

UNIVERSIDAD DE SONORA
FACULTAD INTERDISCIPLINARIA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**ESTUDIO DE CASO A PACIENTE ADULTO GRAN QUEMADO EN
CUIDADO INTENSIVO DE UN HOSPITAL PÚBLICO**

**Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESENTA
Lic. Enf. Tania Clarissa Corrales Gastelum

DIRECTOR
Dra. María Rubí Vargas

ASESORES
Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
C.Dr. María Alejandra Favela Ocaño

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

UNIVERSIDAD DE SONORA
FACULTAD INTERDISCIPLINARIA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**ESTUDIO DE CASO A PACIENTE ADULTO GRAN QUEMADO EN
CUIDADO INTENSIVO DE UN HOSPITAL PÚBLICO**

**Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESENTA
Lic. Enf. Tania Clarissa Corrales Gastelum

DIRECTOR
Dra. María Rubí Vargas

ASESORES
Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
C. Dr. María Alejandra Favela Ocaño

ESTUDIO DE CASO A PACIENTE ADULTO GRAN QUEMADO EN CUIDADO INTENSIVO DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Dra. María Rubí Vargas
Director

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
Asesor

C.Dr. Alejandra Favela Ocaño
Asesor

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
Coordinador de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad de Sonora, principalmente al Departamento de Enfermería, a la Coordinadora de Posgrado y a la planta docente de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos

Un reconocimiento especial a la Dra. María Rubí Vargas por la confianza a una servidora, por su compromiso, apoyo, dedicación y atinada dirección, a las asesoras Dra. Sandra Lidia Peralta Peña y c. Dra. María Alejandra Favela Ocaño, por las valiosas sugerencias en la mejora de este trabajo.

Extendiendo mi agradecimiento al docente enfermero especialista en cuidados intensivos Ivan Nava Luna por los conocimientos que fueron otorgados durante la residencia del posgrado, mi gratitud la extiendo a cada uno de los docentes que impartieron las diferentes materias y transmitieron a nosotros los alumnos sus conocimientos y experiencias para engrandecernos como profesionales especialistas y dar calidad y seguridad en el cuidado a pacientes críticos sustentados en la evidencia científica en los diferentes entornos de la práctica profesional.

Es importante agradecer también a cada una de las instituciones que nos abrieron las puertas de sus instalaciones para realizar la residencia profesional del posgrado en cuidados intensivos, Hospital Cima, Centro Médico Dr. Ignacio Chavez ISSSTESON, Hospital General del Estado de Sonora y Hospital San José de Hermosillo Sonora.

Especialmente agradezco al H. Hospital San José de esta localidad, a la gerente, supervisoras, jefa de enseñanza y jefes de piso, por su invaluable apoyo para la realización de la especialidad, quienes siempre mostraron su confianza en mí para culminar esta etapa profesional.

DEDICATORIA

Con especial cariño dedico el trabajo primeramente a dios quien hizo posible culminar este posgrado en cuidados intensivos, a mi madre Luz Elena Gastelum Quezada que en todo momento me apoya para superarme y lograr nuevos retos, mi padre finado que en paz descansa Ramon Javier Corrales Bacasegua que siempre tuvo gran esperanza en mí, en mis logros profesionales y aunque ya no este presente en fisico sus palabras de amor y de superación siempre las recordaré.

Dedico también este trabajo a mis hijos Ximena Clarissa y Santiago Arturo que son mi motor para salir adelante y superarme día con día.

De igual manera, extendo mi reconocimiento a mis hermanas Abigail Corrales Gastelum y Paola Corrales Gastelum que con sus palabras de aliento y apoyo siempre me ayudaban a sentirme con mas fuerza para lograr el objetivo.

A mis amigas más queridas, también les dedico este ejemplar, puesto que en todo momento me han apoyado en mis mejores etapas y tambien dificiles; dicen que las amigas se cuentan con los dedos de las manos asi que son las más especiales para mí, con su optimismo y palabras de aliento siempre me animan para emprender nuevos caminos y lograr retos.

RESUMEN

Introducción: El cuidado de enfermería al paciente con quemaduras en gran parte de la superficie corporal, reconocido como gran quemado, constituye uno de los escenarios más complejos del área intensiva por el choque traumático, estado de gravedad, la urgencia de atención sistematizada, coordinada, eficiente y oportuna del equipo de salud para salvaguardar la vida de la persona.

Objetivo: Brindar cuidados de enfermería a un paciente adulto con diagnóstico médico gran quemado para restaurar la funcionalidad en el más alto nivel posible.

Métodos y materiales: Se utilizó la modalidad de estudio de caso clínico, sustentado en la teoría déficit de autocuidado y del sistema totalmente compensador de enfermería, asimismo se utilizó el método del proceso de enfermería en el suministro de los cuidados en un paciente adulto en la unidad cuidados intensivos de un hospital público de Hermosillo, Sonora. En la valoración se emplearon la guía de valoración de requisitos de autocuidado de Orem, en los diagnósticos la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería; en los resultados de enfermería, la Clasificación de Resultados de Enfermería y en la planificación de cuidado se usó la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería; mismos, que integran el lenguaje de enfermería estandarizado en el cuidado disciplinar y facilitan la optimización de la atención de enfermería.

Conclusiones: El cuidado de enfermería impacta de por vida, dado que restaura la funcionalidad, disminuye la morbilidad y mortalidad asociadas y reduce las complicaciones severas en el paciente gran quemado.

Palabras clave: adulto, quemaduras, cuidado, enfermería. (DeCS)

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA.....	ii
RESUMEN.....	iii
CONTENIDO.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	4
1.1 Epidemiología y generalidades de las quemaduras.....	4
1.2 Manejo terapéutico del paciente gran quemado.....	11
1.3 Intervenciones de enfermería.....	11
1.4 Teoría de Déficit de Autocuidado y de Sistema de Enfermería.....	17
1.5 Proceso de Enfermería.....	20
Capítulo II. METODOLOGÍA.....	30
2.1 Método.....	30
2.2 Límites de tiempo.....	30
2.3 Lugar.....	30
2.4 Universo de trabajo.....	30
2.5 Recursos.....	30
2.6 Selección del caso y fuentes de información.....	30
2.7 Consideraciones éticas.....	31
CAPITULO III. PRESENTACIÓN DEL CASO Y PROCESO DE ENFERMERÍA....	32
3.1 Datos de identificación.....	32
3.2 Descripción del caso (ingreso y evolución).....	32
3.3 Proceso de Enfermería.....	33
CONCLUSIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS	66
Guía de valoración basada en la Teoría General del Déficit de Autocuidado en el Adulto	66

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras de tercer grado comprenden todas las capas de la piel, incluidas fascia, músculo, hueso y otras estructuras subyacentes. Las zonas quemadas pueden ser de color pálido, pardo o negruzco; puede existir dolor intenso o su ausencia si el tejido nervioso se dañó. La gravedad de este tipo de quemaduras varía en función de la extensión afectada, la localización y profundidad. El pronóstico suele ser peor cuando se afecta el tejido vascular, considerándose grave para la vida si se han quemado más de dos terceras partes de la superficie corporal (1).

El término de paciente gran quemado, se caracteriza por la presencia de alguno de los siguientes criterios: a) presentar un índice de gravedad mayor de 70 puntos, o bien por la presencia mayor del 20% de superficie corporal de quemaduras de segundo grado profundas o de tercer grado; b) pacientes de 65 años o más con quemaduras de segundo grado superficiales o profundas, mayores del 10% de superficie corporal; c) pacientes con quemaduras respiratorias ocasionadas por gases tóxicos; d) casos de quemaduras eléctricas; e) pacientes quemados politraumatizados; f) pacientes con quemaduras con patologías graves asociadas (2,3).

Las causas principales de muerte en etapa temprana en el paciente quemado son el shock hipovolémico y el 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 (3).

Es por ello, que el paciente con quemaduras graves constituye uno de los escenarios más complejos, que requiere de la atención de agentes de salud multidisciplinarios que respondan de manera eficiente a las demandas del autocuidado y se compensen de manera directa los requisitos universales de autocuidado para restaurar y preservar la integridad y el funcionamiento vital del paciente con quemaduras graves, las 24 horas del día (4). La desviación de salud del paciente gran quemado y el déficit de autocuidado, le condiciona el requerimiento de dependencia del cuidado, ejercido principalmente por el profesional de enfermería, quien monitoriza el cuidado permanentemente, lo que exige el estar a la vanguardia en la atención avanzada de este tipo de pacientes, e integrar los conocimientos y habilidades que involucra la

comprensión de la fisiopatología del trauma térmico, manejo del choque hipovolémico, fluidoterapia (reanimación con soluciones endovenosas), manejo de vía aérea, respiración y/o ventilación, requerimientos y soporte nutricional, para enfrentar la respuesta hipermetabólica de la lesión, conocimiento en terapias quirúrgicas, materiales novedosos disponibles para injertos y sus cuidados, sustitutos o equivalentes epiteliales temporales o permanentes, rehabilitación física y psicológica, entre otros aspectos. Todo ello con el propósito de brindar cuidado basado en la mejor evidencia disponible que coadyuve en la atención integral, oportuna y de calidad que coadyuve en la reincorporación familiar, laboral y social con una buena calidad de vida (2-5).

El presente trabajo aborda el método de estudio de caso, el cual es una modalidad de soporte del conocimiento utilizado en Enfermería, basado en la idea de que al analizarse con detalle una unidad o grupo determinado, permite la comprensión en profundidad de la situación y/o experiencia del paciente y su familia ante el proceso de salud-enfermedad que enfrentan (6).

El presente estudio de caso se realizó en la unidad de cuidados intensivos a un paciente adulto con diagnóstico médico gran quemado, sustentado en la perspectiva teórica disciplinar déficit de autocuidado y sistema de enfermería compensador, para cubrir las necesidades, mantener la vida, la salud y bienestar de la persona [Dorothea Orem] (4,7).

Este estudio de caso se encuentra integrado por tres capítulos: el primero de ellos aborda el marco teórico referencial que incluye epidemiología y generalidades de las quemaduras, características de gran quemado y métodos para la determinación de la extensión de la superficie corporal con quemaduras; se continua con la teoría de déficit de autocuidado y sistemas de enfermería, y se finaliza con el proceso de enfermería y las fases que lo integran. En el segundo capítulo se observa la metodología que orienta sobre el método del estudio de caso, los recursos e instrumentos empleados, así como también sobre las consideraciones éticas. El tercer capítulo contiene la presentación del caso y proceso de enfermería con la narrativa de la identificación y explicación del caso, así como también la aplicación del proceso de enfermería en base los condicionantes básicos y requisitos de autocuidado; este apartado finaliza con el plan de cuidados.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evidenciar el cuidado de enfermería brindado a un paciente con diagnóstico médico gran quemado, en una unidad de cuidado intensivo en un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Objetivos específicos

- Demostrar la aplicación del estudio de caso sustentado en la teoría de déficit de autocuidado y sistema de cuidado compensador mediante el método del proceso enfermero.
- Aplicar la valoración de enfermería de la teoría de déficit de autocuidado en el adulto y los diagnósticos de enfermería, resultados de enfermería y las intervenciones de enfermería mediante las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO – REFERENCIAL

Marco referencial

1.1 Epidemiología y generalidades de las quemaduras

Las quemaduras son una de las más comunes y devastadoras formas de trauma. Según la OMS son consideradas un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que conllevan a una gran morbilidad; se calcula que las quemaduras son responsables de aproximadamente 180 000 muertes en el mundo cada año y la gran mayoría ocurrieron en países con ingreso bajo y mediano y casi dos tercios, en las regiones del África y Sudeste de Asia. Las quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que a su vez incluye hospitalización prolongada (8).

El repositorio informativo de la Sociedad Americana de Quemados ([ABA] por sus siglas en inglés) informó que las quemaduras por fuego y escaldadura siguen siendo la causa más frecuente de lesión (40.6% y 31.4%, respectivamente). Las lesiones por agentes químicos (3.5%) y eléctricas (3.6%) ocurren con mucha menor frecuencia (9).

Las quemaduras en México ocupan el decimotercer lugar en las defunciones con 2775 muertes al año, en su mayoría son adultos de 20 a 50 años, seguidas por el grupo de edad de 0-19 años con poco más de 30%. De los 120 millones de habitantes mexicanos, el 5.5% han estado expuestos a una quemadura, figurando la Ciudad de México, Jalisco y el Estado de México las entidades con mayor incidencia en este tipo de lesiones. Referente al lugar de exposición a quemaduras, el hogar figura con 67%, seguido de la vía pública y la industria. Respecto al sexo y edad, la ocurrencia es mayor en los hombres respecto de las mujeres (68% vs 32%) y durante la edad productiva (10,11).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el año 2017, en la república mexicana ocurrieron 16 133 casos de quemaduras en menores; por otro lado, en el año 2020, se informó que a raíz de la pandemia por COVID-19 las quemaduras en niños registraron un incremento en un hospital de Nuevo León, mencionando que en los meses de marzo a agosto se duplicaron los pacientes quemados respecto al año 2018 y hasta ocho veces más comparado con el 2019. Se reconoció que las quemaduras ocurrieron en el hogar, originadas

por escaldadura 35%, electricidad 35% y por fuego directo 30%. Datos recientes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, reportaron un total aproximado de 12,341 casos de quemaduras, de los cuales 61.6% ocurrieron en el sexo masculino. Del total de personas con quemaduras, correspondieron a la entidad de Sonora 355 casos de los cuales 71% fueron mujeres (11-13).

Quemaduras

Las quemaduras según la Biblioteca Virtual en Salud son lesiones tisulares producidas por contacto con calor, vapor, productos químicos, electricidad o semejantes (14). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las quemaduras como lesiones de la piel u otros tejidos orgánicos producidos principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos, mismos que provocan una afectación leve o hasta la destrucción total de los tegumentos (8).

En las quemaduras las lesiones son variables en su extensión y profundidad, generan cambios locales, se originan pérdida de líquidos, hipotermia, inmunidad comprometida, infección, y en algunos casos el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y cambios en la funcionalidad. Este grave problema no solo provoca alteraciones biofisiológicas, sino también conlleva consecuencias emocionales y sociales que repercuten además de la persona, en su familia y en la sociedad. Se ha identificado que las quemaduras por inhalación además de conllevar lesiones tisulares, empeoran el pronóstico (1,2,15).

Clasificación de las quemaduras

Las quemaduras se clasifican de acuerdo con la profundidad y la extensión de los tejidos destruidos, que pueden ser lesiones superficiales, profundas o lesiones de espesor total. Entre la clasificación de las quemaduras, se reconocen las propuestas de:

- a) Benaim: quemaduras de tipo A, tipo AB-B y tipo B
- b) Converse-Smith: quemaduras de primer grado, segundo grado superficial, segundo grado profundo y tercer grado

- c) Sociedad Americana de Quemados ([ABA] por sus siglas en inglés): quemaduras de afectación epidérmica, dérmica superficial, dérmica profunda o de espesor total.

