

**POSGRADO DE ENFERMERÍA
ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS
GENERACIÓN 2018-2019**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
“Proceso Atención de Enfermería en paciente gran
quemado”**

Para obtener el diploma de la Especialidad de Enfermería en
Cuidados Intensivo.

Alumno que presenta: L.E. Medina Cervantes Adriana

Director de trabajo de investigación: Dra. Bernal Pérez Tejada Norma
Angélica

Julio, 2021.



ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
3.	JUSTIFICACIÓN.....	4
4.	OBJETIVO.....	5
5.	METODOLOGIA.....	6
6.	MARCO TEORICO.....	7
6.1	PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....	7
6.2	CALLISTA ROY.....	10
6.3	MODELO DE ADAPTACIÓN DE ENFERMERÍA DE CALLISTA ROY.....	16
6.4	QUEMADURAS.....	21
7.	PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO.....	32
8.	GUIA DE VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA.....	40
9.	RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO.....	55
10	PLAN DE ALTA.....	71
10.	CONCLUSIONES.....	74
12.	GLOSARIO.....	75
13.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	77
14.	ANEXOS.....	79



1. INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ser cambiante que atraviesa por procesos biológicos, cognitivos, conductuales y emocionales, pueden generar inestabilidad y aumentar la vulnerabilidad frente a situaciones estresantes, como en el caso de una quemadura de segundo o tercer grado no solo afectando su imagen corporal sino que genera un trastorno psicológico, como baja autoestima, afecta sus relaciones sociales e interpersonales.; en este proceso se pueden hacer visibles características personales relacionadas con el pensamiento, sentimientos y acciones individuales, con la finalidad de buscar adaptarse al ambiente intrahospitalario y extrahospitalario a través de recursos innatos o adquiridos.

El paciente quemado constituye actualmente uno de los escenarios más complejos. La gravedad de estos pacientes debe ser tratado de manera continua, lo que implica acciones o intervenciones de enfermería basado en la práctica del juicio clínico mediante la aplicación del proceso atención de enfermería, siguiendo el modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.

Para Roy, la persona es un ser biopsicosocial, holístico y adaptativo que enfrenta situaciones de estrés, es un ser cambiante porque atraviesa un proceso de crecimiento; se genera un ciclo de entrada, proceso y salida, por ende desarrolla mecanismos de afrontamiento como el regulador, que controla procesos internos; y el cognitivo, tiene el propósito de regular el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia. (Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-sida según modelo Callista Roy, 2013)



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, estima las quemaduras ocasionan aproximadamente 180 000 muertes al año, que en su gran mayoría tienen lugar en los países de ingreso bajo y mediano. Las lesiones por quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad (OMS, 2018).

Hoy por hoy, las quemaduras son un problema de salud pública ubicado dentro de las 20 principales causas de morbilidad en México. Las quemaduras se producen mayormente en el ámbito doméstico y laboral. Las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que incluye hospitalización prolongada, desfiguración y discapacidad, lo que suele generar estigmatización y rechazo.

En México, en el 2017, se atendieron 28,156 pacientes quemados a nivel nacional; siendo atendido la mayor población en el IMSS con 17 854, SSA 5 646, ISSSTE 727, en el DIF 150, Pemex 343, SEDENA 57, SEMAR 42, otras 3 337 número de pacientes. (Secretaría Salud, 2017).

En el Instituto Nacional de Rehabilitación se atienden a pacientes con quemaduras moderadas y graves, referidas de los diferentes estados de nuestro país. En la trascurso de las prácticas clínicas, se percibió que los pacientes con quemaduras padecen una situación de estrés por diversas causas (como no estar con la familia, trabajar, divertirse, sentirse socialmente aceptados).

Las causas principales de muerte en el paciente quemado, en etapa temprana son el shock hipovolémico y compromiso agudo respiratorio originado por inhalación de humo (productos incompletos de combustión a menudo asociados a exposición de monóxido de carbono), posteriormente, la principal causa de muerte es por complicaciones derivadas del trauma. (Guía de práctica clínica, 2017).



Por consiguiente, el profesional debe adquirir los conocimientos relacionados en el tema de quemaduras en pacientes en estado crítico para brindar una atención de calidad, minimizando la secuelas producidas por estas y encaminar al proceso de recuperación, esto mediante la implementación del proceso atención de enfermería con el modelo de adaptación de Callista Roy.



3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realiza con el fin de justificar la importancia que tiene el método científico en el profesional de enfermería, como es la aplicación del proceso atención de enfermería en pacientes quemados, ya que las lesiones producidas por este padecimiento es un problema muy importante con grandes implicaciones que van más allá de problemas físicos y fisiológicos, si no también psicológicas, sociales y económicas para el paciente, su familia y la sociedad.

La enfermera es una pieza primordial en el tratamiento del paciente con quemaduras, ya que es quien orienta, guía, trasmite confianza, seguridad y juega un papel importante en cuanto al abordaje del afrontamiento y adaptación del paciente y su familia.

Por consiguiente, se determina que la correcta implementación del proceso atención de enfermería conlleva consigo un beneficio directo al paciente con quemadura ya que las intervenciones estarán en caminata a cumplimiento de los objetivo estipulados de una correcta valoración de las necesidades humana, elevando la calidad de los cuidados de enfermería, contribuyendo a la disminución de complicaciones y rehabilitación; trayendo consigo la pronta recuperación y disminuyendo su estancia hospitalaria teniendo como consecuencia un costo-beneficio para la familia del usuario y la institución.



4. OBJETIVO

4.1 Objetivo General

- Elaborar el Proceso Atención de Enfermería sobre el manejo del paciente con quemaduras, mediante la taxonomía NNN (Nanda, Nic y Noc) para brindar cuidados de una manera sistemática y organizada y contribuir a limitar el daño, disminuir las complicaciones y las secuelas, favorecer la rehabilitación y evitar la muerte en este tipo de pacientes.

4.2 Objetivo Especifico

1. Realizar una correcta valoración del paciente con quemaduras.
2. Determinar los factores de afrontamiento y adaptación del paciente hospitalizado por quemaduras.
3. Brindar los cuidados específicos para mejorar las condiciones de salud de los pacientes y su familia.



5. METODOLOGIA

El estudio que se realizó fue un proceso atención de enfermería enfocada al modelo de adaptación de enfermería de Callista Roy, en un período comprendido de septiembre y octubre del 2019 en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, en el servicio de CENIAQ (centro Nacional de Investigación y Atención a Quemaduras).

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una entrevista de forma directa con la usuaria, semi estructurada (guía de valoración basada en el modelo de adaptación de enfermería).



6. MARCO TEORICO

6.1 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias. (Modelo del cuidado de enfermería, 2018)

Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN y EVALUACIÓN.

El proceso de atención de enfermería, como herramienta fundamental para brindar cuidado de calidad al paciente, familia y comunidad, está sustentado en bases científicas que permiten identificar el estado de salud del paciente, sus necesidades o problemas de salud reales o en riesgo, y proporcionar los cuidados específicos para solucionar los problemas o necesidades identificadas durante la aplicación de una guía de valoración. (Proceso Atención De Enfermería, 2013)

Para el desarrollo del cuidado de enfermería se requieren procesos organizados y sistemáticos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, abordados desde el desarrollo teórico y aplicado durante la práctica clínica.

La formación actual del profesional de enfermería incluye en el currículo, de manera transversal, la enseñanza del proceso de atención de enfermería (PAE), como una metodología ideal, utilizada durante la formación del estudiante, que en la práctica es aplicada en situaciones reales y de riesgo, lo que da como resultado información de calidad, útil y con criterio.



Reflejada en la recuperación del paciente; de igual forma, le permite al profesional de enfermería trabajar de forma estructurada en el desarrollo de su quehacer diario, y al docente, guiar y dirigir el proceso de enseñanza-aprendizaje de manera humanizada y personalizada. Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen.

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Y si comentamos las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

Características del proceso:

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático.
- Es dinámico e interactivo.
- Es flexible.
- Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería.

Etapas del proceso

1. VALORACIÓN: Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados.



2. **DIAGNÓSTICO:** 2ª Etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. Ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física, etc. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes. En relación a los diferentes tipos de diagnósticos encontramos:

- D. Real: consta de tres partes, formato PES: problema (P)+etiología (E)+ signos/síntomas (S).
- D. Alto riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema + etiología.
- Posible: describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, consta del formato PE.
- De bienestar: que describen un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado que pretende alcanzar el paciente.

3. **PLANIFICACIÓN:** es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.

4. **EJECUCIÓN:** Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

5. **EVALUACIÓN:** Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.



6.2 CALLISTA ROY

Callista L. Roy (nacida el 14 de octubre de 1939) es una teórica, profesora y autora de enfermería. Es conocida por su trabajo innovador en la creación del Modelo de Adaptación de Enfermería. (Monográficos de investigación en salud, 2015)

Educación y carrera

Callista Roy recibió su Licenciatura en Artes en Enfermería de Mount Saint Mary's College en Los Ángeles en 1963 y su maestría en enfermería de la Universidad de California en 1966.



Después de obtener sus títulos de enfermería, Roy comenzó su educación en sociología, recibiendo una maestría en sociología en 1973 y un doctorado en sociología en 1977 de la Universidad de California.

Durante su tiempo en el trabajo hacia su maestría, Roy fue desafiada en un seminario con Dorothy E. Johnson para desarrollar un modelo conceptual para enfermería. Roy trabajó como enfermera pediátrica y notó una gran capacidad de recuperación de los niños y su capacidad de adaptación en respuesta a cambios físicos y psicológicos importantes. Impresionado por esta adaptación, Roy trabajó hacia un marco conceptual apropiado para la enfermería.

Desarrolló los conceptos básicos del modelo mientras era estudiante de posgrado en la Universidad de California desde 1964 hasta 1966.

En 1968, comenzó a poner en funcionamiento su modelo cuando Mount Saint Mary's College adoptó el marco de adaptación como la base filosófica del plan de estudios de enfermería.



Roy fue profesor asociado y presidente del Departamento de Enfermería del Mount Saint Mary's College hasta 1982 y fue ascendido al rango de profesor en 1983 tanto en el Mount Saint Mary's College como en la Universidad de Portland. Ella ayudó a iniciar y enseñó en un programa de maestría de verano en la Universidad de Portland.

Fue becaria postdoctoral de Robert Wood Johnson en la Universidad de California, San Francisco, de 1983 a 1985 como enfermera clínica en neurociencia. Fue durante este tiempo que realizó una investigación sobre intervenciones de enfermería para la recuperación cognitiva en lesiones en la cabeza y sobre la influencia de los modelos de enfermería en la toma de decisiones clínicas.

Desde 1987 hasta la actualidad, Roy comenzó el puesto recién creado de enfermera teórica residente en Boston College School of Nursing, donde enseña doctorado, maestría y estudiantes de pregrado.

En 1991, fundó la Boston Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS), que luego pasaría a llamarse Roy Adaptation Association.

El otro trabajo académico de Roy incluye conceptualizar y medir el afrontamiento y desarrollar las bases filosóficas para el modelo de adaptación y para la epistemología de la enfermería. Roy pertenece a las Hermanas de San José de Carondelet.

Modelo de Adaptación de Enfermería

El Modelo de Adaptación de Enfermería de la Hna. Callista Roy fue desarrollado por la Hermana Callista Roy en 1976. La teoría de enfermería prominente tiene como objetivo explicar o definir la provisión de enfermería. En su teoría, el modelo de Roy ve al individuo como un conjunto de sistemas interrelacionados que se esfuerza por mantener el equilibrio entre estos diversos estímulos.



Trabajos publicados

- Roy, SC (2014). Generando teoría del rango medio: de la evidencia a la práctica. Nueva York, NY.
- Roy, SC y Harrington, A. (2013). Investigación basada en el modelo de adaptación de Roy: visión global. Generación de la teoría del rango medio: de la evidencia a la práctica (pp. 355-365). Nueva York, NY.
- Roy, SC (2013). Desde el punto de vista de la enfermera teórica estadounidense sobre la persona y el bien de la sociedad: Catalunya: Universitat Internacional de Catalunya (UIC).
- Roy, SC, Barone, SH (2013). Materiales pedagógicos para generar teorías de rango medio: evidencia para la práctica. En SC Roy (ed.). Generando la teoría del rango medio: de la evidencia a la práctica. Nueva York, NY.
- Roy, SC (2011). Investigación basada en el modelo de adaptación de Roy: últimos 25 años. *Nursing Science Quarterly*, 24 (4), 312-320.
- Roy, SC (2011). Extender el modelo de adaptación de Roy para satisfacer las necesidades globales cambiantes. *Nursing Science Quarterly*, 24 (4), 345-351.
- Senesac, PM, Roy, SC (2010). Modelo de adaptación de la hermana Callista Roy, en M. Parker y M. Smith (Ed.), *Teorías de enfermería y práctica de enfermería* (ed., Manuscrito de 40 páginas). Filadelfia.
- Jones, DA, Roy, SC, KA (2013). Marjory Gordon Living Legend. *NANDA-Revista Internacional de Terminologías y Clasificación de Enfermería*, 21 (2), 2.
- McCurry, MS, Hunter Revell, S. y Roy, C. (2010). Conocimiento para el bien del individuo y la sociedad: vinculación de filosofía, objetivos disciplinarios, teoría y práctica. *Filosofía de enfermería*, 11 (1), 42-52.
- Roy, C. (2009). *El modelo de adaptación Roy*, 3a edición. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Prentice Hall Health.
- Barone, S., Roy, C. y Frederickson, K. (2008). Instrumentos utilizados en la investigación basada en el Modelo de Adaptación Roy: Revisión, crítica y otras instrucciones. *Ciencia de enfermería trimestral*. 21 (4), 353-362.



