

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

PROCESO DE ENFERMERÍA BASADO EN EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM APLICADO A UNA PERSONA CON QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO

Para obtener el grado de Licenciado en Enfermería

PRESENTA

Leopoldo Bravo Ramírez

ASESORAS

ME. Cirila Dimas Palacios

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

COASESORA

ME. Azucena Lizalde Hernández

Morelia Michoacán, Febrero 2022.

DIRECTIVOS

MSP. Julio Cesar González Cabrera

Director

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

ME. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

MESA SINODAL

Presidente

ME. Cirila Dimas Palacios

Vocal 1

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Vocal 2

ME. Azucena Lizalde Hernández

Suplente

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero´

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico:

A mi madre Imelda Ramírez Bautista

Por ser mi ejemplo y por enseñarme a seguir aprendiendo todos los días sin importar las circunstancias y el tiempo.

Por comprender y apoyar a un hijo que hizo falta tantas veces durante varios lapsos de su vida, pero que a pesar de todo fue mi modelo a seguir y mi motivación en la decisión de esta profesión llamada enfermería.

A mi hermano Luis E. Bravo Ramírez

Por comprender a un hermano que le hizo varias veces falta como compañero de vida, porque a pesar del tiempo y la distancia siempre dio aliento y motivación cuando más lo necesitaba.

A mis abuelos

Por enseñarme a apreciar al valor de las cosas, por darme un techo donde vivir, ropa que vestir y siempre un plato de comida a pesar de las circunstancias.

Por siempre creer en mí y en hacerme ver que me esperaban cosas más grandes de lo que yo me imaginaba.

A mi familia

Por ser el apoyo más grande durante mi educación profesional, ya que fueron el apoyo más grande durante toda mi estancia universitaria y un pilar importante en la realización de mis metas y sueños.

AGRADECIMIENTOS

A todos mis compañeros, profesores, profesionales de la salud, así como a instituciones de salud:

Por formar parte de mi generación, tanto académica tanto en las áreas de salud. Así mismo a los profesores y/o tutores de las instituciones de salud por acompañarme en mi formación personal y profesional, gracias por compartir conocimientos, valores y habilidades a mi persona.

A la ME. Cirila Dimas Palacios:

A quien expreso mi más profundo agradecimiento, por hacer posible la aplicación de la metodología propia de enfermería para otorgar cuidados a las personas, como en este caso a un usuario pediátrico.

Gracias por su apoyo, y por ser parte de la columna vertebral de este proceso de enfermería.

A la facultad de enfermería UMSNH

Por ser la institución que me formo como profesional, por ser las paredes donde pase alegrías, roas, tristezas, nostalgias, por volverse en mi segunda casa durante 5 años, pero sobre todo por darme la oportunidad de conocer a tanta gente que ahora serán grandes amigos para siempre.

Al Hospital Infantil Eva Sámano de López Mateos:

Por permitirme realizar el Servicio Social, principalmente a su personal que me brindo su conocimiento durante mi estancia en esta institución; personal de enfermería, médicos, trabajadora social, fisioterapeuta y psicólogos.

A J.A.V.R.:

Expreso mi humilde agradecimiento al usuario en el cual se basó y se aplicó este proceso de enfermería, a sus padres y familiares, quienes a pesar de las circunstancias tan difíciles que están pasando me brindaron su apoyo para contribuir en el cuidado del usuario, conformando el componente principal en este proceso.

ÍNDICE

Contenido	
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
I. JUSTIFICACIÓN	5
II. OBJETIVOS	7
2.1. General.....	7
2.2. Específicos.....	7
III. MARCO TEORICO	8
3.1 DEFINICIONES DE PROCESO DE ENFERMERÍA	8
3.1.1. Antecedentes	9
3.1.2. Características	9
3.1.3. Beneficios/ventajas	10
3.2. Etapas	11
3.2.1. Valoración.....	11
3.2.2. Diagnóstico	17
3.2.3. Planeación.....	19
3.2.4. Ejecución	20
3.2.5. Evaluación.....	22
3.3. TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM (TGDA)	25
3.3.1. BIOGRAFIA DE DOROTHEA E. OREM	25
3.3.2. Fuentes teóricas	25
3.3.3. Utilización de pruebas empíricas	26
3.3.4. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA)	27
3.3.5. La teoría general del déficit de autocuidado está constituida por tres subteorías:	27
I. Teoría del autocuidado.....	27
II. Teoría del déficit de autocuidado	28
III. Teoría de los sistemas de enfermería	28
3.3.6. Principales conceptos de esta teoría son:	31
IV. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD: LESIONES POR QUEMADURAS DE SEGUNDO Y YERCER GRADO	38
VI. CASO CLÍNICO	39
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.	48
Diagnósticos de Enfermería con base en la Taxonomía NANDA II.	48

Diagnóstico de enfermería 1.....	48
Diagnóstico de enfermería 2.....	57
Diagnóstico de enfermería 3.....	81
Diagnóstico de enfermería 4.....	90
IX. CONCLUSIONES	98
X. BIBLIOGRAFÍA	100
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
XII. ANEXOS.....	104
Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos	104
Razonamiento diagnóstico.....	110
VALORACIÓN CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM	114
Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem	136
Factores condicionantes básicos.....	136
Requisitos de autocuidado universales.....	136
Requisitos de autocuidado de desarrollo	141
Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud	141
XIII. APENDICES.....	142

RESUMEN

El objetivo general fue desarrollar y aplicar el Proceso de Enfermería en sus cinco etapas metodológicas, aplicadas a un usuario lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado, con base en el referente teórico de Dorothea E. Orem, la Taxonomía II de la NANDA y las clasificaciones NOC y NIC; para otorgar un plan de cuidados especializados de enfermería, a fin de contribuir en la recuperación física y mental del paciente, mejorar su calidad de vida y favorecer su autocuidado.

Se realizó una metodología diseñada para la aplicación del Proceso de Enfermería en un usuario de 14 años de edad con quemaduras en el 70% superficie corporal con lesiones localizadas en extremidades superiores e inferiores, tórax, parte superior de la espalda, glúteos y genitales, que se encuentra aislado en el servicio de cirugía y traumatología; complementó los pasos/requisitos para identificar las necesidades del usuario y la importancia de la participación de enfermería, se decide darle seguimiento a los cuidados. Primeramente, se solicita la autorización para aplicar dicha metodología, para lo cual se firma el consentimiento informado por parte de la madre quien es la tutora del menor de edad.

La conclusión principal fue que la planificación y aplicación de este proceso de enfermería demostró un impacto positivo para mantener y mejorar el estado de la salud en el usuario con quemaduras, los diagnóstico de enfermería que se presentaron en este trabajo fueron redactados en cuanto a nivel de importancia según los problemas y necesidades así como las deficiencias que se encontraron durante la valoración inicial, a través y mediante la planificación de las intervenciones de enfermería adecuadas en base a la problemática del usuario, se logró corregir de forma parcial la problemática del usuario causado por las lesiones que presenta.

Palabras clave: Proceso, Enfermería, usuario, Quemaduras, Intervenciones.

ABSTRACT

The general objective was to develop and apply the Nursing Process in its five methodological stages, applied to a user with second and third degree burn injuries, based on Dorothea E. Orem's theoretical reference, NANDA's Taxonomy II and the NOC and NIC ratings; to grant a plan of specialized nursing care, in order to contribute to the physical and mental recovery of the patient, improve their quality of life and promote their self-care.

A methodology designed for the application of the Nursing Process was carried out in a 14-year-old user with burns in 70% of the body surface with lesions located in the upper and lower extremities, chest, upper back, buttocks and genitals, which he is isolated in the surgery and traumatology service; supplemented the steps/requirements to identify the user's needs and the importance of nursing participation, it was decided to follow up on the care. Firstly, authorization is requested to apply said methodology, for which the informed consent is signed by the mother who is the guardian of the minor.

The main conclusion was that the planning and application of this nursing process demonstrated a positive impact to maintain and improve the state of health in the user with burns, the nursing diagnoses that were presented in this work were written in terms of level of importance according to the problems and needs as well as the deficiencies that were found during the initial assessment, through and through the planning of the appropriate nursing interventions based on the user's problems, it was possible to partially correct the user's problems caused by the injuries it presents.

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería (PE) es la base del quehacer del profesional de enfermería, lo que le permitirá investigar para poder administrar los cuidados y la educación, y a si mismo construir y participar con los usuarios en los cuidados. Todo personal de enfermería debe poseer un marco de referencia susceptible de cambios que sustenten su actuación en la práctica diaria. Para efectos de este trabajo se ha formulado como marco de referencia la teoría de Dorothea E. Orem aplicado a un usuario que presenta lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado.

El Proceso de Enfermería no son estrategias que se determinan de forma sencilla, ni receta pronta que se aplican indistintamente a los usuarios, sino un compartir, un contrato que debe hacerse de ambos lados para que se pueda ejecutar y evaluar en los cuidados que desean después de una exhaustiva valoración por parte del profesional de enfermería para que este pueda ser efectivo. Esto también conlleva a reevaluar las asistencias para la mejoría continua de las atenciones brindadas.

El propósito fue demostrar que el Proceso de Enfermería es lo que hace al enfermero ser un profesional independiente, lo que le permite aplicar todo lo que ha estudiado, en base a fundamento científico y practica en el campo. Las técnicas y cuidados de enfermería tienen tal impacto en los usuarios que estas ayudan al acercamiento para influenciar en el estado de salud, modificando así la imagen de enfermería de manera positiva o negativa. Es indicar nuevos caminos administrativos, estratégicos de cuidado, educación e investigación para el profesional de enfermería en su actuar cotidiano que permita demostrar como la calidad del autocuidado es posible de la misma manera para toda la población y sin deshumanizar el servicio y trato al usuario.

El presente trabajo que consta de la aplicación del Proceso de Enfermería en un usuario con lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado, aplicando la teoría de Dorothea E. Orem, cuyo principal objetivo es el autocuidado del usuario con las herramientas y estrategias que el profesional de enfermería proporciona.

Y en el cual el usuario representa el elemento central, al cual se le entregan las herramientas necesarias para que este pueda recuperar de forma parcial la independencia perdida.

El presente trabajo está estructurado y articulado de tal manera que se explica la importancia de la aplicación del proceso de enfermería (PE) en un usuario con lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado, así como los objetivos tanto general como específicos que se plantearon en base a las etapas del PE, aplicado en este usuario, de igual manera vemos los elementos del PE, así como una estructura más detallada y profunda de lo que es el proceso de enfermería conceptualizando cada una de sus partes y etapas.

Este trabajo se realiza basándose en los elementos y la estructura de la teoría de Dorothea E. Orem, quien es la referente teórica en la aplicación de este proceso de enfermería.

I. JUSTIFICACIÓN

La profesión y práctica de la enfermería está basada y fundamentada en teorías que han sido desarrolladas científicamente, esta se ve aplicada utilizando el Proceso de Enfermería, el cual es un método sistemático para garantizar y favorecer los cuidados humanistas y eficientes por el profesional de enfermería aplicadas en los usuarios sanos o enfermos, y su entorno, ya que permite otorgar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Este método permite a la enfermera(o) organizar y solucionar problemas de salud de los usuarios, es adaptable para cualquier tipo de pacientes sin importar edad o género y es aplicable en cualquier problema o situación, sea en usuarios pacientes hospitalizados o no, puesto que el objetivo de éste es brindar cuidados específicos para mejorar la calidad de vida del usuario o favorecer una muerte tranquila.

Con la aplicación del Proceso de Enfermería se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera(o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de indicaciones, sino que se centra en las respuestas humanas. Con el Proceso de Enfermería, se podrán experimentar satisfacciones al ser valoradas, además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo en caminadas a mejorar la salud del usuario y con ello lograr que el usuario lleve a cabo un control sobre su enfermedad para prevenir complicaciones a futuro.

En este caso la metodología antes descrita se aplica en un usuario pediátrico que sufrió quemaduras de segundo y tercer grado a fin de satisfacer profesionalmente las respuestas humanas manifestadas. Pues, se considera que los accidentes en los que se ven implicados usuarios pediátricos, desafortunadamente suelen ser cotidianos y en la mayoría de los casos no representan mayor riesgo para el menor, sin embargo, en algunas ocasiones estos accidentes provocan lesiones de consideración en el menor lo cual requiere una asistencia en un centro hospitalario.

Las quemaduras son de las lesiones por las que más a menudo un menor es ingresado y valorado en un hospital, por lo regular no todas las quemaduras provocan lesiones que puedan poner en riesgo la vida del niño y afortunadamente se pueden tratar y cuidar en casa con una previa valoración e indicación médica, sin embargo esto también dependerá del grado de las quemaduras y de las zonas afectadas en el cuerpo del menor.