Cuadro 1. Clasificación de las quemaduras

Clasificación de Benaim	Clasificación de Converse-Smith	Denominación AB-B	Nivel histológico	Pronóstico
TIPO A Superficial	Primer grado	Epidérmica	Epidermis	No requiere de injerto, debería curar de forma espontánea en siete días sin secuelas
TIPO AB-A Intermedia	Segundo grado superficial	Dérmica superficial	Epidermis y dermis papilar	Debería cicatrizar espontáneamente en 15 días con secuelas estéticas, si se complica puede profundizarse
TIPO AB-B Intermedia	Segundo grado profundo	Dérmica profunda	Epidermis y dermis papilar, sin afectar fanéneos profundos	Habitualmente termina con secuelas estéticas y/o funcional puede requerir escarectomia tangencial
TIPO B Total	Tercer grado	Espesor total	Epidermis, dermis e hipodermis (Tejido celular subcutáneo pudiendo llegar hasta el plano oseo)	Requiere de escarectomia precoz o injertos o colgajos

Fuente: Moran, 2019. (2)

Por su otra parte, otra forma de clasificación de las quemaduras de acuerdo a la profundidad y causa, afectación dérmica, síntomas, apariencia de la herida y curso de recuperación es la que se muestra en el cuadro siguiente (15).

Cuadro 2. Características de las quemaduras según su profundidad

Profundidad y causas de la quemadura	Afectación dérmica	Síntomas	Apariencia de la herida	Curso de recuperación
Superficial de espesor parcial (similar a primer grado)				
<ul style="list-style-type: none"> • Quemadura solar • Llama de baja intensidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidermis, posible una porción de dermis 	<ul style="list-style-type: none"> • Hormigueo • Hiperestesia (supersensibilidad) • Dolor mitigado por frío 	<ul style="list-style-type: none"> • Enrojecida, se blanquea con presión, seca • Edema mínimo o ausente • Posibles ampollas 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación completa en una semana, sin cicatriz • Exfoliación
Profundidad de espesor parcial (similar a segundo grado)				
<ul style="list-style-type: none"> • Escaldaduras • Llamas • contacto 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidermis, dermis alta, una porción de la dermis más profunda 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Hiperestesia • Sensibilidad al aire frío 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampollas, base moteada enrojecida, epidermis rota, superficie secretora • Edema 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de 2-4 semanas • Algunas cicatrices y despigmentación, contracturas • Infección puede convertirse a espesor total
Espesor total (similar a tercer grado)				
<ul style="list-style-type: none"> • Llama • Exposición prolongada a líquidos calientes • Corriente eléctrica • Química • Contacto 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidermis, dermis entera y a veces tejido subcutáneo. Puede afectar tejido conectivo, músculo y hueso 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin dolor • Choque • Hematuria • Posible hemólisis • En quemaduras eléctricas posibles heridas de entrada y salida 	<ul style="list-style-type: none"> • Seca, pálida blanca, correosa o carbonizada • Piel rota con grasa expuesta • Edema 	<ul style="list-style-type: none"> • Esfacelamiento de escara • Injerto necesario • Cicatrices y pérdida del contorno y función, contracturas, • Posible pérdida de dedos o extremidad

Fuente: Hinckle JL, Cheever KH (15)

Como se apreció en los cuadros anteriores la clasificación de las quemaduras depende de la profundidad y además se consideran otros factores como la forma en que ocurrió la lesión, agente causal, temperatura del agente causal, duración del contacto con el agente y espesor de la piel.

En las quemaduras de tercer grado, se compromete la totalidad de la epidermis y dermis, se observan de diversos colores: blanco pálido, pardo o negro carbonizado; no son dolorosas debido a que las terminaciones nerviosas han sido destruidas, así como también los anexos por lo cual no reepitelizan y se requiere de injertos de piel o colgajos para proporcionar cubrimiento cutáneo (15). Cabe señalar que aunque algunos textos refieren el término de quemadura de cuarto grado, éste no se usa de manera universal, se emplea cuando el contacto con las llamas es prolongado o la lesión se debe a corriente eléctrica de alto voltaje con destrucción de todas las capas de la piel y daño de tendones y músculos (9,15).

Gran Quemado

El término gran quemado, hace referencia al paciente que cumple con alguno de los siguientes criterios (2,3):

- Con un Índice de gravedad >70 puntos o con quemaduras AB o B > 20% de superficie corporal
- Persona de 65 años o mayor, con 10% o más de quemaduras AB o B
- Con quemaduras respiratorias/por inhalación de humo
- Con quemaduras eléctricas por alta tensión
- Quemados politraumatizados
- Quemados con patologías graves asociadas

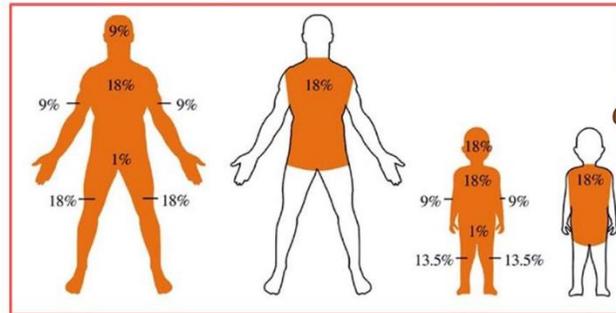
Métodos para la determinación de la extensión de superficie corporal con quemaduras

En la determinación de la extensión de la superficie del área lesionada del cuerpo por las quemaduras, existen varios métodos: el método de la regla de los nueves, el método palmar y el método de Lund y Browder el cual se emplea en los niños (1-3,15). Dichos métodos apoyan al personal de salud para la toma de decisiones en el tratamiento del paciente.

Regla de los nueve

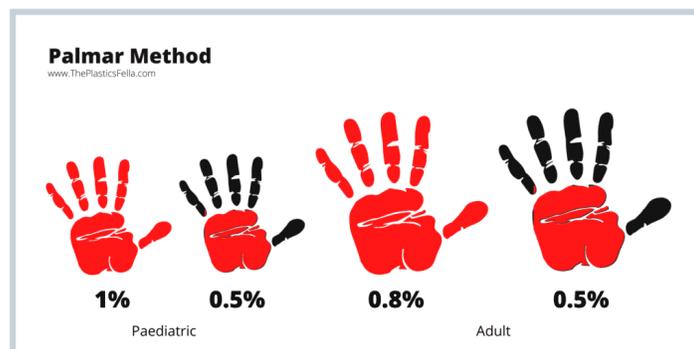
Método eficaz, en el cual a cada área del cuerpo se le da un valor según la longitud de acuerdo con la superficie corporal total, el sistema divide el cuerpo en múltiplos de nueve. La suma total de estas partes es igual al área de la superficie total del cuerpo y es una medición importante en la gravedad de la lesión. Las secciones y valores son: cabeza y cuello 9%, cada brazo 9%, cada

pierna 18%, parte anterior del tronco del cuerpo 18%, parte posterior del tronco del cuerpo 18%, región lumbar 9% y región genital 1%.



Método palmar

Este método se utiliza en quemaduras pequeñas no mayores al 15% del área de superficie corporal quemada, o en las quemaduras muy extensas mayores al 85%. Consiste en determinar el tamaño de la superficie anterior de la mano del paciente desde su palma hasta la región más distal de los dedos, lo que representará el 1% de la superficie corporal del paciente. O bien se calcula el área de la superficie corporal en base a la medición de las partes intactas de la piel y se compara con las áreas afectadas. Esta medición se usa para todos los grupos de edad.



Método de Lund y Browder

Método que estima de acuerdo a la edad y el porcentaje del área afectada de la persona, sobre todo la cabeza y las piernas. Se usa mucho en los niños.

Cuadro 3. Método de Lund y Browder, superficie corporal con quemaduras y edad

Superficie con quemaduras	Edad (años)				
	< 1 año	1-4	5-9	10-14	> 15
Cabeza	9,5	8,5	6,5	5,5	4,5
Cuello	1	1	1	1	1
Tórax	13	13	13	13	13
Brazo	2	2	2	2	2
Antebrazo	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Mano	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25
Muslo	2,75	2,75	2,75	2,75	2,75
Pierna	2,5	2,5	2,5	3	3,25
Pie	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
Glúteos	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitales	1	1	1	1	1

Fisiopatología del shock en las quemaduras

Las quemaduras que afectan más de un tercio de la superficie corporal presentan aumento de la permeabilidad tisular lo cual genera aumento de la pérdida de plasma y electrolitos, que se extravasan desde el área afectada produciendo a su vez alteraciones hemodinámicas que finalmente conllevan a un shock hipovolémico. Así mismo la lesión térmica produce liberación de catecolaminas y otros mediadores inflamatorios, los cuales a su vez generan vasoconstricción sistémica, vasoconstricción pulmonar y disminución del gasto cardiaco, además la perfusión tisular se encuentra disminuida que en casos graves evoluciona a isquemia renal y fallo multiorgánico (2,16).

Aunado a esto, el aumento de permeabilidad capilar provoca la pérdida de proteínas plasmáticas, albúminas con disminución de la presión oncótica del plasma y presencia de hemoconcentración, favoreciendo la aparición de edema; factores que favorecen los cambios hemodinámicos que se manifiestan con aparición de hipovolemia. Es importante destacar que la hipovolemia del paciente quemado tiene un patrón evolutivo ya que es muy intensa en las

primeras horas, pero luego disminuye progresivamente en el transcurso de dos a tres días de evolución.

1.2 Manejo terapéutico del paciente gran quemado

El manejo inicial de un paciente con quemaduras graves es estabilizar la vía respiratoria y soporte hemodinámico, administración de fluidoterapia, quimioprofilaxis analgésicas y/o sedantes, prevención de hipotermia, que en conjunto y con apoyo de ventilación mecánica en aquellos pacientes que lo necesiten estabilicen al paciente. El objetivo principal de hacer control de la hipovolemia es mejorar la perfusión tisular y mantener la homeostasis corporal del paciente afectado. La insuficiencia respiratoria aguda y el síndrome de dificultad respiratoria aguda se vigila por el cambio de patrón respiratorio o inicio de ruidos extraños (anormales). De manera característica aparecen en esta etapa signos y síntomas de lesión al conducto respiratorio, lo cual puede seguir a insuficiencia respiratoria, es importante identificar los signos de hipoxia, reducción de los ruidos respiratorios, estertores, sibilancias, taquipnea, estridor, y esputo teñido con hollín en algunos casos residuos de tejido traqueal esfacelado) son algunos de los posibles datos (1-3,13,15,16).

El ABC es de vital importancia en la valoración inicial estandarizada del paciente quemado en estado crítico y evita la muerte por obstrucción de la vía aérea superior secundario a edema.

En la atención médica del paciente quemado se seguirán los protocolos estipulados en la institución de salud. Por ejemplo en México el sistema de salud cuenta con la Guía Práctica Clínica que orienta al personal de enfermería sobre el manejo del paciente adulto gran quemado sustentada en la evidencia científica, misma que a continuación se describen (3):

Intervenciones de enfermería

Intervenciones de enfermería en el manejo de la vía aérea y la ventilación

- La evaluación inicial del paciente quemado enfatizará en el apoyo de la vía aérea, el intercambio de gases, y la estabilidad circulatoria.
- Se recomienda aplicar el protocolo ABC para el manejo inicial de pacientes gran quemados, considerando las capacidades técnicas del personal de salud e infraestructura local.

- El reconocimiento temprano del compromiso de la vía aérea seguida de intubación rápida puede salvar la vida.
- La evaluación de las vías respiratorias debe hacerse de manera cuidadosa cuando existan quemaduras por fuego directo, escaldaduras y quemaduras en la cara y el cuello.
- Si la permeabilidad de la vía aérea se encuentra en riesgo, se recomienda la intubación oro traqueal
- La intubación generalmente sólo es necesario en el caso de pacientes inconscientes, pacientes con hipoxia severa por inhalación de humo o pacientes con quemaduras localizadas en la cara y el cuello por fuego directo.
- Todos los pacientes con quemaduras graves deben recibir oxígeno al 100% a través de una mascarilla durante las primeras 24 horas.
- Realizar medición de gases sanguíneos incluyendo nivel de carboxihemoglobina.
- Identificar la obstrucción de vía aérea, por cualquier cuerpo extraño incluyendo la lengua.
- La realización de cuidados de enfermería posteriores a la intubación orotraqueal incluye:
 - Fijación de la cánula orotraqueal la cual no debe estar apretada y cambiarse por razón necesaria en caso de que no sea funcional.
 - Aspiración de secreciones con circuito cerrado.
 - Verificación de presencia de fugas de aire, tamaño de la canula y sitio de fijación.
 - Medición de neumotaponamiento.
 - Proveer el oxígeno suplementario necesario.
 - Asegurar la adecuada expansión del tórax y sincronía con ventilador mecánico.

Intervenciones de enfermería en el manejo del déficit de volumen de líquidos

- En pacientes adultos gran quemado, se recomienda realizar la reposición de volumen con cristaloides (solución ringer lactato) en lugar de usar coloides (albúmina, hydroxetil-almidón, gelatina modificada, dextrano).
- Se recomienda adecuar los aportes de volumen para evitar las complicaciones de la sobrecarga de líquidos.
- Se recomienda adecuar los aportes de volumen para evitar las complicaciones de la sobrecarga de líquidos.

- Las fórmulas Brooke o Parkland modificados son fórmulas de consenso razonables que se utilizan para ayudar a determinar el volumen inicial de la infusión.
- No se recomienda el uso de hidroxetil-almidón, por lo que se debe preferir otras terapias de reemplazo de fluidos.
- La mayoría de las fórmulas recomiendan la hidratación con soluciones isotónicas durante las primeras 24 horas, generalmente se utiliza solución de ringer lactato.
- La mitad del volumen total calculado de 24 horas se administra en las primeras 8 horas después de la lesión. Después de 18-24 horas, la integridad capilar generalmente regresa y la administración de líquidos debe ser disminuida, siguiendo criterios de valoración de reanimación.
- El monitoreo de la hidratación debe ser continuamente ajustado y basarse en la diuresis, pulso, presión sanguínea y frecuencia respiratoria.
- Los pacientes con quemaduras >40% la superficie corporal total requiere de 2 vías intravenosas de gran calibre.
- Se debe establecer el acceso a dos líneas venosas periféricas, con catéter calibre 18 ó 16. Una para reposición de líquidos y la segunda para la toma de muestras para el monitoreo de laboratorio.
- El acceso venoso de preferencia deberá ser el catéter venoso central, a excepción de las quemaduras eléctricas.
- Enfermería debe asistir en la instalación o bien instalar, mantener permeabilidad, fijación y cuidados de la vía venosa disponible, según criterios de aplicación de cada unidad.
- El control horario de la eliminación urinaria y evaluación es el método más seguro y eficiente para evaluar la hidratación del paciente quemado.
- Colocar sonda vesical en pacientes con quemaduras en 15% o mayor, para el control de diuresis horaria.
- Los niveles de electrolitos deben ser cuidadosamente monitorizados y corregidos.
- Realizar balance hídrico cada 24 horas (3).

Intervenciones de enfermería para el monitoreo hemodinámico

- La hemodinamia en la fase temprana por lesión de quemadura grave se caracteriza por reducción en el gasto cardíaco y aumento de la resistencia vascular sistémica y pulmonar.

- Aproximadamente entre 2 a 5 días después de una lesión importante por quemadura grave, aparece estado hiperdinámico y se desarrolla un estado hipermetabólico.
- El monitoreo del paciente debe realizarse cada hora, según los siguientes parámetros: nivel de conciencia, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, pulso, presión arterial invasiva y no invasiva, temperatura, presión venosa central, gasto cardíaco, saturación de oxígeno, peso y diuresis.
- Tomar electrocardiograma y colocar un monitor cardíaco, para detectar las arritmias que amenazan la vida.
- Controlar arritmias cardíacas en caso de presentar el paciente y realizar seguimiento con mediciones seriadas de creatinfosfokinasa (CPK). Realizar monitorización cardíaca (enzimas y ECG) por 24 horas.
- Control de la hipotermia y mantenimiento de normotermia. Se recomienda mantener una temperatura ambiente estable, cercana a 26°C para adultos (3).