- Roy, C. (2007). Actualización del futuro: Pensando en el teórico Callista Roy. *Nursing Science Quarterly*, 20 (2), 113-116.
- Roy, Sr. C. y Jones, D. (Editores). (2007) *Desarrollo del conocimiento de enfermería y práctica clínica*. Nueva York, NY: Springer.
- Jones, DA, Roy, CA y Avant, K. (2010). Marjory Gordon, leyenda viviente. *NADA- Revista Internacional de Terminologías y Clasificaciones de Enfermería*, 21 (2), 80-81.
- Roy, C. (2010). Evaluación y el modelo de adaptación Roy. (M. Ito, trad.). *Revista de la Sociedad Japonesa de Diagnóstico de Enfermería* , 15 (1), 35-41.
- Roy, SC, y Dowlatshahi, M. (2010). Adelante. En *Conceptos de enfermería y Glosario de teorías de enfermería* (págs. 2-3). Teherán, Irán: Centro de Publicaciones de Ciencias Médicas.
- Roy, SC, Zhan, L. (2010). Modelo de adaptación de enfermería de la hermana Callista Roy y sus aplicaciones. En M. Parker y M. Smith (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice*, 3a edición, (págs. 167-181). Filadelfia.
- Roy, C. (2010). Práctica de enfermería e investigación basada en el Modelo de Adaptación Roy. *Boletín de St. Mary's College*, 5-13.
- Roy, C. (2010). Pensamientos de un teórico. *Roy Adaptation Review*, 13 (1), 5.
- Roy, C. (2009). Adelante. En J. Cutliffe, K. Hyrkas y HP Mckenna (Eds.), *Nursing Models: Application to Practice*. Londres. Reino Unido: Quay Books.
- Roy, C. y Solodiuk, J. (2009). Conferencia mundial de enfermería centrada en el conocimiento para el bien de las personas y la sociedad con reflexiones del Ph.D. estudiantes *Boletín de la Red Internacional para la Educación Doctoral en Enfermería (INDEN)*, 8 (1), 5-6.
- Roy, C., Whetsell, MV y Frederickson, K. (2009). El modelo de adaptación y la investigación: perspectiva global. *Nursing Science Quarterly*, 22 (3), 209-211.
- Roy, C.(2009).Pensamientos de un teórico. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 4
- Roy, C. (2009). Evaluación y el modelo de adaptación Roy. *The Japanese Nursing Journal*, 29 (11), 5-7.
- Roy, C. (2008). Adversidad y teoría: el panorama general. *Ciencia de enfermería trimestral*. 21 (2), 138-139.



- O'Connor, A. y Roy, C. (2008). Emisiones de centrales eléctricas y salud pública. *Revista Americana de Enfermería*. 108 (2), 62-70.
- Magee, T. y Roy, C. (2008). Predecir problemas de conducta en edad escolar: el papel de los factores de riesgo de la primera infancia. *Enfermería pediátrica*, 34 (1), 37-43.
- Willis, D., Grace, P. y Roy, C. (2008). Un enfoque unificador central para la disciplina: facilitar la humanización, el significado, la elección, la calidad de vida y la muerte. *Avances en Ciencias de Enfermería*. (31) 1. solo en línea: www.advancesinnursingscience.com
- Chayput, P. y Roy, C. (2007). Pruebas psicométricas de la versión tailandesa de la escala de procesamiento de adaptación y adaptación: forma corta (TCAPS-SF). *Thai Journal of Nursing Council*, 22 (3), 29-39.
- Roy, C. (2007). Actualización del futuro: Pensando en el teórico Callista Roy. *Nursing Science Quarterly*, 20 (2), 113-116.
- Roy, C. (2007). El modelo de adaptación de Roy: fundamentos históricos y filosóficos. En Maria Elisa Moreno, et al. (Eds.) *Aplicación del modelo Adaptación en el ciclo vital humano*, 2ª edición. Chia, Columbia: Universidad de La Sabana.
- Roy, C. (2007). Historia fundamental y filosofía del modelo de adaptación Roy. En Guitierrez, M. dC (Ed.) *Adaptación y cuidado en el ser humano: Una visión de enfermería*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno, Universidad de la Sabana, 1-12.
- Roy, C. y Lindendoll, N. (2006). Definición de consenso internacional sobre tutoría en educación doctoral. *Revista de Investigación en Enfermería*, 11 (4), 345-353.
- Morgillo-Freeman, S. y Roy, C. (2005). Terapia cognitiva conductual y el modelo de adaptación Roy: una discusión sobre la integración teórica. En SM Freeman y A. Freeman (Eds.), *Terapia cognitivo conductual en la práctica de enfermería*. Nueva York: Springer Publishing Company, 3-27.



- Roy, C. y Gray, M. (2005). Rol del supervisor / mentor. En Ketefian, S. y McKenna, HP (Eds.). Doctorado en Enfermería Perspectivas Internacionales. Nueva York: Routledge.
- Roy, C. (2003). Reflexiones sobre la investigación en enfermería y el modelo de adaptación Roy. Igaju-syoin Japanese Journal, 36 (1), 7-11.
- Whittemore, R. y Roy, C. (2002). Adaptación a la diabetes mellitus: una síntesis teórica. Nursing Science Quarterly, 15 (4), 311-317.

Premios y honores

En 2007, Roy fue nombrado una leyenda viviente por la Academia Americana de Enfermería y la Asociación de Enfermeras Registradas de Massachusetts.



6.3 MODELO DE ADAPTACIÓN DE ENFERMERÍA DE CALLISTA ROY

El Modelo de Adaptación de Enfermería es una teoría prominente de enfermería cuyo objetivo es explicar o definir la provisión de la ciencia de enfermería. En su teoría, el modelo de Callista Roy ve al individuo como un conjunto de sistemas interrelacionados que se esfuerza por mantener un equilibrio entre varios estímulos. (Monográficos de investigación en salud, 2015)

El Modelo de Adaptación Roy se presentó por primera vez en la literatura en un artículo publicado en *Nursing Outlook* en 1970 titulado "Adaptación: un marco conceptual para la enfermería". En el mismo año, el Modelo de Adaptación de Enfermería de Roy se adaptó en la Escuela Mount St. Mary's en Los Angeles, California.

El modelo de Roy fue concebido cuando la teórica de enfermería Dorothy Johnson desafió a sus alumnos durante un seminario para desarrollar modelos conceptuales de enfermería. El modelo de enfermería de Johnson fue el impulso para el desarrollo del modelo de adaptación de Roy.

El modelo de Roy incorporó conceptos de la teoría de la percepción a nivel de adaptación del reconocido psicólogo fisiológico estadounidense Harry Helson, el modelo del sistema de Ludwig von Bertalanffy y la definición del sistema de Anatol Rapoport.

Primero, considere el concepto de un sistema aplicado a un individuo. Roy conceptualiza a la persona en una perspectiva holística. Los aspectos individuales de las partes actúan juntos para formar un ser unificado. Además, como sistemas vivos, las personas están en constante interacción con sus entornos. Entre el sistema y el entorno se produce un intercambio de información, materia y energía. Las características de un sistema incluyen entradas, salidas, controles y retroalimentación.



Conceptos principales del modelo de adaptación

- Persona

"Los sistemas humanos tienen capacidades de pensamiento y sentimiento, enraizadas en la conciencia y el significado, por las cuales se ajustan efectivamente a los cambios en el ambiente y, a su vez, afectan el ambiente".

Basado en Roy, los humanos son seres holísticos que están en constante interacción con su entorno. Los humanos usan un sistema de adaptación, tanto innato como adquirido, para responder a los estímulos ambientales que experimentan. Los sistemas humanos pueden ser individuos o grupos, como familias, organizaciones y toda la comunidad global.

- Ambiente

"Las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de personas o grupos, con especial consideración de la mutualidad de la persona y los recursos de salud que incluye estímulos focales, contextuales y residuales".

El entorno se define como condiciones, circunstancias e influencias que afectan el desarrollo y el comportamiento de los humanos como un sistema adaptativo. El entorno es un estímulo o entrada que requiere que una persona se adapte. Estos estímulos pueden ser positivos o negativos.

Roy clasificó estos estímulos como focales, contextuales y residuales. Los estímulos focales son los que confrontan al sistema humano y requieren la mayor atención. Los estímulos contextuales se caracterizan como el resto de los estímulos que se presentan con los estímulos focales y contribuyen a su efecto. Los estímulos residuales son los factores ambientales adicionales presentes dentro de la situación, pero cuyo efecto no está claro. Esto puede incluir experiencia previa con ciertos estímulos.

- Salud

"La salud no es liberarse de la inevitabilidad de la muerte, la enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino la capacidad de hacerles frente de manera competente".

La salud se define como el estado en el que los humanos pueden adaptarse continuamente a los estímulos. Como la enfermedad es parte de la vida, la salud es el resultado de un proceso donde la salud y la enfermedad pueden coexistir.



Si un humano puede continuar adaptándose holísticamente, podrá mantener la salud para alcanzar la integridad y la unidad dentro de sí mismo. Si no pueden adaptarse en consecuencia, la integridad de la persona puede verse afectada negativamente.

- Enfermería

"[El objetivo de la enfermería es] la promoción de la adaptación para individuos y grupos en cada uno de los cuatro modos adaptativos, contribuyendo así a la salud, la calidad de vida y morir con dignidad".

En el modelo de adaptación, las enfermeras son facilitadoras de la adaptación. Evalúan los comportamientos del paciente para la adaptación, promueven la adaptación positiva al mejorar las interacciones del entorno y ayudar a los pacientes a reaccionar positivamente a los estímulos. Las enfermeras eliminan los mecanismos ineficaces de afrontamiento y eventualmente conducen a mejores resultados.

- Adaptación

La adaptación es el "proceso y resultado por el cual pensar y sentir a las personas como individuos o en grupos utilizan la conciencia y la elección consciente para crear la integración humana y ambiental".

Procesos internos

- Regulador

El subsistema regulador es el mecanismo de afrontamiento fisiológico de una persona. Es el intento del cuerpo de adaptarse mediante la regulación de nuestros procesos corporales, incluidos los sistemas neuroquímicos y endocrinos.

- Cognator

El subsistema cognitivo es el mecanismo de afrontamiento mental de una persona. Una persona usa su cerebro para hacer frente a través de modos adaptativos de autoconcepto, interdependencia y función de roles.

Cuatro modos adaptativos

Los cuatro modos adaptativos del subsistema son cómo se manifiestan los mecanismos reguladores y cognitivos; en otras palabras, son las expresiones externas de los procesos internos y anteriores.



- Modo Fisiológico-Físico

Procesos físicos y químicos involucrados en la función y actividades de los organismos vivos. Estos son los procesos reales que pone en marcha el subsistema regulador.

La necesidad básica de este modo se compone de las necesidades asociadas con la oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, y protección. Los complejos procesos de este modo están asociados con los sentidos, fluidos y electrolitos, función neurológica y función endocrina.

- Modo de identidad de grupo de autoconcepto

En este modo, el objetivo de hacer frente es tener un sentido de unidad, es decir, el propósito en el universo, así como un sentido de integridad de identidad. Esto incluye la imagen corporal y los ideales propios.

- Modo de función de rol

Este modo se centra en los roles primarios, secundarios y terciarios que una persona ocupa en la sociedad, y saber en qué posición se encuentra como miembro de la sociedad.

- Modo de interdependencia

Este modo se enfoca en alcanzar la integridad relacional a través de dar y recibir amor, respeto y valor. Esto se logra con una comunicación y relaciones efectivas.

Niveles de adaptación

- Proceso integrado

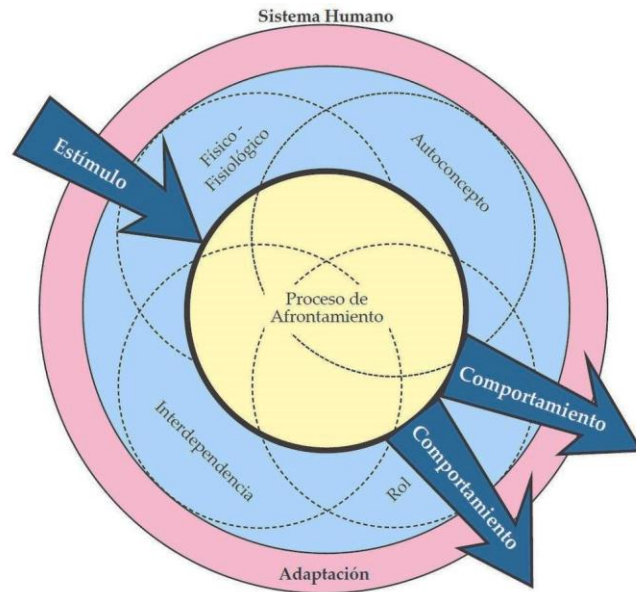
Los diversos modos y subsistemas satisfacen las necesidades del medio ambiente. Estos suelen ser procesos estables (p. Ej., Respiración, realización espiritual, relación exitosa).