En algunos casos estas lesiones son tan extensas y graves que tan solo por su ubicación en el cuerpo representan un riesgo para la vida, por lo cual requieren de una atención médica oportuna y adecuada.

Por lo anterior es importante mencionar que, a nivel mundial 267,885 personas fallecieron en 2012 debido a quemaduras, de estas el 23.4 % fueron niños y niñas menores de cinco años y el 15.5 % población de entre 5 y 14 años de edad. Por sexo, los niños menores de cinco años con el 53.2 % y las personas de 5 a 14 años con el 52.4 %. (Secretaria de Salud [SS], 2016. P. 19).

En México, de 2000 a 2013 fallecieron un total de 9,073 personas, de las cuales el 69.9 % fueron hombres. La cifra anual de defunciones por quemaduras disminuyó de 721 durante 2000 a 528 en 2013, lo que representa un decremento del 26.8 % en el periodo. Sin embargo, la tendencia durante este periodo no ha sido estable, ya que presenta un pico en 2005, desciende para 2006 mostrando un nuevo incremento hasta 2009, año a partir del cual la tasa de mortalidad por quemaduras presenta una disminución. De las personas que fallecieron durante 2013 a consecuencia de quemaduras, Por grupo de edad, el 10.2 % entraron en la categoría de 0 a 9 años y el 5.9 % de 10 a 19 años. (SS, 2016. P. 23).

Lo mencionado anteriormente justifica la aplicación del PE que esté basado en las necesidades del usuario con quemaduras para lograr un plan de cuidados específicos que permita al personal de enfermería influir de manera positiva en la recuperación del paciente, apoyar a la familia y/o cuidadores principales.

II. OBJETIVOS

2.1. General.

Desarrollar y aplicar el Proceso de Enfermería en sus cinco etapas metodológicas, aplicadas a un usuario lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado, con base en el referente teórico de Dorothea E. Orem, la Taxonomía II de la NANDA y las clasificaciones NOC y NIC; para otorgar un plan de cuidados especializados de enfermería, a fin de contribuir en la recuperación física y mental del paciente, mejorar su calidad de vida y favorecer su autocuidado.

2.2. Específicos.

- Realizar la valoración del usuario con base a la teoría de Dorothea E. Orem para agrupar, organizar e interpretar los datos de su estado actual de salud.
- Desarrollar los Diagnósticos de Enfermería de acuerdo con la Taxonomía II de la NANDA con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiológicas que orientan a la existencia de déficit de autocuidado.
- Diseñar y ejecutar un plan de cuidados de enfermería en base al estado de salud actual del usuario y sus lesiones con la finalidad de ayudar en su recuperación, prevenir las complicaciones y reducir las secuelas.
- Evaluar el plan de cuidados de enfermería ejecutado, así como la condición de salud actual del sujeto de estudio para revalorar la mejoría o limitación presentada para su autocuidado.

III. MARCO TEORICO

3.1 DEFINICIONES DE PROCESO DE ENFERMERÍA

- El Proceso de Enfermería se define como, el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño), ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. (Reina, 2010, p. 18).

- Es un método sistemático de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Se caracteriza por ser racional, sistemático de planificación para la asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del usuario, así como también los problemas reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades.

- Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Cisneros, 2016, p. 1).

3.1.1. Antecedentes

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. (Rodríguez, 2002, p. 31).

3.1.2. Características

El proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser:

- **Sistemático:** debido a que se realiza secuencialmente de una forma cíclica, periódica, organizada y controlada, sin embargo maneja como la obtención de información por medio de la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y termine siempre con la evaluación.
- **Dinámico:** puesto que las necesidades del cuidado de los usuarios son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad lo que lleva a que se construyan varios procesos de enfermería para un mismo sujeto, por ende es oportuno ya que se utiliza en un periodo de tiempo específico con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales. (Reina, 2010, p. 18).
- **Flexible:** puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo.

- **Interactivo:** requerir de la interrelación humana con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

El Proceso de Enfermería se centra en el usuario, el profesional se organiza el plan asistencial en función de los problemas del usuario en lugar de los objetivos de enfermería. En la fase de valoración, se obtiene datos para determinar los hábitos, rutinas y necesidades del usuario, lo que capacita al profesional para incorporar al máximo las rutinas del usuario en el plan asistencial.

- **Interpersonal y colaborativo:** exige que el profesional se comunica de manera directa y constante con los usuarios y con los familiares para cubrir sus necesidades. Como miembros del equipo de asistencia de salud, en un esfuerzo conjunto para proporcionar una asistencia de calidad al usuario.
- **Universal:** se usa como una estructura para la asistencia de enfermería en todos los tipos de marcos de salud, con usuarios de todos los grupos de edad.

El profesional usa diversas habilidades del pensamiento crítico para desempeñar el Proceso de Enfermería.

3.1.3. Beneficios/ventajas

Aplicar el Proceso de Enfermería es un verdadero reto por el sin número de factores que caracteriza la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermería que busca el logro de identidad profesional y que pretenda proporcionar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento. (Kozier et al., 2013).

Establecer una base de datos sobre la respuesta del usuario a sus preocupaciones sobre la salud o a la enfermedad y su capacidad de tratar su necesidad en torno a la salud.

Identifica las fortalezas del usuario y los problemas de salud que pueden evitarse o resolverse mediante intervenciones de enfermería colaboradoras e independientes, además ayudar al usuario a alcanzar los objetivos/resultados deseados que favorece el bienestar, evitar las enfermedades, restaurar la salud, y facilita el afrontamiento a la alteración de la función. (Kozier et al., 2013).

3.2. Etapas

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica, estas se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente:

3.2.1. Valoración

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con el usuario, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con el usuario, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, esto nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que cuentan. (Reina, 2010, p. 19).

Tipos de valoración

- 1- Valoración inicial: es la base de plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con el usuario. Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del usuario y ver qué factores influyen sobre esto. Facilita la ejecución de las intervenciones.

- 2- Valoración continua: posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. tiene como objetivo:
- a) Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
 - b) Realizar revisiones y actuaciones del plan.
 - c) Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

Pasos para realizar la valoración

Recogida de datos

Es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del usuario. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del usuario, los datos del usuario debe incluir antecedentes, así como los problemas actuales.

Tipos de datos

- Los datos objetivos: se llaman también signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medios y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos. Durante la exploración física el profesional de enfermería obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del PE.

- Los datos subjetivos: denominadas también síntomas o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlo o comprobarlos. El prurito, el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el usuario tiene de su salud y situación vital. (Cisneros, 2016).

- Los datos constantes: son informaciones que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza o el tipo sanguíneo.

- Los datos variables se pueden modificar con rapidez, con frecuencia o en pocas ocasiones e incluyen aspectos como la presión arterial, la edad y la intensidad del dolor.

Fuentes de recolección de datos

- Fuentes primarias: el usuario es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis.
- Fuentes secundarias: la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio usuario se considera secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible. (Rodríguez, 2002).

Técnicas de recolección de datos

La observación:

Es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas.

La observación tiene dos aspectos:

- a) Fijarse en los datos.
- b) Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Un profesional de enfermería que observa que la cara de un usuario se enrojece debe relacionar la observación con datos como la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y la presión arterial. Pueden producirse errores al seleccionar, organizar e interpretar los datos.

El profesional de enfermería experimentando es a menudo capaz de atender una intervención, por ejemplo dar un baño de cama o vigilar un infusión intravenosa y al mismo tiempo realizar observaciones importantes como notar un cambio en el estado respiratorio o en el color de la piel.

Las observaciones deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría desarrolla una secuencia particular de acontecimientos

observadores, habitualmente centrados primero en el usuario. Por ejemplo, un profesional de enfermería camina por la habitación de un usuario y observa en el siguiente orden:

- a) Signos clínicos de sufrimiento (palidez o enrojecimiento, respiración laboriosa y conducta que indica dolor o sufrimiento emocional).
- b) Amenazas a la seguridad del usuario, reales o anticipadas (un barandal abajo).
- c) El ambiente inmediato, como las personas que están en la habitación.

La entrevista:

Es una comunicación planificada o una conversación con un objeto, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento. Un ejemplo de entrevista es la anamnesis de enfermería, que forma parte de la valoración del ingreso.

Existen dos métodos para entrevistar:

- Entrevista dirigida: el profesional establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El usuario responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones.
- Entrevista no dirigida: entrevista construido sobre la buena relación, el profesional permite al usuario controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La buena relación es la comprensión entre dos o más personas.

Durante la entrevista para obtener información suele ser adecuada una combinación de los métodos dirigido y no dirigido.

La exploración física o la valoración física:

Es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se realiza en forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del examinador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos.

El profesional suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del usuario, por ejemplo, la edad, el tamaño corporal, el estado mental y nutricional, el habla y la conducta.

- **Inspección.**

Es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, para detectar los hallazgos anormales en relación con los normales.

Aspecto general (tamaño del cuerpo, peso general, postura, aseo); signos de dolor o molestias; gestos faciales y corporales; color y lesiones de la piel; anomalías del movimiento; conducta no verbal (signos de ira o ansiedad).

- **Palpación.**

Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto, para detectar la presencia o ausencia de masa o masas, presencia de dolor, temperatura, tono muscular y movimiento, y corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.

a) Directa: inmediata por medio del tacto o presión.

b) Indirecta: mediante el uso de instrumentos.

- **Percusión.**

Es el método que consiste en golpear suavemente con la mano o instrumentos, cualquier segmento del cuerpo, para producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente y determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano.

a) Directa: Se golpea directamente la superficie del cuerpo con los dedos en forma suave, breve y poco intensa.

- b) Dígito-digital: Se realiza percutiendo con un dedo de la mano derecha sobre otro dedo de la mano izquierda, sobre la región a explorar.
- c) Indirecta: Mediante el uso de instrumental.

- **Auscultación.**

Es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído para valorar ruidos producidos en los órganos y detectar anomalías en los ruidos fisiológicos mencionados.

Organización de los datos

Los profesionales usan un formato escrito o electrónico para organizar los datos de valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería, valoración o formulario de base de datos. El formato puede modificarse en función del estado físico del usuario.

Validación de los datos

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa por que los diagnóstico e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de comprobar dos veces o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de los datos ayuda al profesional a completar estas tareas:

- a) Garantizar que la información de la valoración es completa.
- b) Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- c) Obtener información adicional que puede haberse pasado de alto.
- d) Diferenciar entre pistas e indiferencias. Las pistas son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional es decir lo que el usuario dice o lo que el profesional puede ver, oír, percibir o medir. Las indiferencias son las interpretaciones o conclusiones del profesional basadas en las pistas ejemplo observar las pistas de enrojecimiento, calor y tumefacción en una incisión.

Registro de los datos

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del usuario. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del usuario.

3.2.2. Diagnóstico

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores, en otras palabras consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad. (Reina, 2010, p. 19).

Tipos de diagnostico

a) Diagnóstico de riesgo

Los profesionista siempre han sido responsables de identificar a las personas, familias y comunidades en riesgo y protegerlos del mismo. Un diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas a estados de salud /procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia y comunidad vulnerables.

Por ejemplo, el diagnostico riesgo de deterioro de la integridad cutánea incluye tanto factores internos como externos que influyen en la vulnerabilidad. Las intervenciones seleccionadas para alcanzar los resultados se basan en estos factores influyentes.

b) Diagnósticos de promoción de la salud

Es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresando por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio. Pueden usarse en cualquier situación de salud y no requiere un nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. (Jara y Lizano, 2016).

c) Diagnostico enfermero de salud o de bienestar

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que está en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en características definitorias. Como todos los diagnósticos, se identifican resultados sensibles a la intervención de enfermería que proporcionen una alta probabilidad de alcanzarlos.

d) Diagnóstico real

Describe respuestas humanas o procesos vitales/estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias como objetivos y subjetivos

e) Síndrome

Grupo de objetivos y subjetivos que aparecen juntos.

Pasos para realizar un diagnóstico

I. Análisis de los datos

En el proceso diagnóstico, el análisis implica los siguientes pasos:

- a) Comparar los datos con los estándares (identificación de las pistas significativas).
- b) Agrupar las pistas (generar hipótesis tentadoras).
- c) Identificar lagunas e incoherencias.

Para los profesionales de enfermería con experiencias, estas actividades ocurren de forma continua en lugar de secuencial.

II. Identificación de problemas de salud, riesgo y fortaleza

Después de analizar los datos, el profesional y el usuario pueden identificar de forma conjunta fortalezas y problemas. Este es sobre todo un proceso de toma de decisiones.