Intervenciones de enfermería para el control del dolor

- Evaluación sistemática y manejo del dolor, mediante la Escala Observacional del Dolor en Cuidados Intensivos (CPOT)
- Es usual el empleo opioide como el pilar analgésico (morfina, nalbufina, buprenorfina y fentanyl).
- Se sugiere los fármacos dexmedetomidina, y la ketamina como adyuvantes a los opiáceos en el tratamiento del dolor por quemadura.
- Utilizar analgesia y sedación con opiáceos y benzodiazepinas en caso de intubación y ventilación mecánica.
- En pacientes gran quemados se debe evaluar el grado de sedación con la escala de RAMSAY.
- Se recomienda utilizar métodos no farmacológicos como la musicoterapia para el manejo del dolor, dicha terapia ha sido validada en estudios previos (3).

Intervenciones de enfermería en el manejo del deterioro de la integridad tisular

- La posibilidad de infección aumenta cuando el porcentaje de superficie corporal quemada es mayor de 30%.

- En pacientes gran quemados, no se recomienda el uso profiláctico de antibióticos tópicos o sistémicos.
- Vigilar la aparición de datos de infección en el paciente quemado. Se requiere que la infección este documentado por un cultivo positivo, una muestra de patología o respuesta clínica al uso de antibióticos, y tres de los siguientes criterios:
 - Temperatura corporal $>38^{\circ}$.
 - Taquipnea progresiva >25 respiraciones por minuto con 12L O₂.
 - Aparición de trombocitopenia posterior a 3 días de la resucitación inicial, adultos $< 100,000/\mu\text{l}$.
 - Hiperglicemia en ausencia de diabetes mellitus preexistente $>200\text{mg/dl}$.
 - Intolerancia a la vía enteral por más de 24 horas (3).
- Usar habitaciones o salas con flujo laminar semi estéril, con por aislamiento protector.
- Vigilar signos locales de infección de la herida: dolor, edema, enrojecimiento, presencia de pus en la herida, así como datos de respuesta inflamatoria sistémica, fiebre o incremento leucocitario.
- Se recomienda realizar toma rutinaria de cultivos de superficie al ingreso, y luego toma de cultivos cuantitativos y biopsia tisular.
- La prevención de la infección comienza por un tratamiento inicial adecuado del paciente quemado, en el que se destaca:
 - Correcta indicación de intubación de vía aérea, realizada por la persona más experimentada del equipo.
 - Reanimación volémica adecuada.
 - Cambio de catéter venoso según normativa y retiro de éstos cuando son innecesarios.
 - Retiro de catéter urinario cuando es innecesario.
 - Fisioterapia respiratoria.
 - Soporte nutricional precoz y adecuado para cada paciente.
 - Prevención de hipotermia.
 - Escarectomía y cobertura precoz
 - Observación clínica diaria y rigurosa. Según evolución y sospecha, se sugiere

realizar toma de hemocultivos, cultivos de secreción traqueal, urocultivo o estudio para hongos.

- Administrar gamaglobulina antitetánica 500 U.I. intramuscular y toxoide tetánico 0.5 cc intramuscular, si no estuviera vacunado adecuadamente el paciente.
- El equipo de salud debe mantener las medidas de protección universal (3).

Intervenciones de enfermería para la prevención del desequilibrio nutricional

- En el paciente gran quemado existe hipermetabolismo con respuesta circulatoria hiperdinámica con proteínas masivas, catabolismo de lípidos, pérdida total de proteínas, resistencia periférica a la insulina, aumento del gasto de energía, aumento de la temperatura del cuerpo, estímulo de proteínas de fase aguda en hígado y mucosa intestinal, así como pérdida de masa muscular.
- Mantener la nutrición enteral, administrar macronutrientes y micronutrientes necesarios en los procesos metabólicos que garantizan la cicatrización y curación de estos.
- La terapia nutricional debe iniciarse dentro de las primeras 6- 12 h de la lesión después de la quemadura, preferentemente por vía enteral, siempre y cuando no existan complicaciones.
- Mantener los requerimientos de proteína, estos son más altos que en otras categorías de pacientes, y deben ser distribuidos alrededor de 1.5-2.0 g / kg de adultos. Atenuar atenuar hipermetabolismo e hipercatabolismo.
- Se recomienda la sustitución de zinc, cobre y selenio, así como de la vitamina B1, C, D y E para disminuir el catabolismo y favorecer la cicatrización.
- La nutrición parenteral es una alternativa que se indica sólo en caso de falla de la alimentación enteral, o contraindicación a este último. Su fuera el caso mantener control estricto de glucemia (3).

Participación del personal de enfermería en la rehabilitación temprana

- La terapia de rehabilitación debe comenzar en el entorno de cuidados críticos para ayudar a prevenir la aparición de contracturas musculares y articulares. Realizar movilización precoz.

- Se sugiere evaluación de rehabilitación integral durante las primeras 24 horas desde que la o el paciente ingresa al centro hospitalario.
- La posición del paciente quemado forma parte de la rehabilitación integral y debe ser lo más precoz posible, complementándose con la fase de curaciones. Posiciones adecuadas definidas tempranamente permiten disminuir el edema, mantener rangos articulares y preservar la función. Las posiciones terapéuticas dependerán de la ubicación de las quemaduras y de la presencia de injertos.
- Se recomienda realizar movilizaciones y elongaciones del tejido blando con los cambios de vendaje, curaciones y procedimientos.
- Incorporar en sus cuidados el tratamiento postural y de recuperación funcional.
- Se sugiere considerar en la rehabilitación en pacientes quemados:
 - Análisis de la postura y el movimiento.
 - Conocimiento de la ergonomía fundamental.
 - Tipo de quemadura y características especiales de cada paciente.
 - Mecanismo del dolor. Interacción entre el dolor y el movimiento.
 - Tipo de contracciones musculares, resistencia interna y externa, acortamiento muscular y rango del movimiento articular (3)

1.4 Teoría del déficit de autocuidado y de Sistema de enfermería totalmente compensador (Dorothea Orem)

El modelo de Orem en su teoría del déficit de autocuidado aporta herramientas para el abordaje integral de los pacientes con quemaduras, ya que su impacto físico, psicológico y social, requiere de cuidados por parte de los profesionales de enfermería junto con otras disciplinas, para que conjuntamente con oportunidad se identifique las necesidades y la relación de los requisitos universales afectados de los pacientes con quemaduras de tercer grado.

Dorothea E. Orem estableció la teoría de los sistemas de enfermería como parte de una gran teoría del autocuidado y de déficit de autocuidado, las tres teorías constituyen un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. En esta perspectiva teórica la Enfermería, constituye un servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las

personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (4, 7, 17).

En la valoración de enfermería se consideran los requisitos universales que son la actividad que la persona debe realizar para cuidar de si mismo, y son: requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud (7,17).

En los requisitos universales de autocuidado se valora: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso, mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (4, 7,17).

Mientras que en los requisitos de autocuidado de desarrollo la enfermera/o, considera los requisitos universales de autocuidado que han sido particularizados para procesos de desarrollo o son nuevos requisitos derivados de una condición o asociados con un evento en la etapa de desarrollo por la cual la persona atraviesa.

En los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, surgen cuando la persona presenta una irrupción de la salud o un proceso patológico, y son los que determinan la necesidad de autocuidado cuando se presenta enfermedad y/o incapacidad (4,7).

Enfermería, en la valoración considera también los factores condicionantes básicos, constituidos por elementos internos y externos a los individuos que pueden intervenir en la capacidad de autocuidado, entre los que figuran: edad, sexo, estado de desarrollo, condición socioeconómica, escolaridad, estado de salud, sistema familiar, estilo de vida, sistema de cuidados de salud, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos (4,7,17).

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico

existente o previsto. Según Orem, la intervención de enfermería solo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas, ante esta condición surge la necesidad de cuidados de enfermería (18). Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería (4,7,17,18).

La teoría de Sistema de Enfermería, son sistemas o secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a los pacientes a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados. Estas acciones, Orem las clasifica en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente como son: Actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. Orem, reconoce tres tipos de sistemas de enfermería, que son totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo (7,17,18).

Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad (4,7,18).

Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción (4,7,18).

Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (4,7,18).

La existencia de déficit de autocuidado, legitima la necesidad de cuidados de enfermería, los

profesionales de enfermería identifican cuales son los requisitos universales del paciente, evalúan las habilidades y capacidades de éste para cubrir sus requisitos de autocuidado y luego selecciona la forma adecuada de planear el cuidado, ya que esta teoría aborda al paciente de manera integral para poder brindar los cuidados, para conservar la vida, recuperarse de la enfermedad, afrontar la discapacidad. Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado (7,17,18).

1.5 Proceso de enfermería

El proceso de enfermería (PE) constituye el enfoque o método deliberado mediante el cual los profesionales de enfermería solucionan los problemas en busca de satisfacer las necesidades de las personas en la atención de la salud. Con dicho método, enfermería organiza e implementa el cuidado a la persona, familia y comunidad en cualquier nivel de atención en los diversos sectores públicos y privados de salud. El PE guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud (15,19,20). El proceso de enfermería se basa en cinco fases, definidas a continuación:

1) Valoración

Proceso organizado y sistemático de recopilación de datos para definir el estado de la persona, familia y entorno, y cualquier trastorno de salud actual o potencial. La recogida de datos es a través de diferentes fuentes. Bajo la guía del modelo de cuidados adoptado, la enfermera/o recoge y procesa estos datos y los organiza en categorías significativas de conocimiento o diagnósticos enfermeros. La valoración siempre está guiada desde el punto de vista de la disciplina enfermera y se realiza con diferentes objetivos. Existe diferentes tipos de valoración. En la valoración inicial o básica, se recogen datos mediante una guía estructura que indaga sobre el estado de salud. Mientras que la valoración focalizada recopila datos específicos sobre las respuestas humanas ante el problema de salud o en un área específica. Es común el empleo de la valoración focalizada en el cuidado al paciente crítico, para eficientizar el tiempo, la aplicación del juicio clínico y la aplicación de intervenciones de enfermería (15,19,22).

A su vez la valoración consta de las fases: recolección de datos, validación de datos, organización de los datos y registro o documentación de la valoración. En la recolección de datos, se emplea la entrevista, la observación y el examen físico donde se recogen datos objetivos que facilitan contrastar o validar los datos subjetivos obtenidos en la entrevista. En el examen físico se utilizan diversos métodos, como son cefalocaudal, por aparatos y sistemas, patrones funcionales de salud de Marjory Gordon o mediante una perspectiva teórica específica (15,19-22). Al respecto de los patrones funcionales de salud, se definen como serie de comportamientos comunes a la mayoría de las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida, y al logro de su potencial humano, se presentan manera secuencial a lo largo del tiempo. La ventaja que tienen los patrones de salud para realizar la valoración del paciente, es que pueden ser usados con independencia del modelo o teoría de enfermería elegida. A continuación, se presenta información sobre la valoración por patrones funcionales (23) y por requisitos de autocuidado de Orem, cuadro 4 y 5 (18, 24).

Cuadro. 4 Valoración de enfermería por patrones funcionales

Patrón	Que valora	Posibles alteraciones del patrón
<p>Percepción y manejo de la salud</p> <p>Indaga sobre las acciones que el paciente realiza para mantener su propia salud. Considera las acciones en la prevención de la enfermedad, complicaciones y el autoconcepto de salud</p>	<p>Conocimiento de la enfermedad Adherencia al tratamiento</p> <p>Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas</p> <p>Antecedentes de enfermedades</p> <p>Vacunación</p> <p>Intervenciones quirúrgicas</p>	<p>Estatus de sano o enfermo</p> <p>Desconoce su enfermedad</p> <p>Inadecuado cuidado de su salud</p> <p>Consume sustancias tóxicas</p> <p>No tiene adherencia al tratamiento</p> <p>Esquema de vacunación incompleto o no lo tiene</p> <p>Descuida la higiene corporal</p> <p>Ha sufrido accidentes</p>
<p>Nutricional metabólico</p> <p>Describe el consumo de alimentos y nutrientes, sólidos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas, indaga sobre lesiones cutáneas y capacidad de cicatrización, valora el estado de los dientes, la piel, cabello y las uñas</p>	<p>Numero de comidas/día y disponibilidad de recursos para la alimentación</p> <p>Características del apetito</p> <p>Índice de masa corporal (IMC)</p> <p>Líquidos que ingiere</p> <p>Gustos y preferencias</p> <p>Cambios de peso</p> <p>Dentición</p> <p>Temperatura</p>	<p>Ayuno, disminución o exceso de ingesta de alimentos</p> <p>Hipo o hiperglucemia</p> <p>Ictericia</p> <p>Edema</p> <p>Nutrición parenteral</p> <p>Nutrición por sonda</p> <p>IMC alterado</p> <p>Pérdida o ganancia de peso</p> <p>Malestar asociado con alimentos</p> <p>Problemas de cicatrización</p>

Patrón	Que valora	Posibles alteraciones del patrón
		Resequedad Lesiones cutáneas Falta de recursos para la alimentación Pirosis Regurgitación Halitosis Anorexia Prótesis Urticaria Palidez Hiper o hipotermia, Reacción anafiláctica
Eliminación Describe la situación excretora (intestinal, urinaria, pulmonar, de la piel)	Características de las excretas	Vómito Melena Ostomías Uso de dispositivos (sondas) Estreñimiento, Diarrea Uso de laxantes Diaforesis Expectoración Hemoptisis Incontinencia fecal o urinaria Disuria, Poliuria, Retención urinaria Drenajes Hematuria
Actividad y ejercicio Actividad, ejercicio, ocio y recreación, incluyendo acciones de la vida diaria, también el tipo y calidad de ejercicio que se realiza	Signos vitales Movilidad Fuerza muscular Actividades de la vida diaria (higiene, compras, comer, mantenimiento del hogar, etc.) Tipo, cantidad y calidad del ejercicio Actividades de tiempo libre	Disnea Cianosis Tos Uso de oxígeno Hipoxia Hiper o hipotensión arterial Taquicardia o bradicardia Edema Cansancio excesivo Hipotonía Inmovilizaciones Parálisis Paresias Parestesias Deficiencias motoras Problemas de equilibrio o coordinación Sedentarismo Úlceras

Patrón	Que valora	Posibles alteraciones del patrón
<p>Sueño/descanso</p> <p>Percibe los ciclos de sueño, descanso y relajación a lo largo del día, los usos y costumbres individuales para conseguirlos</p>	<p>Energía posterior al sueño Horas de sueño Descanso Sueño y descanso durante la noche</p>	<p>Necesita ayuda farmacológica para dormir o descansar durante la noche Dificultad para conciliar el sueño Inversión del ciclo circadiano Somnolencia diurna Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso Disminución de la capacidad de funcionamiento Conducta irritable en relación con la falta de descanso Insomnio</p>
<p>Cognitivo perceptual</p> <p>Describe lo sensitivo, cognitivo y perceptual</p>	<p>Visión, audición, gusto, tacto y olfato en parámetros normales Habilidades cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones) dentro de la «normalidad»</p>	<p>Alteración de los sentidos Dolor Náuseas Uso de prótesis Inconsciente Desorientado Deficiencias en cualquiera de los sentidos Confusión Dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo Problemas de memoria, concentración, expresión o comprensión de ideas Fobias Miedos</p>
<p>Autopercepción/Autoconocimiento</p> <p>Incluye las percepciones y actitudes hacia uno mismo en: habilidades, imagen corporal, identidad, valía</p>	<p>Percepción de uno mismo Actitudes acerca de uno mismo Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas Imagen corporal Identidad Sentido general de valía Postura corporal Contacto visual, de voz y conversación</p>	<p>Dificultad en la percepción de la imagen corporal Conductas disfuncionales Trastornos de la imagen corporal Impotencia Postura y contacto visual de timidez Manifestación verbal de no sentirse querido. Cambios del estado de ánimo (emotividad, voluntad...) Deterioro de la valía</p>
<p>Rol/Relaciones</p> <p>Valora el rol social que tiene la persona en la dinámica familiar, social y laboral, así como sus responsabilidades, compromiso y relaciones</p>	<p>Cuenta con trabajo Estudia Pertenece a un grupo social Con quién vive Estructura familiar Rol en la familia Soporte familiar y de amigos</p>	<p>Procesos familiares disfuncionales Conflicto del rol que desempeña No cuenta con soporte familiar, amigos, grupo social, trabajo o escuela Aislamiento social Comunicación Violencia</p>