- Proceso compensatorio

El concedor y el regulador se ven desafiados por las necesidades del medio ambiente, pero están trabajando para satisfacer las necesidades (por ejemplo, pena , comenzar con un nuevo trabajo, respiración compensatoria).

- Proceso comprometido

Los modos y subsistemas no satisfacen adecuadamente el desafío ambiental (p. Ej., Hipoxia, pérdida no resuelta, relaciones abusivas).





6.4 QUEMADURAS

La quemadura es un trauma, lesión o herida tridimensional local, causada por la transferencia de energía de un cuerpo a un organismo, por factores etiológicos muy variados tales como calor, frío, ácidos, bases, radiaciones ionizantes, lumínicas, ultrasónicas, entre otras; cuya gravedad basada en la extensión y profundidad de la lesión, pueden inducir a una enfermedad metabólica de curso predecible. (Guía clínica de atención al paciente gran quemado, ISO2015)

Los mecanismos por los cuales se producen las Quemaduras.

Mecanismo	Descripción
Sólido caliente	Suelen ser profundas y de poca extensión (horno, escape de automóvil, etc.)
Llama	El agente implicado es fuego.
Escaldadura	Líquidos calientes.
Radiación/radioactividad	Rayos ultravioleta, Radioterapia, energía nuclear.
Químicos	Ácidos, álcalis, Agentes quimioterapéuticos e hidrocarburos.
Eléctricas	Producidas por electricidad: bajo voltaje (<1000V), de alto voltaje (>1000V).
Deflagración	Flash eléctrico o llama por explosión.
Frío	Producidas por hipotermia o congelación (temperatura < 0 grados C.).

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos, debido a la acción de diversos agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, corriente eléctrica, frío), químicos (cáusticos) y biológicos, que provocan alteraciones importantes no sólo de índole físico, sino que traen como consecuencia trastornos emocionales y sociales que repercuten no solamente en el individuo, sino que se extiende a la familia y a la sociedad.

Gran quemado:

El paciente gran quemado es aquel que cumple con alguno de los siguientes criterios:



- Con un índice de gravedad >70 puntos o con quemaduras AB o B > 20% de SC
- > 65 años con 10% o más de quemadura AB o B
- Con quemaduras respiratorias/por inhalación de humo
- Con quemaduras eléctricas por alta tensión
- Quemados politraumatizados
- Quemados con patologías graves asociadas

BENAIM	CONVERSE-SMITH	DENOMINACIÓN ABA	NIVEL HISTOLÓGICO	PRONÓSTICO
TIPO A	Primer grado	Epidérmica	Epidermis	No necesitan injerto Debería curar espontáneamente en 7 días sin secuelas.
TIPO AB-A	Segundo grado Superficial	Dérmica superficial	Epidermis y dermis	Debería epidermizar espontáneamente en 15 días con secuelas estéticas. Si se complica puede profundizarse.
TIPO AB-B	Segundo grado profundo	Dérmica profunda	Epidermis y dermis papilar y reticular sin afectar fanéreos profundos	Habitualmente termina en injerto con secuelas estéticas y/o funcionales. Puede requerir escarectomía tangencial.
TIPO B	Tercer grado	Espesor total.	Epidermis, dermis e hipodermis (tejido celular subcutáneo), puede llegar inclusive hasta El plano óseo.	Requiere escarectomía precoz, e injerto o colgajos.

Clasificación de las Quemaduras:

Se clasifican por profundidad y extensión.

Es importante resaltar que en la evaluación inicial de la profundidad de las quemaduras es con frecuencia un ejercicio difícil debido al carácter dinámico que presentan en las primeras 48-72 horas.

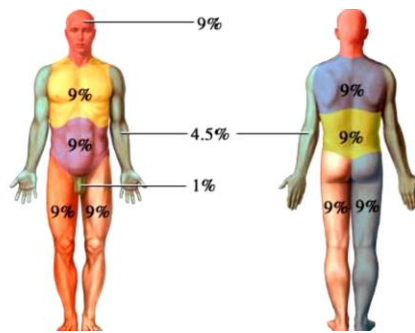


Extensión:

Es una característica de vital importancia para el pronóstico del paciente, si como la localización de la quemadura y la profundidad. Uno de los métodos de medición es la regla de los 9 de Wallace:

Se usa para valorar grandes superficies de una manera rápida.

En los niños se debe tener en cuenta que la proporción de la superficie craneales mayor respecto a las extremidades inferiores.



Regla del 1 o regla de la palma de la mano:

Instrumento de evaluación rápida en quemaduras poco extensas.

La palma de la mano del paciente equivale al 1% de la superficie corporal.





Profundidad

Para valorar profundidad se utilizan la clasificación de la **American Burns Asociation**

1. Primer grado (epidermis superficial) las cuales son superficiales, eritematosas a veces duelen;
2. Segundo grado (epidermis y dermis parcialmente), la piel esta edematizada, roja y son muy dolorosas
3. Tercer grado (espesor total de la piel hasta hueso) se observa la piel blanca grisácea, carbonizada, no duelen y se ha perdido la sensibilidad por completo

Clasificación de la gravedad de la quemadura asociado a la y profundidad extensión:

QUEMADURA MENOR	QUEMADURA MODERADA	QUEMADURA MAYOR
15% SCTQ o menos, de 1er o 2do grado superficial en adultos.	15-25% SCTQ. De 2do grado profundo en adultos.	25% SCTQ de 2do grado profundo en el adulto.
10% SCTQ o menos, de 1er o 2do grado en niños.	>10% a 20% SCTQ. de 2do grado en niños.	20% SCTQ de 2do. Grado profundo en niños.
2% SCTQ o menos, 3er grado, en niños o adultos.	2-10% SCTQ de 3er grado en niños o adultos.	10% SCTQ 2do grado profundo en pacientes pediátricos menores de 1 año.
Que no afecten ojos, orejas, cara o genitales.	Que no afecten ojos, orejas, cara o genitales.	Todas las quemaduras que involucren: ojos, cara, oídos, orejas, manos, pies, periné y genitales.
		Todas las lesiones quemaduras.
		Todas las quemaduras eléctricas.
		traumatismos.
		Todos los pacientes de alto riesgo: Diabéticos, embarazadas, EPOC, Cáncer, y pacientes psiquiátricos.

Localización

Las siguientes áreas se consideran especiales por su importancia estética y/o funcional:

- 1.- Periné y Genitales.
- 2.- Cara.
- 3.- Cuello.
- 4.- manos y pies.
- 5.- Pliegues Articulares.
- 6.- Mamas.



Edad

El pronóstico en el paciente quemado es menos favorable en los extremos de la edad:

- a) Menor de 2 años.
- b) Mayor de 60 años.

Manejo en el sitio del accidente

- Prioridad es extinguir la llama, haciendo rodar al paciente por el suelo, aplicando mantas o abrigos o utilizando agua o espuma antiincendios.
- Retirar las ropas quemadas.
- Retirar anillos, pulseras y adornos metálicos para evitar el efecto de torniquete que produce el edema.
- Si la ropa está adherida a la piel, no jalar, sino recortarla.
- Cubrir a la víctima con paños limpios o mantas **secos** (no necesariamente estériles).
- No enfriar con agua (el agua fría sólo se debe aplicar en quemaduras de poca extensión, si se aplica en superficies mayores al 10% se corre el riesgo de hipotermia)

Evaluación

Se realiza de acuerdo a los preceptos del ATLS en Primaria y Secundaria:

- A. Vía aérea con control de columna cervical.
- B. Ventilación.
- C. Circulación
- D. Déficit neurológico.
- E. Exposición con cuidado temperatura ambiental.
- F. Resucitación de líquidos.
- G. Estudios Especiales.
- H. Clasificación en su caso.

A. VIA AEREA:

Evaluar capacidad de ventilar adecuadamente.

La columna cervical debe ser asegurada en paciente quemado politraumatizado.



Lesión inhalatoria:

Los principales indicadores de sospecha son:

Antecedente de quemadura por fuego o exposición a gases en espacio cerrado.

Compromiso de conciencia (uso de drogas, alcohol, patología siquiátrica, epilepsia)

Presencia de humo en el lugar del accidente.

También debe sospecharse ante:

- Quemaduras por fuego de cara, cuello o tronco superior.
- Vibrisas chamuscadas.
- Espujo carbonáceo o partículas de carbón en orofaringe
- Eritema o edema en orofaringe a la visualización directa.
- Cambio de la voz (disfonía, tos áspera).
- Estridor, taquipnea o disnea.
- Broncorrea
- Desorientación

Establecida la sospecha diagnóstica, especialmente en los pacientes pediátricos, el paciente debe intubarse hasta comprobarse indemnidad de vía aérea con fibrobroncoscopia y/o clínica y laboratorio.

B. VENTILACIÓN

Inicialmente, todos los pacientes con quemadura de vía aérea deben recibir oxígeno al 100%.

Intoxicación por CO2.

NIVEL DE COHb	SINTOMAS
0-10%	Minimos.
10-20%	Cefalea, nauseas.
20-30%	Letargia, somnolencia
30-40%	Confusión, agitación.
40-50%	Coma, depresión respiratoria.
>50%	Muerte



C. CIRCULACIÓN

Accesos intravenosos periféricos:

Deben ser establecidos preferentemente en áreas no quemadas.

Ocupar punzocat de grueso calibre y cortas.

En niños, si los intentos iniciales para permeabilizar venas periféricas fracasan se recomienda usar la vía intraósea), que es capaz de permitir flujos de 180 a 200ml/hr, mientras se obtiene un acceso vascular definitivo.

Evaluar y descartar la presencia de quemaduras en manguito y/o síndrome compartamental (extremidades, tórax y abdomen) que tienen indicación de escarotomía de urgencia.

Reanimación con volumen en la zona de desastre y en traslado inicial a unidad de atención:

Aporte de fluidos isotónicos (suero fisiológico/Hartman), a 250 ml/hr en niños y 500 ml/hr en adultos y 1000 ml/hr en pacientes con quemaduras eléctricas de alta tensión para obtener perfusión adecuada.

No intentar colocar vías venosas centrales en el medio extra hospitalario.

Asegurar registro completo y adecuado de aportes y pérdidas.

Monitorización electro cardiográfica, de presión arterial y frecuencia cardíaca

Intubación orofaríngea en caso necesario

D. DÉFICIT NEUROLÓGICO

Aplicar escala de Glasgow a todos los pacientes al ingreso.

Descartar hipoxia (nivel de carboxihemoglobinemia) o hipovolemia ante deterioro neurológico.

E. EXPOSICIÓN

Evaluar paciente por delante y por detrás. Calcular extensión de quemaduras con ayuda de esquema por edad y estimar profundidad de las lesiones.

Envolver en gasas limpias (no necesario estériles) abrigar mediante mantas de traslado o sábanas para minimizar la pérdida de calor, y control de la temperatura ambiental,

Evitar la hipotermia de forma constante e intensa.



No aplicar antimicrobianos tópicos, cremas ni geles.

Cabecera elevada a 30° para limitar la formación de edema facial.

Elevar extremidades quemadas por encima del tórax.

Ya en el medio hospitalario, esta etapa de la atención incluye además las siguientes medidas:

1. Historia clínica: identificar mecanismo y condiciones en que se produjo la lesión, y hora del accidente.
2. Investigar existencia de comorbilidades.
3. Diagnóstico de la profundidad y extensión de las quemaduras.
4. Analgesia y sedación con opiáceos y benzodiazepinas en caso de intubación y ventilación mecánica.
5. Cateterismo urinario para monitoreo de diuresis.
6. Exámenes básicos iniciales:
 - a. Biometría Hemática.
 - b. Gases arteriales
 - c. Electrolitos plasmáticos.
 - d. Examen general de orina.
 - e. Perfil bioquímico.
 - f. Clasificación grupo y Rh
 - g. Radiografía tórax
 - h. Electrocardiograma.
 - i. Niveles de COHb si corresponde.
7. Proteger de la contaminación.
8. Evitar hipotermia (< 35° C), normotermia permanente, siempre > 35°C
9. Evaluación secundaria para detectar y manejar lesiones asociadas compartamental (extremidades, tórax y abdomen) que tienen indicación de escarotomía de urgencia.
10. Reanimación con volumen en primera atención:
Iniciar reanimación con fórmula de Parkland: Ringer lactato o Hartmann a 4 mL/kg/% de STQ. Los líquidos se administran de acuerdo a este cálculo, la primera mitad de lo calculado en las primeras 8 hrs y la segunda mitad en las siguientes 16 hrs.