III. Formulación de diagnóstico

La mayoría de los diagnósticos de enfermería se escribe en declaraciones de dos o tres partes, pero hay variaciones:

- a) Declaraciones básicas en dos partes
 - problema (P): declaración de la respuesta del usuario (etiqueta de la NANDA)
 - etiología (E): factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas
- b) Declaraciones básicas en tres partes

La declaración básica del diagnóstico en tres partes se denomina formato PES y comprende los siguientes:

- Problema (P): refiere la respuesta del usuario (etiqueta de la NANDA)
- Etiología (E): factores que contribuyen a las personas o son probables causas.
- signos y síntomas (S): características definitorias manifestadas por el usuario. (Heather y Kamitsuru, 2015).

3.2.3. Planeación

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado donde se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo, de esta manera se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud. (Jara y Lizano, 2016).

Tipos de planeación

a) Planeación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan asistencial inicial completo. Este profesional tiene la ventaja de que observa el lenguaje corporal del usuario.

b) Planeación en curso

Lo hacen todos los profesionales de enfermería que trabaja con el usuario. A medida que lo obtienen información nueva y evalúan las respuestas del usuario a la asistencia.

c) Planeación para el alta

Es el proceso de anticipación y planeación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia de salud completa y debe realizarse en el plan de asistencial de todos los usuarios

Pasos para realizar la planeación:

I. Priorización de los problemas/diagnósticos

Es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional y el usuario comienzan la planeación decidiendo que diagnóstico exigen primero atención, cuáles el segundo y así sucesivamente.

II. Formulación de los objetivos/resultados deseados

Tras establecer las prioridades, el profesional de enfermería y el usuario fijan los objetivos para cada diagnóstico. Es un plan asistencial, los objetivos/resultados deseados se describen en términos de respuestas observables del usuario, lo que el profesional espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones.

Para lo cual existe la Clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification (NOC)). (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2009).

III. Selección de las intervenciones de Enfermería

Las intervenciones y actividades son las acciones que un profesional realiza para conseguir los objetivos del usuario. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico.

Cuando no es posible cambiar los factores causales se eligen intervenciones que traten los signos y síntomas o características definitorias de la terminología NANDA. Para ello se usa la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (Nursing Interventions Classification (NIC)). (Bulechek, Butcher y McCloskey, 2009).

IV. Redacción de las intervenciones de Enfermería

Tras escoger las intervenciones de enfermería adecuadas, el profesional escribe en el plan asistencial. Las intervenciones en el plan asistencial se fechan cuando se escriben y se revisan a intervalos que dependen de las necesidades individuales.

3.2.4. Ejecución

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería, siendo este un conjunto que consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos. (Reina, 2010, p. 20).

Pasos para realizar la ejecución:

I. Reevaluación del paciente

Justo antes de ejecutar una intervención, el profesional debe revalorar al usuario para asegurarse de que la intervención sigue siendo necesaria. Aunque este escrita una orden en el plan asistencial, el estado del usuario puede haber cambiado. Los datos nuevos pueden indicar un cambio de prioridades en la asistencia o las actividades de enfermería.

II. Determinación de la necesidad del profesional de Enfermería de ayuda

Cuando se ejecuta cualquier intervención el profesional puede precisar ayuda por una o más de estas razones:

- a) El profesional es incapaz de ejecutar las actividades de enfermería con seguridad y eficacia (p. ej., ayudar a andar a un usuario obeso inestable).
- b) La ayuda reducirá el estrés sobre el usuario (p.ej., girando a un usuario que experimenta dolor agudo cuando se le mueve).

III. Aplicación de las intervenciones de Enfermería

Es importante explicar al usuario que intervenciones se realizaran, que sensación de esperar, que se espera que haga y que resultados se prevén. En muchas de las actividades es importante asegurar la intimidad del usuario, el numero o tipos de intervenciones directas es casi limitado.

IV. Supervisión de las asistencias delegada

Si la asistencia se ha delegado en otro profesional de la salud, el profesional de enfermería responsable de la asistencia global del usuario debe asegurarse de que las actividades se han ejecutado en función del plan asistencial. Pueden ser

necesarios otros cuidadores que comuniquen sus actividades registrándolas en el historial del usuario, informando de ellas verbalmente o rellenando un formulario escrito.

V. Registro de las actividades de Enfermería

Tras llevar a cabo las actividades, el profesional de enfermería completa la fase de aplicación registrando las intervenciones y respuestas del usuario en las notas de progreso. La asistencia no debe registrarse antes de hacerla porque el profesional puede determinar al volver a valorar al usuario que la intervención no debe o no puede realizarse.

Las actividades de enfermería se comunican tanto verbalmente como por escrito, cuando la salud del usuario cambia con rapidez, el profesional encargado o su médico puede desear mantenerse actualizados los informes verbales. (Cisneros, 2016).

3.2.5. Evaluación

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del usuario con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Así también permite determinar el proceso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. (Jara y Lizano, 2016).

Pasos para realizar la evaluación.

I. Recogida de datos relacionadas con los resultados

Al usar resultados deseados claramente establecidos, precisos y mensurables como guía, el profesional recoge datos de manera que puedan extraerse conclusiones sobre qué objetivos se han cumplido, suele ser necesario recoger datos objetivos y subjetivos.

Algunos datos exigen interpretaciones. Ejemplos de datos objetivos que precisan interpretación son el grado de turgencia tisular de un usuario deshidratado o el grado

de inquietud de un usuario con dolor. Ejemplos de datos subjetivos que necesitan interpretaciones son las náuseas o el dolor que refiere al paciente.

II. Comparación de los datos con los resultados

Si las primeras dos partes del proceso de evaluación se han realizado con eficacia, es relativamente sencillo determinar si se ha cumplido un resultado deseado. El profesional y el usuario desempeñan un papel activo en la comparación entre las respuestas reales del usuario y los resultados deseados. ¿Camino el usuario sin ayuda la distancia específica diaria? Cuando se determina si se ha conseguido un objetivo, el profesional que extraer una de tres posibles conclusiones:

- a) El objetivo se cumplió; es decir, la respuesta del usuario es la misma que el resultado deseado.
- b) El objetivo se cumplió parcialmente; es decir, se ha conseguido un resultado a corto plazo pero no el objetivo a largo plazo, el objetivo deseado no se consiguió de manera completa.
- c) El objetivo no se cumplió.

III. Relación de las acciones de Enfermería con los objetivos/resultados del paciente

La tercera fase del proceso de evaluación es determinar si las actividades de enfermería tenían alguna relación con los resultados. Nunca debe suponerse que una actividad de enfermería sea la causa o el único factor en la consecuencia total, la consecuencia parcial o la no consecuencia de un objeto.

IV. Extracción de conclusiones sobre el estado del problema

El profesional usa el juicio sobre la consecución del objetivo para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del usuario. Cuando los objetivos se han cumplido, el profesional puede extraer una de las siguientes conclusiones sobre el estado del problema del usuario:

- a) El problema real establecido en el diagnóstico de enfermería se ha resuelto, o el posible problema se ha evitado y ya no existen factores de riesgo. En estos casos el profesional registra que los objetivos se han cumplido y suspende la asistencia para el problema.

b) El posible problema establecido en el diagnóstico se está evitando, pero todavía hay factores de riesgo. En este caso el profesional mantiene el problema en el plan asistencial.

V. Continuación, modificación o determinación del plan asistencial del paciente.

Tras extraer conclusiones sobre el estado de los problemas del usuario, el profesional modifica el plan asistencial tal y como se ha indicado. Dependiendo de la institución, las modificaciones pueden hacerse trazando una línea a través de partes del plan asistencial, o marcando porciones usando unos rotulados fluorescentes, o bien indicado las revisiones como apropiadas para un sistema de gráficos electrónico.

Se cumplan o no los objetivos, hay que tomar varias decisiones sobre continuar, modificar o terminar la asistencia de enfermería de cada problema. (Kozier et al., 2013).

3.3. TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM (TGDA)

3.3.1. BIOGRAFIA DE DOROTHEA E. OREM

Dorothea Elizabeth Orem, una de las Enfermeras Americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inicio su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en Enfermería a principios de la década de 1930.

Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de Enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario). Orem ostento el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, en 1940 a 1949. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los Hospitales generales de todo el estado. En 1960 trabajo en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras.

Dorothea Orem murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia). Tenía 92 años y había pasado un tiempo postrada en cama. La sobrevivieron su amiga de toda la vida, Walene Shields, de Savannah, y su primo Martin Conover, de Minneapolis (Minnesota).

3.3.2. Fuentes teóricas

Orem cita a Eugenia K. Spaulding como gran amiga y profesora, comenta que ningún líder de la enfermería en particular ha influido directamente en su obra. Cree que su asociación con numerosas enfermeras a lo largo de los años le ha proporcionado múltiples conocimiento, y concede de un gran valor a su trabajo con los estudiantes y a su participación en trabajos elaborados junto a otros colegas. Aunque considera que no ha habido ninguna influencia principal. Cita los trabajos de muchas enfermeras por la contribución que han realizado a la enfermería; entre estos se incluyen los de Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy. (Raile y Marriner, 2011, p. 182).

3.3.3. Utilización de pruebas empíricas

En 1958 Orem tuvo una intuición acerca de por qué los individuos necesitan la ayuda de la enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. La reflexión sobre este tema le proporciono los conocimientos necesarios para formular y expresar su concepto de enfermería. Los conocimientos sobre las características de las distintas situaciones de la práctica profesional los fue adquiriendo a lo largo de muchos años.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente. (Prado, González, Paz y Romero, 2014. P. 838).

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (Prado, González, Paz y Romero, 2014. P. 838).

3.3.4. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA)

Orem, define el autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afecta su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” los seres humanos, por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas y, cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de salud.

Esta teoría tiene como supuesto principal que el “autocuidado no es innato”; esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, que son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familias, es decir, el entorno que los rodea.

Sugiere como una de las características de las persona cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas, son denominadas factores de condicionamiento básico. (Taylor, 2003).

3.3.5. La teoría general del déficit de autocuidado está constituida por tres subteorías:

I. Teoría del autocuidado

El autocuidado, describe el por qué y el cómo las personas cuidan entre sí mismas. Es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. (Berbiglia y Banfield, 2011).

El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado. La demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua.

La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que expresan el objeto, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. (Raile y Marriner, 2011, p. 274).

II. Teoría del déficit de autocuidado

Según la OMS La enfermería es una base de atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. (Hostiguen y Velásquez, 2001).

Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro de su dominio y límites están asociadas con las limitaciones de acción relacionadas con la salud.

El término déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico.

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. (Prado, González, Paz y Romero, 2014. P. 841).

III. Teoría de los sistemas de enfermería

La teoría de sistemas de enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. Se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se subdivide en tres

sistemas: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio. (Hostiguen y Velásquez, 2001, p. 39).

Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al usuario con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el usuario y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas.

Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. (Prado, González, Paz y Romero, 2014. P. 841 y 842).

- **Apoyo educativo:** realiza el cuidado terapéutico del usuario (dejar hacer el otro)
- **Parcialmente compensatorio:** realiza alguna de las medidas de autocuidado por el usuario (hacer con el otro)
- **Totalmente compensatorio:** realiza el autocuidado (hacer por el otro).