Patrón	Que valora	Posibles alteraciones del patrón
Sexualidad/Reproducción Satisfacción e insatisfacción con la sexualidad y reproducción	Menarquía Ciclo menstrual. Menopausia Métodos anticonceptivos Embarazos	Alteraciones de la menarquía y lo relacionado con el ciclo menstrual Embarazos no deseados Embarazos de alto riesgo Abortos Esterilidad e infertilidad Problemas relacionados con la reproducción Problemas o cambios en las relaciones sexuales
Adaptación/Tolerancia al estrés Describe la capacidad para resistir las amenazas a la propia integridad y las formas de manejar el estrés	Efectividad de la forma en la que se ha adaptado a situaciones estresantes Qué le ayuda cuando está tenso	Se encuentra tenso, estresado, irritable, enojado, agresivo Presenta crisis importantes Consume medicamentos, drogas o alcohol cuando está tenso Minimiza los síntomas Intolerancia a la familia
Valores/Creencias Creencias y valores que guían las elecciones y decisiones de la vida	Religión que profesa Creencias y prácticas Valores con que cuenta Expectativas de salud	Conflictos espirituales No actuar de acuerdo con sus valores Valores/creencias contraponen el apego al tratamiento y reglas institucionales Rehúsa el tratamiento y/o cuidados Se siente desahuciado Existe conflicto con sus creencias Problema para las prácticas religiosas

Cuadro 5. Valoración por condicionantes básicos y requisitos de autocuidado

Factores y requisito de autocuidado	Que valora	Posibles alteraciones
Factores condicionantes básicos Factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado	Factores que afectan el autocuidado: edad, sexo, estado de desarrollo, escolaridad, religión, servicio médico, ocupación Percepción de salud Antecedentes personales: alergias, vacunación, cirugías, enfermedades previas, enfermedad actual y tratamiento, hospitalizaciones, transfusiones, adicciones,	Alteraciones en el desarrollo Analfabetismo, baja escolaridad, Déficit de aprendizaje, No contar con seguridad médica Condiciones y/o riesgos laborales Ingresos económicos insuficientes Esquema incompleto de vacunación Falta de adherencia al tratamiento Presencia de adicciones

Factores y requisito de autocuidado	Que valora	Posibles alteraciones
Factores del sistema familiar Familia, características, recursos o redes de apoyo	Tipología y características de la familia Comunicación familiar Rol familiar Lugar de procedencia Lugar y tiempo de residencia Ingreso económico familiar Personas que habitan Número de dependientes Redes de apoyo Antecedentes en la familia: enfermedad, accidentes, enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, enfermedad mental, discapacidad	Familia extensa Déficit de comunicación en la familia Falta de recursos Desintegración familiar Incumplimiento del rol No contar con vivienda propia Varios dependientes No contar con redes de apoyo Enfermedades crónicas Discapacidad, secuelas Enfermedad mental
Factores ambientales Elementos del entorno o comunidad	Vivienda y características Convivencia con animales Servicios municipales Servicios de urbanización Tipo de comunidad: centros educativos, centros religiosos, centros laborales, centros recreativos Saneamiento ambiental Organización comunal	No contar con vivienda propia Mascotas dentro del hogar Déficit de servicios Mala higiene ambiental No participación comunal
Factor I. Requisitos de Autocuidado I, II, III Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos I. Aire	Frecuencia respiratoria, profundidad, Tamaño y forma de tórax Simetría de pared torácica Percusión de campos pulmonares: resonancia y nitidez Piel y mucosas, características Temperatura, turgencia Edema, hematoma, prurito, enrojecimiento	Esfuerzo para respirar/disnea Tos, secreciones Crepitaciones Aleteo nasal Retracción esternal Cianosis Respiración Kussmaul, Cheyne Stokes Enfisema subcutáneo Dolor al respirar Oxigenoterapia Soporte ventilatorio Secreciones y características Gasometría arterial Patología torácica Edema
II. Agua	Hidratación de piel y mucosas Cuidado de la piel Suministro parenteral y características	Piel sudorosa Presencia de prurito Piel enrojecida Deshidratación Síndrome de lienzo húmedo

Factores y requisito de autocuidado	Que valora	Posibles alteraciones
	Valoración de líquidos y electrolitos	Desequilibrio hidroelectrolítico Administración parenteral Tipo y cantidad de soluciones Fármacos indicados en la infusión Resultados de laboratorio: electrolitos séricos: sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio
III. Alimentos	<p>Estado de la cavidad oral Presencia de algún problema Estado de mucosas Dentadura y características</p> <p>Cara y cuello: característica</p> <p>Abdomen y características Peristaltismo y características Dificultad para la alimentación</p> <p>Inteferencia en la deglución</p> <p>Dieta y características</p> <p>Tipo de nutrición</p> <p>Somatometría: talla, peso, IMC, perímetro abdominal Abdomen plano Presencia de cicatrices Ruidos peristálticos presencia de masas Sonidos abdominales</p>	<p>Ulceras o aftas Adoncia, especificar Empleo de prótesis Alteración de la mucosa oral. Estomatitis, gingivitis, lengua seborreica, drenaje purulento Alteración en la cara, parálisis facial Alteración en el cuello Alteraciones en abdomen Peristaltismo: ausencia, disminuido, aumentado Distensión abdominal Perímetro abdominal alterado Problemas en la deglución, Presencia de: acidez, náuseas, vómito, hematemesis, disfagia, pirosis, regurgitación, polidipsia, polifagia, reflujo, eructos, sialorreas, anorexia, bulimia Requiere de ayuda para alimentarse Tipo de dieta: sin restricciones, para diabético, hiposódica, hipo o hiperproteica Nutrición enteral Nutrición parenteral Sonda orogástrica, sonda nasoyeyunal, gastroclisis Residuo gástrico IMC alterado Perímetro abdominal alterado Abdomen globoso Ascitis Ruidos peristálticos alterados Resultados de laboratorio y gabinete</p>

Factores y requisito de autocuidado	Que valora	Posibles alteraciones
<p>Factor 2. Requisitos de autocuidado IV Previsión de cuidados asociados con los procesos de eliminación</p> <p>Eliminación</p>	<p>Micción y características</p> <p>Requerimiento de sonda</p> <p>Requiere de terapia de sustitución renal</p> <p>Presencia de edema de miembros inferiores</p> <p>Cambios en la perspiración</p> <p>Evacuación intestinal, características</p> <p>Heces fecales y características</p>	<p>Alteración en la micción</p> <p>Presencia de: incontinencia, anuria, tenesmo, retención urinaria, disuria</p> <p>Alteraciones en la micción: polaquiuria, oliguria, anuria, nicturia</p> <p>Sondeo vesical</p> <p>Cistoclisis</p> <p>Terapia de sustitución renal</p> <p>Edema de miembros inferiores</p> <p>Alteración de las pruebas de laboratorio: albumina, proteínas, urea, creatinina</p> <p>Alteración en la perspiración</p> <p>Hipertermia</p> <p>Presencia de estoma intestinal, colostomía, ileostomía, hemorroides, pólipo rectal, rectorragia</p> <p>Alteración en la evacuación intestinal: tenesmo, pujo, cólico, diarrea, estreñimiento</p> <p>Resultados de laboratorio de citología, antígeno prostático, EGO, urocultivo, coproparasitoscópica, coprocultivo</p>
<p>Factor 3. Requisitos de autocuidado V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p> <p>Actividad y reposo</p>	<p>Cardiovascular</p> <p>Aspecto general</p> <p>Llenado capilar</p> <p>Frecuencia cardíaca y características</p> <p>TA</p> <p>Presencia de dolor</p> <p>Resultados de las escalas</p> <p>Estado de conciencia</p> <p>Pupilas isocóricas</p> <p>Lenguaje y características</p>	<p>Alteración en el llenado capilar</p> <p>Alteraciones en latido apical</p> <p>Alteraciones en la frecuencia cardíaca</p> <p>Alteraciones en la TA</p> <p>Dolor precordial</p> <p>Resultados EKG</p> <p>Alteración en una o más de las escalas</p> <p>Alteración de la conciencia</p> <p>Pupilas anisocóricas</p> <p>Nerviosismo</p> <p>Alteraciones del lenguaje</p>

Factores y requisito de autocuidado	Que valora	Posibles alteraciones
<p>Factor 4. Requisitos de autocuidado VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p> <p>Equilibrio entre soledad e interacción</p>	<p>Estado psicosocial Convivencia social y características Comunicación y características Empleo de dispositivos Uso de sustancias: tabaco, alcohol, drogas Autodefinición de su vida Familiares enfermos Familiares fallecidos Salud sexual y desviación de la salud Accidentes o lesiones previas Posibles secuelas Enfermedad actual Tratamiento actual Apoyo que requiere</p>	<p>Estado emocional Alteraciones del estado de ánimo</p> <p>Alteración en la interacción social Alteración de la autopercepción de su estado emocional Alteración para escuchar Consumo de tabaco, alcohol Consumo de drogas ilegales Alteración de la percepción de su vida Alteración de la salud sexual Resultados de exámenes según corresponda Discapacidad y/o secuelas Resultados de pruebas psicológicas</p>

2) Diagnóstico

Fase que se caracteriza por la identificación de los dos tipos de problemas del paciente: diagnóstico de enfermería y problemas de colaboración. Los diagnósticos de enfermería son alteraciones de salud actuales o potenciales que pueden tratarse mediante intervenciones independientes de enfermería. En los diagnósticos de enfermería se emplea la taxonomía de Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA-I).

Los problemas de colaboración constituyen ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras detectan con oportunidad cuando se inician o aparecen cambios en el estado de salud. Las enfermeras manejan los problemas de colaboración usando intervenciones prescritas por el médico y por la enfermera para minimizar las complicaciones. Al tratar problemas de colaboración, un enfoque primario de enfermería es vigilar a los pacientes para detectar el inicio de complicaciones o los cambios en el estado de salud de las personas cuando hay complicaciones, éstas pueden originarse con el proceso de la enfermedad, tratamientos, fármacos o estudios diagnósticos. Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y los problemas se registran en el plan de cuidados (15, 19-22).

3) Planeación

Fase que involucra la priorización de los diagnósticos de enfermería (en donde se emplea la jerarquía de necesidades de Maslow), el desarrollo de objetivos y resultados esperados (clasificación de los resultados de enfermería [NOC] , así como también el plan de cuidados donde se programan las intervenciones individualizadas para tratar cada resultado, diseñado para ayudar en la resolución de los trastornos diagnosticados al paciente y conseguir los objetivos trazados y los resultados deseados; en la planeación de la atención se emplea la clasificación de intervenciones de enfermería [NIC], (15,22).

4) Implementación

Fase en la cual se ejecuta el proceso de enfermería, se aplica el plan de cuidados de enfermería propuesto. La enfermera asume la responsabilidad por la implementación y coordina las actividades de los demás participantes en el cuidado de tal forma que facilite la mejora y recuperación del paciente. Implica la realización de acciones independientes e interdependientes (15).

5) Evaluación

Fase final del proceso de enfermería, mediante la cual se determina la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería y la magnitud en la cual se han conseguido los objetivos (15,22).

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 Método

El presente trabajo aborda el método de estudio de caso, el cual es una modalidad de soporte del conocimiento utilizado en Enfermería, basado en la idea de que al analizarse con detalle una unidad o grupo determinado, permite la comprensión en profundidad de la situación y/o experiencia del paciente y su familia ante el proceso de salud-enfermedad que enfrentan (6, 25).

2.2 Límites de tiempo

El estudio de caso se desarrolló de febrero a marzo del 2022

2.3 Lugar

Unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Hermosillo Sonora.

2.4 Universo de trabajo

Usuario masculino JJBV, de 53 años de edad.

2.5 Recursos

Humanos. Estudiante de la especialidad Enfermería en Cuidados Intensivos, docente de la residencia clínica y personal de enfermería del hospital.

Materiales. Guía de valoración del adulto por patrones funcionales y por la teoría de déficit de autocuidado.

Financieros. Los gastos que se originaron fueron solventados por la responsable de este trabajo.

Instrumentos. Se utilizaron las guías de valoración de déficit de autocuidado y de patrones funcionales, así como también la guía de proceso de enfermería y estudio de caso revisado en la especialidad de Enfermería de Cuidados Intensivos del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. De igual manera se empleó la taxonomía de la NANDA-I, la NOC y NIC en los diagnósticos y plan de cuidados.

2.6 Selección del caso y fuentes de información

El caso se seleccionó por el déficit de cuidado del paciente gran quemado y requerimiento de una servidora en el aprendizaje y de las habilidades clínicas de alta complejidad durante la

residencia clínica de enfermería del plan de estudios de la especialidad de enfermería en cuidados intensivos.

Se consultaron diferentes fuentes de información primarias y secundarias como fueron el paciente, familia, personal de enfermería, registros clínicos, exámenes de laboratorio y gabinete, libros, artículos de investigación, entre otros.

2.7 Consideraciones éticas.

El trabajo se desarrolló en apego al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (29), en el título segundo, capítulo I, artículos 13,16,18, donde se protegió la dignidad, se mantuvo el respeto y la protección de derechos y el bienestar del paciente, asimismo en congruencia con el capítulo V artículos 57 y 58, siempre se respetó la privacidad, manteniendo el anonimato, y se le identificó con siglas relativas a las iniciales de su nombre.

CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN DE CASO Y PROCESO DE ENFERMERÍA

3.1 Datos de identificación

Usuario masculino con siglas JJBV de 53 años de edad, ingresa a la unidad de cuidados intensivos de un hospital público después de ser referido en ambulancia de un centro de salud rural del estado de Sonora. El paciente es acompañado por su pareja, quien es la persona a contactar, misma que no cuenta con teléfono. La información en el expediente clínico refiere que al momento del ingreso se desconocía si el paciente había tenido hospitalizaciones anteriores, al igual sobre información referente a los antecedentes de salud.

3.2 Descripción del caso (ingreso y evolución)

Usuario que inicia su padecimiento el día 24 de febrero del año 2022 por presentar quemaduras de tercer grado en las extremidades inferiores y genitales, con áreas de piel carbonizada y aperladas. Las quemaduras ocurrieron en el hogar del paciente al incendiarse las cobijas con las que se cubría, no percatándose de ello por el estado de ebriedad en el que se encontraba, tardó en reaccionar hasta sentir las quemaduras. Al paciente se le traslada de forma inmediata al área de urgencias del centro de salud más cercano, donde se le realiza fasciotomía y escaratoma, para posteriormente ser trasladado al hospital de la localidad de Hermosillo, Sonora.

