre y muere en Branford el 19 de marzo 1996, desarrolla su interés por la enfermería durante la 2ª guerra mundial. En 1918 ingreso a la Escuela de enfermería de la Armada en Washington D.C; inicia su trabajo profesional como visitadora y docente de enfermería; posteriormente se gradúa de Maestra en artes con especialización en Docencia de Enfermería. Recibe 9 títulos doctorales de Enfermería.

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de varias teóricas.

Hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, profesional, escritora e investigadora, y publico mucho a lo largo de esos años.

Su definición de enfermería apareció por primera vez en 1955 en la 5ª edición del libro *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, de Harmer y Henderson.

Henderson dice que “la enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven”. y afirma “para que una enfermera ejerza como experta por derecho propio y haga uso del enfoque científico para perfeccionarse, ha de tener el tipo de formación que solo se da en las instituciones de educación superior y las universidades”

Virginia define como Necesidad Básica “todo aquello esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar, siendo concebida esta necesidad como un requisito más que una carencia”.

La Independencia de la persona en la satisfacción de sus Necesidades Básicas es un criterio importante para la Salud. Parte de una serie de Asunciones Científicas que representan el “cómo hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

Henderson plantea también una serie de Asunciones filosóficas que representan el “por qué hacer” del modelo. Son las creencias sobre la naturaleza del ser humano y la meta final de la profesión enfermera.

La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.

La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (utilidad social de la enfermería).

Por último, identifica los Elementos Fundamentales del modelo, que representan el “qué hacer”, constituyen su núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras que comparten su concepción:

- Objetivo de los cuidados: ayudar a la persona a satisfacer sus Necesidades Básicas.
- b) Usuario del servicio: persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

- Papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).
- Fuente de Dificultad/Área de Dependencia: Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el desarrollo de potencial. Se define como la falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad de la persona para satisfacer sus Necesidades Básicas.

Fuerza física: alude al tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora (Poder hacer). Hay falta de fuerza física cuando la persona carece de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para realizar las actividades requeridas.

Fuerza psíquica: se refiere a la capacidad senso perceptiva, intelectual, cognitiva y afectiva (Por qué y para qué hacer). Habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.

Voluntad: es la intencionalidad en la recuperación, mantenimiento o aumento de la independencia (querer hacer). Existe falta de voluntad cuando la persona ha tomado una decisión y desea ponerla en práctica, pero no persiste en las conductas con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.

Conocimientos: alude al grado de percepción de la situación de salud y de recursos internos y externos disponibles (Saber qué hacer y cómo hacerlo). Existe falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

- Intervención de la enfermera:

Centro de intervención: áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de Fuerza, Voluntad o Conocimientos.

Modos de intervención: aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, voluntad o conocimientos.

- Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 Necesidades Básicas a través de la suplencia o ayuda.

Conceptos básicos:

Persona: un todo complejo que presenta 14 necesidades básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.

Salud: se equipará con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.

Entorno: inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. En escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la familia.

Enfermería: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (“hacer con / hacer por”).

Conceptos específicos del modelo

Necesidades básicas. Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensables para mantener la integridad.

Las necesidades básicas pueden ser:

Universales: comunes y esenciales para todos.

Específicas: se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona

Las 14 necesidades básicas tal como las formula Virginia Henderson están diseñadas para que el paciente tenga un equilibrio biológico, psicológico, espiritual y cultural, cada una de las necesidades Virginia Henderson decía que deben estar relacionadas entre sí.

1 Respirar con normalidad.

Oxigenación: captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2 Comer y beber adecuadamente.

Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3 Eliminar los desechos del organismo

Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación

4 Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantener las bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5 Descansar y dormir.

Mantener hábitos regulares referidos a las horas de sueño como a las de descanso.

6 Seleccionar vestimenta adecuada.

Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7 Mantener la temperatura corporal.

Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8 Mantener la higiene corporal.

Regular la propia higiene mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, el número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9 Evitar los peligros del entorno.

Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica. Prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10 Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras. Promueve el bienestar de las buenas relaciones del paciente.

11 Ejercer culto a dios, acorde con la religión.

Mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero. Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores.

12 Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. Aceptación del rol de cada uno.

13 Participar en todas las formas de recreación y ocio.

Estímulo o medio de hacer ejercicio, ya sea divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14 Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

La orientación o la educación de los cuidados básicos de la mayoría de las personas.

Cuidados básicos: derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas:

Reflexionadas y deliberadas

Basadas en un juicio profesional razonado

Dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona los cuidados básicos actúan supliendo la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo

requieran, ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos y voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma.

Independencia: estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Manifestaciones de independencia: conductas o indicadores de conductas de la persona correcta, adecuada o suficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

Dependencia: surge cuando la persona necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades, o le supla, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad. Siempre debe existir un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera. Se da cuando existe ausencia de actividades por parte de la persona de cara a satisfacer sus 14 necesidades básicas. O puede ser que se realicen acciones, pero inadecuadas o insuficientes. O se da la presencia de unos factores intrínsecos o extrínsecos que limitan o impiden a la persona la satisfacción de sus necesidades.

Manifestaciones de dependencia: conductas o indicadores de conducta de la persona que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, debido a una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía: capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma. Se da falta de autonomía la persona cuando:

Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus facultades para realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. El ejemplo típico sería el del niño que, en cada etapa de desarrollo, adquiere unas capacidades pero le faltan otras que alcanzará en el futuro y que, temporalmente, deben ser suplidas por el cuidador. Ha perdido temporal o definitivamente, en su totalidad o parcialmente, la capacidad

de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades básicas. Es el caso del enfermo que necesita ser suplido durante unos días, o la persona que, debido al envejecimiento o por un proceso patológico, requiere algún grado de suplencia y no hay posibilidad de que recupere ninguna de las pérdidas que ha sufrido.

Agente de autonomía asistida: persona (familiar, amigo, enfermera...) que, cuando la persona carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por ella ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas.

4.4 Proceso de Atención de Enfermería

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas y eficientes centrados en el logro de resultado.”

El proceso de atención enfermera es un método dirigido a la resolución de problemas y la satisfacción de la atención de la salud y la necesidad de los cuidados enfermeros para las personas. Por medio de este se analiza a un individuo, familia y comunidad, como también su entorno de una manera ordenada y sistemática; prácticamente es una aplicación del método científico en los cuidados de enfermería; este incluye valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación que se relacionan entre sí para promover la resolución de los problemas o alteraciones en la salud.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Así como:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del individuo, familia y comunidad-Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Las características del Proceso de enfermería son las siguientes:

Es un método: porque sigue una serie de pasos organizados y sistematizados para solucionar problemas relacionados con la salud.

Es humanista: por considerar al hombre como un ser holístico.

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado que obedece a un orden lógico para alcanzar su objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

El proceso de enfermería ofrece una serie de ventajas tanto para la persona como para el profesional de enfermería y a la misma profesión; ya que define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas que garantizan la calidad de los cuidados para la persona

Fases del proceso de atención de enfermería

- *Valoración*

Es la primera fase, centrada en la recogida de datos del paciente en sus tres áreas: biológica, psicológica y social; esta es sistemática para diagnosticar respuestas de salud e identificar factores contribuyentes.

Consta de dos componentes:

1. Recogida de datos y registro
2. Análisis de datos recogidos.

Para realizar una valoración es necesario que la enfermera se comunique de forma eficaz, aplique la observación sistemáticamente con apoyo de alguna guía o formulario específico, diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.

Tipos de valoración

Existen dos tipos de valoración:

Valoración inicial: es la base del plan de cuidados, se realiza en la primera consulta o primer contacto con la persona, esta permite recoger datos generales sobre los problemas de salud de la persona y los factores que influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones

Valoración continua, posterior o focalizada: se realiza de forma progresiva durante toda la atención, esta se realiza específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Esta tiene como objetivo: recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas, realizar revisiones y actuaciones del plan y obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en valoración general que es la que va encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidado y la valoración focalizada, que es en la que la enfermera centra su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona

Recogida de datos

Tipos de datos

Subjetivos, (entrevista, escalas, test e índices para valoración): aquello que reflejan la visión de la persona ante una situación o serie de acontecimientos, incluye percepciones, sentimientos o ideas sobre sí mismo y su estado de salud; la información obtenida por familiar, o personal del equipo de salud puede ser también subjetiva si son opiniones individuales. Permite establecer relación con la persona.

Entrevista: proceso complejo que requiere de habilidades y capacidades de comunicación e interacción, identificación de las respuestas de la persona. Partes de la entrevista:

Introducción: comienzo de la relación terapéutica, crea ambiente de buena comunicación, explicar el propósito de la entrevista y controlar el tiempo necesario para la obtención de datos más significativos, mostrar respeto hacia la persona, garantizar confidencialidad, crear atmosfera de confianza para que la persona se sienta cómoda compartiendo información personal.

Núcleo: áreas específicas para la obtención de datos necesarios, se obtiene la mayor información de manera ordenada.

Finalización: resume datos más importantes comentados en la entrevista, para que la persona ratifique nuestras percepciones hacer de los principales problemas, preocupaciones y demás datos. La enfermera al terminar ordena datos obtenidos y añadirá a situaciones emocionales o lenguaje no verbal observado.

Objetivos: (observación y exploración física): datos observables o medibles, obtenidos a través de los sentidos, en el momento de la exploración a la persona.

- Observación: Implica el uso de los sentidos para obtener información de la persona, se utiliza preferentemente la vista, es una técnica consciente y deliberada, desarrollada a través del esfuerzo, experiencia y de un enfoque organizado.

- Exploración física: determina con detenimiento la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtiene comparaciones, valora la eficacia de las actuaciones y conforma datos subjetivos. La enfermera identifica 4 técnicas específicas de exploración: inspección, palpación, percusión y auscultación; estas nos permiten definir respuestas de la persona ante el proceso patológico, comparar la eficacia y eficiencia de intervenciones.
1. *Inspección*: exploración visual, determina respuestas normales y anormales, sistémica y detallada, define características: tamaño, posición, localización anatomía, color, textura, *aspecto, etc.*
 2. *Palpación*: utilización del tacto para determinar características de la estructura orgánica bajo la piel: tamaño, forma, humedad pulsación, vibración, consistencia, movilidad.
 3. *Percusión*: consiste en golpear una superficie corporal con uno o varios dedos para producir sonidos, determina tamaño, densidad, bordes de un órgano y su localización.
 4. *Auscultación*: Escuchar el ruido producido por los órganos del cuerpo: pulmones, corazón, intestinos, etc.

Métodos de exploración

Es importante utilizar una metodología sistemática para realizar una exploración física exacta y completa.

1. Céfalo caudal
2. Aparatos y sistemas
3. Por Necesidades Básicas (14) de la persona según Virginia Henderson.

Fuente de datos

Se pueden organizar en datos anteriores al momento presente (históricos) y actuales, las fuentes pueden ser: por la persona (primaria) o secundaria para validar información adicional por familia o personas allegadas.

Métodos

Datos indirectos (expediente): revisión de registro e informes diagnósticos.