Cumple con el autocuidado terapéutico del usuario
Compensa la incapacidad del usuario de realizar el autocuidado

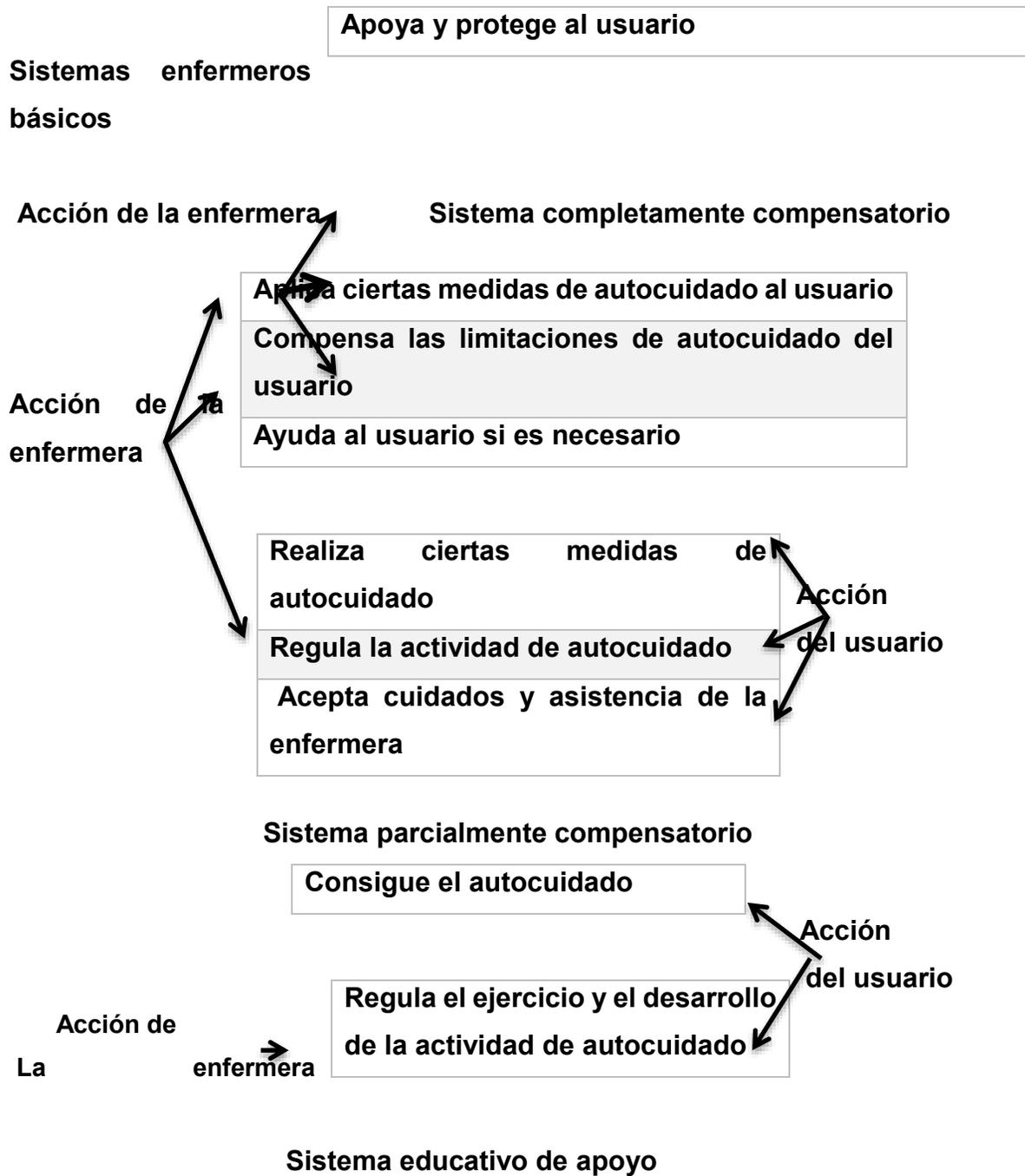
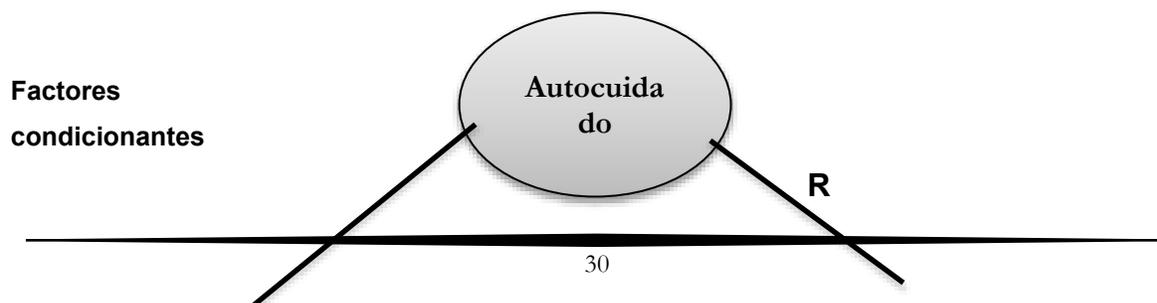


Figura 1. Sistemas enfermeros básicos.



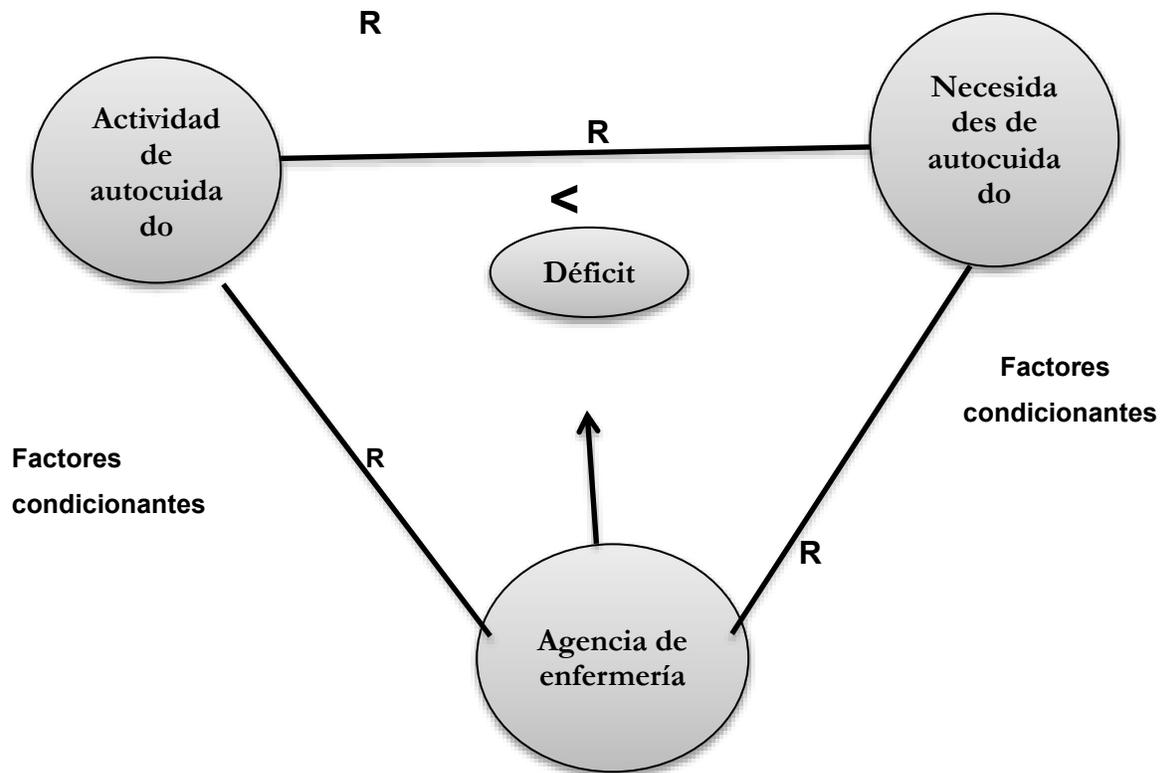


Figura 2. Un marco conceptual para la enfermería, R, relación; <, déficit de relación, actual prevista.).

Fuente: (Raile y Marriner, 2011).

3.3.6. Principales conceptos de esta teoría son:

➤ **Autocuidado:**

Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos. Por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo.

➤ **Cuidado dependiente:**

Se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

➤ **Requisito de autocuidado**

Es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo una circunstancia y condiciones específicas.

Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

- a) El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
- b) La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplean el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado

➤ **Requisito de autocuidado universales**

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tiene sus orígenes en lo que se conoce y en lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital.

Estos requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar. (Prado, González, Paz y Romero, 2014. P. 840).

Se propone ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

- a) El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- b) El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- c) El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- d) La provisión de cuidados asociado con los proceso de eliminación
- e) El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- f) El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social la soledad.
- g) La prevención de peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- h) La 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.

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

➤ **Requisitos de autocuidado de desarrollo**

Estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.

Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

- a) Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
- b) Implicación en el autodesarrollo.
- c) Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

➤ **Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud.**

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la

desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencia de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral.

➤ **Necesidades de autocuidado terapéutico**

Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- a) Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida)
- b) Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

- Describe los factores del usuario o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar de usuario
- Tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al usuario o los factores de su entorno.

➤ **Actividad de autocuidado**

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

➤ **Actividad de cuidado dependiente**

Se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrolló y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

➤ **Déficit de autocuidado**

Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutico de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de las necesidad terapéutica de autocuidado existentes o proyectada.

➤ **Actividad enfermera**

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticos de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.

➤ **Diseño enfermero**

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructuras. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarias y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

➤ **Sistemas enfermeros**

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus usuarios y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los usuarios. (Kozier et al., 2013)

➤ **Métodos de ayuda**

Desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las usuarias que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer ejercicio por cuenta de otro
- Guiar y dirigir
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar.

➤ **Factores condicionantes básicos**

Hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancia específicas. Se han identificado diez factores. (Kozier et al., 2013)

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores de sistema sanitario.
- Factores de sistema familiar.

- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.

Factores externos del entorno

IV. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD: LESIONES POR QUEMADURAS DE SEGUNDO Y YERCER GRADO

Quemaduras

Concepto: Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos. (OMS, 2018).

Las quemaduras son lesiones que han sido definidas como daños físicos o traumatismos causados por la transferencia aguda de energía (mecánica, térmica, eléctrica, química, radiación) que genera, de forma local, zonas de hiperemia, estasis, necroptosis (necrosis, apoptosis, autofagia asociada con muerte celular), así como una respuesta inflamatoria sistémica que busca detener y reparar dicho daño. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], 2015. P. 79).

Periodo prepatogénico	Periodo patogénico
<p>Agente: Las quemaduras se origina por causas térmicas, radiación, eléctricas y químicas.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">C L I N I C A</p> </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Muerte: Si no se tratan de manera adecuada y oportuna derivada de las complicaciones.</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Invalidez o Estado Crónico: secuelas en epitelios, articulaciones y deformidades, lesión cerebral por hipoxia.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Complicaciones: Choque por perdida de líquidos en pacientes con quemaduras extensas, infección, neumonía, coagulopatía por consumo, insuficiencia renal, inflamación, quemaduras y congestión de órganos internos.</p> </div>
<p>Huésped: El porcentaje más alto de quemaduras se da en la población de 0 a 9 años de edad. (Secretaría de Salud [SS], 2016. P. 27).</p>	<p>Signos y Síntomas: De primer grado. Son superficiales y solo afectan a la epidermis. Tienen aspecto eritematoso. De segundo grado. Afectan a la epidermis y a la dermis (superficial y profunda. Si solo afecta a la dermis superficial son muy dolorosas y se forman ampollas. Si afectan a la dermis profunda son sensibles solo a la presión, al haberse destruido las terminaciones nerviosas. De tercer grado. Son las más graves. Afectan a la epidermis, a toda la dermis y a las estructuras subyacentes (hipodermis, fascias, musculo y hueso). Producen necrosis y escaras. (Díaz, Gómez y Ruiz, 2006. Página 507).</p>
<p>Ambiente: La mayoría de las quemaduras se producen en el hogar, generalmente en la cocina y el baño.</p> <p>En adolescentes, la vía pública y las áreas industriales son ámbitos donde también ocurren las quemaduras. (SS, 2016. P. 27).</p>	<p>Cambios sistémicos: Alteración de la función respiratoria manifestado por agitación, disnea uso de músculos accesorios. Limitación de la movilidad por daño y contracturas en articulaciones. (Schulte 2002, p. 253).</p> <p>Cambios locales: Cambios en el sistema tegumentario, estos cambios dependerán del grado de las quemaduras que estén presentes.</p>
	<p>Cambios tisulares: Daño y destruido las terminaciones nerviosas, hipodermis, fascias, mucosas, articulaciones, musculo y hueso. (Díaz, Gómez y Ruiz, 2006. P. 507).</p>

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pláticas sobre la importancia de las medidas preventivas en todos los lugares. ❖ Pláticas sobre los tipos más frecuentes de quemaduras y acciones dirigidas según el tipo de quemaduras. ❖ La mayoría de las 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prevención de accidentes por quemaduras en el hogar y fuera de ella, principalmente a los tutores. ❖ No permitir que la población infantil acceda fácilmente al área de la cocina, y en particular al área donde se calientan los alimentos y bebidas particularmente cuando se están preparando los alimentos, y no 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valoración oportuna de la extensión y profundidad de la lesión. ❖ Evaluar la función respiratoria, la función cardíaca y el estado de conciencia del niño. ❖ Retirar la ropa de la zona afectada y los posibles cuerpos extraños adheridos. ❖ Lavar la zona con suero estéril y solución 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Escarotomía, desbridamiento quirúrgico si hay daño por síndrome compartimental. ❖ Estabilización respiratoria, con oxigenoterapia y ventilación mecánica en caso de ser necesario. ❖ Tratamiento y corrección de la hipotermia. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Terapia física y cirugía para liberación de articulaciones. ❖ Terapia psicológica para el niño y padres. (Schulte 2002, p. 253).