El usuario J.J.B.V fue ingresado el mismo día de ocurrido el accidente por presentar quemaduras del 30 a 39% de superficie corporal, (alto riesgo de rabdomiólisis y lesión renal); a la llegada a la unidad de cuidados intensivos, se le colocó catéter central, se le realiza aseo quirúrgico en tres ocasiones (25/02/22, 01/03/22, 04/03/22) sin presentar ningún incidente. Se le brinda cuidado con diagnóstico y protocolo médico de paciente gran quemado por la amplitud y profundidad de las quemaduras, empleándose el material quirúrgico estéril adecuado y las intervenciones necesarias para este tipo de paciente. Aproximadamente los siete días después de su ingreso la evolución del paciente era acorde a su situación y no había presentado complicación alguna.

Aproximadamente el día 09 de marzo del 2022, el paciente broncoaspira tras consumir alimentos, posteriormente cae en paro cardiorrespiratorio y se le dan dos ciclos de reanimación cardiopulmonar; se inicia con ventilación mecánica de protección pulmonar (VPP), se brinda

sedoanalgesia y aminas en dosis bajas, así como nutrición con adecuado aporte proteico para las necesidades del usuario.

3.3 Proceso de enfermería

Valoracion de enfermería

Factores condicionantes básicos

Usuario adulto masculino J.J.B.V de 54 años de edad con apariencia física acorde a su edad, con escolaridad de secundaria incompleta, sin profesar religión alguna y de estado civil unión libre, con leguaje en idioma español castellano, sin ningún servicio médico y sin seguro de gastos médicos, de ocupación jornalero agrícola y residente del Poblado Miguel Alemán.

Factores del sistema familiar:

Usuario J.J.B.V, su familia lo integra la pareja en unión libre y dos hijos, reconoce disfuncionalidad familiar, mantiene poca comunicación con los mismos, menciona distanciamiento con la pareja. Los padres del paciente ambos finados, sin mencionar fecha y causa.

En los ingresos menciona percibir el sueldo mínimo, y él es solo el proveedor del hogar y quien se responsabiliza del mantenimiento del hogar y cubrir las necesidades de la familia.

Proceso de salud y antecedentes personales

Usuario J.J.B.V manifiesta no padecer algún tipo de alergia a alimentos y fármacos, nunca ha sido hospitalizado ni haber recibido intervención quirúrgica alguna. Menciona no contar con el esquema de vacunación para su edad, ni tampoco cuenta con las vacunas contra COVID. Niega haber recibido algún componente hemoderivado y transfusión sanguínea. Reconoce ingesta de bebidas alcohólicas hasta llegar a la embriaguez y consumir marihuana desde hace mas de 15 años. Además, menciona haber tenido múltiples parejas sexuales sin usar algún tipo de protección.

Estado de salud personal y familiar

En los antecedentes patológicos familiares se destaca que ambos padres padecieron de hipertensión arterial, madre con diabetes mellitus tipo 2, tías paternas con cáncer de mama, y

menciona que los hermanos tienen problemas cardiovasculares sin especificar causa y quienes. Se niega otro tipo de enfermedad.

Situación actual y tratamiento

Paciente en mal estado general, con quemaduras de 2 y 3 grado en el 39% de su superficie corporal. El tratamiento médico es:

Tratamiento medico	Cantidad / frecuencia
Omeprazol 40 Mg I.V.	Cada 24 horas
Metoclopramida 16 Mg I.V.	Cada 12 horas
Enoxoparina 40 Mg I.V.	Cada 12 horas
Paracetamol 1Gr I.V.	En caso de fiebre o dolor PRN
Nifedipino 60 Mg	Cada 8 horas por sonda nasogástrica
Tramadol 50 Mg I.V.	Cada 12 horas
Cefepime 2 Gr I.V.	Cada 8 horas
Captopril 25 Mg	Cada 12 horas por sonda nasogástrica
Cefepime 2 Gr I.V.	Cada 8 horas
Nebulizaciones Combivent+ solución fisiológica	Cada 4 horas
Nebulizaciones Simple 5ml	Cada 24 horas
Insulina Nph 30 Unidades S.c.	Cada 24 horas
Insulina Nph 15 Unidades S.c.	Cada 24 horas
Solucion Base 1000 ml fisiológica	Para 10 mililitros por hora
Nutricion enteral (enterex)	Para 50 mililitros por hora

Factores Ambientales:

El usuario vive actualmente con su pareja e hijos en el Poblado Miguel Alemán, en una casa que

de su propiedad, construida de material de ladrillo, cuenta con luz eléctrica, agua potable, una parte de techo es de lámina, cuenta con los servicios públicos municipales como energía eléctrica, agua intradomiciliaria, las calles que circundan al domicilio carecen de pavimentación y de drenaje, por lo que se aprecia contaminación ambiental y mal olor debido a los desechos de aguas negras y acumulación de basura alrededor al hogar.

Requisitos de Autocuidado

Requisito de autocuidado I. Aire. Respiración

J.J.B.V recibe apoyo de ventilación mecánica con presión positiva continua (CPAP) por tubo orotraqueal #8 a nivel de arcada dentaria #24, por presentar periodos de apnea ocasionales, con parámetros establecidos en metas de protección pulmonar Fio₂ 30%, PEEP 6, Frecuencia respiratoria 12, Volumen Minuto 7.2, Pmax17, disp. 2.0, manteniendo un índice de Kirby 453 y peso predicho 56.91 kilogramos. A la revisión de la cavidad torácica, se observa tórax simétrico, piel lisa, hidratada e íntegra, con temperatura proporcional al resto del cuerpo. A la auscultación los campos pulmonares sin presencia de ruidos anormales o adventicios, expansión torácica simétrica y superficial con volúmenes 420, presentando en la última gasometría PH 7.44, PCO₂ 2.41, HCO₃⁻ 26 y SAT O₂ 96%, lactato 1.1, BE 3.3.

Signos vitales: temperatura axilar izquierda 37⁰C, frecuencia respiratoria 20x min., frecuencia cardiaca 120 LPM, tensión arterial 129/65 mm/Hg.

Además del CPAP, para el apoyo respiratorio, hidratación, humidificación, favorecer la eliminación de secreciones, evitar broncoespasmo y neumonía el paciente tiene indicado nebulizaciones con Combivent + sol. Fisiológica c/4 hrs., nebulización simple 5 ml c/24 hrs., Cefepime 2 gr. IV,

Por lo antes referido el requisito de aire se encuentra en déficit.

Requisito de autocuidado II. Agua. Hidratación

Usuario J.J.B.V, cuya piel tiene buena coloración, tegumentos deshidratados, Se observan quemaduras de segundo y tercer grado en la zona inferior del abdomen y sobretodo en las

extremidades inferiores, con piel carbonizada y áreas aperladas sin datos de síndrome de compartimental.

El paciente tiene instalado un catéter venoso central en subclavia derecha, para el mantenimiento de la hidratación, permeabilidad de vía endovenosa y administración de la medicación, tiene indicado solución base 1000 de sol. Fisiológica para 10 ml/hr.

En los exámenes de laboratorio se obtuvieron los siguientes resultados, apreciándose ligero aumento de sodio 147 mEq/L, potasio normal y cloro aumentado 113 mEq/L (evidencia la deshidratación).

Electrolitos Séricos	Resultado	Valores de referencia
Sodio (Na)	147	135-145
Potasio (K)	3.0	3.6-5.1
Cloro (Cl)	113	95-109

El paciente mantiene balance hídrico negativo de 149 ml. En las pruebas de funcionamiento renal, se aprecia la Tasa de Filtración Glomerular en un valor 348 encontrándose dentro de los rangos normales, osmolaridad sérica de 294 lo que indica hiperosmolaridad. En la química sanguínea los resultados fueron urea leve incremento, al igual que el nitrógeno ureico, hiperglucemia, resto de elementos normales.

Química Sanguínea	Resultado	Valores de referencia
Glucosa	126	80-110
Urea	55.64	19.0-55
Nitrógeno ureico	26	8.4-25
Creatinina	0.21	0.72-1.2
Urea	24	16.6-48.5
Creatinina	0.59	0.5-0.9

Por lo antes mencionado el requisito de hidratación se encuentra en déficit.

Requisito de autocuidado III. Alimentos

El paciente se observa delgado, tiene aproximadamente un peso de 63 kg, estatura 1.60 mts, área de superficie corporal (ASC) 1.656 m², IMC 24.6 kg/m². Tiene instalada sonda orogástrica para alimentación polimérica enteral con Enterex, 50 ml por hora, equivalente a un aporte de 300 kcal por porción (contiene alto contenido protéico 27%, altas grasas 40%, lípidos/triglicéridos de cadena media (TCM) 9.6%, con antioxidantes y minerales, vitaminas A, C, E, betacaroteno y selenio.

Se observa con quemaduras de segundo y tercer grado en la región abdominal inferior, área genital y miembros inferiores, con piel carbonizada y áreas aperladas, sin datos compartimental. Su apariencia física acorde para su edad, la piel se observa de buena coloración, las mucosas levemente deshidratadas.

Cabeza: simétrica, y tamaño proporcional al resto del cuerpo, no presenta alteraciones, zonas dolorosas, masas ni depresiones. Su cuero cabelludo luce limpio e hidratado, no presenta cicatrices, seborrea, prurito ni zonas dolorosas. Cabello es corto y abundante de color café oscuro, cuenta con implantación simétrica y buen estado de higiene.

Cara: Forma ovalada y simétrica, volumen proporcional al resto del cuerpo, con facies de tranquilidad; no se encontraron zonas dolorosas, edemas, ni masas, sin cicatrices; ausencia de movimientos involuntarios y edemas. Vello facial en cejas, pestañas, barba y bigote; temperatura igual al resto del cuerpo y no presenta sudoración. Buena consistencia y movilidad de la piel sobre planos profundos y sensibilidad al palpar la arteria temporal. No hay presencia de respuesta a estímulos externos (valoración del par craneal V y VII), ni de pulsaciones visibles. Labios simétricos poco hidratados con un tono pálido, íntegros sin zonas dolorosas y con presencia de sensibilidad. Mantiene una adecuada higiene bucodental; encías color rosa pálido, con humedad. Lengua simétrica y un poco rugosa, húmeda, de buen tamaño y sin edema ni movimientos involuntarios.

Cuello: a la inspección se observa simétrico, cilíndrico sin datos de ingurgitación yugular ni adenomegalias, proporcional al resto del cuerpo; color moreno sin cambios de pigmentación; no se aprecian cicatrices.

Abdomen blando y depresible, con quemaduras de tercer grado en hipogastrio. no doloroso a la palpación, peristalsis presente, al percutir se obtiene un sonido timpánico

El tipo sanguíneo del paciente es 0-, en los resultados de laboratorio se observa biometría hemática alterada, hemoglobina 9.6, hematocrito 29.4, leucocitos 3.86 linfocitos 0.81. En el perfil hepático los resultados muestran proteínas totales bajas 2.5, albumina baja 1.1, fosfatasa alcalina (FA) alta 198 U/L, transaminasas ligeramente altas TGO 39 U/L, TGP 42 U/L, relación A/G disminuida. Al paciente se le realizó cultivo de tejido, por presentar picos febriles, y el resultado arrojó positivo a gran negativo con lactosa positivo con sospecha de E. Coli vs pseudomona.

Estudios de laboratorio:

Biometría Hemática	Resultado	Valores de referencia
Linfocitos	0.81	1.0-4.0
Leucocitos	3.86	5.0-10.0
Eritrocitos	3.44	4.0-6.0
Hemoglobina	9.6	11.5-18.0
Hematocrito	29.4	35.0-52.0
Monocitos %	16.6	0.0-12.0
Linfocitos #	0.81	1.00-3.00
Tipo y Rh	O -	

Perfil hepático	Resultado	Valores de referencia
Proteínas totales	2.5	6.0-7.8
Albumina	1.1	3.2-4.6
Globulina	1.40	
Relación a/g	0.79	1.00-2.00
Bilirrubina indirecta	0.43	

En el tratamiento médico se indica, omeprazol 40 mg. IV, metoclopramida 16 mg/ IV, enoxaparina 40 mg IV, insulina NPH 30 unidades subcutánea c/24 hrs., insulina NPH 15 unidades subcutánea cada 24 horas.

Por lo antes referido el requisito de nutrición se encuentra en déficit.

Requisito de autocuidado IV. Eliminación

En apoyo a la eliminación vesical, el paciente tiene instalada sonda Foley transuretral, la micción con características de color ámbar claro, con presencia de sedimentación, orina 1.39 ml/kg/hr, Diuresis total 221 ml. El balance hídrico, ingresos 2112, egresos 2610, balance negativo de 149 ml.

Los reportes de laboratorio indican índice de filtración glomerular 348 mL encontrándose dentro del rango normal, osmolaridad sérica de 294 mOsm/Kg lo que indica ligero incremento. Referente a los resultados del funcionamiento renal, se reportaron cifras normales urea 55.64 mg/dL, creatinina 0.21 mg/dL. El examen general de orina presenta una densidad urinaria de 1.010 manteniéndose en rangos normales.

Examen general de orina	Resultado	Valores de referencia
Color	Amarillo obscuro	
Densidad	1.010	1.000-2.000
Sangre	Negativo	Negativo
Potencial de hidrogeno	8.0	5.0-7.0
Proteínas	Negativo	Negativo
Cetonas	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Células epiteliales	Escasas	
Leucocitos	0-2	
Bacterias	Escasas	
Hematíes	0-1	
Filamento mucoso	Escaso	

Con respecto a la eliminación intestinal, en el momento de la valoración, tenía 12 horas sin presentar evacuaciones. El paciente refiere padecer de hemorroides, mismas que dificultan la eliminación de excretas.

Por lo que se observa el requisito de eliminación presenta déficit

Requisito de autocuidado V. Actividad y reposo

J.J.B.V, se mantiene en postura de decúbito dorsal, su movilización es muy limitada debido a la ventilación mecánica y las quemaduras. Los reflejos osteotendinosos bicipital, tricipital y aquiliano presente, escala muscular de Daniels no valorable por las condiciones del paciente. Por la misma situación tiene alto riesgo de caída (escala de Downtown) y alto riesgo de úlceras por presión (escala de Norton).

En la revisión y auscultación se observa, llenado capilar de 3 segundos, ruidos cardiacos ritmicos: S1 y S2 presentes sin alteraciones a la auscultación, presentando taquicardia, frecuencia de 120 latidos por minuto, en su último electrocardiograma de 12 derivaciones no se encuentra ninguna alteración cardiaca. El usuario cuenta con apoyo hemodinámico de amina vasopresora norepinefrina a dosis respuesta 0.01ml/kg/min.

Muscular Esquelético: Se observa limitación de movimientos en las articulaciones. Medición real en miembros inferiores y superiores sin diferencias, su poder muscular contra gravedad y resistencia es clasificada como débil con arco incompleto de movilidad (No. 1 en escala de 0-5) en todos sus miembros. La movilización es incompleta y limitada por el estado físico de la paciente y dolor.

Respecto al estado neurológico, el paciente está sometido a sedoanalgesia (tramadol 50 mg IV c/12 hs.), en la valoración se obtuvo puntuación de RAAS-1, las pupilas se encuentran isocóricas normoreflexicas a la luz, no se observa quemosis ni cambio pupilar, ni daño en conjuntiva y en esclerótica.

Por lo que antes mencionado el requisito de actividad y reposo presenta déficit

Requisito de autocuidado VI. Equilibrio entre la soledad y la interacción social.