Datos directos

Análisis y organización de datos

El registro y organización de datos sistemáticamente facilita su utilidad en todas las fases del proceso, facilita la administración y registro de cuidados de calidad y proporciona bases para la investigación de enfermería.

Las anotaciones deben registrarse de manera clara, concisa evitando información superflua y confusa, de forma legible y correctamente escrita. Los datos importantes deben describirse lo más amplio posible.

- *Diagnóstico de enfermería*: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de toda la información de la valoración, compone un enunciado diagnóstico indica problemas reales y potenciales, afecciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, tratadas de forma independiente; es corto y conciso.

Un diagnóstico enfermero es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de lo que la enfermera es responsable.

Se estructura en el formato P.E.S (problema- etiología- sintomatología) de diagnósticos de enfermería, es una estructura aceptada internacionalmente para la formulación de un diagnóstico enfermero.

Estos 3 apartados que componen el enunciado diagnóstico de los problemas de los cuidados se presentan habitualmente ordenados y enlazados:

Problema + etiología + sintomatología

Para reflejar el problema (etiqueta diagnóstica) y la etiología (causa del problema, factor etiológico, factor de riesgo o factor relacionado) se utiliza la fórmula "relacionado con" que se abrevia "r/c".

Para reflejar el enlace de la etiología y la sintomatología (signos y síntomas manifestaciones del problema) se utiliza “manifestado por” y de manera abreviada “m/p”:

Problema r/c Etiología m/p Sintomatología

Existen diversos tipos de diagnósticos de enfermería con características diferentes en su composición:

Diagnósticos reales: problemas actual existentes en el momento de la valoración incluye los tres apartados: Problema r/c Etiología m/p Sintomatología

Diagnósticos de riesgo y potenciales: problemas que tienen una alta probabilidad de que sucedan en un futuro próximo, en caso de no iniciar medidas preventivas incluye los siguientes apartados: Problema r/c Etiología.

Diagnósticos de salud o bienestar: situaciones que expresan un funcionamiento eficaz, pero mejorable y la persona expresa un deseo de conseguir un nivel superior de bienestar en algunas de sus funciones; incluye el siguiente apartado: Etiqueta diagnóstica (Problema).

Diagnósticos de Síndrome: incluyen una serie de diagnósticos predeterminados reales o de riesgo, estos no indican la presencia ni garantiza la posterior aparición de todos los diagnósticos, pueden estar presentes todos o solo alguno de ellos, estos incluyen los siguientes apartados: Problema con etiología (etiqueta diagnóstica con descripción de la causa).

Diagnóstico posible: estos hacen referencia a los problemas de salud en fase de estudio, que no disponen de suficiente información, incluye el siguiente apartado: Problema (etiqueta diagnóstica).

- *Planificación:* Una vez efectuado el diagnóstico de la situación de salud, se deciden la actuación precisa que ayuden a resolver el problema. La enfermera fija los resultados obtenidos y elabora un plan de cuidados para lograr objetivos esperados; estableciendo prioridades y determinando

actividades, permitiéndole tener una visión continua de su desarrollo en cualquier momento.

En esta fase se fijan estrategias para evitar o corregir problemas identificados y proporcionar salud.

- *Ejecución:* es el inicio y terminación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación, fundamentada en el desarrollo previo del resto de las fases del proceso que asegura la aplicación del plan de cuidados.

Los tratamientos que utiliza la enfermera se denominan “intervenciones de enfermería” definidas como el tratamiento basado en conocimientos y juicio clínico para mejorar los resultados esperados del paciente. Las intervenciones pueden llevarse a cabo por miembros del equipo de salud, el cliente o sus familiares, se utiliza de forma orientativa.

Continua la recogida de datos relacionados con el estado de la persona y su relación con el entorno; así como las anotaciones en los documentos establecidos, para verificar que se está llevando a cabo el PAE y evaluar la eficacia.

La eficacia de la ejecución del plan se desarrolla a través de las siguientes fases:

Preparación: se revisa el plan de cuidados, evalúan recursos que se van a utilizar y se conoce su estado y posibles complicaciones derivadas de la actividad de enfermería y actuar de forma oportuna en el momento de la aparición.

Intervención: momento de inicio de las intervenciones, y evaluación constante de cambios en su estado, manteniendo comodidad y seguridad física y psicológica de la persona.

Post ejecución: comunicación oral al equipo de salud, su actuación y cuidados brindados.

Documentación: registro completo de las actividades de enfermería al momento de realizarlos para que todo el equipo este enterado de su realización y evitar duplicidad u olvidos.

La forma de realizar la ejecución del plan se puede dividir por funciones, en equipo o por enfermera primaria.

- *Evaluación*: última fase del proceso, se evalúa si los objetivos establecidos se han llevado a cabo para continuar, modificar o finalizar el PAE. Se valora el progreso de la persona en su salud, por medio de la comparación de resultados de las acciones de enfermería.

En esta fase se tienen en cuenta la conducta de la persona en el momento de la evaluación que se esperaba obtener de acuerdo con los objetivos.

El instrumento de evaluación puede ser por *criterios y estándares*: los primeros son cualidades, atributos o características medibles, que especifican habilidades, conocimientos o estados de salud, estos pueden ser fisiológicos, habilidades del paciente, niveles de adaptación a situaciones y conocimientos de la persona de su situación; los segundos representan niveles de realización del trabajo de enfermería y el equipo de salud, establecidas por autoridades de la profesión, de forma global.

La forma de evaluación es por medio de observación directa o indirecta, por registros de enfermería las reuniones de grupo con informes diarios en cambios de turno.

5. METODOLOGÍA

5.1 Estrategias de investigación

La metodología empleada en el estudio de caso, se detalló de una forma sistemática, a una persona hospitalizada en un hospital ubicado al sur de la CDMX que fue intervenido quirúrgicamente para la realización de aloinjerto cutáneo para reparar tejido dañado secundario a quemaduras de 3er grado por electricidad a cargo del servicio de quirófano 1, el día 7 de diciembre 2017.

Recolección de información: métodos y técnicas

TÉCNICA	INSTRUMENTO
• ENTREVISTA	Recolección de datos subjetivos, primer encuentro enfermera- paciente.
• ENCUESTA	Cédula de valoración
• OBSERVACIÓN	Formato de registro
• REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA	Expediente clínico.

Fuente: Estudiante de Enfermería Perioperatoria

5.2 Selección del caso y fuentes de información

La selección del caso fue principalmente por el tipo de quemadura, siendo su patología de las más complejas en el tratamiento médico y quirúrgico, también un factor de selección el aloinjerto como tratamiento quirúrgico, ya que el Instituto Nacional de Rehabilitación es el único hospital a nivel Latinoamérica certificado que cuenta con banco de piel implementando la criopreservación y la procuración de piel.

La entrevista fue realizada por medio de interrogatorio directo el día 7 de diciembre del 2017, en el servicio de hospitalización sub-agudos en la torre del Centro de Investigación y Atención de pacientes Quemados del Instituto Nacional de Rehabilitación. así como el uso de medios indirectos como lo son el expediente clínico, las notas iniciales de urgencias, notas médicas, registros de laboratorios

clínicos, registros del área de nutrición, registros del área de psicología y los registros de enfermería actualizados diariamente durante los días de estancia hospitalaria de la persona.

Se realizó también una valoración celáfo-podalica con la finalidad de poder detectar de manera subjetiva y objetiva las principales alteraciones que presenta, posterior a esto se realiza un análisis de la información brindada y se procede a jerarquizar las principales problemáticas de salud que la persona presenta, después con ayuda de la información obtenida con anterioridad se asignan diagnósticos de enfermería con formato PESS, el grado de dependencia de la persona, los problemas reales o de riesgos.

Con base a dichos diagnósticos se implementa un plan de cuidados especializados para cada problemática fundamentando cada intervención de enfermería científicamente (revistas y guías de práctica clínica). Estas intervenciones se evalúan para poder determinar si se han logrado los objetivos establecidos o si es necesario replantear intervenciones para la mejoría de la persona, por último, se elabora un plan de alta de conforme a las necesidades alteradas, con la finalidad de que la persona, una vez que egrese a su domicilio, pueda continuar con su proceso de recuperación de manera exitosa.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Decálogo de los derechos de los pacientes

Resolución 13437 de 1991, por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.

1. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus

familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

2. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
3. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta, y que sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
4. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
5. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
6. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
7. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
9. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

Carta de obligaciones de los pacientes

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de

acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

1. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas *competentes* en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

2. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.

- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.

6. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

6.1 Descripción del caso

Se trata de B.L.H, paciente adulto masculino de 56 años 9 meses de edad, residente de la Ciudad de México con un peso de 69.5 kg y 1.68 metros de talla con un IMC de 17.26 con Dx. medico de rigidez cubital + quemaduras de 2do y 3er grado por electricidad en brazo y antebrazo derecho, tórax y miembros pélvicos con 3 meses de evolución.

Ingresó el día 14 de septiembre del 2017 al área de urgencias, refiere que 30 días anteriores a esta fecha, toca accidentalmente cable de alta tensión en casa, ocasionándole quemaduras en ambos miembros torácicos y miembros pélvicos, es atendido en un Hospital General de donde el paciente pide su alta voluntaria después de haber sido atendido durante el periodo agudo de su patología e intervenido quirúrgicamente por amputación de primer orjejo de mano derecha.

Es tratado en un hospital al sur de la CDMX para procedimiento quirúrgico reconstructivo a causa de secuelas por quemaduras de segundo y tercer grado por electricidad en, tórax, manos y piernas. Con 3 meses de evolución se da seguimiento al tratamiento para mejorar las secuelas de las quemaduras, actualmente se encuentra en el área de hospitalización sub agudos.

6.2 Antecedentes generales de la persona

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: B.L.H	Fecha de nacimiento: 20/05/1961	Edad: 58 años	Género: Masculino
Estado Civil: Casado	Grupo Sanguíneo: 0+	Escolaridad: Primaria incompleta	Ocupación: Obrero
Expediente: N-352181/2017	Lugar de procedencia: México	Religión: Católico	Fecha de Valoración: 7 de diciembre 2017

❖ Antecedentes heredo familiares

- Madre diabética e hipertensa
- Niega otras enfermedades crónico degenerativas e inmunológicas

❖ Antecedentes personales no patológicos

- Tabaquismo: Ocasionalmente desde los 15 años a razón de 10 cigarrillos semanalmente
- Alcoholismo: Negado
- Drogas: Negadas
- Queloides: Negadas
- Transfusiones sanguíneas: Negadas
- Habita en vivienda rentada, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios en ubicación urbana.
- Zoonosis: 1 gato, 1 perro.

- Baño y cambio de ropa diaria, lavado dental 1 vez al día, consumo de alimentos 1 o 2 veces al día

❖ Antecedentes personales patológicos

- Esquema de vacunación completa
- Alergias: Negadas
- Enfermedades cardio degenerativas: negadas
- Hipertensión arterial: Negado
- Enfermedades crónico degenerativas: Negadas
- Enfermedades neurológicas: Negadas
- Enfermedades gastrointestinales: Negados
- Enfermedades renales: Negados
- Enfermedades endocrinas: Negadas
- Enfermedades infecciosas: Negadas
- Tumorales: Negados
- Problemas hepáticos: Negados
- Otros: Negados

❖ Antecedentes quirúrgicos

- Amputación del primer dedo de mano derecha en Hospital Regional La Perla, desconoce exactitud de la fecha

7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración

Valoración de enfermería realizada el día 7 de diciembre del 2017 en el servicio de sub-agudos en el periodo pre-operatorio.