11. Monitorización de gasto urinario al menos 0.5 mL/kg/h en pacientes adultos o > de 35 kg, 1 ml/Kg/h en niños < de 35 kg y en pacientes con quemaduras eléctricas de 1 – 2 ml/Kg/h, electrocardiográfica, de presión arterial y frecuencia cardíaca.

Tratamiento en unidad de paciente crítico (UCI)

Criterios de ingreso a UCI:

1. Paciente > 65 años con 10% o más de quemadura AB o B
2. Paciente con injuria inhalatoria.
3. Quemaduras por electricidad de alta tensión.
4. Quemado politraumatizado o con traumatismo encéfalo craneano.
5. Falla en la reanimación.
6. Inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria.
7. 8. Patologías graves asociadas (por ejemplo, insuficiencia renal, patologías cardíacas y respiratorias, deficiencias inmunológicas, diabetes).
8. Paciente pediátrico
9. Revisar historia, plazos transcurridos desde el accidente, procedimientos realizados en el sitio del accidente y servicio de urgencia, y volumen de líquido administrado.
10. Hospitalizar idealmente en unidad de aislamiento, uso de ropa estéril y aislamiento de contacto.

Vía Aérea:

- Evaluar capacidad de ventilar adecuadamente.
- La columna cervical debe ser asegurada a menos que no haya evidencia de daño en paciente quemado politraumatizado
- Establecido el diagnóstico de injuria inhalatoria el paciente debe intubarse.

Ventilación:

- Asegurar oxigenación y ventilación
- Apoyo ventilatorio invasivo o no invasivo según corresponda
- Control gasométrico seriado según necesidad
- Rx tórax seriada al menos diaria.
- Considerar estudio fibroscópico para diagnóstico o descarte de quemadura de vía aérea.



Circulación:

- Asegurar accesos vasculares periféricos y centrales si corresponde
- Línea arterial para monitoreo y exámenes.
- Aporte de volumen debe ser realizado en base a la estimación previa de la
- Extensión y profundidad de las quemaduras.

Reanimación de líquidos

Primeras 24 horas:

Contadas desde la hora en que ocurrió la lesión. Suero Ringer lactato o fisiológico cuyo volumen se estima en base a la fórmula de Parkland.

Fórmula de Parkland para resucitación quemaduras en niños:

$4\text{ml} \times \text{superficie corporal quemada (\%)} \times \text{peso (kg)}$

+

Requerimientos basales:

- 100 ml por kilo peso primeros 10 kilos
- 50 ml por kilo peso segundos 10 kilos
- 20 ml por kilo peso > 20 kilos

La reposición debe ajustarse al monitoreo. Éste se basa en parámetros clínicos y de laboratorio, de los cuales el más importante es la medición de la diuresis horaria.

Tanto la isquemia y hemoconcentración como el edema, son factores que contribuyen a la profundización de las quemaduras.

Evitar uso de albúmina en las primeras 24 horas, GRADO DE RECOMENDACION A sin embargo, la indicación será caso a caso según evolución clínica y control de laboratorio.

Monitorización:

- Gasto urinario: al menos 0.5 mL/kg/h en pacientes adultos o > de 35 kg, 1 mL/Kg/h en niños < de 35 kg y en pacientes con quemaduras eléctricas de 1 – 2 mL/Kg/h
- Presión arterial, presión venosa central: dentro de rangos normales por edad.
- Hematocrito: debe volver a la normalidad entre las primeras 24-48 horas.
- El balance hídrico en estos pacientes no es un parámetro confiable pues las pérdidas insensibles de las zonas quemadas habitualmente están subestimadas.



Segundo día:

- La reposición de volumen debe ser realizada de acuerdo al monitoreo.
- Uso de albúmina al 20% para mantener concentración plasmática > o igual a 2.5g%.

Soporte Nutricional:

- Todo paciente quemado que ingrese a la UPC debe ser evaluado por equipo de Nutrición.
- El objetivo es otorgar soporte nutricional lo más precoz posible en la medida que las condiciones clínicas lo permitan antes de las primeras 24 horas de ingreso a UPC, y asegurar aporte de micronutrientes.
- Usar la vía digestiva, oral o por sonda enteral, Instalación de SNY en pabellón si corresponde.
- La nutrición parenteral es de excepción; usar en caso de no lograr adecuado aporte calórico y proteico por vía enteral.

Tratamiento de quemaduras	
1 grado	Crema humectantes
2 grado	Apósitos especiales con plata y cicatrizantes
3 grado	Escisión tangencial como toma y aplicación de injertos autólogos o apósitos biológicos (piel de cadáver o aloinjerto).



7. PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Ficha de identificación

Dependencia de salud: Secretaria de la salud

Institución: Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”

Nombre del paciente: D J S

Registro clínico: N-----

Fecha de nacimiento: 26/02/87

Peso: 61 kg

Talla: 1.58 cm

Edad: 32 Años

Género: Femenino

Estado civil: Soltera

Servicio: Unidad de Agudos del CENIAQ

Cama: 1301

Lugar de residencia: Calle: Lago cupatizio No.65 Colonia: Ciudad Lago

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Secundaria completa

Religión: Católica

Alergias: Negadas

Comorbilidad: Negadas

Motivo de ingreso: Quemadura por fuego

Fecha de ingreso: 30/08/19

Diagnóstico de ingreso

Quemadura por fuego con una SCQ 55%.



Historia clínica

Padecimiento Actual:

Inicia su padecimiento actual el viernes 30 de agosto del 2019 por la mañana donde se encontraba en su domicilio donde hubo una explosión por gas doméstico, donde resultaron heridos ella y su familia, su pareja y sus 2 hijos. Donde se documenta que el hijo mayor se encuentra en su domicilio, el hijo menor se encuentra internado en el Hospital Pediátrico de Tacubaya y su pareja fue ingresado días posteriores a dicha unidad de atención.

La señora Dolores presenta quemaduras de 2 y 3 grado, que afectan cara, las cuatro extremidades, abdomen, costados, espalda baja y edema palpebral bilateral.

Antecedentes heredo familiares

El paciente niega que sus abuelos, padres, hermanos, primos y tíos padezcan hipertensión arterial, diabetes mellitus II, nefropatías, cardiopatías, hepatopatías, enfermedad hematológicas, cáncer o alguna alergia.

Antecedentes personales patológicos

El paciente niega antecedentes personales patológicos de importancia, solo indica haber sido hospitalizada anteriormente por dos cesáreas previas.

Antecedentes personales no patológicos

Vivienda construida con material de concreto, techo, paredes y piso, contando con todos los servicios públicos: agua, luz y drenaje, cuenta con un baño y dos habitaciones, donde habitan 4 personas.

Hábitos de higiene, realiza baño diario con agua y jabón, lavado de boca y manos adecuado.



Hábitos fisiológicos

Alimentación: Realiza tres alimentos al día (almuerzo, comida y cena), con horarios no definidos, ingiriendo frecuentemente:

- Legumbres: 5 veces a la semana
- Carnes: 2 veces a la semana
- Pollo: 2 veces a la semana
- Leche: 5 veces a la semana
- Huevo: 8 veces a la semana
- Frutas: 4 veces a la semana
- Verduras: 3 veces a la semana
- Otros (especifique) : _____

Diuresis: Amarilla clara sin alteraciones macroscópicas

Defecación: Normal

Sueño: Normal

Sexualidad: Casado con 2 hijos

Hábitos Tóxicos

Alcohol: De manera ocasional

Tabaco: Negados

Drogas: Negados



Tratamiento

SOLUCIONES	CANTIDAD	Duración
Sol. Hartman + 2 fcos de albumina	1000 ml	p/24 horas
Sol. Glucosada + 2 fcos de oligoelementos + 2 gr mgSO4+ 2 fcos MVI	100 ml	p/24 horas
Sol. Salina + 300 mg Tramadol	100 ml	p/24 horas
Sol. Salina	250 ml	PDM

Medicamento	VÍA	CANTIDAD	INDICACIÓN
Enoxoparina	SC	60 mg	C/24
Gabapentina	SNG	300 mg	C/12
Omeprazol	IV	40 mg	C/24
Paracetamol PRN	IV	1 Gr	C/8
Glutamina sobre	SNG	1 Sobre	C/12
Calseinato de calcio	SNG	2 cucharadas	C/8
propanolol	SNG	20 mg	C/6
Moxifloxacino C/ ojo	OFT	1 Gota	C/6
Lagricel C/ ojo	OFT	1 Gota	C/8
Conagel fondo de saco de C/ ojo	OFT	1 Tira	C/6

TIPO DE DIETA
Blanda hiper-proteica e hiper-calorica
Polimérica (ensure) 84 ml/ hr



INDICACIONES

➤ *Cuidados específicos*

Reposo en semifowler

Monitorización continúa

Cuidados de catéter venoso central

Glucemia capilar cada 8 horas preprandial con esquema de insulina acción rápida 180-200=2ul, 201-250=4ul, 251-300=6ul, 301-350=8ul, más de 351=10ul y reportar.

Cambio postural mínimo cada 2 horas.

Fisioterapia y percusión.

➤ *Oftalmología*

Aseo de párpados y pestañas gentil con solución estéril y gasas en cada aplicación tratamiento farmacológico oftálmico.

➤ *Cirugía plástica*

Ulcoderma cada 12 horas en cara y áreas cruentas previo aseo suave.

No abducción de extremidades torácicas y mantener elevadas.

No retirar therabond de áreas quemadas escindidas.

No descubrir áreas injertadas.

Cambio de apósitos secundarios (si se ensucian mucho) en tronco o zonas donadoras.

Jelonet de injertos en extremidades inferiores cambiar en caso necesario.

Se puede realizar esponjeo suave en cara.



NOTA DE ENFERMERIA

Nota

Recibo a Dolores en su unidad, consiente, orientada, cooperadora, con raíz de cabello íntegro y tallo reseco, pestañas con hidrisas quemadas, ojos simétricos, pupilas isocóricas, normo reflexivas, con buena agudeza visual, pabellón auricular con anomalías secundarias a quemadura y presencia de jelonet, con apoyo de oxígeno por puntas nasales, con cabecera a 30°, sonda nasointestinal en narina derecha conectada a la alimentación, labios sangrantes con dígito presión, catéter venoso central en subclavia izquierda funcional y sin datos de infección, lumen proximal y medial heparinizados, tórax estenico, con monitoreo cardíaco en área superior, mostrando ritmo sinusal, campos pulmonares con murmullo vesicular, vendajes secundario de tórax, abdomen y miembro torácicos con exudado moderado. Abdomen con normoperistaltismo, zona genital limpia con sonda uretral a derivación, glúteos con región íntegra.

Línea arterial femoral de lado derecho funcional y sin datos de infección. Miembros inferiores con vendaje secundario con abundante exudado, llenado capilar de 3 segundos sin compromiso de riesgo neurovascular, falanges sin anomalías.

Se toma radiografía de tórax y toma de laboratorios de control. Se realiza baño parcial, curación de cara con agua inyectable. Se delimita exudado de miembros superiores y tórax, se realiza cambio vendaje secundario en miembros inferiores y colocación de elevadores en miembros superiores. Se realiza fisioterapia pulmonar, se mantiene en vigilancia estrecha.



Exámenes de laboratorio

Gasometría arterial	
Ph	7.42
Pco2	38 mmHg
Po2	76 mmHg
htc	39 %
Hco3	24.6 mmol/L
Hco3 std	24.9 mmol/L
TcO2	25.8 mmol/L
BEecf	0.1 mmol/L
BE(B)	0.3 mmol/L
SAO2	96%
THBC	12.9 g/dL



QUIMICA SANGUINEA		BIOMETRIA HEMATICA	
Glucosa	114 ↑	Leucocitos	8.360
Nitrógeno Urémico	30.0 ↑	Neutrófilos	5.590 ↑
Urea	64.2 ↑	Linfocitos	1.980
Creatinina	0-62	Monocitos	0.620
Colesterol total	111	Eosinofilos	0.140
Bilirrubina total	0.50	Basófilos	0.030
Bilirrubina directa	0.30	Neutrófilos %	66.800 ↑
Bilirrubina indirecta	0.20	Linfocitos %	23.700
Proteínas totales	6.6	Monocitos%	7.400
Globina	4.3 ↑	Eosinofilos %	1.700
Relación albumina/globinas	0.5 ↓	Basófilos%	0.400
Albumina	2.3	Eritocitos	3.270 ↓
Alaninoamonotransferasa	21.0	Hemoglobina	9.73 ↓
Aspartatoaminotrasferasa	35.0 ↑	Hematocrito	29.37 ↓
Fosfatasa alcalina	116.0	VCM	89.9
Calcio	7.7 ↓	MCH	29.80
Fosforo	3.5	CMHC	33.14
Cloro	109.0 ↑	RDW	13.230
Sodio	139.0	Plaquetas totales	169.00
Magnesio	1.87	Volumen medio plaquetario	10.630 ↑
COAGULACIÓN			
Tiempo de protrombina	17.1 ↑		
TP%	69.00		
INR	1.250		
Tiempo de tromboplastina parcial	33.5		



8. GUIA DE VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

BASADA EN EL MODELO DE CALLISTA ROY (MODELO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN)

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: D JS Edad: 32 Años
Género: Fem. : Masc () Registro clínico: N-
Fecha de nacimiento: 26/02/87 Peso: 61 kg Talla: 1.58 cm
Estado civil: Soltera Cama: 1301
Comorbilidades: Negadas Alergias: Negadas
Lugar de residencia: Del/Mpio. Nezahualcoyolt Religión: Católica
Motivo de ingreso: Quemadura por fuego

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca: 97 lpm Frecuencia respiratoria: 19 rpm
Temperatura: 37 grados C Tensión Arterial: 129/67 mmHg

Descripción del procedimiento actual

Ingresa a la institución con el diagnóstico de quemadura por fuego el 30 de Agosto del 2019, refiriendo que por la mañana de ese mismo día explotó el tanque de gas en su domicilio, resultando herida ella y su familia, presenta quemaduras por fuego directo en cara, tórax, espalda, miembros torácicos, cara anterior y ambos muslos, correspondiente al 55% de superficie corporal total quemada, a su ingreso en el área de choque se encontraba bajo sedación, apoyo ventilatorio y se decide su ingreso al área de Agudos de CENIAQ; en donde se suspendió la sedación y destete ventilatorio fue posible.