En el estado psicosocial se aprecia estado de ánimo depresivo con periodos de ansiedad. El lenguaje y sentido de oído no presenta alteraciones, sin problemas para comunicarse. El usuario se autodescribe como una persona seria, que acostumbra el abuso del consumo de bebidas alcohólicas hasta llegar a la embriaguez, además consume tabaco desde los 15 años de edad, y consumía mariguana. Reconoce que cuando no consume esas sustancias se torna agresivo y con ansiedad, como fue en la primera semana cuando ingresó al hospital. Narra también que considera tener buena relación con vecinos y su familia

Por lo antes descrito el requisito de equilibrio entre la soledad y reposo, presenta déficit.

Diagnosticos de enfermería

Algunos de los diagnósticos de enfermería del paciente fueron:

Diagnósticos de enfermería enfocados en el problema

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) r/c retención de secreciones m/p acumulación de secreciones
- Dolor agudo (00132) r/c agentes lesivos m/p facies de dolor
- Deterioro de la integridad tisular (00044) r/c lesión por agente lesivo m/p destrucción de las capas de la piel

Diagnóstico de enfermería de riesgo:

- Riesgo de infección (00004) c/d alteración de las defensas primarias por (lesiones tisulares por quemaduras)
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025) c/d quemaduras

Plan de cuidados

Nombre: <u>J.J.N.V</u> Sexo: <u>M</u> Edad: <u>53 años</u> Servicio: <u>Unidad de Terapia Intensiva</u> No. Cama: <u> </u> Fecha: <u>10/03/2022</u>							
Definición de la etiqueta diagnóstica: [00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas: incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.							
Diagnóstico de enfermería del usuario: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones m/p acumulación de secreciones.							
Dominio: 11 Seguridad/Protección				Clase: 2 Lesión física			
Resultado de Enfermería NOC: [0410] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias: Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.						Tiempo para alcanzar el resultado esperado: 10/03/2023 en 20 minutos.	
Dominio: II Salud fisiológica				Clase: E Cardiopulmonar			
Puntuación preintervención: <u>3</u> (<u>Moderado</u>)				Puntuación postintervención: <u>4</u> (<u>leve</u>)			
Puntuación diana del resultado: Mantener a: _____ Aumentar a: <u>4</u> (<u>Leve</u>) _____							
		<u>Grave</u>	<u>Sustancial</u>	<u>Moderado</u>	<u>Leve</u>	<u>Ninguno</u>	No aplica
Puntuación global de resultado		1	2	3	4	5	
INDICADORES							
41002	Ansiedad	1	2	3	4	5	NA
41003	Asfixia	1	2	3	4	5	NA
41007	Ruidos respiratorios patológicos	1	2	3	4	5	⇒ ○ NA
41011	Temor	1	2	3	4	5	NA
41013	Aleteo nasal	1	2	3	4	5	NA
41014	Jadeo	1	2	3	4	5	NA

41015	Disnea en reposo	1	2	⇒③	4	5	NA
41016	Disnea de esfuerzo leve	1	2	3	4	5	NA
41018	Uso de músculos accesorios	1	2	3	4	5	NA
41019	Tos	1	2	3	4	5	NA
41020	Acumulación de esputos	1	②	3	⇒4	5	NA
41021	Respiraciones agónicas	1	2	3	4	5	NA
		<u>Desviación grave del rango normal</u>	<u>Desviación sustancial del rango normal</u>	<u>Desviación moderada del rango normal</u>	<u>Desviación leve del rango normal</u>	<u>Sin desviación del rango normal</u>	No aplica
		1	2	3	4	5	
41004	Frecuencia respiratoria	1	2	3	⇒④	5	NA
41005	Ritmo respiratorio	1	2	③	⇒4	5	NA
41012	Capacidad para eliminar secreciones	①	2	⇒3	4	5	NA
41017	Profundidad de la inspiración	1	2	3	4	5⇒○	NA

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [3160] Aspiración de las vías aéreas: Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía aérea oral, nasofaríngea o traqueal del paciente.	
Dominio: II Fisiológico: Complejo	Clase: K Control respiratorio
<p>Actividades:</p> <p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>Hiperoxigenar al 100 % al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador.</p> <p>Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración seleccionando una sonda de aspiración que sea de la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal.</p> <p>Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utiliza un aspirador de pared, para extraer las secreciones.</p> <p>Estado neurológico (nivel de conciencia, PIC, Estado hemodinámico, PAM, ritmo cardíaco) inmediatamente, durante y después de la aspiración.</p> <p>Valorar la duración de cada aspiración traqueal dependiendo de la necesidad de extraer secreciones y la respuesta del paciente.</p> <p>Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones y enviar el cultivo para su cultivo y antibiograma, según corresponda.</p>	<p>Fundamento de la intervención:</p> <p>Todas las vías respiratorias, desde la nariz a los bronquiolos terminales, están humedecidas por una capa de moco que recubre toda la superficie.</p> <p>El moco es secretado en parte por las células caliciformes mucosas individuales del recubrimiento epitelial de las vías aéreas y en parte por pequeñas glándulas submucosas.</p> <p>Además de mantener humedecidas las superficies, el moco atrapa partículas pequeñas que están en el aire inspirado e impide que la mayoría de ellas llegue a los alveolos. (30)</p> <p>La acumulación de secreciones en las vías aéreas impide la oxigenación.</p> <p>La hiperoxigenación proporciona algo de protección contra la reducción de oxigenación inducida por la aspiración.</p> <p>La muestra de esputo se obtiene para identificar microorganismos u organismos específicos que crecen en él.</p> <p>Permite la identificación de resistencias y sensibilidades farmacológicas para determinar la terapia antibiótica idónea (30,31).</p>
<p>Evaluación:</p> <p>El resultado de la intervención fue positivo ya que se logró tener una permeabilidad de las vías aéreas, demostrándose pasar de moderado (3) y desviación moderada del rango normal (3) a leve (4) y desviación leve del rango normal (4), habiendo un cambio positivo +1. Las características definitorias del diagnóstico que presentaba el usuario disminuyeron.</p>	

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [3350] Monitorización respiratoria: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.	
Dominio: II Fisiológico: Complejo	Clase: K Control respiratorio
Actividades: Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Monitorizar los patrones de respiración, taquipnea, hiperventilación. Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno. Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos para apreciar los resultados. Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. Administración de tratamiento con nebulización (Bromuro de Ipratropio) Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico	Fundamento de la intervención: La monitorización continua, confiable y precisa de diversos parámetros respiratorios tanto en la admisión del paciente como en el manejo posterior, permite al clínico la detección temprana de falla respiratoria aguda, la evaluación de la necesidad de soporte ventilatorio, la respuesta al tratamiento, minimizar las complicaciones asociadas a la VM, optimizar la interacción paciente-ventilador y determinar cuándo el paciente está en condiciones de comenzar el destete de la VM (32)
Evaluación: El resultado de la intervención fue positivo ya que se logró tener una permeabilidad de las vías aéreas, demostrándose pasar de moderado (3) y desviación moderada del rango normal (3) a leve (4) y desviación leve del rango normal (4), habiendo un cambio positivo +1. Las características definitorias del diagnóstico que presentaba el usuario disminuyeron.	

Nombre: <u>J.J.N.V</u> Sexo: <u>_M_</u> Edad: <u>53 años</u> Servicio: <u>Unidad de Terapia Intensiva</u> No. Cama: <u>___</u> Fecha: <u>10/03/2022</u>
Definición de la etiqueta diagnóstica: [00132] Dolor agudo: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad

de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.

Diagnóstico de enfermería del usuario: Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p Expresión facial

Dominio: 12 Confort

Clase: 1 Confort físico

Resultado de Enfermería NOC: [2102] Nivel del dolor: Intensidad del dolor referido o manifestado.

Tiempo para alcanzar el resultado esperado:
10/03/2022 en dos horas.

Dominio: 5 Salud Percibida

Clase: V Sintomatología

Puntuación preintervención: 3 (Moderado)

⇒ **Puntuación postintervención:** 4 (Leve)

Puntuación diana del resultado: Mantener a: _____ Aumentar a: 4 (Leve)

	<u>Grave</u>	<u>Sustancial</u>	<u>Moderado</u>	<u>Leve</u>	<u>Ninguno</u>	No aplica
Puntuación global de resultado	1	2	3	4	5	

INDICADORES

		1	2	3	4	5	
210201	Dolor referido	1	2	3	4	5	NA
210204	Duración de los episodios de dolor	1	2	3	⇒ 4	5	NA
210206	Expresiones faciales de dolor	1	2	③	⇒ 4	5	NA
210208	Inquietud	1	2	3	4	5	NA
210209	Tensión muscular	1	2	3	4	5	NA
210215	Pérdida de apetito	1	2	3	4	5	NA
210217	Gemidos y gritos	1	2	3	4	5	NA
210218	Ritmo	1	2	3	4	5	NA
210219	Foco limitado	1	2	3	4	5	NA
210221	Frotarse el área afectada	1	2	3	4	5	NA
210222	Agitación	1	2	3	4	5	NA
210223	Irritabilidad	1	2	3	4	5	NA

210224	Muecas de dolor	1	2	3	4	5	NA
210225	Lágrimas	1	2	3	4	5	NA
210226	Diaforesis	1	2	3	4	5	NA
210227	Náuseas	1	2	3	4	5	NA
210228	Intolerancia a los alimentos	1	2	3	4	5	NA
		<u>Desviación grave del rango normal</u>	<u>Desviación sustancial del rango normal</u>	<u>Desviación moderada del rango normal</u>	<u>Desviación leve del rango normal</u>	<u>Sin desviación del rango normal</u> 5	No aplica
		1	2	3	4		
210210	Frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5	NA
210211	Frecuencia cardiaca apical	1	2	3	4	5	NA
210212	Presión arterial	1	2	3	4	5	NA
210214	Sudoración	1	2	3	4	5	NA
210220	Frecuencia del pulso radial	1	2	③	⇨ 4	5	NA

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [1410] Manejo del dolor: agudo: Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el período inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión.		
Dominio: 1 Fisiológico: Básico	Clase: E Fomento de la comodidad física	
Actividades: Determinar el analgésico preferido y vía de administración. Administrar analgésicos. Realizar valoración completa del dolor que incluya ubicación, frecuencia, intensidad o gravedad, así como factores precipitantes. Observar las señales no verbales de incomodidad, especialmente en personas que no son capaces de comunicarse de manera eficaz	Fundamento de la intervención: El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial" (28, 32).	
Evaluación: El resultado de intervención fue positivo debido a que se disminuyó el dolor, pasando de moderado (3) a leve (4), hay evidencia positiva +1 en la puntuación diana global, además el usuario logró mejorar con apoyo de analgésicos, sobre todo en los procedimientos de aseos quirúrgicos que se le realizaban y curaciones por turno.		

110112	Crecimiento del vello cutáneo	1	2	3	4	5	NA
110113	Integridad de la piel	①	⇒ 2	3	4	5	NA
		Grave 1	Sustancial 2	Moderada 3	Leve 4	Ninguno 5	No aplica
110105	Pigmentación anormal	①	⇒ 2	3	4	5	NA
110115	Lesiones cutáneas	①	2	3	4	5	NA
110116	Lesiones de la mucosa	1	2	3	4	5	NA
110117	Tejido cicatricial	①	⇒ 2	3	4	5	NA
110118	Cánceres cutáneos	1	2	3	4	5	NA
110119	Descamación cutánea	1	2	3	4	5	NA
110120	Raspado cutáneo	1	2	3	4	5	NA
110121	Eritema	1	②	⇒ 3	4	5	NA
110122	Palidez	1	2	3	4	5	NA
110123	Necrosis	1	2	3	4	5	NA
110124	Induración	1	2	3	4	5	NA
110125	Abrasión corneal	1	2	3	4	5	NA

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [3661] Cuidados de las heridas: quemaduras: Prevención de complicaciones de las heridas debidas a quemaduras y estimulación de su curación.		
Dominio: 2 Fisiológico: Complejo		Clase: L control de la piel/heridas
Actividades: Mantener permeables las vías aéreas para asegurar la ventilación. Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (método de barrera inversa de protección). Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas. Curación de las heridas casa 12 horas con medidas se asepsia y antisepsia. Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos		Fundamento de la intervención: La piel y sus diversos anejos, como pelo, las uñas, las glándulas y otras estructuras, cubren, amortiguan y protegen los tejidos profundos y los órganos del cuerpo y, en general, definen una frontera entre el medio corporal interno y el mundo exterior. El sistema tegumentario es importante también para la regulación de la temperatura y excreción de los residuos y proporciona una interfaz sensorial entre el cuerpo y el medio exterior (31,32)
Evaluación: Se observó un aun aumento positivo dentro de la puntuación diana global, pasando de grave (1) a sustancial (2) encontrándose un aumento positivo +1, se contribuyó significativamente a la mejora del paciente, pero sin la eliminación de las características definitorias (destrucción de las capas de la piel).		

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [0740] Cuidados del paciente encamado: Fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.		
Dominio: 1 Fisiológico: Básico	Clase: C Control de inmovilidad	
Actividades: Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. Vigilar el estado de la piel. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. Colocar al paciente sobre una cama o colchón adecuado. Subir las barandillas y evaluar riesgos de caídas. Ayudar con las medidas de higiene. Vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama (lesiones por presión)	Fundamento de la intervención: La inmovilidad afecta negativamente a todos los sistemas corporales: dificulta el retorno venoso, produce estasis de la orina, disminuye el peristaltismo intestinal y la fuerza muscular, produce atrofia muscular e isquemias. La posibilidad de fricción o cizallamiento aumenta cuando el paciente es totalmente dependiente de otros para cambiar de posición. Una posición adecuada aumenta la comodidad y mejora la ventilación (32,33).	
Evaluación: Se observó un aun aumento positivo dentro de la puntuación diana global, pasando de grave (1) a sustancial (2) encontrándose un aumento positivo +1, se contribuyó significativamente a la mejora del paciente, pero sin la eliminación de las características definitorias (destrucción de las capas de la piel).		

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [1100] Manejo de la nutrición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.		
Dominio: 1 Fisiológico: Básico		Clase: Apoyo nutricional
Actividades: Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. Ajustar la dieta, según sea necesario. Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento (licuado de alimentos ricos en fibra) Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria. Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso. Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (IMC, medición de la cintura y medición de pliegues cutáneos). Identificar los cambios recientes del peso corporal.		Fundamento de la intervención: El tratamiento nutricional es un elemento importante en la terapia combinada de las lesiones por quemaduras severas, permitiendo un control del catabolismo en el paciente. La necesidad de introducir intervenciones nutritivas es incuestionable. La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (32,33).
Evaluación: Se inicio con alimentación licuada y colada por sonda orogástrica, tomando en cuenta que los profesionales de nutrición calcularon por medio de fórmulas ya establecidas lo que el paciente requiera.		