Signos vitales

FC: 98x FR: 18x TA: 171/76 Temp: 36.5°C Talla: 1.70 Peso: 68kg

INSPECCIÓN GENERAL

Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica, consciente, cooperador al interrogatorio y exploración física, orientado en las 3 esferas, sin facies de dolor, déficit nutricional, constitución endomórfica, normolínea, bien conformada, con actitud libremente escogida, lenguaje claro y conciso, sin movimientos anormales, alineado y con alteración en la marcha relacionado a elementos invasivos.

CABEZA

Cráneo normo céfalo, cabeza erecta y alineada en la línea media; cuero cabelludo sin lesiones ni dolor a la palpación; sin alopecia; arterias temporales blandas con pulso.

Cara simétrica, frente levemente amplia, con simetría en arrugas transversales en forma pasiva y a la contracción de músculos faciales; movimientos faciales simétricos sin facies características; cejas de implantación normal sin zonas alopécicas; senos paranasales sin dolor a la palpación. Región frontal, cigomática y mentoniana con adecuada colocación y sin alteraciones aparentes.

Párpados con movimientos normales, pestañas de implantación normal, comisuras sin secreciones; conjuntiva color rosa claro, sin secreciones; movimientos extra oculares normales, sin estrabismo; iris color café oscuro, redondo de dimensiones normales; pupilas simétricas en diámetro, isocóricas, reflejo fotomotor.

Pabellones auriculares de implantación normal, permeables, simétricos, sin secreciones, ni lesiones, ni dolor a la palpación.

Nariz recta, tabique en la línea media, narinas permeables sin rinorrea ni rinorragia, mucosa húmeda, rosada. Con adecuada entrada y salida de aire.

A la exploración de la boca se observan labios delgados, con cicatriz hipertrófica en comisura de labio derecho, sin presencia de cianosis. La lengua se observa de tamaño y coloración adecuada, realiza movimientos normales y sin dificultad; no se observan deformaciones. Las encías de coloración e hidratación adecuada, piezas dentales incompletas, alineadas, con caries en molares inferiores. La mucosa se observa de color rosado, con adecuada hidratación, Paladar de coloración rosada, con buena hidratación, sin lesiones y adecuada elevación. Se observa úvula central, reflejo de arcada conservado. Amígdalas sin exudados, ni secreciones, de tamaño normal.

CUELLO

Cuello cilíndrico de tamaño normal, sin desviaciones laterales, con buena movilidad, sin adenopatías y sin cicatrices. Pulsos carotídeos presentes y sincrónicos con el pulso radial. Tráquea con adecuada movilidad. Glándula tiroides poco palpable por dificultad a la palpación.

TÓRAX

En tórax anterior a la inspección se observa herida epitomizada, se observa tórax, simétrico, sin depresiones, con cicatrices queloides e hipertróficas a la vista. A la palpación se encuentra el choque de la punta en 5to espacio intercostal línea media claviclar. A la percusión se encuentra bien delimitada del área cardiaca. A la auscultación se encontraron ruidos cardiacos de adecuada intensidad, tono y frecuencia.

El tórax posterior se observa simétrico, sin depresiones, con lesiones y pérdida de la continuidad cutánea por colgajo, a la palpación no se presentan depresiones en la estructura ósea torácica, ni dolor. Con adecuados movimientos de amplexación y amplexión, simétricas. A la percusión, se escucha claro pulmonar bilateral y simétrico a lo largo de las líneas paravertebrales sin aumento del ruido percutido en

ninguna zona en específico. A la auscultación se escuchan campos pulmonares bien ventilados, ruidos respiratorios de inspiración y espiración adecuados, continuos, rítmicos, sin sibilancias ni estertores. La transmisión de la voz es adecuada, simétrica sin atenuaciones o hiperresonancias.

EXTREMIDADES SUPERIORES

Debilidad, limitación de movimientos en ambos miembros y sensibilidad reducida en un 90%. Extremidad derecha con amputación del primer orjejo con cicatriz que loide sin signos de infección en herida, uñas con crecimiento sin alteraciones sin presencia de micosis.

Extremidad izquierda con contractura muscular del primer orjejo, arco de movilidad reducido al 100%, Llenado capilar de 3seg. Escala de Daniel's 4 puntos

MAMA Y AXILA

A la inspección se observa piel de la región mamaria de la misma coloración que el resto del cuerpo. Se observan mamas péndulas y simétricas. No se observan abultamientos, retracciones o cambios en la textura de la piel. Los pezones se observan pequeños, simétricos, sin desviaciones, de coloración ligeramente hiperpigmentada. A la palpación no se presentan nódulos, crecimientos, ni dolor en la glándula ni en las cadenas ganglionares axilares, infraclaviculares, supraclaviculares y paraesternales. En región axilar, a la inspección, se observa piel morena, sin presencia de lesiones. A la palpación no se presentan nódulos, crecimientos ni dolor.

ABDOMEN

Abdomen globoso, de coloración y textura adecuada, con cicatriz por toma de injerto en hipogastrio, sin hernias. A la auscultación se escuchan ruidos peristálticos normoactivos. A la percusión se escucha un abdomen timpánico. A la palpación se encuentra el abdomen blando, depresible, de temperatura normal, sin ascitis, sin

dolor a la palpación superficial y profunda; reflejos cutáneos superficiales. Para apéndice, punto McBurney negativo.

PIEL

75% de quemadura de 2do y 3er grado a tres meses de evolución presencia de cicatrices hipertróficas y queloides predominantemente en tórax, miembros torácicos y pélvicos. Presencia de cicatrices por toma de injertos en diferentes partes del cuerpo predominantemente en muslos.

COLUMNA VERTEBRAL

A la inspección se observa columna vertebral con curvaturas primarias y secundarias. No se observa lordosis ni escoliosis. Ligera lateralización a la derecha en L3 No hay alteraciones del movimiento a la flexión y extensión. A la palpación no hay dolor. A la percusión se escucha el sonido mate en cada vértebra.

GENITALES

Limpios, acordes a clasificación de Tanner, orina de manera espontánea de color amarillo claro, sin presencia de hematuria. No se observan signos de infección en zona uretral.

EXTREMIDADES INFERIORES

Extremidades eutróficas, sin edema. Limitación de arcos de movilidad, sensibilidad ausente en ambas extremidades,

Lesión por mecanismo de quemadura eléctrica en región plantar interna de aprox. 20 cm bilateral hiperpigmentada, delimitada. Sin datos de infección Escala de Daniel's 2 puntos

7.1.1 Valoración focalizada

En el preoperatorio.

NECESIDADES	HALLAZGOS
1. Oxigenación	Glasgow de 15, mucosas semihidratadas, ligera palidez en tegumentos y piel, refiere sentir episodios de cansancio en el transcurso del día, vía aérea permeable, campos pulmonares ventilados, frecuencia respiratoria de 18 rpm, movimientos de amplexion y amplexion sin alteraciones, torax simétrico sin anormalidades, presencia de pulsos periféricos con frecuencia cardiaca de 98 lpm, T/A 171/76, saturación de O2 de 97%, llenado capilar de 3 segundos, sin presencia de cianosis
2. Alimentación e hidratación	<p>Mucosa oral semihidratada, piezas dentales incompletas, alineadas, con caries en molares inferiores. La mucosa se observa de color rosado, con adecuada hidratación.</p> <p>El paciente refiere malestar gástrico desde el día de su incidente a la fecha al consumir cualquier alimento sólido, lo que ha ocasionado que la persona prefiera ingerir multivitamínicos y dieta líquida. El paciente refiere insaciedad, aunque prefiere no ingerir alimentos y evitar el malestar “siento que me quema por dentro.”</p> <p>Limitación para ingerir alimentos por si solo debido a quemaduras en palmas y dorso de las manos</p> <p>Se mantiene en ayuno por 24 horas por procedimiento quirúrgico programado.</p>

<p>3. Eliminación</p>	<p>Sin presencia de diaforesis o vomito. El paciente refiere dificultad al evacuar, heces pequeñas, duras, cafés y en poca cantidad. No se observa distensión abdominal, peristaltismo ausente relacionado a ayuno por preparación pre quirúrgica, diuresis de manera regular de 3 a 5 veces al día con características clara, sin hematuria, disuria, o poliuria nocturna. Volumen urinario de 45ml/kg/hr.</p>
<p>4. Movimiento y buena postura</p>	<p>Extremidades torácicas alineadas sin edema. En extremidad derecha se observa muñón por amputación del primer orjejo sin signos de infección en herida quirúrgica, uñas con crecimiento normal sin alteraciones y sin presencia de micosis.</p> <p>Extremidad torácica izquierda con contractura muscular del primer orjejo, rigidez cubital y arco de movilidad reducido al 100%, Escala de Daniel's 4 en miembros torácicos.</p> <p>Columna vertebral con presencia de curvaturas normales primarias y secundarias, sin alteraciones vertebrales que provoquen dolor al realizar movimientos.</p> <p>Deambulacion ausente, extremidades pélvicas eutróficas, sin edema, arcos de movilidad disminuidos, sensibilidad ausente en ambas extremidades, Escala de Daniel's 2 en miembros pélvicos</p>

	Lesión por mecanismo de quemadura eléctrica en región plantar interna de aprox. 20 cm bilateral hiperpigmentada.
5. Descanso y sueño	Desde el día de su accidente el paciente refiere no poder dormir como lo hacía con anterioridad, duerme de 4 a 6 horas continuas, le cuesta trabajo conciliar el sueño, sueño fisiológico presente.
6. Vestirse y desvestirse	Necesita ayuda para poder realizar el cambio de ropa diaria y elección de la misma. Utiliza ropa adecuada al ambiente hospitalario (bata)
7. Termorregulación	Piel y tegumentos hidratados, sin pérdidas actuales de líquidos ni hemáticos, no ha presentado picos febriles durante su estancia en el hospital.
8. Higiene y protección de la piel	Se le realizan baños 1x1 en regadera asistido por su esposa, se realiza higiene bucal una vez al día y lavado de manos periódicamente, corta sus uñas y cabello de manera regular. Le realizan limpieza de heridas quirúrgicas el momento del baño con agua y jabón neutro, la cuidadora primaria menciona conocer ya los signos y síntomas de infección, así como el cuidado especial que debe tener en las heridas post quirúrgicas de su esposo, diariamente después de la limpieza de las heridas las seca bien las después del baño colocando Ulcoderma ungüento
9. Evitar peligros	Cuenta con esquema de vacunación completo, no se realiza chequeos generales de manera periódica.