Terapéutica anterior:

Es referida del Hospital General DR. Gustavo Baz Prada en la jurisdicción de Nezahualcóyotl donde fue atendida de primer contacto y tuvo tratamiento de manera inicial.



Alguno de sus familiares abuelos, padres, hermanos, primos y tíos han sido diagnosticados con alguna de las siguientes enfermedades.

() Hipertensión arterial	Parentesco: _____.
() Diabetes Mellitus II	Parentesco: _____.
() Cardiopatías	Parentesco: _____.
() Nefropatías	Parentesco: _____.
() Hepatopatías	Parentesco: _____.
() Enfermedades Hematológicas	Parentesco: _____.
() Cancer	Parentesco: _____.
() Parkinson, Alzheimer	Parentesco: _____.
()Otros (Especificar)	Parentesco: _____.

El paciente desconoce de sus antecedentes familiares de haber padecido hipertensión arterial, diabetes mellitus II, nefropatías, cardiopatías, hepatopatías, enfermedades hematológicas, cáncer, entre otras.



Enfermedades en la infancia

() Varicela () Sarampión () Rubeola
() Hepatitis () Asma () Otros (Especifique) _____

Enfermedades de adulto

Alergias: Negadas					
Enfermedades: Negadas					
HTA	DM II	Nefropatía	Cardiopatía	Hepatopatía	Hematológica
Otras (Especificar):					

Hospitalizaciones anteriores.

Índica haber sido hospitalizada anteriormente por dos cesáreas previas. La cual refiere que en su primer embarazo presento pre-eclampsia y en su segundo embarazo fue programada por su antecedente ya mencionado.

Antecedentes personales no patológicos.

Hábitos.

- Alimentación

Veces al día () 1-2 () 3-4 () Otra (Especifique) _____

- Vivienda

Tipo de piso () Tierra () Cemento () Azulejo

() Otra (Especifique) _____

Material () Concreto () Lámina () Adobe

() Otra (Especifique) _____

Servicios básicos: () Agua () Luz () Drenaje

Personas que viven en casa: 4

Zoonosis: un perro



Baño o ducha (2) Veces al día Otra (Especifique)
 Lavado de dientes (2) Veces al día Otra (Especifique)
 Lavado de manos (x) Antes de cada comida (x) Después de cada comida
 (x) Antes de ir al baño (x) Después de ir al baño
 (x) Antes de preparar alimentos
 Cambio de ropa (2) Veces al día Otra (Especifique)

Sexualidad: Unión libre con 2 hijos

Hábitos Tóxicos

Alcohol: Ocasionalmente y en convivios

Tabaco: Negados

Drogas: Negados

Oxigenación

Oxigenoterapia	(X) Si	() No
Dispositivo	(X) Catéter nasal	() Mascarilla Simple
	() Mascarilla con reservorios	() Cánula orotraqueal

Otros (especificaciones): _____

Características: 2 lts x minuto

Modo de ventilación mecánica

Control	() Volumen	() Presión	
Modalidad	() A/C	() SIMV	() PSV
	() CPAP	() BIPAP	

Parámetros ventilatorios: _____



El paciente presenta alguno de los siguientes signos y síntomas respiratorios

Disnea	No
Cianosis de zona no quemada	No
Disfonía	No
Vibrizas quemadas	Si
Espujo carbonaceo	No
Taquipnea	No
Edema de tracto respiratorio	Leve

Ruidos respiratorios anormales

() Estertores	() Roncus	() Estridor	() Sibilancias	() Bronco espasmo
----------------	------------	--------------	-----------------	--------------------

SpO2: 98% CO2: 38 mmHg

Gasometría arterial

PH 7.42	HCO3 24.6	SATURACIÓN 96 %
PCO2 38	PO2 76	Relación SPO2/FiO2 271 mmHg

Circulación

Frecuencia Cardiaca: 97 lpm

Pulso: () Rítmico () Arrítmico () Taquicardia () Bradicardia

Presión Arterial: 129 / 76 mmHg Presión Arterial Media: 93 mmHg

Presión Venosa Central: N/A

Pulso	
Rítmico	x
Arrítmico	
Taquicardia	
Bradicardia	
Presencia de pulsos periféricas	x
Llenado capilar distal	3"



ACCESOS VASCULARES					
Catéter	Sitio	Lúmenes	Fecha instalación	Fecha de última curación	Características
CVC	Subclavia izquierda	4	30/08/2019	03/09/2019	Funcional sin datos de infección, con cubierta
Línea arterial	Femoral derecha	4	30/08/2019	03/09/2019	Funcional sin datos de infección, con cubierta

Quick SOFA		
Frecuencia Respiratoria	Mayor o Igual a 22 rpm	1 pto
Alteración del estado mental	Menor o igual a 13 ptos ECG	1 pto
Presión Arterial Sistólica	Menor o igual a 100 mmHg	1 pto
Sin riesgo		1 pto
Con riesgo		Mayor o igual a 2 ptos

Quick SOFA	Valor	Puntuación
Frecuencia Respiratoria	19	0
Alteración del estado mental Escala de coma de Glasgow	15	0
Presión Arterial Sistólica	129	0
Total		0

Valoración neurológica

Paciente bajo sedación () Si (X) No



Escala RASS Richmond Agitation Sedation Scale

Puntaje	Clasificación	Descripción
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar tubos o catéteres
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos
0	Despierto y tranquilo	
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 segundos
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

Puntuación: 0



Escala de coma de Glasgow

Variable	Respuesta	Puntaje
Apertura ocular	• Espontánea	4 puntos
	• A la orden	3 puntos
	• Ante un estímulo doloroso	2 puntos
	• Ausencia de apertura ocular	1 punto
Respuesta verbal	• Orientado correctamente	5 puntos
	• Paciente confuso	4 puntos
	• Lenguaje inapropiado	3 puntos
	• Lenguaje incomprensible	2 puntos
	• Carencia de actividad verbal	1 punto
Respuesta motora	• Obedece órdenes correctamente	6 puntos
	• Localiza estímulos dolorosos	5 puntos
	• Responde al estímulo doloroso pero no localiza	4 puntos
	• Respuesta con flexión anormal de los miembros	3 puntos
	• Respuesta con extensión anormal de los miembros	2 puntos
	• Ausencia de respuesta motora	1 puntos

Apertura ocular 4

Respuesta verbal 5

Respuesta motora 6

Total 15

Valoración pupilar:

Pupila derecha Diámetro 4mm Reactiva (x) Si () No

Pupila izquierda Diámetro 4mm Reactiva (x) Si () No



Valoración del dolor Behavioral Pain Scale

Expresión facial	
Relajada:	1
Parcialmente tensa:	2
Totalmente tensa:	3
Haciendo muecas:	4
Movimientos de los miembros superiores	
Relajado:	1
Parcialmente flexionado:	2
Totalmente flexionado:	3
Totalmente contraído:	4
Ventilación mecánica	
Tolerando movimientos:	1
Tosiendo, pero tolerando durante la mayor parte del tiempo:	2
Luchando contra el ventilador:	3
Imposibilidad de controlar el ventilador:	4

Si el resultado es mayor o igual a 6 se considera un dolor severo.

Expresión facial	1
Movimientos miembros superiores	1
Ventilación mecánica	2
Total	4

Nutrición

Alimentación () Ayuno () Enteral (x) Especificar: Ensure 84 ml/hr

(x) SNG () SOG () SNY () SG (X) Oral

Parenteral () Especificar: Dieta hiperproteica e hipercolorica

Glucemia capilar: 103 mg/dl Horario: cada 8 hrs

(x) Preprandial () Postprandial

Pérdida de peso	X
Disminución del tono muscular	X
Presencia de peristalsis	X
Deglución	X
I.M.C.	24.4



Eliminación

Sondas y drenajes

Nombre	Fecha de instalación	Características	Uso
Sonda transuretral	30/08/2019	Sin datos de infección, funcional	Gasto urinario
Sonda Nasogastrica	30/08/2019	Funcional	Alimentación, medicacion

Sonda vesical instalada (x)

Fechas instalación 30/08/2019 Días consecutivos 4 Globo 6 ml

Calibre 16 Material Silicón

Poliuria	
Oliguria	
Anuria	
Cantidad normal	x
Clara	x
Concentrada	
Hematuria	
Piuria	

Características de las deposiciones

Escala de Bristol

Tipo 1		Estreñimiento importante
Tipo 2	X	Ligero estreñimiento
Tipo 3		Normal
Tipo 4		Normal
Tipo 5		Falta de fibra
Tipo 6		Ligera diarrea
Tipo 7		Diarrea importante

Actividad y reposo

Valoración del grado dependencias índice Barthel modificado 10 actividades, 5 niveles de puntuación



Actividad	Incapaz	Intenta con inseguridad	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Baño	0	1	3	4	5
Alimentación	0	2	5	8	10
Uso de retrete	0	2	5	8	10
Uso de escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado Silla/cama	0	3	8	12	15
Independencia total 100 pts			dependencia leve 91 a 99 pts		
dependencia moderada 61 a 90 pts			dependencia grave 21 a 60 pts		
Dependencia Total menos a 20 pts					

Actividad	Puntuación
Aseo personal	0
Baño	0
Alimentación	3
Uso de retrete	0
Uso de escaleras	0
Vestirse	0
Control de heces	5
Control de orina	0
Desplazarse	0
Silla de ruedas	0
Traslado Silla/cama	0
Puntuación Total	8



Valoración de fuerza muscular Medical Research Council Scale

GRADO	CONTRACCIÓN
0	Ausencia de contracción
1	Contracción visible y palpable pero sin movimiento activo
2	Movimiento activo sin vencer la gravedad o la resistencia
3	Movimiento activo que vence la gravedad pero no la resistencia
4	Movimiento activo en toda su amplitud, vence la gravedad y una resistencia moderada
5	Fuerza normal, movimiento activo, vence la gravedad y la resistencia
Debilidad adquirida	Menor o igual a 48

Extremidad superior	Derecha	Izquierda
Extensión de muñeca	3	3
Flexión de codo	0	0
Abducción del hombro	3	3
Total Superior	12	
Extremidad inferior	Derecha	Izquierda
Dorsiflexión del tobillo	3	3
Extensión de rodilla	0	0
Flexión de cadera	4	4
Total Inferior	14	
Total	26	

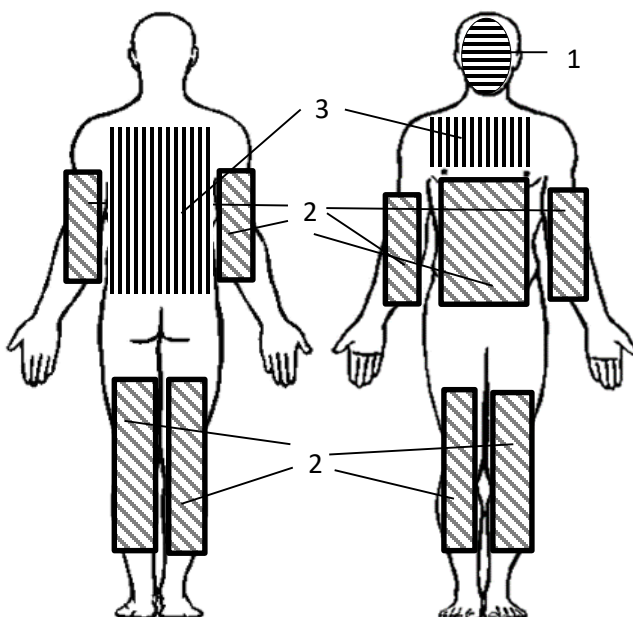


Escala de valoración de riesgo de caída de paciente hospitalizado

	Valor	Calificación
Limitación física	2	2
Estado mental alterado	3	X
Tratamiento farmacológico	2	2
Problema de idioma o sociocultural	2	X
Sin factores de riesgo	1	1
Total	10	5

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4-10	
Mediano riesgo	2-3	
Bajo riesgo	0-1	

Esquema de lesiones



1. Quemadura 2°, área cruenta con ulcorder y jelonet
2. Quemadura 2°,injerto mayado, bactigrass y vendaje
3. Área donadora
4.
5.
6.
7.
8.