<p>quemaduras ocurren en el hogar, por lo tanto es indispensable dirigir distintas acciones de prevención en este sentido a fin de evitar los riesgos evidentes para sufrir este tipo de lesiones.</p> <p>❖ Pláticas sobre la importancia de adecuar el ambiente en el que se desenvuelve la población infantil y adolescent</p>	<p>permitir que jueguen en dichas áreas.</p> <p>❖ Situar los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de los niños.</p> <p>❖ Los mangos de sartenes, cacerolas y ollas no deben sobresalir del mueble de cocina.</p> <p>❖ Colocar protecciones alrededor de aquellos objetos que se encuentran calientes y que resultan accesibles necesariamente.</p> <p>❖ Alejar a los niños también</p>	<p>antiséptica diluida.</p> <p>❖ Maniobras de reanimación en caso de ser necesario. (Díaz, Gómez y Ruiz, 2006. P. 510).</p>	<p>❖ Mantenimiento de una volemia eficaz.</p> <p>❖ Aporte adecuado de glucosa y calorías.</p> <p>❖ Tratamiento y control de las convulsiones. (Díaz, Gómez y Ruiz, 2006. P. 510).</p> <p>❖ Prevención de infecciones.</p> <p>❖ Curación recurrente de las quemaduras hasta sanar.</p> <p>❖ Curación óptima, preparación de injertos y minimización de cicatrices.</p> <p>❖ Terapia antibiótica.</p>	
--	--	---	---	--

<p>e (hogar, escuelas, centros recreativos). (SS, 2016. P. 40).</p>	<p>de la zona de planchar ropa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantener siempre alejado del alcance de niños y niñas encendedores, cerillos y líquidos inflamables. Impedir que los niños jueguen con cerillos, mecheros o encendedores. ❖ No dejar velas, veladoras o estufas encendidas cerca de líquidos de fácil combustión que puedan provocar incendios. (SS, 2016. P. 40, 41). 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicación de agentes antimicrobianos locales. (Schulte 2002, p. 253). 	
1 ^{er} nivel	2 ^{do} nivel	3 ^{er} nivel	4 ^{to} nivel	5 ^{to} nivel

Elaboró: MC. Mario Salgado Chávez

V. METODOLOGÍA

Para la aplicación del Proceso de Enfermería en el usuario adolescente de 14 años de edad con quemaduras en el 70% superficie corporal con lesiones localizadas en hombros, extremidades superiores e inferiores, tórax, parte superior de la espalda, glúteos y genitales, que se encuentra aislado en el servicio de cirugía y traumatología; se complementó con los siguientes pasos/requisitos:

Una vez identificadas las necesidades del usuario y la importancia de la participación de enfermería, se decide darle seguimiento a los cuidados. Primeramente, se solicita la autorización para aplicar dicha metodología con fines de titulación, para lo cual se firma el consentimiento informado por parte de la madre quien es la tutora del menor de edad. Se realiza la valoración de las necesidades presentadas en el usuario con base a la guía denominada; valoración con el referente teórico de Dorothea E. Orem. Posterior a ello, se resumen las respuestas humanas más sobresalientes según las complicaciones que presenta el usuario causados por sus lesiones, para proseguir con el razonamiento diagnóstico. Se emiten los diagnósticos de enfermería según las problemáticas principales del usuario y que requieren una atención prioritaria. Se plantean los resultados esperados, las intervenciones de enfermería con sus respectivas actividades asegurando la interrelación NANDA-NOC y NIC (planeación). Cabe mencionar que la metodología se aplicó en simultáneo durante el contacto con el usuario, anotando las actividades realizadas en el usuario como parte de su tratamiento. Al finalizar la aplicación de los cuidados se realizó la última etapa de la metodología propia de la enfermería; evaluación, realizando los ajustes correspondientes según las respuestas humanas manifestadas. Se agradeció la participación del usuario y la familia.

VI. CASO CLÍNICO

Se trata del usuario J.A.V.R., de 14 años de edad, de religión católica, estudio hasta la primaria, depende principalmente de sus padres. Reside en Morelia Michoacán y vive en casa propia, es de concreto y cuenta con todos los servicios básicos.

El usuario presenta un estado de salud delicado, debido a las lesiones que presenta es atendido en nosocomio público.

Su diagnóstico médico actual es quemaduras de segundo y tercer grado. A la exploración física se encuentra TA de 100/60 mmHg, FR 28 x', Fc de 128 x', temperatura corporal 36.5°C y SPO2 97% con el apoyo de oxigenoterapia a través de mascarilla con reservorio a 5 litros por minuto de lo contrario desciende por debajo de 88%. Presenta palidez, taquipnea, disnea durante los esfuerzos, sibilancias y agitación, así como un llenado capilar que se prolonga de 2 a 3 segundos.

Las mucosas se encuentran visiblemente deshidratadas, la turgencia de la piel es seca y escamosa en las zonas no afectadas, ingiere diariamente de 300-500 ml de agua. Su peso corporal es de 45 kg, Talla de 1.50 m, IMC 20, se observa una pérdida de peso corporal de entre 5-6 kg. Requiere de ayuda por parte de los familiares o del personal de enfermería para ingerir líquidos que forman parte de su dieta actual, tiene restricción del consumo de alimentos blandos y sólidos. Mantiene un peristaltismo disminuido, sus piezas dentales están completas, sin embargo presenta disfagia debido a las quemaduras.

Debido a la restricción de ingesta de alimentos blandos y sólidos, la eliminación intestinal es escasa, de consistencia líquida, café claro y este se presenta en pocas cantidades, aproximadamente 50 a 100 mililitros por turno, la orina es de consistencia turbia y olor fétido, el cual la cuantificación por turno de 600 mililitros, el usuario requiere de medios físicos, así como de mantenimiento del entorno para mantener una adecuada temperatura corporal, ya que presenta lapsos de hipotermia,

El usuario se encuentra consciente, sin embargo presenta fatiga debido a la dificultad para conciliar el sueño causada por las quemaduras que presenta en gran

área de su cuerpo, se mantiene postrado en cama y presenta episodios recurrentes de dolor moderado a severos causados por todo tipo de movimientos tanto asistidos como autónomos, así como por la presencia de rigidez e inflamación lo que también limita la movilidad de las extremidades, además de las constantes procedimientos e intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido.

La interacción social del usuario se ve limitado, siendo sus padres, personal médico y de enfermería su único contacto por el momento, con lo cuales se observa una relación regular, esto evidentemente causado por las lesiones que presenta en el momento lo que impide que se relacione de mejor manera con los demás, y demostrando a su vez una serie de sentimientos negativos en los cuales se observa inquietud, temor e irritabilidad, siendo la combinación de todo esto lo que le impide socializar de mejor manera.

El usuario se encuentra consciente pero también presenta confusión causado por las lesiones por las quemaduras de segundo y tercer grado, que afectan gran parte de su superficie corporal; abdomen, pubis y se extiende hasta genitales, en la ubicación posterior a la altura de vertebrae torácicas, lumbares, sacro y coxis, así mismo extremidades superiores e inferiores, lo que lo lleva también a tener problemas de concentración.

Debido a las lesiones que presenta el usuario no deambula, a la valoración no se encuentra ningún antecedente patológico genético o heredofamiliar relevante al caso no se encuentra ningún antecedente patológico genético o heredofamiliar relevante al caso, sin embargo los familiares consideran no haber aplicado en casa las medidas de seguridad adecuadas que es donde se originó el accidente que ocasiono las lesiones.

El usuario expresa no aceptar su estado físico actual causado por las quemaduras y por las cuales requiere de ayuda para satisfacer sus necesidades básicas , además de llevarlos a experimentar una serie de sentimientos negativos en las que expresa no ser productivo, depresión, ansiedad, vergüenza, temor, desesperanza , negatividad, inadaptación, irritabilidad, culpa y agresivo en ocasiones.

El usuario está consciente de los daños y las marcas que ha sufrido cuerpo y que llevará toda su vida por causa de las quemaduras, al mismo se da cuenta de los

cambios en vida de sus actividades cotidianas que dependerá en gran parte de asistencia y apoyo por parte de su familia, lo que lo lleva a constantes alteraciones emocionales.

Previo a las quemaduras, los padres indican que el usuario acudía a chequeos médicos cada 6 o 7 meses.

Líquidos parenterales

- Solución cloruro de sodio 0.9% 450 mililitros
 - Solución Hartmann 450 mililitros
 - Total: 900 mililitros para 12 horas
-
- Nutrición parenteral (NPT) 1,280 mililitros para 24 horas

Tratamiento Médico

Curaciones y cambios de vendaje en hospitalización realizados únicamente por médicos de acuerdo a las necesidades.

Tratamiento quirúrgico

- Desbridamiento de las quemaduras
- Aseos quirúrgicos
- Auto injertos de piel

Farmacológico:

- Metronidazol 250 miligramos cada 8 horas por 15 días o por cambio de indicaciones medicas.
- Ceftriaxona 500 miligramos cada 8 horas por 15 días o por cambio de indicaciones medicas.
- Tramadol 20 miligramos cada 8 horas por 15 días y posteríos por razón necesaria.
- Ketorolaco 20 miligramos cada 6 horas por 15 días,

Tratamiento psicológico

Valoración y sesiones diarias al usuario y familiares por el departamento de psicología

Tratamiento de rehabilitación

Valoración y evaluación de la movilidad del usuario por parte del personal de rehabilitación (2 veces por semanas habitualmente). Se recomendaba la realización de ejercicios pasivos (flexión y extensión).

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la aplicación del Proceso de Enfermería en un usuario con lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado se complementó con las siguientes consideraciones éticas; la implementación del criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la persona y familiares por parte del personal de enfermería y del equipo profesional que formo parte de su asistencia y cuidados, actuando con honradez profesional, moral, así como humanidad y trato digno al usuario y familiares. El objetivo principal de la aplicación de esta metodología es favorecer la beneficencia y no maleficencia a través de los cuidados de enfermería y del compromiso de mantener y/o restablecer la salud, evitar y/o controlar la enfermedad o en su caso favorecer una muerte digna.

Es importante mencionar que se firmó un consentimiento informado con la madre y tutora del usuario, explicando el objetivo principal de las intervenciones de enfermería y en donde se respetó en todo momento los límites establecidos por la familia en la recolección de la información del caso clínico y personal que ellos consideraron no pertinente, así como mantener anónima la imagen del usuario e intervenciones realizadas en él, Se evitaron conflictos entre el usuario y familia, así como también con el equipo multidisciplinario durante el otorgamiento de los servicios de salud, manteniendo en todo momento un sentido y trato humanista.

Estableciendo de la misma manera los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios y adecuados en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico y en cualquier información relevante en este caso clínico para la elaboración de este PE. (CNDH, 2017, p. 5).

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

Diagnósticos de Enfermería con base en la Taxonomía NANDA II.

Diagnóstico de enfermería 1

Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación – perfusión manifestado por disnea hipoxemia, taquipnea, sibilancias, agitación. Página 204.

Dominio: 3 eliminación e intercambio

Clase: 4 función respiratoria

Requisito de autocuidado universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: Lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado

5. 3 Plan de Intervención

Fecha:

Viernes 25 de junio del 2021, es el primer contacto con el usuario y tras la evaluación inicial se observa una marcada dificultad y deterioro respiratorio causado evidentemente por las lesiones que presenta en el cuerpo, en el cual se ve alterada la frecuencia y el patrón respiratorio, y en el cual se observa la repercusión que esto tiene en la saturación de oxígeno del paciente, tratando de ser compensado con dispositivos de oxigenación.

Sábado 26 de junio, tras el diagnóstico de enfermería y basándose en este, se comienza la planificación de intervenciones para tratar los problemas identificados en el usuario en relación con su oxigenación.

Criterio de Resultado: Estado respiratorio 0415 página 370

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (F)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 20

Escalas (s):

	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
	1	2	3	4	5
Indicadores					
041501 Frecuencia respiratoria		2			
041502 Ritmo respiratorio		2			
041508 Saturación de oxígeno			3		
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
041510 Uso de los músculos accesorios			3		

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico (X)

Demanda de autocuidado: Parcial () Total (X) De apoyo educativo (X)

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio (X)

De apoyo educativo (X)

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): 3320 Oxigenoterapia, página 354.

Acciones de enfermería

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea:
a través de la posición semifowler.

Fundamento científico

La posición semifowler o de fowler alta permite la máxima expansión torácica para los pacientes confinados a la cama, en particular los que tienen disnea. (Berman y Snyder, 2013, p. 1390).

- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactor y humidificador.

El oxígeno que se administra desde una bomba o una toma de pared está seco, y los gases secos deshidratan las mucosas respiratorias. En consecuencia, los dispositivos humidificadores que añaden vapor de agua al aire inspirado son un complemento esencial de la oxigenoterapia, que contribuye a la hidratación de las mucosas, fluidificación de las secreciones y contribuir en mantener la temperatura corporal eutermica. (Berman y Snyder, 2013, p. 1395).

- Administrar oxígeno suplementario según órdenes con mascarilla con reservorio.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno (5 litros por minuto).
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.

La mascarilla con recirculación parcial de aire espirado administra concentraciones de oxígeno del 40-50% con flujo de 6 a 10 litros por minuto, respectivamente. La bolsa del reservorio de oxígeno que se conecta al usuario permite la recirculación parcial de primer tercio del aire espirado junto al oxígeno. Por tanto aumenta la FiO_2 al recircular el oxígeno espirado. La bolsa de recirculación parcial del aire espirado no debe desinflarse totalmente

- Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno.
- Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera con los intentos de respirar del paciente.
- Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo.

- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro) según corresponda (se asegura que la saturación de oxígeno no descienda por debajo del 90%).

durante la inspiración, para evitar que se acumule el dióxido de carbono. Si se presenta este problema, el profesional de enfermería aumentara el flujo de oxígeno. (Berman y Snyder, 2013, p. 1397 y 1398). La anamnesis de enfermería exhaustiva relevante a la oxigenación debe incluir los datos sobre los problemas respiratorios actuales, dolor, medicamentos usados y presencia de factores de riesgo de alteración de la oxigenación. (Berman y Snyder, 2013, p. 1386).

Para determinar la eficacia de la oxigenoterapia se realizan diversas pruebas, como la valoración de las constantes vitales y la saturación de oxígeno en sangre periférica (pulsioximetría). (Berman y Snyder, 2013, p. 1395).

Cuando encontramos ante el estrés y los factores estresantes, las respuestas psicológicas y

- Observar la ansiedad del usuario relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.

fisiológicas afectan a la oxigenación. Algunas personas pueden hiperventilar en respuesta al estrés. Cuando esto sucede, aumenta la PO₂ y disminuye la PCO₂. La persona puede tener sensación de mareo, adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos, los pies y alrededor de la boca. Aunque estas respuestas son adaptativas a corto plazo, pueden ser destructivas si el estrés se mantiene. (Berman y Snyder, 2013, p. 1384).

- Instruir al usuario acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno, así como su colocación y posición adecuada.

El personal de enfermería instruirá al usuario así como a sus familiares sobre los beneficios de una correcta colocación del dispositivo de oxigenación y el aporte de oxigenación máxima en porcentaje que este ofrece al estar en una correcta posición y funcionamiento. De igual manera se hará hincapié en realizar la menor manipulación al dispositivo de oxigenación para evitar un daño en el mismo que comprometa su máximo funcionamiento.

Ejecución

Fecha:

Viernes 2 de julio del 2021, se inicia con la ejecución de intervenciones de enfermería.

Sábado 3 y domingo 4 de julio se continúa con las intervenciones planificadas en el usuario y como medida adicional la instrucción a los familiares sobre los beneficios de un uso correcto del dispositivo de oxigenación utilizada en el paciente.

Sábado 10 y domingo 11 de julio, se hace una revaloración de las intervenciones planificadas para comenzar a valorar los cambios positivos o negativos en el paciente.

Viernes 16 a domingo 18 de julio, se nota una evidente mejoría y cambios positivos en la respiración, tanto en el esfuerzo del usuario como en los patrones medibles, y se continúa con las mismas intervenciones y sin la necesidad de modificarlas.

Sábado 24 de julio, la mejoría de usuario es evidente, no se modifica ninguna intervención, solo se le instruye al usuario y familiares a dar continuidad a los mismos cuidados en los que ellos pueden intervenir.

Evaluación

Fecha:

Domingo 25 de julio del 2021, se hace la valoración para determinar los resultados positivo de las intervenciones planificadas y ejecutadas en el paciente, acorde a los problemas encontrados en la evaluación inicial y en el diagnóstico de enfermería, encontrándose así una evidente mejoría en el paciente.

Criterio de Resultado: 0415 Estado respiratorio, página 370.

Dominio: Salud fisiológica (II).

Clase: Cardiopulmonar (F).

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 20

Escalas (s):	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
Indicadores	1	2	3	4	5

041501 Frecuencia respiratoria				4	
041502 Ritmo respiratorio				4	
041508 Saturación de oxígeno				4	
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
041510 Uso de los músculos accesorios				4	
041514 Disnea de reposo				4	

Posteriormente a los cuidados de enfermería y a la participación del resto del personal médico, se logró mejorar la calidad en el patrón respiratorio; la frecuencia respiratoria se mantuvo entre 20 y 22 respiraciones por minuto, al esfuerzo físico la disnea se notaba leve así como también los esfuerzos respiratorios. La saturación de oxígeno se mantuvo entre 97 y 99%.

Diagnóstico de enfermería 2

Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo, alteración de la integridad cutánea. Página 379

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 1 infección

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: Lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado.

Plan de Intervención

Fecha:

Viernes 25 de junio del 2021, es el primer contacto con el usuario y después de una evaluación inicial se determina que el usuario dado a las condiciones de salud que presente es susceptible a muchos riesgos que puedan agravar su condición actual, así mismo y basándose en la información obtenida y en la condición del usuario se logra identificar el diagnóstico de enfermería.

Sábado 26 de junio, tras el estado de salud evidente del usuario y los datos obtenidos, se comienza con la planificación de intervenciones basándose en los problemas de riesgo del paciente.

Criterio de Resultado: 1106 Curación de las quemaduras, página 284.

Dominio: Salud fisiológica (II).

Clase: Integridad tisular (L).

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 17 Aumentar a: 27

Escalas (s):

Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso	4	5
		1	2	3		
Indicadores						
110601 Porcentaje de zona del injerto curada				3		
110602 Porcentaje de zona de la quemadura curada				3		
110603 Granulación tisular			2			
	Extenso	Sustancial	Moderado	Escaso	Ninguno	
	1	2	3	4	5	
110608 Piel con ampollas		2				
110610 Olor fétido de la herida		2				
110611 Edema de la zona de la quemadura		2				
110613 Necrosis tisular				3		

Injerto: Si

Localización de las quemaduras:

003 Tronco anterior

004 Tronco posterior

005 Nalgas

006 Genitales

007 Parte superior del brazo derecho

008 Parte superior del brazo izquierdo

013 Muslo derecho

014 Muslo izquierdo

015 Pierna derecha

016 Pierna izquierda

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico (X)

Demanda de autocuidado: Parcial () Total (X) De apoyo educativo (X)

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio (X)

De apoyo educativo (X)

- Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y calzas).

- Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso.

El aislamiento estricto en habitación individual, se refiere a las medidas diseñadas para evitar la propagación de infecciones o microorganismos potencialmente infecciosos al personal de salud, los pacientes y los visitantes. (Berman y Snyder, 2013, p. 693).

La asepsia es la ausencia de microorganismos causantes de enfermedad. Para reducir las probabilidades de transmisión de microorganismos de un lugar a otro se usa la técnica aséptica, mediante el lavado de manos clínico, uso de cubrebocas, guantes desechables.

La asepsia quirúrgica o técnica estéril, se refiere a las prácticas que mantienen una zona u objeto libre de microorganismos; incluye prácticas que destruyen todos los microorganismos y esporas. La asepsia quirúrgica se utiliza en todas las intervenciones que se realizan sobre zonas estériles del cuerpo. (Berman y Snyder, 2013, p. 671).

Es importante instruir e informar de manera adecuada tanto al usuario como a los familiares todo procedimiento que se

- Informar al usuario del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida.
- Proporcionar medidas de confort antes de cambiar las vendas.

- Realizar el desbridamiento de la herida, realizado únicamente en el quirófano.

le realizara al paciente, así mismo crear un vínculo de confianza con los usuarios que le permitan un mejor confort durante algún procedimiento, cabe señalar que la mayoría de los menores en los que se presenta una lesión cutánea grave se observa un desconocimiento parcial tanto de los procedimientos que se le realizaran como cambios de vendaje y apósitos así como de curación de sus heridas, de ahí la importancia de instruir apropiadamente tanto al usuario como a familiares.

Las heridas negras se cubren con tejido necrótico grueso, o escaras.

Las heridas negras exigen un desbridamiento (eliminación de material necrótico). La eliminación del tejido no viable debe hacerse antes de que pueda estar organizada o curada. (Berman y Snyder, 2013, p. 939).

El área quemada se desbrida y limpia, con frecuencia con una enzima química. Entonces se aplica vendaje o medicación antibacteriana/antimicrobiana. La medicación

- Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda (antibiótico y vaselina líquida).
- Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donantes de injerto.

suele cubrirse con vendajes, después del procedimiento de injerto de piel se utilizan vendajes empapados en solución antibiótica durante varios días, posteriormente se cambian por vendajes secos con antibióticos. (Ball y Bindler 2011, p. 1291).

Ejecución

Fecha:

Viernes 2 de julio del 2021, se inicia con la ejecución de las intervenciones de enfermería planificadas en el paciente, como la orientación en todo momento tanto al usuario como a los familiares de todos los procedimientos a realizar y que medidas preventivas son las que ellos pueden ejecutar en base a los riesgos del usuario y su prevención o en su defecto su disminución.

Sábado 3 de julio, el usuario es programado para aseo quirúrgico por lo que se le prepara antes de pasar al quirófano, por lo que se proporcionan las medidas de aislamiento apropiadas para su traslado al quirófano.

Domingo 4 de julio, el usuario es programado para procedimiento de autoinjertos en quirófanos, por lo que se prepara el área de recepción postoperatoria para recibirlo una vez terminado el procedimiento, preparando la habitación con ropa y sabanas limpias, nuevos campos estériles, pedir al personal de limpieza el aseo adecuado de la habitación, probar el buen funcionamiento de los equipos eléctricos como monitor y bombas de infusión, así como de los dispositivos de oxigenación y así continuar de manera adecuada con las intervenciones.

Sábado 10 y domingo 11 de julio, se revaloran las intervenciones de enfermería y se decide continuar con las mismas ya que el usuario es programado nuevamente para procedimiento de aseo y autoinjertos en el quirófano.

Viernes 16 de julio, se le realiza curación y cambio de apósitos y vendas en cama, por lo que se ejecuta la planificación de intervenciones con métodos estériles para la curación a realizar, con el apoyo del personal médico.

Sábado 17 y domingo 18 de julio, durante estos dos días se indican cambios de vendaje en cama, por lo que se continúa con las intervenciones de métodos estériles, así mismo se les da información al usuario y a los familiares de los procedimientos ya realizados hasta el momento y los que se ejecutarán.

Sábado 24 de julio, el usuario es programado nuevamente para pasar a sala de quirófano para seo quirúrgico por lo que a su regreso de quirófanos que continua con las mismas intervenciones.

Domingo 25 de julio, aun con los contantes riegos por sus lesiones e intervenciones quirúrgicas se observa que los datos significativos de infección que tiene el usuario han ido en disminución y por el contrario se ve una notable mejoría en las zonas afectadas por las quemaduras.

Evaluación

Fecha:

Lunes 26 de julio del 2021, se hace la valoración para determinar los resultados de las intervenciones de enfermería, observando así una notable mejoría en el paciente.

Criterio de Resultado: 1106 Curación de las quemaduras, página 284.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Integridad tisular (L)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 17 Aumentar a: 27

Escalas (s):	Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Extenso 5
Indicadores					
110601 Porcentaje de zona del injerto curada				4	
110602 Porcentaje de zona de la quemadura curada				4	
110603 Granulación tisular				4	
	Extenso 1	Sustancial 2	Moderado 3	Escaso 4	Ninguno 5
110608 Piel con ampollas			3		
110610 Olor fétido en la herida				4	
110611 Edema de la zona de la quemadura			3		
110613 Necrosis tisular					5

Posteriormente a los cuidados de enfermería que se realizaron al usuario, en conjunto con el resto del personal médico, se logró disminuir el riesgo de infección en el usuario: se notó una mejoría sustancial tanto en las zonas de injerto, así como la curación en las zonas de las quemaduras en donde también se notó una mejoría sustancial, en cuanto a la granulación tisular se logra una mejoría sustancial, en las zonas con ampollas como en el olor que emana de las quemaduras se nota y se percibe una disminución, así mismo se nota una disminución del edema en las zonas afectada, con los aseos y las intervenciones quirúrgicas realizadas se logra retirar todo el tejido necrótico.

NOTA: La mejoría de algunos de los indicadores durante la evaluación es resultado de un trabajo y esfuerzo multidisciplinario, si bien enfermería contribuye de forma específica y sus actividades tienen un impacto notable y sobresaliente en cuanto a los cuidados y recuperación de este usuario, hay actividades que se realizan en conjunto con otros profesionales como los es en las intervenciones o procedimientos invasivos.

Injerto: Si

Localización de las quemaduras:

003 Tronco anterior

004 Tronco posterior

005 Nalgas

006 Genitales

007 Parte superior del brazo derecho

008 Parte superior del brazo izquierdo

013 Muslo derecho

014 Muslo izquierdo

015 Pierna derecha

016 Pierna izquierda

Intervención 2

Plan de Intervención

Fecha:

Viernes 25 de junio del 2021, es el primer contacto con el paciente, después de una evaluación inicial, se determinan múltiples factores que podrían llegar a representar un riesgo de infección para el paciente.