	<p>Heridas quirúrgicas limpias y en proceso de cicatrización y herida de oratejo cubierta. Colocación de barandales mientras el paciente duerme o para realizar cambios de posición, Escala de Dowton 3 puntos, riesgo alto de caídas. Escala de ENA 0/10.</p> <p>El paciente manifiesta sentirse inseguro al realizar movimientos por la falta de sensibilidad en miembros pélvicos, así que evita en lo mínimo moverse fuera de la cama.</p>
10.- Comunicación	<p>No presenta limitaciones en el habla, se muestra cooperador, expresa inquietudes al personal. Entiende conversaciones siendo locutor o receptor de información.</p> <p>Mantiene buena relación con el personal multidisciplinario que lo visita, refiere no tener buena comunicación con su familia debido a problemas económicos relacionados con su padecimiento y preocupación por su futuro y de su familia.</p>
11.- Creencias y valores	<p>Refiere ser católico, no va a misa, considera importante la religión en su proceso de recuperación y siente agradecimiento hacia Dios.</p> <p>Se considera una persona con buena moral. Tiene fé en que pronto va a recuperarse y poder hacer su vida normal de nuevo.</p>
12.-Trabajo y realización	<p>El comenta que antes de su accidente era obrero y realizaba trabajos de carpintería, trabajaba 7 días a la semana de 9 a 18 pm.</p>

	<p>Posterior a su accidente y de la amputación le preocupa que va a hacer después para mantenerse. No sabe si podrá seguir trabajando de lo mismo o tendrá que ejercer de alguna otra cosa. Refiere realizar los ejercicios que los terapistas le han recomendado para comenzar a tener movilidad en manos y piernas. Tiene miedo de no poder realizarse después de las cirugías</p>
13.-Recreación	<p>Le gusta jugar con sus nietos y ver la tele con su familia, lo ha seguido haciendo y es lo que le da ánimos cuando está en casa.</p> <p>Procura salir en una silla de ruedas a su patio y tomar el sol eso le da tranquilidad.</p> <p>En el hospital le gusta ver la tele sobre noticias y se entretiene con los ejercicios de terapia física que le han indicado.</p>
14.-Aprendizaje	<p>No tiene indicios de incapacidad neurológica que le impida el aprendizaje continuo.</p> <p>Se encuentra consiente respecto a su estado general de salud.</p> <p>Tiene disponibilidad de conocer más sobre su patología y sobre la rehabilitación física que le han dicho que deberá tener después de la cirugía.</p>

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

Realizados el 6 de diciembre del 2017 prequirúrgicos.

Riesgo anestésico: ASA III, Goldman III

Anestesia programada: general balanceada

Tipo de sangre: O+

VALORES DE REFERENCIA	REPRESENTACION
Elevados	+
Disminuidos	-
Normales	✓

HEMATOLIGÍA

ESTUDIO	RESULTADO	REPRE	VAL. REFERENCIA
Leucocitos:	5.6 miles/ ul	-	3.50-10.00
Eritocitos:	4.81 millon/ul	✓	3.80-5.80
Hemoglobina:	13.5 g/dl	✓	11.00-16.50
Hematocrito:	40.6%	✓	35.00-50.00
Plaquetas:	411 miles/ul	✓	150.00
Plaquetocrito:	0.280%	-	0.10-0.50
Linfocitos:	49.1 miles/ul	✓	-
Monocitos:	4.9 miles/ul	✓	-
Granulocitos:	46.0%	✓	-

COAGULACIÓN

ESTUDIO	RESULTADO	REPRE	VAL. REFERENCIA
Tiempo de protombina	10.4 Seg.	✓	10.0-14.0
INR	0.87	✓	0.50-1.50
Fibrinogeno	355 mg/dl	✓	200.00
Tiempo de Trombina parcial	24.6 Seg	✓	23-35

QUIMICA CLINICA

ESTUDIO	RESULTADO	REPRE	VAL. REFERENCIA
Glucosa Sanguínea	95.0 mg/dl	✓	74.00-104.00
Urea	64.20 mg/dl	+	14.98-38.52
Creatinina Sérica	1.0 mg/dl	-	0.85-1.32
Ácido Úrico	6.3 mg/dl	✓	3.50-7.20

ANALISIS DE DATOS OBTENIDOS

HEMOGLOBINA:

Proteína conjugada, presente en el torrente sanguíneo cuya finalidad es el aporte de oxígeno a los órganos desde el sistema respiratorio a los tejidos, sistemas y órganos del cuerpo.

Los valores bajos de hemoglobina son indicativos de anemia, falta de hierro, presencia de parásitos intestinales, hemorragias causadas por úlceras estomacales

LEUCOCITOS:

Glóbulos blancos producidos en la médula ósea, maduran en los ganglios linfáticos, el bazo o el timo. Se encuentran en todo el cuerpo, incluyendo sangre y sistema linfático. Eje primordial en el sistema inmunológico del cuerpo humano.

Su anomalía en valores reducidos puede indicar exposición prolongada a radiación, leucopenia, enfermedades inmunológicas recientes

UREA

Producto final del metabolismo proteico, se produce en el hígado en el ciclo de urea donde comienza en las mitocondrias y continúa en el citoplasma

Su elevación puede ser producto de trastornos en la función renal o hepática y/o problemas dietéticos

CREATININA SERICA:

Es el producto de la degradación de la creatinina que se encuentra alojada en los músculos, los niveles inferiores de este estudio pueden ser indicadores de distrofia muscular en etapa avanzada, miastenia grave, enfermedad renal metabólica, enfermedad renal ateroembolítica, hipertensión maligna y diversos síndromes con afectación renal.

7.1.3 Jerarquización de problemas

1. Necesidad 4: Comer y beber de forma adecuada.
2. Necesidad 2: Moverse y mantener una postura adecuada.
3. Necesidad 8: Mantener la higiene corporal.
4. Necesidad 3: Evitar peligros
5. Necesidad 9: Eliminar los desechos corporales
6. Necesidad 6: Elegir la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Necesidad 5: Dormir y descansar.
8. Necesidad 12: Trabajar para sentirse realizado
9. Necesidad 13: Participar en diversas formas de entretenimiento
10. Necesidad 10: Comunicarse con los otros.
11. Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal.
12. Necesidad 1: Respirar normalmente
13. Necesidad 11: Actuar con arreglo a la propia fé
14. Necesidad 14: Aprender.

7.2 Diagnósticos de enfermería.

PREOPERATORIO

1. Deterioro de la nutrición R/C sensación de quemazón en el estómago al ingerir alimentos M/P rechazo a los alimentos sólidos y pérdida de peso.
2. Deterioro de la movilidad física R/C secuelas de quemadura eléctrica en miembros torácicos M/P limitación para la amplitud y movimientos finos
3. Deterioro del autocuidado R/C contractura palmar M/P mano derecha en garra.
4. Deterioro de la integridad tisular R/C lesiones dérmicas secundarias a quemaduras por electricidad de 2do y 3er grado M/P presencia de tejido necrótico, pérdida de la sensibilidad, pérdida de funciones motoras.

7.3 Problemas interdependientes.

Es obligación del personal multidisciplinario realizar un plan de acción que reduzca el riesgo de presentar alguna complicación. Para el caso de la especialista perioperatoria estas intervenciones deberán estar encaminadas a la reducción de riesgo durante el periodo preoperatorio. Las principales complicaciones serán el deterioro del estado nutricional, anemia, riesgo de infección en sus heridas, retraso en el proceso de cicatrización, falta de apego al tratamiento de fisioterapia provocando deterioro de sus funciones en miembros pélvicos por desuso.

7.4 Planeación de los cuidados

Dx. De enfermería

Deterioro de la nutrición R/C sensación de quemazón en el estómago al ingerir alimentos M/P rechazo a los alimentos sólidos y pérdida de peso

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Nutrición e hidratación.	Fuerza	Docente, acompañamiento	3	Independiente

DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Rechazo a los alimentos durante el turno. Talla: 1.70 Peso: 68kg IMC 42.5. Peso e IMC disminuido desde su ingreso a urgencias hasta el día de la valoración (8 kilos)	Refiere sentir quemazón dentro del estómago al ingerir alimentos sólidos

OBJETIVO DE LA PERSONA	“ya poder comer sin ardores de panza”
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Prevenir que el estado nutricional del paciente no se deteriore.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Ministración de multivitamínicos	El suplemento alimenticio proporciona aumento de la ingesta dietética total o complementa algún componente de la dieta aportando vitaminas, minerales y micronutrientes como proteínas, carbohidratos y grasas. ¹	<p>✓ Se le proporcionaron los suplementos alimenticios que el paciente requiriera durante el turno.</p> <p>✓ Se cuantificaron los suplementos ingeridos durante el día</p>	Se mantuvo durante su estancia hospitalaria una ingesta calórica de 2500kcal.
Incrementar el consumo de calorías diarios anexando una colación blanda a la dieta del paciente	Un hombre adulto debe consumir entre 2000 y 2500kcal. Al día. Un multivitamínico aporta 355kcal. Las calorías para ser equilibradas según las dietas ortodoxas deben ser de un 50% de hidratos	<p>✓ Se realizó cálculo de calorías con la finalidad de conocer el déficit y aumentarlo</p> <p>✓ Se le proporcionaba dieta blanda</p>	Se le proporcionaron al paciente tres suplementos por día cuantificando una ingesta de 1065 calorías, sin aumentar alimentación

¹ Carbajal A. Manual de nutrición dietética. Facultad de farmacia de la Universidad Complutense de Madrid. Pag.18, 2016.

<p>Fomentar la ingesta paulatinamente de alimentos blandos y sólidos.</p>	<p>de carbono con bajo índice glucémico, 35% de lípidos especialmente en mono insaturados y 15% de proteína²</p> <p>Las proteínas están entre los compuestos alimenticios más importantes para la ingesta puesto que son los responsables de proveer al organismo energía que se traduce en actividad humana. Al ser un compuesto bioquímico, las proteínas se encuentran principalmente en alimentos provenientes de vegetales y animales. Estos aportan al</p>	<p>durante el desayuno</p> <p>✓ Se registró el consumo de alimentos en control de enfermería</p> <p>✓ Se informó a la persona la importancia del incremento de aporte calórico y proteico como parte de su tratamiento medico</p> <p>✓ Se pidió a la persona identificara con que alimentos sentía más su incomodidad para retirarlos de su dieta blanda</p>	<p>por otro medio con lo que no cubre el requerimiento calórico necesario por día.</p> <p>La persona no tolero el consumo de alimentos blandos, y continua con el consumo de multivitamínico al no aceptar dieta blanda se proporcionó dieta líquida</p>
---	---	--	--

² Carbajal A. Manual de nutrición dietética. Facultad de farmacia de la Universidad Complutense de Madrid. Pag.24, 2016.