Estadio de lesiones por presión

Estadio	Descripción
I	Piel integra, eritema cutáneo, cambios en la temperatura de la piel, probable presencia de edema, induración y dolor
II	Pérdida parcial del grosor de la piel, úlcera superficial con aspecto de ampolla, abrasión o cráter superficial
III	Pérdida total del grosor de la piel necrosis (tisular, cutánea y subcutánea)
IV	Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, lesión de musculo, hueso y estructuras (tendón, cápsula articular)

Presenta Lesiones por presión

() Si

(X) No

Región _____ Estadio _____

Región _____ Estadio _____

Región _____ Estadio _____

Región _____ Estadio _____

Riesgo de lesiones por presión Escala de Braden

Percepción sensorial	Completamente limitada (1)	Muy limitada (2) X	Ligeramente limitada (3)	Sin limitaciones (4)
Exposición a la humedad	Constantemente (1) X	A menudo (2)	Ocasionalmente (3)	Raramente (4)
Actividad	Encamado (1) X	En silla (2)	Deambula ocasionalmente (3)	Deambula frecuentemente (4)
Movilidad	Completamente limitada (1)	Muy limitada (2) X	Ligeramente limitada (3)	Sin limitaciones (4)
Nutrición	Muy pobre (1)	Posiblemente inadecuada (2) X	Adecuada (3)	Excelente (4)
Roce y peligro de lesiones	Problema. Requiere moderada y máxima asistencia (1) X	Problema potencial, Se mueve muy débilmente o recurre a mínima asistencia (2)		No existe problema aparente (3)

Total 11 puntos



Puntuación menor a 12 riesgo alto

Puntuación de 13 – 14 riesgo moderado

Puntuación de 15 – 16 riesgo bajo

Puntuación de 15 – 18 riesgo bajo si es mayor o igual a los 75 años

Alergias

(X) No () Si (Especifique)_____



9. RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

Listado de todos los datos significativos	Análisis y agrupación de datos con sus respectivas deducciones	Identificación de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes	Asignación del nombre correspondiente y determinación de factores relacionados o de riesgo.
Datos objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Quemadura de 2° y 3° grado. • Pte con injertos • Tratamiento médico • Eliminación de la uresis por sonda Foley • Limitación de la movilidad total • Estreñimiento • EVA 4 • Oxígeno por cánula nasal 	<p>Problema interdependiente</p> <p>Diagnósticos enfermeros</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C Alteración de la integridad de la piel</p> <p>Deterioro de la mucosa oral R/C Lesión por agente químico.</p> <p>Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica R/C procedimiento quirúrgico prolongado.</p> <p>Riesgo de sangrado R/C régimen terapéutico</p> <p>Dolor Agudo R/C agentes lesivos físicos.</p> <p>Estreñimiento R/C disminución de la motilidad gastrointestinal.</p> <p>Riesgo de infección R/C alt. de la integridad de la piel.</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz R/C Ansiedad y deterioro neuro muscular</p> <p>Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C Traumatismo</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C afección que perjudica a la regulación de la temperatura</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C nutrición inadecuada y lesión por agente químico</p> <p>Desequilibrio nutricional: inferiores a las necesidades corporales R/C incapacidad para ingerir los alimentos.</p> <p>Riesgo de caída R/C alteración de la función cognitiva</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea R/C alt, de volumen de líquidos.</p> <p>Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular.</p> <p>Deterioro de la mucosa oral R/C Quemadura</p>



			<p>Riesgo de cansancio del rol de cuidador R/C codependencia</p> <p>Riesgo de disfunción neurovascular periférica R/C afectación neuromuscular e inmovilización</p>
--	--	--	---

Listado de todos los datos significativos	Análisis y agrupación de datos con sus respectivas deducciones	Identificación de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes	Asignación del nombre correspondiente y determinación de factores relacionados o de riesgo.
Datos subjetivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para realizar las practicas higiénicas • Desconocimiento del proceso de la enfermedad • Aislamiento • Angustia por su familia • Higiene personal • Fatiga 	<p>Problema interdependiente</p> <p>Diagnósticos enfermeros</p>	<p>Conocimientos deficientes R/C</p> <p>Información insuficiente</p> <p>Deterioro de la interacción social R/C aislamiento terapéutico.</p> <p>Temor R/C Entorno desconocido</p> <p>Disposición para mejorar el afrontamiento M/P expresa deseo de mejorar</p> <p>Disposición para mejorar el autocuidado R/C expresa deseos de mejorar el autocuidado.</p> <p>Disposición para mejorar los conocimientos R/C expresa deseos de mejorar el aprendizaje</p> <p>Aflicción crónica R/C enfermedad crónica.</p> <p>Déficit del autocuidado: Alimentación, baño, vestido R/C Alteración de la función muscular, debilidad y dolor.</p>



PRIORIZACIÓN DE DATOS

1. Patrón respiratorio ineficaz
2. Deterioro de la integridad cutánea
3. Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz
4. Dolor agudo
5. Riesgo de infección
6. Disposición para mejorar el autocuidado

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS				
DOMINIO 4 : Actividad/Reposo		CLASE 4: Respuestas cardiovasculares/Pulmonares		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Patrón respiratorio ineficaz (00032)</p> <p>DEFINICIÓN: Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS: Fátiga de los músculos respiratorios</p> <p>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Disnea, patrón respiratorio anormal.</p>	<p>DOMINIO: II Salud fisiológica</p> <p>CLASE: E Cardiopulmonar</p> <p>Estado respiratorio (0415)</p> <p>Definición: Grado en que una persona alcanza la función basal fisiológica después de una cirugía mayor.</p>	<p>41501 Frecuencia respiratoria</p> <p>41503 Profundidad de la inspiración</p> <p>41504 Ruidos respiratorios</p> <p>41507 Saturación de oxígeno</p>	<p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno</p>	<p>Mantener a: ___ Aumentar a: ___</p> <p>3 4</p> <p>3 4</p> <p>4 5</p> <p>3 5</p>

PLAN DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS

<p>INTERVENCIÓN NIC: Ayuda a la ventilación CÓDIGO: 3390</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC: Monitorización de la respiración CÓDIGO: 3350</p>
<p>DEFINICIÓN: Estimulación de un esquema respiratorio espontaneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones. CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: K Control respiratorio</p>	<p>DEFINICIÓN: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado. CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo CLASE: K Control respiratorio</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener una vía aérea permeable. 2. Colocar al paciente de forma que alivie la disnea. 3. Minimizar los esfuerzos respiratorios. 4. Mantener el oxígeno suplementario. 5. Monitorizar los signos vitales y la oxigenación: gasometría arterial, SAO₂, CO₂. 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. 2. Monitorizar los patrones de respiración 3. Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. 4. Observar los factores que mejoren o empeoren la disnea. 5. Evaluar la eficacia del dispositivo de oxígeno suplementario.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS				
DOMINIO 11: Seguridad/Protección		CLASE 2: Lesión física		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Deterioro de la integridad cutánea (00046) DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis y /o de la dermis. FACTORES RELACIONADOS: Lesión por agente (quemadura por fuego). CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Alteración de la integridad cutánea de la piel.	DOMINIO: 2 Salud fisiológica CLASE: L Integridad tisular Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.	110102 Sensibilidad 110111 Perfusión tisular 110113 Integridad de la piel 110115 Lesiones cutáneas 110116 Lesiones de la mucosa 110117 Tejido cicatricial	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Mantener a: __ Aumentar a: __ 2 3 3 4 2 4 3 4 2 4 2 3

PLAN DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS

INTERVENCIÓN NIC: Cuidados de las heridas

CÓDIGO: 3660

DEFINICIÓN: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.

CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: L Control de la piel/heridas

ACTIVIDADES:

1. Desplegar los apósitos y el esparadrapo.
2. Rasurar el vello que rodea la zona afectada.
3. Monitorizar las características de las heridas.
4. Medir el lecho de la herida.
5. Administrar cuidados y aplicar tópicos en la piel o lesión.
6. Reforzar el apósito y aplicar vendaje apropiado al tipo de herida.
7. Enseñar al paciente y a la familia los procedimientos de cuidado de la herida, signos y síntomas de infecciones.
8. Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS

DOMINIO 4: Actividad/Reposo		CLASE 4: Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA):</p> <p>Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228)</p> <p>DEFINICIÓN: Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <p>Procedimientos intra-vasculares, sedentarismo, y traumatismo</p>	<p>DOMINIO: 2 Salud fisiológica</p> <p>CLASE: E Cardiopulmonar</p> <p>Perfusión tisular (0422)</p> <p>Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los órganos del cuerpo para funcionar a nivel celular.</p>	<p>42209 Flujo de sangre a través de los vasos periféricos</p> <p>42210 Flujo de sangre a través de la vascularización a nivel celular</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 	<p>Mantener a: __</p> <p align="right">3</p> <p align="right">3</p> <p>Aumentar a: __</p> <p align="right">5</p> <p align="right">5</p>

PLAN DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS	
<p>INTERVENCIÓN NIC: Cuidados circulatorios: Insuficiencia venosa.</p> <p>CÓDIGO: 4066</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC: Cuidados circulatorios: Insuficiencia arterial.</p> <p>CÓDIGO: 4062</p>
<p>DEFINICIÓN: Mejora de la circulación venosa.</p> <p>CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo</p> <p>CLASE: N Control de la perfusión tisular</p>	<p>DEFINICIÓN: Mejora de la circulación arterial.</p> <p>CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo</p> <p>CLASE: N Control de la perfusión tisular</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar los pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura) 2. Aplicar terapia compresiva. 3. Elevar las piernas a 20°. 4. Administrar antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes. 5. Controlar el estado hídrico, incluidas las entradas y salidas. 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar cambios posturales cada 2 horas. 2. Proporcionar calor. 3. Animar al paciente a realizar ejercicio según su tolerancia. 4. Enseñar al paciente los factores que afectan a la circulación (p.e. exposición a temperaturas frías y cruzar las piernas y los pies).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS

DOMINIO 12: Confort.		CLASE 01: Confort físico.		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Dolor agudo (00132). DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible. FACTORES RELACIONADOS: Agentes lesivos físicos (quemaduras) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: Auto informe de intensidad del dolor usando escalas, cambios en parámetros fisiológicos y expresión facial del dolor.	DOMINIO: 5 Salud percibida.	210201 Dolor referido		Mantener a: __ Aumentar a: __ 2 4
	CLASE: 4 Sintomatología. Nivel del dolor (2102) DEFINICIÓN: Intensidad del dolor referido o manifestado.	210206 Expresiones faciales del dolor. 210210 Frecuencia respiratoria. 210211 Frecuencia cardiaca. 210212 Presión arterial.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	2 5 3 5 3 5
	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud	160501 Reconoce factores causales 160503 Utiliza medidas preventivas 160511 Refiere dolor controlado	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	4 5 Mantener a: __ Aumentar a: __ 2 5 2 5 3 5

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS				
DOMINIO 11: Seguridad / Protección.		CLASE 1: Infección.		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de infección (00004) DEFINICIÓN: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud. FACTORES RELACIONADOS: Alteración de la integridad de la piel.	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud. CLASE: T Control del riesgo y seguridad. Control del riesgo (1902) DEFINICION: Acciones personales para comprender, evitar o eliminar las amenazas para la salud que son modificables.	190201 Reconoce los factores de riesgo personales.	1. Nunca demostrado	Mantener a: __ Aumentar a: __ 1 4
		190202 Controla los factores de riesgo ambientales.	2. Raramente demostrado	2 3
		190203 Controla los factores de riesgo personales.	3. A veces demostrado	2 3
		190204 Desarrolla estrategias de control de riesgos efectivas.	4. Frecuentemente demostrado	1 3
		190206 Se compromete con estrategias de control de riesgos.	5. Siempre demostrado	2 4

PLAN DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS

INTERVENCIÓN NIC: Manejo del dolor.

CÓDIGO:1400

DEFINICIÓN: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico.

CLASE: E Fomento a la comodidad física.

ACTIVIDADES:

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
2. Observar signos no verbales de molestias especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
3. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
4. Explorar con el paciente los factores que alivien/empeoren el dolor.
5. Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor.
6. Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.
7. Proporcionar información acerca del dolor, como causas, el tiempo que durará y enseñar los principios del manejo del dolor.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS				
DOMINIO 11: Seguridad / Protección.		CLASE 1: Infección.		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA (PROBLEMA): Riesgo de infección (00004) DEFINICIÓN: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud. FACTORES RELACIONADOS: Alteración de la integridad de la piel.	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud. CLASE: T Control del riesgo y seguridad. Control del riesgo (1902) DEFINICION: Acciones personales para comprender, evitar o eliminar las amenazas para la salud que son modificables.	190203 Controla los factores de riesgo personales. 190204 Desarrolla estrategias de control de riesgos efectivas. 190206 Se compromete con estrategias de control de riesgos.	6. Nunca demostrado	2 3
			7. Raramente demostrado	1 3
			8. A veces demostrado	
			9. Frecuentemente demostrado	2 4
			10. Siempre demostrado	

PLAN DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS

INTERVENCIÓN NIC: Protección contra las infecciones

CÓDIGO: 6550

DEFINICIÓN: Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.