Nombre: <u>J.J.N.V</u> Sexo: <u>_M_</u> Edad: <u>53 años</u> Servicio: <u>Unidad de Terapia Intensiva</u> No. Cama: <u>___</u> Fecha: <u>10/03/2022</u>							
Definición de la etiqueta diagnóstica: [00004] Riesgo de infección: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.							
Diagnóstico de enfermería del usuario: Riesgo de infección c/d alteración de las defensas primarias por (lesiones tisulares por quemaduras)							
Dominio: 11 Seguridad/protección				Clase: 1 lesión física			
Resultado de Enfermería NOC: [0702] Estado inmune: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos					Tiempo para alcanzar el resultado esperado: 2 semanas		
Dominio: 2 Salud fisiológica				Clase: L Integridad tisular			
Puntuación preintervención: <u>2</u> (Gravemente comprometido)				⇒ Puntuación postintervención: <u>3</u> (Moderadamente comprometido)			
Puntuación diana del resultado: Mantener a: _____ Aumentar a: <u>4</u> Levemente comprometido							
Puntuación global de resultado	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	No aplica	
	1	2	3	4	5		
INDICADORES							
70203	Estado gastrointestinal	1	2	3	4	5	NA
70204	Estado respiratorio	1	②	⇒ 3	4	5	NA
70205	Estado genitourinario	1	⇒ ②	3	4	5	NA
70207	Temperatura corporal	1	2	③	⇒ 4	5	NA
70208	Integridad cutánea	①	⇒ 2	3	4	5	NA
70209	Integridad de la mucosa	1	2	⇒ ③	4	5	NA

70211	Vacunaciones actuales	1	2	3	4	5	NA
70212	Títulos de anticuerpos	1	2	⇒3	4	5	NA
70213	Prueba de reacción cutánea con exposición	1	2	3	4	5	NA
70214	Recuento absoluto leucocitario	①	2	3	4	5	NA
70215	Recuento diferencial de leucocitario	1	2	3	4	5	NA
70216	Valores de células T4	1	2	3	4	5	NA
70217	Valores de células T8	1	2	3	4	5	NA
70218	Valores de complemento	1	2	3	4	5	NA
70219	Hallazgos radiográficos en el tino	1	2	3	4	5	NA
70221	Detección de infecciones actuales	①	2	⇒3	4	5	NA
		<u>Grave</u>	<u>Sustancial</u>	<u>Moderada</u>	<u>Leve</u>	<u>Ninguno</u>	No aplica
		1	2	3	4	5	
70201	Infecciones recurrentes	1	2	3	4	5	NA
70202	Tumores	1	2	3	4	5	NA
70206	Pérdida de peso	1	2	3	4	5	NA
70210	Fatiga crónica	1	2	3	4	5	NA

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [6550] Protección contra las infecciones: Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo.	
Dominio: 4 Seguridad	Clase: V Control de riesgos
Actividades: Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, exudados en la piel y mucosas. Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones. Enseñar a la familia a evitar infecciones. Instruir acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se debe informar a los profesionales de salud.	Fundamento de la intervención: El sistema inmunitario es la capacidad natural del organismo para defenderse de los organismos patógenos (por ejemplo, virus o bacterias) y resistir a las infecciones, respuesta adaptativa. Presenta antígenos en su superficie, lo que desencadena la respuesta inmunitaria adaptativa. El Sistema inmunitario está formado por los glóbulos blancos, células tisulares derivadas de los glóbulos blancos, el timo, los nódulos y los vasos linfáticos que protegen el cuerpo de patógenos como bacterias, virus, parásitos y hongos (31,32).
Evaluación: Se observa aumento positivo en el resultado preintervención después de aplicar las intervenciones, demostrándose un aumento positivo +2 en la puntuación diana global, pasando de gravemente comprometido (1) a modernamente comprometido (+3), los factores de riesgo de infección se han reducido significativamente, reflejando ahora una puntuación diana adecuada para la protección de sus heridas. Se continúan con los cuidados.	

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [6540] Control de infecciones: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.	
Dominio: 4 Seguridad	Clase: V Control de riesgos
Actividades: Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas. Mantener las técnicas de aislamiento, apropiadas. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.	Fundamento de la intervención: El sistema inmunitario es la capacidad natural del organismo para defenderse de los organismos patógenos (por ejemplo, virus o bacterias) y resistir a las infecciones, respuesta adaptativa. Presenta antígenos en su superficie, lo que desencadena la respuesta inmunitaria adaptativa. El Sistema inmunitario está formado por los glóbulos blancos, células tisulares derivadas de los glóbulos blancos, el timo, los nódulos y los vasos linfáticos que protegen el cuerpo de patógenos como bacterias, virus, parásitos y hongos (30,31).
Evaluación: Se observa aumento positivo en el resultado preintervención después de aplicar las intervenciones, demostrándose un aumento positivo +2 en la puntuación diana global, pasando de gravemente comprometido (1) a moderadamente comprometido (+3), los factores de riesgo de infección se han reducido significativamente, reflejando ahora una puntuación diana adecuada para la protección de sus heridas. Se continúan con los cuidados.	

		<u>Grave</u>	<u>Sustancial</u>	<u>Moderada</u>	<u>Leve</u>	<u>Ninguno</u>	No aplica
		1	2	3	4	5	
60219	Orina oscura	1	2	3	4	5 ⇨ ○	NA
60220	Fontanela hundida	1	2	3	4	5	NA
60221	Pulso rápido, filiforme	1	2	3	4	5	NA
60222	Aumento del nitrógeno ureico en sangre	1	2	3	4	5	NA
60223	Pérdida de peso	1	2	3	⇨ ④	5	NA
60224	Calambres musculares	1	2	3	4	5	NA
60225	Espasmos musculares	1	2	3	4	5	NA
60226	Diarrea	1	2	3	4	5	NA
60227	Aumento de la temperatura corporal	1	2	③	⇨ 4	5	NA
60205	Sed	1	2	3	4	5	NA
60208	Globos oculares hundidos	1	2	3	4	5	NA
60212	Disminución de la presión arterial	1	2	3	4	5	NA
60213	Aumento del hematocrito	1	2	3	4	5	NA

Código, nombre y definición de la intervención NIC: [4120] Manejo de líquidos: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.	
Dominio: 2 Fisiológico: complejo	Clase: N Control de la perfusión tisular
Actividades: Realizar un registro preciso de entradas y salidas. Realizar sondaje vesical Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial) Monitorizar los signos vitales Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP Administrar terapia i.v. Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.	Fundamento de la intervención: El objetivo de la administración de líquidos i.v. es corregir o prevenir trastornos de líquidos y electrolitos. Esto permite el acceso directo al sistema vascular, lo que permite la infusión continua de líquidos durante un tiempo determinado (31-33).
Evaluación: Se observa aumento positivo en el resultado preintervención después de aplicar las intervenciones, demostrándose un aumento positivo +1 en la puntuación diana global, pasando de moderadamente comprometido (1) a levemente comprometido (+3), se observa una leve disminución de los factores de riesgo, mejorando la hidratación de la paciente puesta en riesgo por las quemaduras.	

CONCLUSIONES

La importancia que tiene el proceso de atención de enfermería es vital, ya que es una herramienta que permite al personal de enfermería actuar de manera crítica e independiente y permite dar una solución a distintas problemáticas que presenta o pudiera presentar un individuo en sus cinco esferas de vida, brindado un cuidado integral e individualizado.

El realizar la elaboración de este proceso de enfermería, me permitió aplicar conocimientos adquiridos, y el reconocer la importancia que tiene en la metodología del proceso enfermero en la valoración realizarla bajo la teoría de enfermería de déficit de autocuidado de Orem, y aplicar en el plan de cuidados las taxonomías de los diagnósticos enfermeros, la clasificación de intervenciones y de resultados NANDA-NIC-NOC.

Se utilizaron varios instrumentos en la valoración que se revisaron durante la formación académica de la especialidad, con la finalidad de obtener datos objetivos y subjetivos mas completos e integrales para identificar el déficit de autocuidado en los requisitos universales de autocuidado, establecer los diagnósticos enfermeros reales y de riesgo y jerarquizarlos de acuerdo a la prioridad y en consecuencia aplicar las diversas intervenciones y acciones en el cuidado de enfermería para lograr los resultados trazados.

Es importante realizar intervenciones holísticas para cada uno de los pacientes de forma individualizada, con el fin de obtener una mejoría en el autocuidado de la salud, y de esta forma poder lograr en este caso el usuario cuente con la mejor atención más especializada, previniendo complicaciones y procurando mantener la máxima seguridad y confort al ejecutar las intervenciones.

El haber realizado el proceso de enfermería al paciente en la unidad de cuidados intensivos, reconozco fue todo un reto y gran experiencia para aplicar los conocimientos que se adquirieron en el trayecto de la especialidad, además constituyó una gran satisfacción el haber colaborado en el sistema compensatorio de cuidado de enfermería en el paciente gran quemado y contribuir en la mejora de su salud y recuperación paulatina de su autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorordo-Del Sol LA, Hernández-López D, Zamora-Gómez SE, García Román MT, Jiménez-Ruiz A, Tercero-Guevara BI. Atención inicial del paciente quemado en UCI: revisión y algoritmo. Rev Hosp Jua Mex [Internet] 2015. [Acceso 12 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2015/ju151g.pdf>
2. Morán Jaramillo AT, Cerro Olaya SJ, Tapia Arias ZC, Castillo Cueva OL, Apolo Echeverría YG, Lema Knezevich RA, Hidalgo Romero CH. Abordaje terapéutico del paciente quemado: importancia de la resucitación con fluidoterapia. Archivos Venezolanos de Farmacología y terapéutica. [Internet] 2019; 38 (1):6-12. [Acceso 12 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_1_2019/2abordaje_terapeutico_paciente_quemado.pdf
3. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Intervenciones de enfermería para la atención de adulto gran quemado en el tercer nivel de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. (G. d. México, Ed.) [Internet] 2017. [Acceso 12 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/375GER.pdf>
4. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev Gaceta Médica Espirituana. [Internet] 2017; 19 (3): 1-11. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>
5. Cháves-Rodríguez MI, Calvo-Castro LA, Alvarado Meza R, Madrigal-Monge O, Ulloa-Fernández A, Centeno-Cerdas C. Sustitutos e injertos de piel desarrollados por ingeniería de tejidos. Rev Tecnología en Marcha. Edic. Especial Ingeniería de Tejidos. [Internet] 2014;28:46-57. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/tem/v28s1/0379-3982-tem-28-s1-46.pdf>
6. Prado ME, Souza ML, Carraro TE. Investigación Cualitativa en Enfermería: Contexto y bases conceptuales. Serie Paltex. Salud y Sociedad 2000 No. 9. México: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
7. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Rev Archivo medico de Camagüey. [Internet] 2019; 23 (6): 814-825. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n6/1025-0255-amc-23-06-814.pdf>
8. Organización mundial de la salud. [OMS]. Quemaduras. [Internet]. 2018. [Acceso 11 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-sheets/detail/burns>

9. Marín-Landa OM, Vargas-Torres ES, Rojas-Murillo T, Díaz-Ramírez A, Robledo-Madrid P, García-Cubría C. Puntos clave para el abordaje inicial del paciente quemado en el servicio de urgencias. Rev Educ Investig Emer. [Internet]. 2022; 4(2): 165-177 [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: https://www.medicinadeemergencias.com/files/reie_22_4_2_165-177.pdf
10. Úlceras.mx Espacio de divulgación sobre heridas para México. Quemaduras epidemiología. [Internet] s/f [Acceso 11 de mayo 2022]. Disponible en: <https://ulceras.mx/monografico/quemaduras-epidemiologia/>
11. Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [Internet] 2023. [Acceso 11 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-261547>
12. Garza-Alatorre AG, Martínez-Rodríguez V, Cabrera-Antonio YA, Alfaro-Flores R. Aumento de la incidencia de quemaduras graves secundarias en la cuarentena por Covid-19. Salud Publica Mex [Internet]. 2021; 63(5): 591-592 [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12443>
13. Pérez García JR, Martínez Murcia R, González Valadez AR. Atención inicial en el servicio de urgencias del paciente con quemaduras graves. Rev Ciencia, nutrición, terapéutica y bioética. [Internet] 2022; 4:43-50. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/cinteb/issue/download/140/Caso%20cl%C3%ADnico.%20Atenci%C3%B3n%20inicial%20en%20el%20servicio%20de%20urgencias%20del%20paciente%20con%20quemaduras%20graves>
14. Biblioteca virtual en salud. Descriptores en Ciencias de la Salud. Quemaduras. [Internet] s/f. [Acceso 11 de mayo 2022]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=2088>
15. Hinckle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. 14 edic. España: LWW Wolters Kluwer. 2019.
16. Gaibor Mestanza PM, Curicho Imbacuán D, Cajas Tipán VD, Roldán Pinargote E. Actualización en el manejo del paciente quemado en urgencias. Rev Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet] 2023; 1:207-217. [Acceso 06 de mayo 2023]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1944/2405>
17. Alligood MR, Marriney A. Modelos y teorías en enfermería. 10 ed. España: Elsevier; 2022.624 pp.

18. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol* [Internet] 2011; 10 (3): 163-167. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
19. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia. Proceso de atención de enfermería (PAE). *Rev Salud Pública Parag.* [Internet] 2013; 3 (1): 41-48. [Acceso 11 de mayo 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
20. Andrade-Cepeda R M, López-España JT. Proceso de atención de enfermería. Guía interactiva para la enseñanza. 3 ed. México: Trillas. 2018.
21. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de atención de enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes del último curso. *Rev Enfermería Universitaria.* [Internet] 2019; 16 (3):374-389. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/623>
22. Reina GN. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico.* [Internet] 2010; 17: 18-23. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
23. Arroyo-Lucas S, Vásquez-Cruz R, Martínez-Becerril M, Nájera-Ortiz MP. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Rev Mex Enf.* [Internet] 2018; 6:97-102. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: <RevistaEnfermeria-2018-3.pdf> (incmnsz.mx)
24. Peralta Peña SL. Guía de estudio de caso. Guía de valoración de enfermería para el paciente crítico en base a Dorothea Orem. Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos. Universidad de Sonora. 2018.
25. Orkaizagirre Gómara A, Amezcua M, Huércanos Esparza I, Arroyo Rodríguez A. El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. *Rev Índice de Enfermería.* [Internet] 2014; 23 (4): 1-6. [Acceso 13 de mayo 2022]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>
26. Herdman HT, Kamitsuru S, Takáos L. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12 ed. Barcelona España: Elsevier, 2021.
27. Moorhead S, Swanson E. Johnson, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 6 ed. Barcelona, España: Elsevier, 2019.
28. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner Ch M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7 ed. Barcelona, España: Elsevier, 2019.

29. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Última reforma DOF [Internet] 2014. [Acceso 12 mayo 2022]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
30. Hall EJ, Hall ME. Guyton & Hall. Tratado de fisiología médica. 14 ed. España: Elsevier, 2021.
31. Potter P. Perry A. Stockert P. Hall A. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. España: Elsevier Limited (UK); 2019.
32. Rodríguez de Molina Serrano JI, Castro Martínez HH, Oyarvide Zapuche AK, Flores Orta GA. Ventilación pulmonar protectora, poder mecánico y presión de distensión pulmonar. Med Crit [Internet]. 2021;73(4):186–1935. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhix.2016.02.006>
33. Sociedad Argentina de terapia Intensiva (SATI). Soporte nutricional y metabolismo en cuidados críticos. Fundamentos y guía práctica. Argentina: Ed. Médica Panamericana, 2021.

ANEXOS

GUÍA DE VALORACIÓN BASADA EN LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Dirección: _____
_____ Fecha de ingreso: _____ Hora: _____ Fecha de entrevista: _____
Hora: _____ Número de cama: _____ Servicio: _____

I.- FACTORES CONDICIONANTES BASICOS DESCRIPTIVOS

Edad: _____ Sexo: _____ Estado de desarrollo: _____ Escolaridad: _____
_____ Religión: _____ Estado civil: _____ Idioma: _____
_____ Servicio médico (derechohabencia): _____
_____ Situación laboral del
entrevistado: _____ Ocupación: _____ Dirección: _____

Factores del sistema familiar: (Características de la familia y su relación: hijos, hermanos, conyugue, padres tíos, tías, abuelos).