	<p>cuerpo carbono, hidrogeno, oxígeno y nitrógeno. Todos los aminoácidos esenciales se encuentran presentes en las proteínas de origen animal (huevo, lácteos, pescado y carnes) estas proteínas son de mayor valor biológico que las de origen vegetal. Las proteínas suministran lo necesario para el crecimiento y la reparación de tejidos y órganos del cuerpo, forman parte del sistema inmunológico, transporta grasas, oxígeno y facilita la entrada a las células de glucosa y aminoácidos.³</p>		
--	--	--	--

³ Luque Guillen V. Estructura y propiedades de las proteínas. Trabajo para la obtención de Master. Universidad de Valencia. Pag: 25, 2017. Disponible en: https://www.uv.es/tunon/pdf_doc/proteinas_09.pdf

<p>Mantener el estado electrolítico estable</p>	<p>El consumo mínimo de proteínas es de 0.8g a 1g por kg de peso al día, es importante la ingesta proteica sobre todo en el desayuno para evitar destrucción excesiva de tejidos causada por no ingerir alimentos durante el periodo de sueño, la falta de proteínas provoca la desintegración de las proteínas corporales y pérdida de masa muscular⁴</p> <p>Contribuye a mantener el equilibrio hidroelectrolítico, debido a la pérdida de líquidos por la quemadura.</p> <p>Disminuye la</p>	<p>✓ Se le pidió a la persona notificar la tolerancia de la dieta líquida</p> <p>✓ Cuantificación de líquidos</p>	<p>No se encontraron datos de deshidratación en mucosas y piel. Así como signos de hipovolemia</p>
---	--	---	--

⁴ Luque Guillen V. Estructura y propiedades de las proteínas. Trabajo para la obtención de Master. Universidad de Valencia. Pag: 25, 2017. Disponible en: https://www.uv.es/tunon/pdf_doc/proteinas_09.pdf

	posibilidad de deshidratación que compromete el estado general y retarda la evolución local de las heridas ⁵	ingeridos vía oral por turno	
--	---	------------------------------	--

⁵ Trejo J. Manejo de líquidos en el paciente quemado; guía rápida de acción y atención para pacientes quemados. Ciudad de Matanzas, Cuba. 2015

Dx. De enfermería

Deterioro de la movilidad física R/C quemadura eléctrica en miembros torácicos y pélvicos M/P limitación de la capacidad para habilidades motoras finas y limitación de la amplitud de movimientos

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Moverse y mantener una buena postura.	Fuerza	Suplencia	3	Dependiente

DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Escala de Daniel's grado 4 en miembros torácicos y grado 2 en miembros pélvicos	Le cuesta trabajo realizar actividades de autocuidado. La persona refiere "siento que no tengo fuerza y no siento cuando me tocan"

OBJETIVO DE LA PERSONA	"poder hacer mis cosas sin que me ayuden y caminar"
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Aumentar paulatinamente la movilidad de sus miembros torácicos y pélvicos. Evitar la hipertrofia muscular por desuso

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Realizar movimientos activos y pasivos en el arco de movimiento de miembros torácicos y pélvicos.	Los movimientos pasivos mantienen la movilidad y la función de las articulaciones y aumenta la circulación evitando contracturas por desuso. Los movimientos pasivos deben ser suaves y mantenidos, tienen como finalidad la conservación de todos los arcos articulares, evitando las tracciones bruscas que podrían inducir a la formación de bridas u osteomas para articulares que limitaran la movilidad que pretendemos articular. ⁶	<p>✓ Se alentaba a la persona a realizar los ejercicios que los rehabilitadores le habían recomendado</p> <p>✓ Se realizó valoración continua del grado de movilidad de la persona</p> <p>✓ Se registraron en la hoja de control de enfermería los cambios significativos de la movilidad y sensibilidad</p> <p>✓ Monitorización diaria del grado de fuerza de miembros torácicos</p>	<p>Se realizaron ejercicios con el equipo de terapia física y se mantuvieron articulaciones sin cambios notables.</p> <p>Se logró una mínima movilidad de extremidades de la persona.</p>

⁶ Pazos I. Riesgo de síndrome de desuso, plan de cuidados estandarizados en una unidad de reanimación postquirúrgica. Trabajo de grado. Licenciatura en enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. 2014. Disponible en <https://goo.gl/ZgBR6m>

	<p>El estiramiento brusco de las bridas pone en tensión los mifibroblastos que tienen a fabricar más colágeno la cual agrava mas⁷</p>	<p>✓ Se monitorizo diariamente el grado de sensibilidad y movilidad de miembros pélvicos</p>	
--	--	--	--

⁷ Lorente. Cuidados intensivos del paciente quemado. Facultad de medicina de la Universidad de Madrid. Pag.18, 2016.

Dx. De enfermería

Deterioro del autocuidado R/C contractura palmar y mano en garra M/P incapacidad para realizar cuidados primarios.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Necesidad de Higiene y protección de la piel	Fuerza	Suplencia	3	Dependiente

DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Escala de Daniel's grado 4 en miembros torácicos, mano en cuña con arco de movilidad al 30%	La persona refiere "no puedo hacer nada con las manos porque la mano lo tango como pegada y sin fuerza"

OBJETIVO DE LA PERSONA	"ya poder hacer mis cosas sin pedir ayuda"
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Contribuir a que la persona mejore la movilidad de miembros torácicos para realizar sus cuidados primarios por sí mismo

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN	EVALULACIÓN
Contribuir a que la persona obtenga independencia para la realización de sus cuidados primarios.	Virginia Henderson nos habla sobre la autorrealización del paciente y la importancia que la persona pueda reintegrarse y generar independencia a la mayor brevedad posible ⁸	<p>✓ Durante el turno se alentaba al paciente a realizar por sí mismo algunas tareas sencillas como la higiene bucal.</p>	No se logró la independencia en la realización de los cuidados primarios
Fomentar en el paciente los deseos de realizar por sí mismo sus actividades de autocuidado que su estado de salud se lo permite.	El sentimiento de autorrealización de la persona influye directamente a que comience a realizar actividades que le permitan recuperar paulatinamente su estado de salud e independencia ⁹	<p>✓ Se le brindaron estrategias para poder comer por sí mismo empleando la mano que si tiene movilidad</p> <p>✓ Se le proporcionaron instrumentos que le ayudaron a realizar de manera más sencillas sus</p>	La persona logro realizar algunas actividades de autocuidado como vestirse y desvestirse.

		actividades diarias como vestirse y desvestirse	
--	--	--	--

⁸ Varios autores. Valoración enfermera: patrones funcionales de M. Gordon y valoración por necesidades de Virginia Henderson. Enfermero/a Servicio Andaluz de Salud (SAS) volumen 2. Sevilla: Ediciones Rood. 2016: p 96-110

⁹ Delgado Rubio M., Hernández Rosales M., Ostiguiñ Meléndez R. Fundamentos filosóficos de propuesta de Virginia Avel Henderson. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2008. 4(1);24-27

Dx. De enfermería

Deterioro de la integridad tisular R/C lesiones dérmicas secundarias a quemaduras por electricidad de 2do y 3er grado M/P presencia de tejido necrótico, pérdida de la sensibilidad, pérdida de funciones motoras.

Necesidad alterada	Causa de dificultad	Rol de enfermería	Nivel de dependencia	Tipo de intervención
Evitar peligros	Fuerza	Suplencia	4	Dependiente

DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Lesiones dérmicas en mano y pies por quemadura eléctrica	La persona menciona que antes del accidente con el cable de alta tensión, no tenía lesiones en la piel.

OBJETIVO DE LA PERSONA	“sanar las llagas que tengo porque es lo que me hace no poder hacer nada”
OBJETIVO DE ENFERMERÍA	Mantener las lesiones dérmicas en buen estado, promoviendo la adecuada cicatrización y vigilar que no presente datos de infección

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EJECUCIÓN	EVALULACIÓN
Vigilancia continua del estado de la piel	Es importante realizar un análisis de los datos del paciente para mantener la integridad de la piel y evitar infecciones en zonas lesionadas. Una valoración oportuna cutánea permite al personal de enfermería realizar intervenciones que reduzcan el riesgo de presenta lesiones asociadas al alojamiento hospitalario ¹⁰	<p>✓ Valoración diaria del estado de las heridas</p> <p>✓ Registrar las características generales de la piel de la persona en el registro electrónico de enfermería</p>	Se logró mantener en buen estado las lesiones dérmicas
Mantener humectada la piel del área epitelizada con aceite	El agua por medio de sus estratos más externos regula las sustancias provenientes de las secreciones de las glándulas	<p>✓ Posterior al baño se le recomienda hidratar la piel con aceite o crema corporal sin alcohol ni perfumes</p>	El estado en general de la piel mejoro por la humectación brindada por el producto utilizado para la hidratación cutánea

¹⁰ Fundación Centro Médico del Norte. Guía para el cuidado de la piel y prevención de úlceras por presión. Hospital Universidad del Norte. Colombia. 2015 p. 10

<p>Vigilar y eliminar fuentes de fricción y presión en la cama.</p> <p>Realizar curaciones con solución antiséptica: Clorhexidina 2%</p>	<p>sudoríparas del metabolismo celular, lo cual disminuye el riesgo de resequedad y lesión en la piel¹¹</p> <p>El rozamiento se define como la fuerza de fricción entre dos superficies de contacto. Dicha fricción puede provocar lesiones cutáneas que con el factor de tiempo prolongado puede desencadenar ulceraciones. Los pacientes limitados en movilidad confinados a la cama por periodos prolongados presentan un alto riesgo de lesión en la integridad cutánea.¹²</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se le realizó cambio de ropa clínica diaria y tendido de cama evitando dejar bordes ✓ Se le auxiliaba a la persona a pasarse a reposet durante el día ✓ Lavado de manos clínico antes de realizar curaciones en las heridas ✓ Realiza curación posterior al baño, evitando la humedad en la herida. 	<p>No se reportaron nuevas lesiones derivadas del deterioro cutáneo</p> <p>Se mantuvieron las heridas por quemadura sin datos de infección.</p>
--	--	--	---

¹¹ I bid. Pag.16

¹² González M. Seazn. Funciones del sistema tegumentario y como ayudar a nuestra piel. 2014 Pág. 109.

	Antiséptico de elección en pacientes quemados debido a que proporcionan protección frente a gérmenes Gram + y Gram - ¹³		
--	--	--	--

¹³ Valdés Mesa S., Palacios Alfonso I., Mariño Fernández J. Tratamiento integral del paciente gran quemado. Rev Cub Med Mil [Internet] 2015 [Consultado el 20 Mar 2018] 44(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000100016

7.5 Evaluación

7.5.1 Evaluación de las repuestas de la persona

Al comienzo de la evaluación de la persona y el plan de cuidados, se establecieron metas que le permitirían al paciente mantener un estado de salud óptimo.

Las intervenciones de enfermería le brindaron de manera general un estado de seguridad y confort según lo referido por el paciente. Retomando las necesidades que la persona mantuvo alteradas, podemos indicar que la necesidad de movilidad y mantenimiento de una buena postura se logró corregir hasta cierto punto, por la etiología de la patología la necesidad de continuar con la rehabilitación física aun después de su alta hospitalaria es de vital importancia, ya que sin ella el restablecimiento de su movilidad jamás podrá lograrse. En el caso de nutrición e hidratación, a pesar de la información proporcionada acerca de las consecuencias que podría tener continuar con una dieta únicamente a base de multivitamínicos, lo ignoro, solo tolero la ingesta extra de gelatina por lo que no se lograron grandes cambios en la evaluación de esta intervención. Para la evaluación del autocuidado el paciente logro obtener independencia en vestido y desvestido, no así en otras actividades como el aseo diario. Por lo que puedo concluir que si bien no se obtuvieron los resultados esperados, si se mantuvo el estado óptimo de salud de la persona.