CAMPO 4: Seguridad

CLASE V: Control de riesgos

ACTIVIDADES:

1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
2. Vigilar el recuento de leucocitos.
3. Proporcionar cuidados a la piel en las zonas edematosas.
4. Utilizar antibióticos indicados.
5. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
6. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

INTERVENCIÓN NIC: Control de infecciones

CÓDIGO: 6540

DEFINICIÓN: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

CAMPO 4: Seguridad

CLASE V: Control de riesgos

ACTIVIDADES:

1. Aplicar las precauciones de aislamiento y lavado de manos.
2. Utilizar el uso de guantes estériles, según corresponda.
3. Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
4. Rasurar y limpiar la zona como se indica en la preparación.
5. Limpiar la piel con agente antibacteriano.
6. Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la manipulación de vías centrales y un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
7. Asegurar una técnica de cuidados de heridas.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS				
DOMINIO 4: Actividad/Reposo		CLASE 5: Autocuidado		
<u>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA</u>	RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>ETIQUETA (PROBLEMA): Disposición para mejorar el autocuidado (00182)</p> <p>DEFINICIÓN: Patrón de realización de actividad por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que pueden ser reforzados.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Expresa deseos de mejorar el autocuidado, el conocimiento de autocuidado y su independencia.</p>	<p>DOMINIO: I Salud funcional</p> <p>CLASE: D Autocuidado</p> <p>Autocuidados:</p> <p>Actividades de la vida diaria (0005)</p> <p>Definición: Acciones personales para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin dispositivos de ayuda.</p>	30001 Come	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	Mantener a: __
		30002 Se viste		1
		30004 Se baña		1
		30006 Higiene		1
		30007 Higiene bucal		1
		30008 Ambulación		1
				2
				2
	2			
	2			
	2			
	2			
	Aumentar a: __			

PLAN DE ENFERMERÍA: QUEMADURAS

<p>INTERVENCIÓN NIC: Ayuda con el autocuidado CÓDIGO: 1800</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC: Mejora de la autoconfianza CÓDIGO: 5395</p>
<p>DEFINICIÓN: Ayudar a la persona a realizar las actividades de la vida diaria. CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: F Facilitación del autocuidado</p>	<p>DEFINICIÓN: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable. CAMPO: 2 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su autocuidado. 2. Ayudar al paciente a aceptar sus necesidades de dependencia. 3. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. 4. Alentar a la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada. 5. Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. 	<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada y de los beneficios de ejecutar la conducta deseada. 2. Identificar los obstáculos al cambio de conducta. 3. Proporcionar información sobre la conducta deseada. 4. Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.



10 PLAN DE ALTA

La parte que supone mayor reto para los pacientes es la vida diaria en el domicilio. La enfermería, como ya se ha dicho anteriormente, se va a encargar de la educación para la salud de los pacientes fomentando su autocuidado.

Es imprescindible que se vayan de alta con toda la información posible para minimizar su nivel de ansiedad y facilitar su rehabilitación. Los objetivos principales de dicha educación en estos pacientes serán instruir tanto a pacientes como a los familiares en los autocuidados proporcionando una red de apoyo adecuada para el paciente tras el alta.

Recomendaciones de enfermería:

Seguridad/protección

Los individuos deben aprender ciertas medidas de seguridad para evitar situaciones que comprometan su vida, para ello se debe informarle sobre las mismas.

- ❖ Tomar solamente la medicación pautada por su médico.
- ❖ Al caminar, el paciente debe usar vendaje elástico en el miembro afectado, retirándolo al acostarse durante aproximadamente un mes.
- ❖ Evitar bruscos cambios de temperatura en el miembro afectado.
- ❖ Acudir a consulta con cirugía plástica para realizar un seguimiento continuado.
- ❖ Una vez curada la zona donante, esta debe ser hidratada con vaselina pura, tres veces al día.

Nutrición:

La alimentación puede ser libre, aunque se recomienda que sea rica y variada en fruta y verdura ya que evitará el estreñimiento y aportará las vitaminas necesarias. Los alimentos ricos en proteínas ayudan en el proceso de cicatrización de las heridas. Tomará una dieta variada y equilibrada en la que no deben faltar carnes, pescados, huevos, frutas, verduras y pastas.



Los alimentos los tomará triturados (en puré) o enteros según lo que tolere. El sobrepeso puede retrasar la cicatrización de las heridas, por ello es tan importante una buena alimentación. Prohibido el tabaco y el alcohol ya que fumar disminuye el aporte sanguíneo entre el injerto y el lecho receptor.

Actividad/reposo:

- ❖ Es aconsejable realizar ejercicio físico moderado y a diario. Actividades al aire libre, pasear, por ejemplo. Debe llevar vida normal evitando el ejercicio intenso.
- ❖ Gran importancia del equilibrio sueño -descanso.
- ❖ Elevar los miembros inferiores en la cama 10 -12 centímetros (en caso de encontrarse el injerto en esta zona) mejorando así el retorno venoso.
- ❖ En caso de que el injerto se localice en el miembro superior, el paciente debe mantener el brazo afectado elevado en cabestrillo, realizar ejercicios de movimientos de hombro y amplitud de articulaciones para evitar rigideces.

Higiene:

- ❖ En cuanto a la higiene, se desaconseja los baños por inmersión ya que aumentan la humedad en la zona intervenida dificultando su cicatrización, por lo que se recomienda la ducha diaria.
- ❖ Es importante realizar una exhaustiva higiene bucal después de cada comida. Para ello empleará un cepillo de cerdas suaves y colutorios (clorhexidina o bencidamina) o enjuagues con agua y sal.
- ❖ Se aconseja la aplicación de crema hidratante tras la ducha ya que actúa como protectora de la piel.

Vestido:

Respecto a la vestimenta, el paciente podrá utilizar ropa habitual, cómoda, evitando oprimir la zona injertada o la zona del colgajo. Es aconsejable utilizar vestimenta holgada que no presione las heridas y que sea de tejidos naturales cuando estén en contacto directo con la piel.



Las heridas quirúrgicas en caso de que precisen cura, se harán según le explique el médico o la enfermera. Si no le dan una pauta concreta, lávelas una vez al día con agua y jabón neutro; séquelas sin frotar y aplique un antiséptico (povidona yodada).

Cuidados de la zona de injerto

- ❖ Evitar fricción y cizallamiento en la zona del injerto.
- ❖ Examinar diariamente los apósitos.
- ❖ Registrar diariamente el color, la temperatura, el llenado capilar y la turgencia del injerto, si la zona no está cubierta con apósito.
- ❖ Controlar signos de infección y otras complicaciones postoperatorias.
- ❖ Es recomendable utilizar un protector solar de alto índice al menos durante un año y evitar la exposición solar de las zonas operadas.
- ❖ Enseñar al paciente a aplicarse regularmente lubricación artificial en la zona del injerto durante años después del injerto para favorecer que la piel recupere su integridad de la mayor forma posible



10. CONCLUSIONES

La rápida actuación por parte de enfermería y la realización de un plan de cuidados hospitalario para estos pacientes, hace que la evolución de las secuelas disminuya en número y en severidad, evitando también otras complicaciones y ayuda al paciente a controlar la ansiedad sobre su nueva situación de salud.

Para ello, se establece un plan de cuidados hospitalario de enfermería, teniendo en cuenta que una vez recibida el alta hospitalaria, dichos pacientes requerirán otro tipo de cuidados, en los que cabe destacar los procesos de rehabilitación y atenciones psicológicas.

Este plan de cuidados enfermeros en el ámbito hospitalario, se lleva a cabo para que sirva de apoyo y ayuda al personal de enfermería ante un paciente con dicha patología.



12. GLOSARIO

Aloinjerto: Injerto derivado de un individuo genéticamente distinto de la misma especie. Denominado también injerto alogénico u homo injerto.

Apósito biológico: Sustituto de piel obtenido de alguna especie animal.

Auto injerto: Tejido vivo (piel, hueso, vena) que se trasplanta de un lugar a otro dentro del cuerpo del mismo individuo. En quemaduras usualmente se refiere a piel. Denominado también trasplante autógeno, trasplante autólogo, injerto autógeno, injerto autólogo.

Cristaloides: son solventes y solutos que atraviesan las membranas corporales, compuestos por agua y electrolitos, entre los cuales se encuentran la dextrosa en agua, dextrosa en solución salina hipertónica.

Coloides: son expansores plasmáticos compuestos por sustancias que no atraviesan las membranas y permanecen en el espacio intravascular, no reponen la pérdida de líquido intersticial, mejoran el transporte de oxígeno, la contractilidad miocárdica y el gasto cardíaco.

Escaratomía: Procedimiento de urgencia que está indicado en las quemaduras profundas circulares que comprometen la circulación distal, en el cual se abre la piel, el celular y la fascia (no confundir con aponeurosis) hasta conseguir mejorar el retorno venoso y/o arterial.

Escarectomía: Consiste en la escisión de la cobertura de la quemadura. Usualmente se desprende en forma espontánea luego de la aplicación de aceite mineral durante dos días, si este no ocurre el niño se lleva al quirófanos y bajo anestesia general se realiza el procedimiento.



Escarectomía a fascia: Remoción quirúrgica de todo tejido hasta la aponeurosis que rodea al músculo (fascia) incluyendo las capas del tejido graso.

Escarectomía tangencial: Se basa en la eliminación de láminas de tejido no viable, de forma secuencial, con ayuda del dermatomo o bisturí hasta obtener tejido viable, sangrante y apto para injertar. Constituye el procedimiento de elección para quemaduras profundas de mediana o pequeña extensión, dando como ventajas un resultado funcional y estético más óptimo. Sus principales inconvenientes es la mayor pérdida sanguínea y que se requiere de la experiencia del cirujano que la realiza.

Fasciotomía: Consiste en la eliminación con bisturí siguiendo el plano suprafascial. Dentro de las ventajas es que es un procedimiento más rápido, con menores pérdidas sanguíneas, mejor lecho para los injertos por tener una muy buena vascularización la fascia, y no se requiere tanta experiencia para su ejecución.

Heteroinjerto: Sinónimo de xenoinjerto, injerto procedente de una especie distinta a la del receptor.

Homoinjerto: Tejido tomado de un ser humano y colocado en otro ser humano. Usualmente se obtienen de donaciones de órganos de cadáveres.

Injerto: Cualquier tejido trasplantado a una parte corporal.

Reanimación: Reposición de líquidos intravasculares perdidos durante la etapa temprana de la post-quemadura, puede llevarse a cabo con cristaloides y coloides.



13. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Acevedo, MG. (2013). El Proceso de Atención de Enfermería. Octubre, 2019, de UNAM Sitio web: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>
2. Barros S., Cotes S., Fernández N., González D. (2015). Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-SIDA según modelo “Callista Roy”. Octubre, 2019, de Facultad: ciencias de la salud Sitio web: <http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/791/CAPACIDAD%20DE%20AFRONTAMIENTO%20Y%20ADAPTACION%20DE%20PACIENTES%20CON%20VIH-SIDA%20SEG%C3%9AN%20MODELO%20%E2%80%9CCALLISTA%20ROY%E2%80%9D%20EN%20.pdf?sequence=1>
3. Guía de práctica clínica. (2017). Intervenciones de enfermería para la atención del adulto gran quemado en el tercer nivel de atención. Octubre, 2019, de Instituto Mexicano del Seguro Social Sitio web: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/375GER.pdf>
4. Información Epidemiológica de Morbilidad. (Marzo, 2017). Notificación Semanal Casos Nuevos de Enfermedades 2017. Octubre, 2019, de Secretaria de Salud Sitio web: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/215342/3_Reporte_de_marzo_de_2017.pdf
5. Muñoz, A. Morales, I. (2015). El modelo de Adaptación de Callista Roy en el proceso de institucionalización de la Enfermería. Octubre, 2019, de Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) Sitio web:

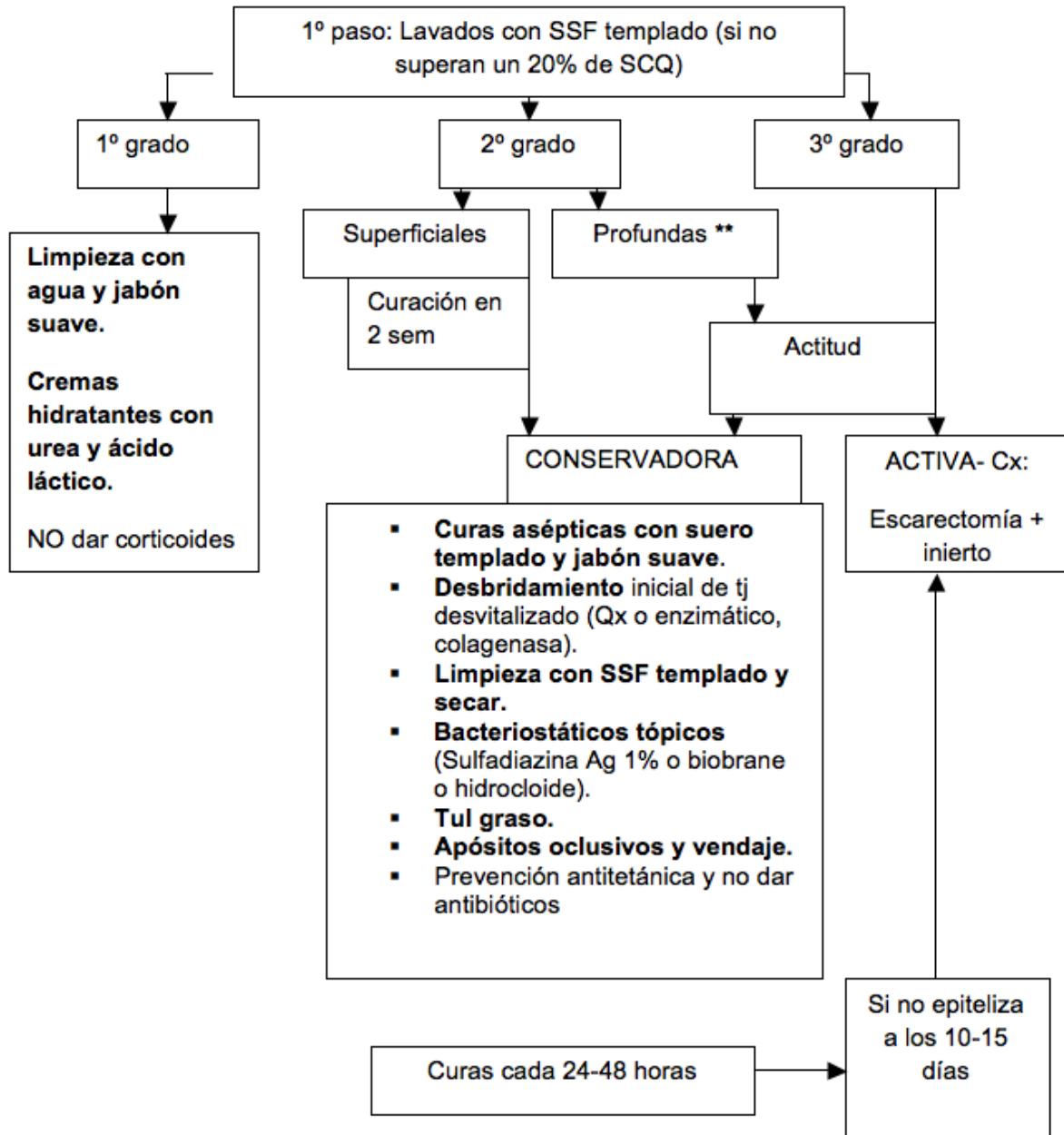


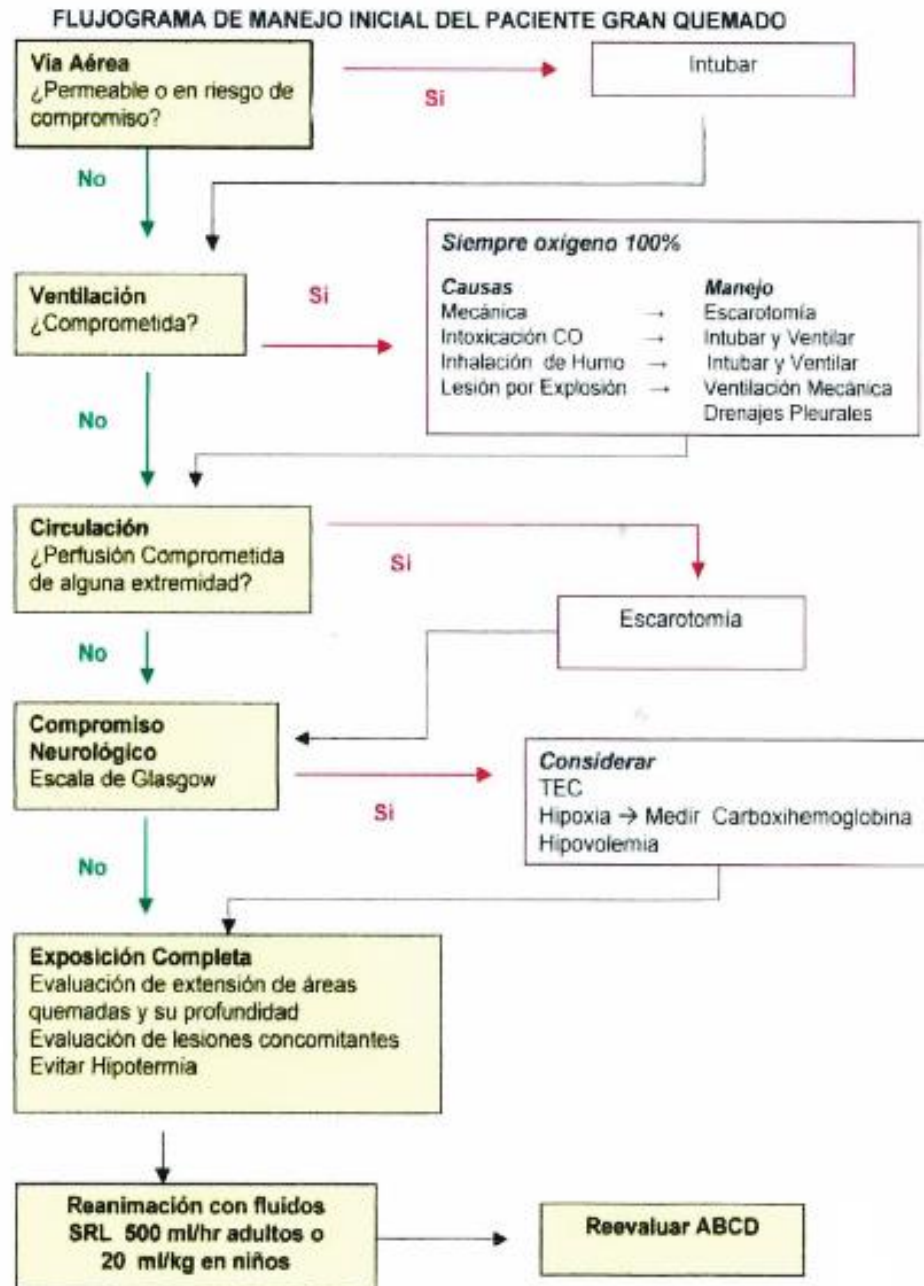
https://www.researchgate.net/publication/311124591_El_modelo_de_Adaptacion_de_Callista_Roy_en_el_proceso_de_institucionalizacion_de_la_Enfermeria

6. OMS. (2020). Quemaduras. agosto,2020, de Organizacion Mundial de la Salud
Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
7. Posos, MJ. (Mayo, 2018). Modelo del cuidado de enfermería. Octubre, 2019, de Secretaria de Salud Sitio web:
http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
8. Subdirección de Quemados. (Mayo, 2018). Guía clínica de atención al paciente gran quemado. Manual de guías clínicas. Versión ISO 9001:2015, 02, 1-26.



14. ANEXOS.







Valoración del estado de sedación del paciente

ESCALA DE RAMSAY

@Creative_Nurse

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
1	Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	Dormido con respuesta a órdenes
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido con respuesta sólo al dolor
6	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos

Richmond Agitation Sedation Scale

RASS

@Creative_Nurse

+4	COMBATIVO. ANSIOSO, VIOLENTO
+3	MUY AGITADO Intenta quitarse el tubo, los catéteres.
+2	AGITADO Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
+1	ANSIOSO Inquieta, pero sin conducta violenta
0	ALERTA Y TRANQUILO
-1	ADORMILADO Despierta con la voz. Ojos abiertos < 30 seg.
-2	SEDACIÓN LIGERA Despierta con la voz. Ojos abiertos < 10 seg.
-3	SEDACIÓN MODERADA Se mueve. Abre los ojos pero no dirige la mirada.
-4	SEDACIÓN PROFUNDA No responde a la voz. Abre los ojos a la estimulación física.
-5	SEDACIÓN MUY PROFUNDA No hay respuesta a la estimulación física ni verbal.

Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión

@Creative_Nurse

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada * Ausencia de sensación * Incapacidad para sentir dolor * Capacidad sensorial	Muy limitada Incapacidad para sentir estímulos * No responde a estímulos dolor * Déficit sensorial	Ligeramente limitada Responde a estímulos verbales * No responde a estímulos táctiles * Déficit sensorial	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales * Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el paciente	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Escasada/a	En silla	Desembara ocasionalmente	Desembara frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre 0 oponente, dieta líquida o suero > 5 días	Probablemente inadecuada 0 oponente menos que la cantidad optima de suero dieta líquida a por día	Adecuada 0 oponente suficiente por día > 10 por día parenteral	Excelente Come entre horas y no requiere suplementos
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de moderada a substancial asistencia para ser movido	Problema potencial Se mueve muy débilmente a requiere de mínima asistencia	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia	

RIESGO UPP

ALTO = < 12 PUNTOS MODERADO = 12 - 14 PUNTOS BAJO = 15-18 PUNTOS (si < 75 años) / 15-16 PUNTOS (si > 75 años)

Exploración PUPILAS

1 mm 2 mm 3 mm 4 mm 5 mm 6 mm 7 mm 8 mm 9 mm

Miosis Medias Midriasis

Según el tamaño	Mioticas - diámetro < 2mm
	Medias - diámetro 2-5mm
	Midriaticas - diámetro > 5mm
Según relación entre ellas	Isocóricas - iguales
	Anisocóricas - desiguales
	Discóricas - forma irregular
Según respuesta a la luz	Reactivas - contracción al foco luminoso
	Arreactivas - inmóviles al foco luminoso



VALORES NORMALES en gasometría

© Osiris, 2016

GASOMETRÍA ARTERIAL	GASOMETRÍA VENOSA
Equilibrio Ácido-Base	Equilibrio Ácido-Base
pH 7.35-7.45	pH 7.28-7.35
pCO ₂ 35-45 mmHg	pCO ₂ 40-50 mmHg
HCO ₃ 21-28 mmol/L	HCO ₃ 21-28 mmol/L
p.a. -2 a +3 mmHg	p.a. -2 a +3 mmHg
Ca ²⁺ 2.2-2.6 mmol/L	Ca ²⁺ 2.0-2.4 mmol/L
Oxigenación	Oxigenación
pO ₂ 75-100 mmHg	pO ₂ 20-40 mmHg
Hb 12-16 g/dL	Hb 12-16 g/dL
Ht 37-47%	Ht 37-47%
sO ₂ 95-100%	sO ₂ 82-94%
Electrolitos	Electrolitos
Na ⁺ 135-145 mmol/L	Na ⁺ 135-145 mmol/L
K ⁺ 3.6-4.8 mmol/L	K ⁺ 3.6-4.8 mmol/L
Ca ²⁺ 1.0-1.25 mmol/L	Ca ²⁺ 1.15-1.25 mmol/L
Cl ⁻ 95-105 mmol/L	Cl ⁻ 95-105 mmol/L
Metabolitos	Metabolitos
Glucosa 70-100 mg/dL	Glucosa 70-100 mg/dL
Lactato <16 mg/dL	Lactato <16 mg/dL

ESCALA GLASGOW

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPREENSIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA

Factores de riesgo		Puntos
Limitación física		2
Estado mental alterado		3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos		2
Problemas de idioma o socioculturales		2
Paciente sin factores de riesgo evidentes		1
Total de puntos		10
DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS		
Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 - 10	Rojos
Mediano riesgo	2 - 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde



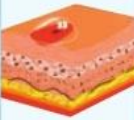

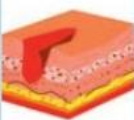



Las escalas MORSE, DOWNTON y HEINDRICH II, también evalúan el riesgo de caídas

Escala de dolor EVA

www.paraulcerasporpresion.com

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor		Poco dolor		Dolor Moderado		Dolor Fuerte		Dolor muy fuerte		Dolor insoportable



GRADOS			AFECCIÓN	OTRAS CARACTERÍSTICAS
GRADO I			EPIDERMIS ÍNTEGRA	Color rojo-rosado. En pieles oscuras presenta tonos rojos, azules o morados. Hiperemia reactiva > 24 horas. El eritema se mantiene aún bajo la presión de los dedos.
GRADO II			EPIDERMIS y DERMIS	Flictenas o vesículas. Descamación y grietas.
GRADO III			TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Bordes definidos Proceso necrótico Puede haber exudado seroso-sanguinolento. Pueden aparecer tunelizaciones y cavemas.
GRADO IV			MÚSCULO. SE PUEDEN ALCANZAR ARTICULACIONES	Tejido necrótico y exudado abundante. Pueden aparecer tunelizaciones y cavemas.