Sábado 26 de junio, tras el estado de salud evidente del usuario y riesgo observados en un inicio se comienza con la planificación de intervenciones de enfermería.

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): Control de infecciones 6540, página 126

Acciones de enfermería

- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Mantener técnicas de aislamiento apropiadas.
- Enseñar al usuario y a la familia a evitar infecciones.

Fundamento científico

El aislamiento se refiere a las medidas diseñadas para evitar la propagación de infecciones o microorganismos potencialmente infecciosos al personal de salud, los pacientes y los visitantes. (Kozier, Audrey y Snyder 2013, p. 693).

Para el control de infecciones o contaminación a nivel hospitalario y cuando la condición lo

- Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parenteral total.
- Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parenteral total.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.

requiere se han recomendado prácticas o barreras de protección dentro de las cuales se incluye el minucioso lavado de manos, el uso de bata, gorro, guantes, ropa desechable, gafas y delantal impermeable; especialmente para algunos procedimientos. Estas medidas actúan como aislamiento o barrera de protección. (Tobo, 2013, p. 164).

- Usar guantes estériles, según corresponda.

En relación al uso de guantes como método de barrera se debe recordar que este no obvia el lavado de manos. Su objetivo es brindar mayor protección sin olvidar el lavado previo cuando la situación lo requiera. Es importante igualmente reconocer que los guantes de látex tienen micro poros que pueden dejar pasar partículas o microorganismos que minimizan el riesgo pero no lo eliminan. (Tobo, 2013, p. 165).

- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
 - Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.
 - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
 - Limpiar la piel del usuario con un agente antibacteriano apropiado.
-
- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.

En relación a la utilización de jabones se debe utilizar un jabón antiséptico el cual es recomendado porque disminuye la tensión superficial del agua, permitiendo la emulsión de la suciedad, de la misma manera aumentando la viscosidad del sucio manteniéndolo en suspensión para luego ser arrastrado por el agua utilizada en el lavado. (Tobo, 2013, p. 165).

La farmacoterapia es indispensable en el tratamiento y la prevención de infecciones causada por diferentes agentes y microorganismos, es por eso que se debe llevar a cabo la aplicación de un adecuado esquema de medicación, específicamente de medicamentos antibióticos que nos ayuden a

tratar estos problemas que son tan comunes cuando se involucra un daño en las barreras de defensa naturales del cuerpo, apegándose así estrictamente el profesional de enfermería a una previa indicación médica escrita previamente.

Ejecución

Fecha:

Viernes 2 de julio del 2021, se inicia con la ejecución de las intervenciones de enfermería planificadas en el usuario por lo que se le orienta al usuario y familiares las medidas de aislamiento que deben mantenerse en el entorno del paciente

Sábado 3 de julio, debido a que el usuario es programado y trasladado al quirófano, se reevalúan y se modifican algunas medidas de aislamiento, para proporcionar un ambiente más limpio al regreso del paciente.

Domingo 4 de julio, el usuario es programado para procedimiento de autoinjertos en quirófanos, por lo que se continúa con las mismas medidas de aislamiento a su regreso y de igual manera se orienta a los familiares a mantener las medidas higiénicas al entrar y salir del entorno aislado donde se encuentra el paciente.

Sábado 10 y domingo 11 de julio, se revaloran las intervenciones de enfermería y se decide continuar con las mismas ya que el usuario es programado nuevamente para procedimiento de aseo y autoinjertos en el quirófano.

Viernes 16 de julio, se le realiza curación y cambio de apósitos y vendas en cama, por lo que se ejecuta la planificación de intervenciones con métodos estériles para la curación a realizar, con el apoyo del personal médico, de la misma se le realiza curación del catéter venoso central y se le apoya al médico que lleva a cabo esta actividad proporcionándole el material con medidas estériles.

Sábado 17 y domingo 18 de julio, durante estos dos días se indican cambios de vendaje en cama, por lo que se continúa con las intervenciones de métodos estériles, así mismo se les da información al usuario y a los familiares de los procedimientos ya realizados hasta el momento y los que se ejecutaran.

Sábado 24 de julio, el usuario es programado nuevamente para pasar a sala de quirófano para seo quirúrgico por lo que a su regreso de quirófanos que continua con las mismas intervenciones.

Domingo 25 de julio, aun con los constantes riegos por sus lesiones e intervenciones quirúrgicas se observa que los datos significativos de infección que tiene el usuario han ido en disminución y por el contrario se ve una notable mejoría en las zonas afectadas por las quemaduras, de igual manera durante estos días donde el usuario fue sometido a varias intervenciones, tanto en quirófano como en hospitalización, también se llevaron las actividades de educación al usuario y familiares sobre las medidas de disminución de riesgos al usuario de la mano con en tratamiento farmacológico indicado y ejecutado por personal médico como de enfermería respectivamente.

Evaluación

Fecha:

Lunes 26 de julio del 2021, se hace la valoración para determinar los resultados de las intervenciones de enfermería, observando así una notable mejoría en el paciente.

Intervenciones 3

Plan de Intervención

Fecha:

Lunes 19 de julio del 2021, es el primer contacto con el usuario en el quirófano, por lo que antes de recibirlo en el servicio se valoran las medidas antisépticas establecidas y que estas sean las adecuadas a la llegada del paciente.

Criterio de Resultado: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas, página 400.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Integridad tisular (L)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 31 Aumentar a: 31

Escala (s):	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	1	2	3	4	5
Indicadores					
110101 Temperatura de la piel				4	
110102 Sensibilidad			3		
110103 Elasticidad			3		
110104 Hidratación			3		
110111 Perfusión tisular				4	
110113 Integridad de la piel			3		
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno

	1	2	3	4	5
110115 Lesiones cutáneas			3		
110117 Tejido cicatricial			3		
110123 Necrosis					5

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico ()

Demanda de autocuidado: Parcial () Total (x) De apoyo educativo ()

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio (x)

De apoyo educativo ()

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): Control de infecciones: intraoperatorio 6545, página 126 y 127.

Acciones de enfermería

- Asegurarse de que el personal de quirófano viste las prendas apropiadas.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiada.
- Monitorizar las técnicas de aislamiento, según corresponda.

Fundamento científico

Cualquier persona del equipo quirúrgico se puede convertir en vehículo transportador de gérmenes patógenos y no patógenos, microorganismos contaminantes, de las personas que ingresan al quirófano para ser sometidos a intervención quirúrgica. (Tobo, 2013, p. 162).

- Mantener el quirófano limpio y ordenado para limitar la contaminación.
- Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas
- Ayudar a colocarse los guantes y la bata a los miembros del equipo.
- Separar los suministros estériles de los no estériles.
- Mantener la integridad de los catéteres y las vías intravasculares.

Todo el personal sanitario, instrumentos o equipo terapéutico que tengan contacto con la herida o procedimiento invasivo deben estar libres de microorganismos, deben estar estériles, ya que un tejido lesionado puede infectarse fácilmente. La piel intacta es la primera barrera de protección o la primera línea de defensa contra la infección. La pérdida de integridad de la piel crea una puerta de entrada de microorganismos por lo tanto cualquier elemento no estéril que entre en contacto con la persona es considerado de riesgo. (Tobo, 2013, p. 161).

En la actualidad con los procesos de esterilización recomendados se le ofrece

- Monitorizar la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material.
 - Verificar los indicadores de esterilización.
- un ambiente hospitalario con un máximo de seguridad. Es así que se está utilizando el proceso de esterilización a baja temperatura con la difusión de peróxido de hidrógeno en fase plasma (estado entre líquido y gas), que ejerce la acción bactericida. (Tobo, 2013, p. 161).

Ejecución

Fecha:

Lunes 19 de julio del 2021, antes de ser notificados del traslado del usuario al quirófano se comienza por realizar los métodos antisépticos correspondientes en las áreas donde estará, que estarán conformadas por sala de procedimiento y sala de recuperación.

Se proporcionan los suministros necesarios de material que se utilizara en el procedimiento, todo debidamente esterilizado y siendo verificado por las marcas características de un buen proceso de esterilizado, verificando que nada este roto o con fecha de caducidad vencida.

A la recepción del usuario se traslada a la sala de procedimiento, en donde se mantienen puertas cerradas y solamente el personal necesario para llevar a cabo el procedimiento, como medida de aislamiento.

Se verifica la integridad del catéter venoso central antes de comenzar con la medicación anestésica y procedimiento.

Se comienza con la abertura de los bultos quirúrgicos, batas e instrumental quirúrgico, todo llevado de manera estéril según los lineamientos, de igual manera se le apoya en todo momento al equipo quirúrgico que llevara a cabo el procedimiento.

Se proporciona el material extra con técnica estéril que se requiera durante el procedimiento.

Se verifica con el medico anesthesiólogo la administración de medicamentos analgésicos, antibióticos y sedantes, antes durante y después del procedimiento, los cuales son registrados debidamente en la hoja de enfermería.

Una vez terminado el procedimiento en sala, el usuario es trasladado a sala de recuperación, donde es monitorizado en todo momento y en donde se llevan a cabo las mismas medidas de aislamiento antes de regresar a su servicio de hospitalización.

Evaluación

Fecha:

Lunes 19 de julio del 2021, debido a que los procedimientos quirúrgicos del usuario ya están programados con anterioridad y así mismo los días que sea trasladado a quirófano, me permitió hacer una evaluación antes de la llegada del paciente, donde se valoró las medidas antisépticas adecuadas en el entorno.

El mismo día se llevó a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería planificadas y por último se hizo una evaluación al término del procedimiento.

Criterio de Resultado: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas, página 400.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Integridad tisular (L)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 31 Aumentar a: 31

Escalas (s):	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
	1	2	3	4	5
Indicadores					
110101 Temperatura de la piel				4	
110102 Sensibilidad			3		
110103 Elasticidad			3		
110104 Hidratación			3		
110111 Perfusión tisular				4	
110113 Integridad de la piel			3		
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
	1	3	3	4	5
110115 Lesiones cutáneas			3		
110117 Tejido cicatricial			3		
110123 Necrosis					5

Posterior a las intervenciones de enfermería en un ambiente intraoperatorio, se logró mejorar un mantenimiento adecuado de la temperatura corporal, se logró una recuperación moderada de la sensibilidad del usuario y de igual manera la elasticidad de la piel del paciente, la perfusión tisular mejora de manera evidente por lo que su estado se ve levemente comprometido, en cuanto a la integridad de la piel se nota una mejoría moderada con relación a los procedimientos y a las actividades de enfermería, cabe señalar que relacionado con lo anterior también se logra observar una mejoría en las lesiones cutánea viéndose moderadamente comprometido, en cuanto a tejido cicatricial se obtiene una mejoría moderada y en la observación de necrosis en algunas zonas lesionadas se logra retirar de manera satisfactoria todo el tejido que ya no es aprovechable para la función del cuerpo.

Diagnóstico de enfermería 3

Deterioro de la integridad tisular relacionado con lesiones por agentes químicos manifestado por daño tisular, destrucción tisular. Página 388.

Dominio: 11 seguridad/protección

Clase: 2 lesión física

Requisito de autocuidado universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado.

Plan de Intervención

Fecha:

Viernes 25 de junio del 2021, es el primer contacto con el paciente, a ser alguien que ha estado ya varios días en esta instancia hospitalaria y revisión del expediente clínico, se logra identificar que ya de a sometido a varios procedimientos quirúrgico durante su estadía en este hospital por lo que en la primera valoración se identifican las lesiones por las quemaduras y cuál ha sido su tratamiento hasta el momento, con la recolección de estos datos se logra identificar cual será el diagnóstico de enfermería.

Sábado 26 de junio, al observar que es un usuario con múltiples lesiones de consideración en la mayor parte del cuerpo, se comienza a planificar cuáles serán las intervenciones de enfermería que lleven a una mejor recuperación al paciente.

Criterio de Resultado: 1107 Recuperación de las quemaduras, pagina 462 y 463.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Integridad tisular (L)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 31

Escala (s):	Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Extenso 5
Indicadores					
110701 Granulación tisular		2			
110702 Perfusión tisular en la zona de la quemadura		2			
110703 Porcentaje de quemadura curada		2			
110708 Movimiento articular de las extremidades	1				
	Extenso 1	Sustancial 2	Moderado 3	Escaso 4	Ninguno 5
110713 Dolor	1				
110715 Necesidad de medicación para el dolor	1				
110724 Necrosis tisular			3		
110728 Injerto necesario en la zona de la quemadura	1				

Agente de autocuidado () Agente de cuidado dependiente (X) Agente de autocuidado terapéutico (X)

Demanda de autocuidado: Parcial () Total (X) De apoyo educativo (X)

Sistema de enfermería: Parcial () Totalmente compensatorio (X)

De apoyo educativo (X)

Intervención de enfermería (Agencia de Enfermería): 3583 Cuidados de la piel: zona del injerto, página 141.