7.6.2 Evaluación del Proceso

La elaboración del Proceso de Enfermería se aplicó de manera satisfactoria, sin embargo, el tiempo insuficiente en el área de hospitalización sub-agudos impidió poder observar cambios significativos en el estado de salud de la persona

Por otra parte, la recopilación de información para la elaboración del Proceso fue complicada hasta cierto punto, existe información sobre pacientes quemados y su manejo, pero desafortunadamente mucha de esa información podría considerarse obsoleta pues cuenta con más de 5 años de antigüedad y no existe información

actualizada acerca de la intervención de la enfermera perioperatoria a pacientes quemados, limitando mis fuentes de consulta.

8. PLAN DE ALTA

El plan de alta debe comunicarse con antelación al paciente y familia, es un apoyo didáctico para garantizar el proceso de los cuidados, y la coordinación interprofesional va a facilitar la comunicación para resolver dudas acerca de los cuidados que se van a proporcionar a la persona, evita complicaciones y disminuye los errores.

Utilizando la nomenclatura CUIDARME que por sus siglas significa: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso de tiempo libre, Medicamentos y tratamiento no farmacológico y Espiritualidad.

C	Referirlo al área de psicología, así como continuar con el tratamiento impartido por el área de cirugía plástica y reconstructiva para minimizar las cicatrices hipertróficas y queloides de su cuerpo. Continuar con rehabilitación física para recuperar la funcionalidad de sus miembros torácicos y pélvicos, y así lograr paulatinamente independencia para poder realizar sus actividades diarias.
U	Comunicarles a la persona y su cuidador primario los datos de alerta para identificar alguna infección en la herida quirúrgica o rechazo precoz de injerto.
I	Proporcionarle a la persona y al cuidador primario el tríptico informativo de los cuidados post quirúrgicos que deberá tener en donde se aplicó el injerto, así como los cuidados propios para mantenerlo estable.
D	Alentarlo a continuar con su ingesta de multivitamínicos, para ayudar a la persona a que fuera del ambiente hospitalario pueda seguir manteniendo un estado nutricional, y reiterarle la importancia de

	<p>tratar de cambiar a una dieta blanda para incrementar su aporte calórico. Debido a su estatus económico, no podemos pedir al familiar que le de alimentos específicos que quizá no pueda adquirir, adecuando una dieta hipercalórica e híperproteica que se encuentre al alcance de la persona</p>
A	<p>Reiterar a la persona y familiar que las heridas y la zona injertada deberán estar el mayor tiempo posible limpias, secas y cubiertas</p>
R	<p>Recordarle a la persona que puede reintegrarse a su vida como la tenía antes de su accidente, sin embargo, por un tiempo no podrá hacer todas las actividades que realizaba con anterioridad, pero con ayuda de la rehabilitación física y su tratamiento médico podrá recuperarse de manera más pronta. Reiterar que será un proceso largo para poder reestablecer todas sus funciones y que deberá tener paciencia y no dejar a un lado ninguno de sus tratamientos.</p>
M	<p>Informarle a la persona y cuidador en que consiste el tratamiento farmacéutico, así como la dosis, el número de días y la forma en la que se deberán tomar dichos medicamentos asegurándose que la información haya sido clara corroborándolo con el familiar y la persona</p>
E	<p>Recordar a los familiares de la persona la importancia de brindar apoyo a su familiar para lograr una recuperación tanto física como emocional, rodearlo de amor, comprensión y apoyo durante el largo camino a la recuperación</p>

9. CONCLUSIONES

El estudio de caso constituye una herramienta metodológica valiosa en el proceso de aprendizaje en el alumno perioperatorio permitiendo elaborar un proceso de atención de enfermería enfocado en las necesidades alteradas, planificando una serie de intervenciones especializadas y encaminadas al bienestar de la persona

Como especialistas perioperatorios abarcamos tres periodos diferentes (pre, trans y post operatorio) que representan para el profesional de enfermería un reto en la atención de cada persona.

10. SUGERENCIAS

Siendo un caso tan interesante me hubiera gustado haber tenido la oportunidad de permanecer más tiempo con la persona para conocer el manejo en el transoperatorio del aloinjerto así como en el banco de piel.

BIBLIOGRAFIA

1. Servin ,Rodas M. Nutrición Básica y Aplicada ; 2ª ed; Universidad Nacional Autónoma de México; abril de 2012
2. Marion Johnson y cols. Interrelaciones Nanda Nic Noc diagnósticos de enfermería resultados e intervenciones. 2a ed; Elsevier; España 2016
3. PLM Diccionario de Especialidades Farmacéuticas 2012; Facultad de medicina UNAM Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx>
4. Balanguer G. Evolución de la Enfermera y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera de cuidados paliativos. Universidad Internacional de Catalunya. 2014; 7-14.
5. Asesores en Emergencias y Desastres.[Internet] Manejo y control de quemaduras en México. 2014. ND. Disponible en: <http://www.asemde.com.mx>
6. Delgado Rubio M., Hernández Rosales M., Ostiguin Meléndez R. Fundamentos filosóficos de propuesta de Virginia Avel Henderson. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2008. 4(1);24-27.
7. Ruiz Mora J. Las quemaduras, su tratamiento por injerto de piel. Revista de la Facultad de Medicina Bogotá. 2012.15(11)
8. Pinzón de Salazar L. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2013. 2(3).

9. Álvarez, M. Flores, R. Hernández, H. Martínez, C. Escamilla. Una segunda piel: tratamiento con sustitutos dérmicos. Revista Médica MD. 2014; 4(1)
10. Piñeros J., Roa R., Cuadra A., Mora C., Guler K. ,Pereira N.,Calderón E. Cobertura con injerto dermoepidérmicos mediante técnica MEEK en el tratamiento de grandes quemados. Revista Chilena de Cirugía. 2013; 62(4).
11. R.Roa., c. Taladiz. Uso actual de sustitutos dérmicos en cirugía reparadora. Revista Chilena. 3015; 67 (7).
12. Ayuso D. Enfermería familiar y comunitaria. Actividades asistenciales y aspectos éticos-jurídicos. Ed. Díaz de Santos; España 2015.
13. Safflel J. Graves C. Soporte nutricional del paciente quemado. 2010
14. Pazzosl. 2014. Riesgo de síndrome de desuso, plan de cuidados Estandarizados en una unidad de reanimación postquirúrgica. Trabajo de grado. Licenciatura en enfermería. Escola Universitaria de Enfermería Acuruña, Curuña España
15. Sanabria T.L, Otero C.M., Urbina L.O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super 2012; 16 (4)
16. Lozano A. Marco Conceptual de enfermería generalidades. Oposiciones de enfermería. España: Manual C.T.O; 2011. P. 214-216.
17. Varios autores. Valoración enfermera: patrones funcionales de M. Gordon y valoración por necesidades de Virginia Henderson. Principales teoría y modelos Enfermero/a Servicio Andaluz de Salud (SAS) volumen 2. Sevilla: Ediciones Rodod. S. Coop; 2016. p 96-121.

18. Barranco A. Metodología de Enfermería. Enfermero/a. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) vol. II. Madrid: CEP; 2016. p. 15-27
19. CNDH. Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud. México. 2015: p 14-15.
20. De los Aspectos Éticos de la investigación en seres Humanos. Reglamento de la ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. capítulo I. Actualizado en 2016.
21. Henao A, Fernández C, García N, Orozco P. Manejo de las heridas quirúrgicas, desde el tipo, técnica e insumos utilizados en una IPS. Rev Invest Univ Quindío. 2014; 26(1) 76-94
22. Martínez Trujillo N. La ética y la investigación en enfermería. Revista Cubana Enfermería. 2013; 26 (1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100006&lng=es.
23. Donado Gómez, J., Ramírez González, J., Trujillo Castro, S., Barco Atehortúa, G., Jaramillo Velásquez, S. Valores de hemoglobina y hematocrito en más de 100 mil donantes del banco de sangre del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín-Colombia, 2014; 32 (2), 89-98
24. Corredor R., C. Separación rápida de leucocitos de sangre periférica. Revista de la Facultad de Medicina. 2013, 42(1), Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31114>
25. Lorente. Cuidados intensivos del paciente quemado. Guía de atención a pacientes quemados de CENIAQ

26. Pinares Astete E., Cieza Zevallos A., Castillo Fernández N. Confiabilidad de las mediciones de urea e implicaciones en el cálculo de KT/V en pacientes en hemodiálisis. Revista Médica Herediana, 2003; 14(1). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/76>
27. B. Perzzi, Angerosa M. Creatinina en sangre: calidad analítica e influencia en la estimación del Índice de Filtrado Glomerular. Acta bioquímica clínica latinoamericana. Chile, 2011; 2(45)
28. Carbajal A. Manual de nutrición dietética. Facultad de farmacia de la Universidad Complutense de Madrid. Pag.18, 2016.
29. Saffel J. Graves C. Soporte nutricional del paciente quemado. Pag. 206, 2013
30. Ayuso D. Enfermería familiar y comunitaria. Actividades asistenciales y aspectos éticos-jurídicos. Ed. Díaz de Santos; España 2015.
31. González M. Seazn. Funciones del sistema tegumentario y como ayudar a nuestra piel. 2011 Pág. 109
32. Pazos I. Riesgo de síndrome de desuso, plan de cuidados estandarizados en una unidad de reanimación postquirúrgica. Trabajo de grado. Licenciatura en enfermería. Escola Universitaria de Enfermería. 2014. Disponible en <https://goo.gl/ZgBR6m>
33. Fundación Centro Médico del Norte. Guía para el cuidado de la piel y prevención de úlceras por presión. Hospital Universidad del Norte. Colombia. 2013 p. 8-10

34. Hernández Y. Paro cardíaco transoperatorio. Revista Colombiana de Anestesiología, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Colombia. 2013; 30(2):7-9.
35. Castillo Monzon C., Candia Arana A., Marroquín Valz F., Benavides Mejía J., Álvarez Gómez J. Manejo de la temperatura en el perioperatorio y frecuencia de la hipertermia inadvertida en un hospital general. Rev Colomb Anestesiología. 2013; 41(2) Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/es/manejo-temperatura-el-perioperatorio-frecuencia/articulo/S0120334713000130/>
36. Andrzejowski, D. Turnbull, A. Nandakumar, S. Gowthaman, G. A randomised single blinded study of the administration of pre-warmed fluid vs active fluid warming on the incidence of peri-operative hypothermia in short surgical procedures. Anesthesia. 2014 (6)6, pp. 942-945
37. Tobo Vargas I. La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica esteril. Av. Enferm. 2013; 31(1) 159-169
38. Schulte-Helbruggen V., Pedemonte S. Gallardo F., Pelissier T. Profilaxis antibiótica en cirugía oral. Experiencia en la clínica odontológica Universidad del Desarrollo-La Florida. Sociedad de Farmacología de Chile. 2013; 9(1). 40-47
39. Berry E, Kohn M, Atkinson L. Asepsia y principios de técnica estéril. En: Berry E, Kohn M. Técnicas de quirófano México: Interamericana; 2014.p.70
40. Valencia Gómez L., Martel- Estrada S., Vargas Requena C., Rodríguez González I. Apósitos de polímeros naturales para regeneración de la piel. Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica

41. Morgado P.I., Aguiar A., Correia J.I., Asymmetric membranes as ideal wound dressing: An overview on production methods, structure, properties and performance relationship, Journal of Membrane Science. 2015; 139-151.
42. Facmed [internet]. 2017. Farmacología clínica. Consultado el 17 de enero del 2018. Disponible en <http://www.facmed.unam.mx>
43. Urbina J. [internet]. ND. Organó Informativo del Departamento de Medicina Familiar. Consultado el 17 de enero del 2018. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm111/revfarmaco.html>
44. Doctoralia-MedlinePlus (Internet]. ND. Ulcoderma-prospecto. Consultado el 17 de enero del 2018. Disponible en: <https://www.doctoralia.com.mx/medicamento/ulcoderma-56358>

ANEXOS

Indicaciones médicas farmacéuticas:

1. Complejo B/ Ketoprofeno c/12 horas

Indicaciones terapéuticas: Dolor asociado a inflamación, dolor dental, traumatismos, dolor postquirúrgico, esguinces, tendinitis, dolores musculares y tendinosos

Contraindicaciones: En pacientes alérgicos a ketoprofeno, ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos, así como pacientes con afectaciones severas gastrointestinales, coagulopatías o hemorragias

2. Hidrocloritiazida c/24 horas.

Indicaciones terapéuticas: Hipertensión esencial, angina crónica estable, angina espasmódica, insuficiencia cardíaca o sospecha tipo I y II

Contraindicaciones: Pacientes con estenosis aortica, miocardiopatía obstructiva, insuficiencia renal, angina inestable.