ENTORNO

Lugar de procedencia: _____ Tiempo de vivir en ese lugar: _____

Tenencia de la vivienda: Propia Rentada Prestada Otro

Ingreso económico familiar quincenal: _____

¿Con quién vive? _____

¿Quién depende de usted? _____

Tipo de familia: Extensa _____ Nuclear _____ Compuesta _____ Integrada _____ Desintegrada

¿Qué rol tiene en su familia? _____

¿Cómo es la comunicación familiar? _____

PROCESO DE SALUD. ANTECEDENTES PERSONALES

Alergias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A medicamentos A alimentos Otro
Intervenciones quirúrgicas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Vacunación	<input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? _____ Motivo _____ No <input type="checkbox"/>
Transfusiones	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? ____ No <input type="checkbox"/>
Adicciones	Alcohol Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tabaco Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mariguana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros: _____
Número de parejas sexuales	

ESTADO DE SALUD PERSONAL Y/O DE FAMILIARES.

Patología	El paciente	El familiar (señale quien)
Artritis		
Diabetes		
HTA		
Neoplasias		
Tuberculosis		
Malformaciones		
Cardiovasculares		
Convulsiones		
Discapacidades (especificar cuál)		
Otra enfermedad (especificar cuál)		

FACTOR 1 - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO I,II,III:
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos

I. AIRE

Inspeccionar:

Frecuencia respiratoria _____ Características: Profundidad __, Esfuerzo ____, Presencia de tos ____, Aleteo nasal _____
Retracciones esternales _____, Tamaño y forma del tórax __, Cianosis ____, Simetría de la tráquea.
Simetría de movimientos de la pared torácica y empleo de músculos accesorios ____.

Tipos de respiración: Kussmaul ____ Cheyne – Stokes ____

Palpación:

Caras anterior y posterior de tórax en busca de: enfisema subcutáneo ____, Crepitaciones y dolor a la palpación_. Verificar pulsos _____, **Percusión:**
Caras anterior y posterior del tórax en busca de timpanismo _____, Resonancia __, matidez _____.

Auscultación:

Auscultar campos pulmonares (en sus caras anterior y posterior).

Ruidos normales: características ____, Anormales: características __
Requiere Oxigenoterapia Sí __ No ____

Tipo de dispositivo __ Aporte de Oxígeno (lt/min) __

Requiere Soporte Ventilatorio: Si __ No ____

Modo ventilatorio CPAP __ A/C CMV __ SIMV _____

Fr ____ FiO2 __ Vol/min _____ PEEP _

Vol corriente _ Relación I:E __

Presenta secreciones: Si ____ No ____ Oro faríngeas _____

Características _____

Endotraqueal _ Características _____

Gasometría arterial. PH___PaO2__HCO3 _____

SatO2_%

Exámenes de laboratorio y gabinete: EGO, BIOMETRIA HEMATICA, QUIMICA SANGUINEA. Resultado de RX. De tórax: NORMAL, sin presencia patológica

Valoración de la piel:

Temperatura seca___fría___caliente_____Turgencia Si _

No___sudorosa_____Moteado en piernas _

Edema (godette)_____Presenta: Hematomas Si____No ____

Prurito Si____No___Enrojecimiento Si____No ____

Valoración hídrica:

II. AGUA

Presenta Deshidratación: Si__No____Tipo __

En mucosas___Piel___Síndrome de lienzo húmedo _

Cuidado de su piel ____

Suministro parenteral:

Administración de líquidos parenterales: Si_No____

Características de la Soluciones parenterales:

Cristaloides: ml/hr___cantidad total 24 horas _____

Sedantes: Si__No___Cantidad ml/hr_____Total 24 horas _____

Analgésicos en infusión: ml/hr_____cantidad 24 horas ____

Balance hídrico total (24 horas)_____,

Valorar electrolitos séricos Na_____, K___Cl___Ca____, P____, Mg___.

ALIMENTACION:

Dentadura:

Completa ____ Faltan piezas _ Prótesis fija __ Prótesis extraíble ____
Especifique:

Estado de las mucosas:

¿Presenta algún problema de la mucosa oral? Sí ____ No ____

Especifique:

En tónica ____ Estomatitis __ Xerostomía __ Lengua ____

Tumor oral __ Leucoplaquia _____ Edema _____ Lesión Oral __

Drenaje Purulento __ Gingivorragia _____ Ulceraciones _____

ALTERACIONES

Cara y cuello: _especifique: __

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia _____ Disminuido __ Aumentado __

Normal _____ Distensión abdominal _____ Perímetro abdominal _____

Otros: _____

INTERFERENCIA EN LA DEGLUCIÓN

¿Presenta algún problema en la alimentación? Sí ____ No ____

¿Cuál? Acidez _____ Náuseas _____ Vómito _____ Hematemesis _

Disfagia ____ *Pirosis* _____ *Regurgitación* _____ *Polidipsia* ____

Polifagia ____ *Bulimia* _____ *Anorexia* ____ *Reflujo* _____

Sialorrea ____ *Saciedad* _____ *Eructos* _____

Otros:

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse? Sí _____ *No* ____

Especifique: ____

¿Cómo es su dieta habitual?

Si restricciones _____ *Para Diabético* _____ *Hipo sódica* _____

Hipo proteica _ *Hiperproteica* _____

Otros: _

Alimentos: se encuentra con nutrición enteral

Sí____ No____

El aporte kcal/día cumple con sus requerimientos energéticos:

Sí____No____

Cuenta con NPC (Nutrición Parenteral Complementaria) SI_No ____

Tipo de nutrición

Sonda oro gástrica __ Sonda Nasoyeyunal _ Gastroclisis __

Nutrición Parenteral_ Residuo Gástrico ____

Somatometría:

Talla: __Peso: __perímetro abdominal:_____

IMC: 19 -24.9_25- 29.9____≥30__

Inspección:

Presencia de ulceraciones (aftas)____anomalías en labios __

Parálisis facial _____

Tipo de Abdomen: plano____Globoso____Batracolde __

Presencia de cicatrices: Sí____No __

Auscultación:

Presencia de ruidos peristálticos: Si_ No __Frecuencia____

Palpación:

Presencia de masas Si_No____Dolor_ especificar sitio _____

Percusión:

Sonido mate: Si____No____especificar región: __

Timpánico: Si_No____Especificar área: _____

Signo de ajedrez: Positivo____Negativo _____

Resultados de laboratorio y gabinete: _____

FACTOR 2 - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO IV:

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación

Eliminación:

Sonda Foley__Tiempo de colocación_Cantidad____ Características _____

Cistocclisis__terapia de sustitución renal: Diálisis_Hemodiálisis _

GRUPO DE ELIMINACIÓN VESICAL

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones Uretero-vesicales: __

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria () Oliguria () Anuria () Nicturia () Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización () Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar_ColuriaHematuria____Turbia _____

Otros: _____

Presencia de edema en miembros inferiores Sí____No ____

Valores de laboratorio (si se cuenta con este dato): En sangre: HGB (mg/dl) _____ Creatinina _

Proteínas: () Albumina () Urea: () En orina: Proteinuria: () Albumina: ()

GRUPO DE PERSPIRACIÓN:

Cambio en los patrones normales de sudoración:

Disminuida __ Ausente _____ Aumentada __

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal:Dolor () Alteraciones emocionales ()

FACTOR 3 - REQUISITOS DE AUTOCUIDADO V:
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Actividad y Reposo

Cardiovascular:

Inspección:

Observar el aspecto general.

Llenado capilar Si ___ No ___ Duración ____

Auscultación

Latido apical. Presente _____ Disminuido ___ Aumentado ___

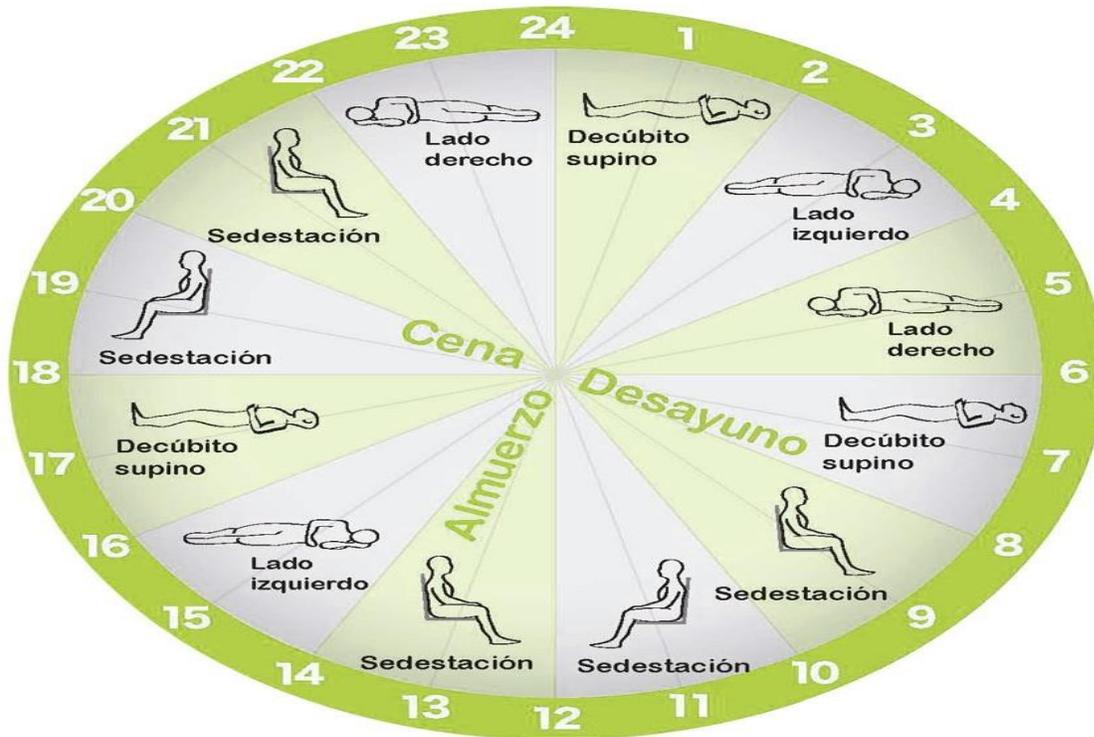
Ausente _____

Tomar EKG en sus 12 derivaciones

T/A ___ Fc ___ Presenta: Dolor precordial Sí No ___

ESCALA DE BRADEN.

	<u>1 PUNTO</u>	<u>2 PUNTOS</u>	<u>3 PUNTOS</u>	<u>4 PUNTOS</u>
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	



Escala de sedación

Escala de sedación de Ramsay	
Nivel	Descripción
Despierto	
1	Con ansiedad y agitación o inquieto
2	Cooperador, orientado y tranquilo
3	Somnoliento. Responde a estímulos verbales normales.
Dormido	
4	Respuesta rápida a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo
5	Respuesta perezosa a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo
6	Ausencia de respuesta a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo

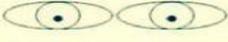
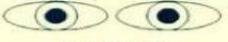
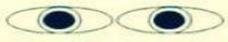
Escala RASS de Sedación – Agitación [de Richmond]

Grado de recomendación fuerte. Nivel de evidencia moderada (1B).

[+4]	Combativo. Ansioso, violento.
[+3]	Muy agitado. Intenta retirarse los catéteres, el TET, etc.
[+2]	Agitado. Movimientos frecuentes, lucha con el respirador.
[+1]	Ansioso. Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
[0]	Alerta y tranquilo.
[-1]	Adormilado. Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
[-2]	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
[-3]	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.
[-4]	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
[-5]	Sedación muy profunda. No responde a la estimulación física.

NEUROLÓGICO: ESCALA DE GASGLOW

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Espontanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

PUPILAS	LESIÓN	ETIOLOGÍA
 MIÓTICAS REACTIVAS	DIENCEFÁLICA	Lesión hemisférica bilateral, Herniación transtentorial inicial Coma metabólico
 MEDIAS NO REACTIVAS	TEGMENTO MESENFÁLICO VENTRAL	Herniación transtentorial establecida Hipotensión o hipotermia severa Lesiones vasculares Intoxicación barbitúricos Intoxicación succinilcolina
 PUNTIFORMES REACTIVAS	PROTUBERANCIAL	Intoxicación por opiáceos Hemorragia protuberancial
 MIDRIASIS UNILATERAL ARREACTIVA	PERIFÉRICA III PAR	Herniación uncal o transtentorial
 MIDRIASIS BILATERAL ARREACTIVAS	TECTUM MESENFÁLICO DORSAL	Herniación transtentorial inicial Anoxia cerebral grave Intoxicación anticolinérgicos, atropina Intoxicación cocaína o anfetaminas Uso simpaticomiméticos
 MIÓTICA UNILATERAL REACTIVA	HIPOTALÁMICA Ó SIMPÁTICO CERVICAL	Herniación transtentorial

Estado de conciencia _____ Pupilas: Reactivas ___ Isocóricas _____ Anisocóricas _
 _____ Presenta Nerviosismo _____ Ausente _____ Agresivo _____ Tranquilo
 _____ Triste _ Deprimido _____

Actitud acorde con sus palabras

FACTOR 4 - REQUISITO DE AUTOCUIDADO VI:

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Estado psicosocial: ¿Le gusta la convivencia? _____ ¿Se considera persona sociable? _____ ¿Cómo
 considera su
 comunicación? _____ Emocionalmente como se
 siente _____ Presenta: Problemas para escuchar: Si _____ No _____ Utiliza apoyo:
 Visual _____ Auditiva _____ Motivo de salud que impida desarrollarse _____

Prevención de peligros contra la salud: ¿Fuma?: Si _ No _____ Cantidad _____ Tiempo
 _____ ¿Ingiere bebidas alcohólicas? _____ Cantidad
 _____ Tiempo _____ ¿Tiene control médico? frecuente _____

Detecciones oportunas _____ Normalidad: ¿Usted se acepta?:
 Física _____ Emocional _____ Familiar _____ Profesional _____ Socialmente _____ ¿Qué opina de
 su
 vida? _____
 _____ Historia familiar: Familiares Enfermos _____ ¿Qué tipo de enfermedad? _____
 _____ Familiares fallecidos _____
 Parentesco _____

Del desarrollo: Etapa del desarrollo en la que se encuentra

_____ ¿Problema de salud en?: Niñez _____ Escolar _____ Adolescencia _____

Adulto Edad fértil _____

Otro __ Salud sexual: ¿Ha recibido educación sexual? _____ ¿Esta satisfecho con su vida sexual? _____ N° de hijos _____ Presenta: Problemas de infertilidad _____ ETS _____

_____ Cirugías previas _____

Tipo _____ Mujeres: Menarca _____ Días del ciclo menstrual _____ Presenta:

Dolor _____ Tipo _____ Número de embarazos _____

Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____ Embarazo de alto riesgo _____ Inicio de menopausia _____ Otro sin y s _____

_____ Hombres: Realiza: Examen testicular Exámen de Prostata _____

_____ Problemas de eyaculación precoz _____

Desviación de la salud: Enfermedades frecuentes _____

¿Cómo afronta los problemas? _____

¿Ha sido hospitalizado antes? _____ Duración _____ Motivo _____

Presenta secuelas de enfermedades anteriores _____

¿Cómo se dió cuenta de su enfermedad? _____

¿Quién le ayudo? _____ ¿Tiene miedo regularmente? _

¿Por qué? _____ ¿Qué hace para superarlo? _____

¿Presenta cambios emocionales continuos? _

¿Laborales? _____

¿Qué tipo de apoyo necesita ahora? _____ Tratamiento actual _____ Tipo _____

_____ Tiempo con el tratamiento médico _____ ¿Ha sufrido lesiones importantes en los últimos 10 años?