3. Ulcoderma ungüento, aplicar después de curaciones

Ungüento indicado en el tratamiento de diversas lesiones dérmicas postraumáticas y tróficas y en general para ayudar a cualquier proceso de cicatrización tórpida o viciosa que tienda a la cronicidad y, por lo tanto, se requiera acelerar la limpieza, granulación y epitelización de la lesión.

Oxigenoterapia

¿Tiene algún problema para respirar? No.

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando realiza alguna actividad física?

No

¿Toma algún medicamento? No

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos)

Tos: No, Sí Expectoración: No, Sí.

Características de Colgajo

Coloración de la piel: con ligera palidez en tegumentos, semihidratada Llenado capilar: 3 segundos

Observaciones: heridas secundarias a quemadura de 2do y 3er grado por electricidad en miembros torácicos y pélvicos, así como algunas zonas donadoras de injerto cutáneo en proceso de cicatrización en tórax

Signos vitales:

Respiración: 18 rpm Ritmo: regular SPO2: 96 %

Expansión torácica: Simet_____

Profundidad: Profunda_____

Pulso: 81 lpm Ritmo: Regular Intensidad: Fuerte

Tensión arterial: 138/78 mm Hg.

2. Alimentación e hidratación:

Ministración de soluciones Parenterales: So.I Hartman 1000 ml p/24 hrs.

Tolerancia vía oral: Ayuno por 24hrs

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia?: Negados

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, desde su accidente no puede comer, refiere sentir malestar gástrico “me arde al comer cosas sólidas” por ello prefiere el consumo de multivitamínico que le “ha caído bien”, es lo único que actualmente.

¿Por qué? No refiere molestia

3. Eliminación.

Vigilancia de sonda vesical: No Volumen urinario: No Características: No

Micción espontánea: SI No

Tipo de drenaje: Ninguno volumen: No características: No

Evacuación: Bristol tipo 5 Características: normales

¿Fecha de Última menstruación?: No aplica

Ritmo: No aplica

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Dismenorrea No, Si.

4. Movimiento y mantener buena postura

Posición Postquirúrgica

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No, Si. Especifique: pérdida de la sensibilidad en ambos miembros pélvicos, lesión en región plantar de 10cm aprox en ambos miembros secuelas por quemadura eléctrica

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, Si. Especifique cuales: dolores musculares en miembros torácicos, contractura en mano izquierda (mano en garra) secuela a quemadura por electricidad

Movimientos involuntarios No, Si. Describa:

Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. No.

Mareos, pérdida del equilibrio o desorientación. No.

Escala de Daniel's 4 en miembros torácicos y 2 en miembros pélvicos

5. Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme habitualmente?: la noche 4-6-hrs refiere tardarse en conciliar el sueño, durante el día no realiza siestas

¿Presenta alguna alteración del sueño? No

6. Vestido

¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No

Por secuelas de quemadura en miembros torácicos (amputación del primer orjejo de mano derecha, contractura muscular cubital y palmar en mano izquierda)

7. Termorregulación

Presenta alteración de la temperatura: No

Antipiréticos ministrados

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña?: uno día si otro no

¿Sabe cuando lavar sus manos?: Si

¿Cada cuando cepilla sus dientes?: 1 vez al día con ayuda de su esposa (cuidador primario)

9. Evitar peligros

Riesgo de Caídas

Valoración de Riesgo	Puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Incontinencia urinaria	1
Déficit sensorial (auditivo, visual)	2 sensibilidad
Desarrollo psicomotriz 0-5 años	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total	15

Determinar el grado de riesgo de caídas		
Mediano Riesgo	3 a 7	Amarillo

Esquema de inmunizaciones completo No

Autoexploración mamaria No aplica

¿Consumo de drogas de uso no médico? No,

Datos de infección en herida quirúrgica: No

Curación de heridas quirúrgicas con clorhexidina al 2% y aplicación de ulcoderma después del baño

Antibioticoterapia: No

10. Comunicación

Idioma materno: Español

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No

¿Afectación verbal? No

¿Tiene dificultad para? Comprender No, Aprender No, Concentrarse: No, .

Lectoescritura: No,

¿Cómo es la comunicación con su familia?: buena en ocasiones se aleja por estado de ánimo o preocupaciones

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida?: familia

¿Además de ese valor que otras cosas son importantes?: salud, amor respeto

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

a) Lee con frecuencia

b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros

d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo

12. Trabajar y realización

¿Trabaja ? No actualmente, antes del accidente era obrero, trabajaba de albañil y carpintero

¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No,

¿Necesita algún cuidado especial? No, ¿Cuál? Es dependiente de su cuidador

¿Su limitación es temporal? No, Si. ¿Puede trabajar? No, Si.

¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, Si. ¿Cuál? Para bañarse, vestirse apropiadamente le es difícil, lavarse los dientes, peinarse, escribir (el paciente refiere que cualquier actividad que involucre a las manos le es difícil o imposible, de igual manera no puede realizar nada con los pies) mover los pies. No puede deambular,

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse?

Pocas veces

¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? El tiempo

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse?

TV/Música, Reuniones con amistades y familiares

¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No.

¿Qué medicamento le indicaron?

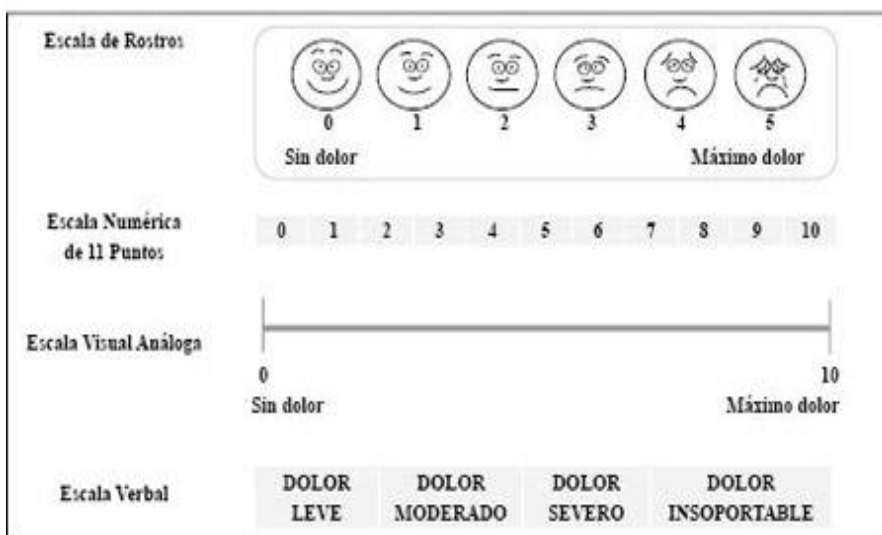
14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No

¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender?

Casi no me cuesta trabajo_

Figura 1. Escalas para valoración de la intensidad del dolor



ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESCALA BRADEN					
PUNTOS		1	2	3	4
ESCALA BRADEN	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12		
	RIESGO MODERADO	≤14			
	RIESGO BAJO	≤16			

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

CODIGO DE EVACUACIONES BRISTO

Escala de Evacuación de Bristol

Tipo 1		Heces duras en escóbalos o como avellanas (dificiles de evacuar)
Tipo 2		Heces caprinas apelotonadas en forma de salchicha
Tipo 3		En forma de salchicha pero con grietas en la superficie
Tipo 4		En forma de salchicha o serpiente, lisa pero blanda y suave
Tipo 5		Fragmentos separados pero con bordes bien recortados
Tipo 6		Piezas sueltas de bordes irregulares, pastosas
Tipo 7		Completamente líquidas

FUERZA MUSCULAR

Escala de Daniels

0 = Ninguna respuesta muscular

1 = El músculo realiza una contracción visible o palpable aunque no se evidencia de movimiento

2 = El músculo realiza todo el movimiento sin efecto de la gravedad sin resistencia

3 = El músculo realiza todo el movimiento contra la gravedad sin resistencia

4 = El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y con moderada resistencia manual

5 = El músculo soporta una resistencia manual máxima y el movimiento es posible en toda su amplitud, contra la gravedad.



artículos — búsqueda de artículos

[sumario](#) [anterior](#) [próximo](#) [autor](#) [materia](#) [búsqueda](#) [home](#) [alfab](#)

Mi SciELO

Revista Cubana de Enfermería

versión On-line ISSN 1561-2961

Rev Cubana Enfermer v.22 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2006

Reflexión y debate

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

Enfermería ciencia y arte del cuidado

MsC. Carlos Agustín León Román¹

Resumen

En el recorrido transversal de los saberes, desde *Florence Nightingale* a la actualidad, varias teorías de enfermería sustentan en sus postulados que "...la enfermería es ciencia y arte..." , se destaca el cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería. El propósito de este trabajo es intercambiar criterios sobre la enfermería como ciencia y arte. En el primer trimestre del año 2006, se realizó una revisión bibliográfica que incluyó diversos libros de textos y se consultaron expertos en esta temática para ampliar los conocimientos relacionados con los fundamentos de la enfermería. Se detallaron los criterios que sustentan a la

enfermería como ciencia y arte, basado en el estudio analítico de la bibliografía consultada. La Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo



artículos ————— búsqueda de artículos

[sumario](#) [anterior](#) [próximo](#) [autor](#) [materia](#) [búsqueda](#) [home](#) [alfab](#)

Revista chilena de cirugía

versión On-line ISSN 0718-4026

Rev Chil Cir v.62 n.4 Santiago ago. 2010

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000400018>

Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - Nº 4, Agosto 2010; pág. 415-418

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Cobertura con injerto dermoepidérmicos mediante técnica MEEK en el tratamiento de grandes quemados*

Skin graft using MEEK technique for skin coverage in severe burned patients

Drs. JOSÉ PIÑEROS B.¹, RICARDO ROA G.¹, ÁLVARO CUADRA C.¹, CARLA MORA P.¹ KENNETH GULER G.¹, NICOLÁS PEREIRA C.¹, WILFREDO CALDERÓN O.¹

¹Servicio de Cirugía Plástica y Quemados Hospital del Trabajador. Santiago, Chile.

Dirección para correspondencia

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los grandes quemados, con quemaduras de 2º grado profundo y 3º grado, representan un desafío para el cirujano debido, entre otros factores, a la limitante que significa el déficit de zona dadora de autoinjertos¹.

Con los avances realizados por las unidades de cuidados intensivos, la mortalidad en la primera fase del gran quemado ha disminuido considerablemente², sin embargo, el manejo quirúrgico de estos pacientes aún presenta limitaciones¹. En relación a esto, se sabe que el pronóstico del paciente depende de la realización de escarectomía y cobertura precoz³. Para restituir la cobertura en grandes quemados, a



artículos ————— búsqueda de artículos

sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

-
-  Permalink

Revista chilena de cirugía

versión On-line ISSN 0718-4026

Rev Chil Cir vol.67 no.6 Santiago dic. 2015

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000600015>

CIRUGÍA AL DÍA

USO ACTUAL DE SUSTITUTOS DÉRMICOS EN CIRUGÍA REPARADORA*

Current use of dermal substitutes in reconstructive surgery

Drs. Ricardo Roa G.¹, Cristian Taladriz R.¹

¹ Departamento de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital del Trabajador de Santiago. Santiago, Chile.

Correspondencia a:

Abstract

There are many different types of skin substitutes available on the market. They help us to achieve better outcomes in acute burn treatment and their complications. Some of this skin substitutes are intended as temporary covers and others are intended to be used in the surgical management of deep burns. It is important to know the individual characteristics of each one of these different skin substitutes so that we can determine the optimal role of them in treatment of the different types of burns and their complications.

Clasificación, fisiopatología y recomendaciones sobre el empleo de los injertos de piel

Los colgajos y los injertos son los dos principales procedimientos para la reparación de la pérdida de piel y su corrección estética.



Autor: Dr. Kearney JN. Fuente: Comentario y resumen objetivo: Dr. Ricardo Ferreira Clin Dermatol. 2005 Jul-Aug;23(4):357-64.

Los colgajos y los injertos son los dos principales procedimientos para la reparación de la pérdida de piel y la corrección estética de cicatrices invalidantes. En general, se prefieren los colgajos porque permiten el uso de piel próxima a la zona a reparar, lo que les confiere características ideales de superficie para un resultado estético. Sin embargo, en algunas zonas anatómicas, la relativa inmovilidad y la escasa disponibilidad de tejido alrededor de la herida, o su compromiso trófico, hacen impracticable el colgajo local.

Injerto

El injerto es la forma más simple de cubrir una pérdida de superficie. Consiste en la transferencia de un segmento de piel de espesor y superficie variable que es completamente extraída de su sitio original (área donante



← [Artículo anterior](#) | [Vol 41. Núm 2. Abril - Junio 2013](#) | [Artículo siguiente](#)

Rev Colomb Anesthesiol 2013;41:97-103 - Vol. 41 Núm.2 DOI: 10.1016/j.rca.2013.03.002

Investigación científica y tecnológica

Manejo de la temperatura en el perioperatorio y frecuencia de hipotermia inadvertida en un hospital general

Temperature management during the perioperative period and frequency of inadvertent hypothermia in a general hospital

Caridad Greta Castillo Monzón^{a,??}, César Augusto Candia Arana^a, Hugo Antonio Marroquín Valz^b, Fernando Aguilar Rodríguez^a, Jairo Julián Benavides Mejía^c, José Antonio Alvarez Gómez^a

^a Especialista en Anestesiología y Reanimación, Servicio de

Recibido 20 noviembre 2012, Aceptado 14 febrero 2013

Resumen

Introducción

La hipotermia perioperatoria está asociada con mayor morbimortalidad, por lo que la temperatura del paciente quirúrgico debería ser una preocupación fundamental; sin embargo, es el parámetro fisiológico menos valorado.

Objetivos

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN BIBIOGRÁFICA REVISTA MEXICANA DE Vol. 37, No. 3, Sep-Dic 2016, pp. 235-249 ibINGENIERÍA

BIOMÉDICA [dx.doi.org/10.17488/RMIB.37.3.4](https://doi.org/10.17488/RMIB.37.3.4) Apósitos de polímeros naturales para regeneración de piel L.E. Valencia-Gómez¹ , S.A. Martel-Estrada² , C.L. Vargas-Requena³ , C.A. Rodríguez-González¹ , I. Olivas-Armendariz¹ 1

Instituto de Ingeniería y Tecnología, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. 2

Instituto de Arquitectura, Diseño y Arte, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. 3

Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

RESUMEN El presente artículo es una amplia revisión bibliográfica de algunos de los polímeros naturales más utilizados en la fabricación de apósitos para curación de heridas cutáneas y regeneración de piel en los últimos años. Asimismo, se presenta un análisis descriptivo de los polímeros de origen natural más estudiados en la ingeniería de tejidos, remarcando sus propiedades físicas, químicas y biológicas. Encontrando que las investigaciones más recientes se han centrado en la exploración de apósitos a partir de biopolímeros como una alternativa a los materiales sintéticos derivados del petróleo, debido a las propiedades que poseen, como una mayor biodegradabilidad, biocompatibilidad y sostenibilidad por ser obtenidos naturalmente. Sin embargo, aún no existe un apósito ideal que pueda ser aplicado de manera eficiente en todos los tipos de heridas; por lo que los investigadores se han enfocado en el desarrollo y la optimización de apósitos que satisfagan la mayoría de las necesidades para una etapa en particular de la herida. Palabras clave: regeneración de piel, biomateriales, biopolímeros, apósitos, materiales poliméricos

PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA ORAL. EXPERIENCIA EN LA CLINICA ODONTOLOGICA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO-LA FLORIDA. PARTE I.

(Antibiotic prophylaxis in patients undergoing oral surgery at the Clínica Universidad del Desarrollo-La Florida. Part I). Verónica Schulte-Herbrüggen K. 1 , Stefania Pedemonte V. 1 , Fernando Gallardo R. 2 , Marta Morales D. 1 , Teresa Pelissier S. 1,2,* 1

Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile;
2 Programa de Farmacología Molecular y Clínica, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

. RESUMEN

Es ampliamente aceptado el uso de una profilaxis antibiótica, ya sea con fines de prevenir una enfermedad (profilaxis médica) o infecciones postoperatorias después de ciertos procedimientos quirúrgicos (profilaxis quirúrgica), y cada cierto tiempo se imparten guías al respecto con el propósito de prevenir la creciente resistencia microbiana a los agentes quimioterapéuticos. En odontología existe una amplia gama de opiniones en relación a las indicaciones y la necesidad de la administración de profilaxis antibiótica. El objetivo de este trabajo fue describir el uso de profilaxis antibiótica en una muestra de pacientes sometidos a exodoncias en el año 2013 en la Clínica UDD-La Florida, Santiago, Chile para evaluar si la profilaxis utilizada en dicha clínica coincide con los criterios internacionales y nacionales. Se analizaron 898 fichas clínicas electrónicas de pacientes sometidos a exodoncias para describir el uso o no de profilaxis antibiótica según criterios de indicación. En un 76% se cumplió con los criterios internacionales y nacionales, sin embargo en un 14% de los pacientes hubo una innecesaria profilaxis, y en un 10% de los pacientes se efectuaron las atenciones sin una terapia antibiótica previa, aunque de acuerdo a estas normas debieron haberla recibido. La mayoría de las indicaciones cumple con los criterios de indicación de profilaxis antibiótica recomendados a nivel internacional y nacional, aunque se observa una leve tendencia a la sobreutilización. Palabras Claves: profilaxis antibiótica; exodoncias; revisión de fichas; criterios

av.enferm., XXXI (1): 159-169, 2013

Artículo de revisión

La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril

Nursing staff and patient security vision in the operating room regarding asepsis and sterile technique
O recurso humano de enfermagem e a visão de segurança dos pacientes na sala de cirurgia nos aspectos vinculados com assepsia e técnica estéril
Nohora Isabel Tobo Vargas*

Resumen El profesional de enfermería en la mayoría de los casos tiene a su cargo y es de su responsabilidad hacer una supervisión y comprobación periódica de los diversos procesos administrativos y operativos, de aplicación rigurosa de las normas y principios de asepsia y antisepsia quirúrgica. Es de vital importancia la aplicación de la técnica aséptica para evitar que las personas que ingresan por cualquier procedimiento quirúrgico adquieran infecciones en razón a la susceptibilidad en particular en el quirófano. Estos principios son de obligatoriedad conocer y aplicar, no por unos pocos sino por todo el personal que labora en el quirófano. Es responsabilidad de los profesionales de la salud y del personal auxiliar que ayuda en los quirófanos cumplir y hacer cumplir las normas establecidas para brindar un ambiente seguro a toda persona que necesita de una intervención quirúrgica. Todos los procesos necesitan ser evaluados y auditados para verificar sus resultados. Palabras claves: seguridad quirófanos, asepsia y antisepsia, auditoria enfermería. (Fuente: DeCS, BIREME). Abstract The nurse in most cases is responsible and it is their responsibility to do oversight and regular review of the various administrative and operational processes, implementing rigorous standards and principles of aseptic surgery. It is vital to the implementation of aseptic technique to prevent people entering for any surgical procedure due to infections acquired

Revista Colombiana de Anestesiología

ISSN: 0120-3347

publicaciones@scare.org.co Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación Colombia Hernández, Yamileth Irina

Paro cardiaco transoperatorio

Revista Colombiana de Anestesiología, vol. XXX, núm. 2, 2002 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación Bogotá, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195118154006> Cómo citar el artículo Número completo

ARTICULO DE REVISIÓN Paro cardiaco transoperatorio* Yamileth Irina Hernández** RESUMEN El paro cardiaco transoperatorio se puede presentar como una complicación asociada al acto anestésico, al acto operatorio o a ambos. La incidencia de estos eventos ha ido disminuyendo en las dos últimas décadas como consecuencia de mejoras en la monitorización y vigilancia de los pacientes. El conocimiento y aplicación de las normas de reanimación cardiopulmonar se extiende al periodo perioperatorio. Los anestesiólogos debemos ser expertos en reanimación cardiopulmonar dentro y fuera del escenario quirúrgico. En este artículo se revisan la incidencia y etiología del paro cardiaco transoperatorio y se hace especial énfasis en el manejo estructurado y secuencial de esta emergencia. SUMMARY Cardiac arrest is an acute complication associated with the anesthetic intervention, the surgical procedure, or both. By improving the surveillance of the patients and new advances in monitoring thecnology, its incidence is lowering. The knowledge acquired in cardiopulmonary resuscitation during perioperative period and several controls in places like Rx diagnostic procedures, recovery rooms and intensive care unit, also contributes to decrease its old ocurrence. The incidense and ethiology