Acciones de enfermería

Fundamento científico

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Evitar (desplazar) las ampollas de líquido al borde del injerto durante el periodo de revascularización postoperatorias.• Enseñar al usuario a mantener la parte afectada tan inmovilizada | <p>El tratamiento de las lesiones del niño con quemaduras graves es complicado y requiere enfermería especializada. Entre sus objetivos se encuentran prevención de infecciones, curación óptima, preparación para injertos y minimización de cicatrices.</p> |
|---|---|

como sea posible durante la curación.

- Evitar la fricción y el cizallamiento en la zona del injerto.
- Enseñar al usuario a aplicarse regularmente lubricación artificial en la zona del injerto, si es necesario.
- Controlar si hay signos de infección y otras complicaciones postoperatorias, así mismo dar notificación por cualquier anomalía en la zona.
- Monitorizar el color, la temperatura, el relleno capilar, y la turgencia del injerto, si la zona no está cubierta con apósitos o descubrir la zona por indicación médica.

Los tratamientos incluyen, hidroterapia, desbridamiento y aplicación de agentes antimicrobianos locales.

En las quemaduras de espesor total que no hay reepitelización se necesitan injertos (trasplante de piel), los cuales pueden ser temporales, de recubrimientos de piel sintética o biológica, hasta que sea posible el injerto permanente, que se obtiene de zonas no dañadas del cuerpo del usuario (autoinjertos). (Schulte 2002, p. 253).

Los aloinjertos y autoinjertos se colocan en quirófano tras el desbridamiento para preparar el área quemada para el injerto. Después del procedimiento del injerto se utilizan vendajes empapados en solución antibiótica durante varios días, posteriormente se cambian por vendajes secos con antibióticos. (Ball y Bindler 2011, p. 1291).

- Proporcionar apoyo emocional, comprensión y consideración al usuario y a los miembros de la familia cuando el injerto no prenda.
- Dar apoyo al usuario para expresar de manera adecuada la ira, la hostilidad y la frustración si el injerto no prende.

El personal de enfermería y el personal médico deben encargarse de explicar a los familiares y al usuario y dando a entenderles los procedimientos que se le realizaran al paciente, tanto riesgos como beneficios, pero también dejando claro que no todas las intervenciones quirúrgicas serán exitosas o tendrán resultados positivos, como lo son los procedimientos de autoinjertos.

- Examinar diariamente los apósitos, según protocolo del centro hospitalario e indicaciones médicas.

El proceso normal de cicatrización dura aproximadamente 6 meses. En las fases iniciales, es importante el uso de apósitos de diferentes tipos como xenoinjertos, apósitos sintéticos, etc. (Chau, 2019)

- Enseñar al usuario que puede ser necesario proteger la zona del injerto durante años después del injerto.

Ejecución

Fecha:

Viernes 2 de julio del 2021, dado el nivel de lesiones que tiene y las contantes intervenciones quirúrgicas como parte de su tratamiento se inicia con la ejecución de las intervenciones de enfermería.

Sábado 3 de julio, el usuario es programado para procedimiento de autoinjertos en quirófanos, por lo que se prepara el área de recepción postoperatoria para recibirlo una vez terminado el procedimiento y continuar con las intervenciones.

Sábado 10 y domingo 11 de julio, se hace una revaloración de las intervenciones de enfermería y se decide continuar con las mismas ya que el usuario es programado nuevamente para procedimiento de aseo y autoinjertos en el quirófano.

Viernes 16 de julio, se le realiza curación y cambio de apósitos y vendas en cama, por lo que se ejecuta la planificación de intervenciones con métodos estériles para la curación a realizar, con el apoyo del personal médico.

Sábado 17 y domingo 18 de julio, durante estos dos días se indican cambios de vendaje en cama, por lo que se continúa con las intervenciones de métodos estériles, de igual manera se le instruye al usuario y a los familiares desde un inicio de los procedimientos a realizar y cuáles son los cuidados y acciones en los que ellos pueden contribuir para una mejor recuperación del paciente.

Sábado 24 de julio, debido a que el usuario es nuevamente programado para procedimiento en quirófano, se prepara su estancia para recepción como parte de las intervenciones a realizar.

Domingo 25 de julio, aun con los constantes riegos por sus lesiones e intervenciones quirúrgicas se observa que una notable mejoría en las áreas afectadas por las quemaduras, se continúa con las mismas intervenciones para el cuidado de zonas donantes de injertos y las zonas de recepción de injertos.

Evaluación

Fecha:

Lunes 26 de julio del 2021, se hace la valoración para determinar si las intervenciones de enfermería aplicadas a usuario arrojaron resultados positivos y contribuyeron en la recuperación de las lesiones presentes en su cuerpo.

Criterio de Resultado: 1107 Recuperación de las quemaduras, pagina 462 y 463.

Dominio: Salud fisiológica (II).

Clase: Integridad tisular (L).

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 13 Aumentar a: 31

Escala (s):	Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Extenso 5
Indicadores					
110701 Granulación tisular				4	
110702 Perfusión tisular en la zona de la quemadura				4	
110703 Porcentaje de que madura curada				4	
110708 Movimiento articular de las extremidades				4	
	Extenso 1	Sustancial 2	Moderado 3	Escaso 4	Ninguno 5
110713 Dolor			3		
110715 Necesidad de medicación para el dolor			3		
110724 Necrosis tisular					5
110728 Injerto necesario en la zona de la quemadura				4	

Posterior a los cuidados de enfermería realizados en el usuario y con el trabajo en equipo con el personal médico se logró una mejoría sustancial en la granulación tisular, también se observa una mejor perfusión tisular en las zonas afectadas por las quemaduras por lo cual se nota un aumento de porcentaje de las zonas afectadas, así mismo se observa un aumento en la movilidad de las extremidades del usuario, se logra observar en el usuario una disminución del dolor asociado a sus lesiones y esto se ve reflejado en una disminución en la necesidad de medicación para el tratamiento del dolor, con los aseos y las intervenciones quirúrgicas hasta el momento se logra retirar en su totalidad el tejido necrótico, en comparación a los primeros días de estancia hospitalaria en esta unidad médica el porcentaje de zonas lesionadas que requerían injertos de piel se ve disminuida.

Diagnóstico de enfermería 4

Trastorno de la imagen corporal relacionado con alteración del funcionamiento del cuerpo manifestado por alteración en el funcionamiento del cuerpo, alteración en la estructura del cuerpo, cambios en la implicación social, cambios en el estilo de vida, sentimientos negativos sobre su cuerpo, temor a la reacción de otros, pagina 275 y 276.

Dominio: 3 Autopercepción

Clase: 3 Imagen corporal

Requisito de autocuidado universal: Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

Requisito de autocuidado en desviación de la salud: lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado.

Plan de Intervención

Fecha:

Viernes 25 de julio del 2021, es el primer contacto con el usuario y tras la evaluación inicial se nota apático hacia los demás sin iniciativa a mejorar la comunicación con el personal de enfermería, médico y con sus familiares, hace notar una combinación de sentimientos negativos hacia sí mismo y hacia los demás.

Viernes 2 de julio, con una nueva observación y valoración de los sentimientos negativos del paciente, se determina que no hay ningún cambio positivo y que por el contrario, perjudican en la interacción con el personal de enfermería, médico y de psicología, por tal motivo con los datos obtenidos se determina el diagnóstico de enfermería y se comienza la planificación de las intervenciones de enfermería en base a los problemas observados.

Criterio de Resultado: 1308 Adaptación de la discapacidad física, página 76.

Dominio: Salud psicosocial (III)

Clase: Adaptación psicosocial (N)

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 14 Aumentar a: 31

Escala (s):	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Indicadores					
130803 Se adapta a las limitaciones Funcionales	1				
130808 Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida	1				
130809 Identifica el riesgo de Complicaciones asociadas con		2			

La discapacidad		
130810	Identifica un plan para Cumplir las actividades de La vida diaria	1
130812	Acepta la necesidad de ayuda Física	3
130823	Obtiene ayuda de un Profesional sanitario	3
130818	Refiere disminución de los Sentimientos negativos	2
130819	Refiere disminución de la imagen Corporal negativa	1

Agente de autocuidado (X) Agente de cuidado dependiente () Agente de autocuidado terapéutico (X)

Demanda de autocuidado: Parcial (X) Total () De apoyo educativo (X)

Sistema de enfermería: Parcial (X) Totalmente compensatorio ()

De apoyo educativo (X)

Acciones de enfermería

- Ayudar al usuario a comentar los cambios causados por las quemaduras y las cirugías.
- Ayudar al usuario a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debido a las quemaduras y las constantes intervenciones quirúrgicas.
- Ayudar al usuario a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo y en su nivel de funcionamiento.
- Ayudar a usuario a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Determinar cuánto ha contribuido el cambio de imagen corporal para aumentar el aislamiento social.

Fundamento científico

La enfermera/o debe estar siempre atento a las necesidades psicológicas de la familia y el niño en estos momentos, ya que los familiares enfrentan culpa ira, dolor, negación y temor. Conforme avanza la recuperación. La imagen corporal adquiere gran importancia para los niños de mayor edad. Se instruirá a los padres a pasar el mayor tiempo posible con su hijo, pues como la hospitalización suele ser de larga duración, no siempre pueden acompañarlo. El niño debe contar con actividades apropiadas para su edad y estado.

Se le animara a apoyarle en su baño, a cambial los apósitos y vendajes, a comer y a realizar otras actividades de cuidados personal. Es necesario brindarle la

- Determinar las percepciones del usuario y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
- Ayudar al usuario a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Observar si el usuario puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Identificar los medios de disminución de impacto causado por cualquier desfiguración mediante ropa o cualquier método que cubra algunas de las zonas afectadas.
- Observar si el usuario puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.

oportunidad de hablar con sus familiares sobre lo que siente y de los cambios en la apariencia de su cuerpo, así como de que sus hermanos y amigos le visiten. Se aceptan sus comportamientos negativos y se le ayuda a desahogar sus sentimientos a través del juego terapéutico, con la participación del terapeuta de juegos, trabajadora social y el psicólogo/a. (Schulte 2002, p. 253).

Ejecución

Fecha:

Domingo 4 de julio del 2021, se inicia con la ejecución de las primeras intervenciones de enfermería

Sábado 10 y domingo 11 de julio, se ejecutan intervenciones de enfermería planificadas durante la semana, y se observa la iniciativa y respuesta del usuario y su familia, en cuanto a interacción con el personal a su alrededor, en el cual se nota una respuesta positiva.

Viernes 16 de julio, se observa una mejoría en cuanto a la interacción con los demás, así mismo al cuestionarlo se observa una disminución en los sentimientos negativos y por ende una mejor comunicación con los demás.

Sábado 17 y domingo 18, al ver la respuesta positiva, una mejor con el personal de enfermería y médico, un aumento de sentimientos positivos hacia su imagen y su familia, se decide continuar con las intervenciones de enfermería ya planteadas.

Evaluación

Fecha:

Sábado 24 de julio, en base a lo observado y al cambio positivo del paciente, se determina hacer la evaluación final por parte de mi persona y en colaboración con psicología, debido a la problemática en el cual se basó este diagnóstico de enfermería, además a esto se le suma una respuesta positiva para recibir terapia por parte del personal de psicología.

Criterio de Resultado: 1308 Adaptación de la discapacidad física, página 76.

Dominio: Salud psicosocial (III).

Clase: Adaptación psicosocial (N).

Puntuación Diana del resultado: Mantener a: 14 Aumentar a: 31

Escala (s):	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
Indicadores					
130803 Se adapta a las limitaciones Funcionales				4	
130808 Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida			3		

130809 Identifica el riesgo de Complicaciones asociadas con La discapacidad		4
130810 Identifica un plan para Cumplir las actividades de La vida diaria	3	
130812 Acepta la necesidad de ayuda Física		5
130823 Obtiene ayuda de un Profesional sanitario		4
130818 Refiere disminución de los Sentimientos negativos		4
130819 Refiere disminución de la imagen Corporal negativa		4

Posterior a los cuidados de enfermería y trabajo en conjunto con el resto del personal médico, el usuario demuestra una notable adaptación a las limitaciones que aun demuestra su cuerpo por las lesiones, demuestra una mejoría en la identificación de cómo afrontar los cambios que le esperan en su vida a causa de las lesiones que presenta, el menor identifica de mejor manera las complicaciones que pudiera llegar a presentar como secuelas por las quemaduras, el usuario demuestra una mejor iniciativa que le ha permitido identificar como cumplir la mayoría de las actividades de la vida diaria por sí mismo, así mismo demuestra una mejor aceptación de ayuda y apoyo físico en su necesidad de movimiento físico, demuestra una mejor disponibilidad para recibir ayuda de otro profesionales, en este caso apoyo del personal de psicología, esto lo ha llevado a tener una disminución notable de los sentimientos negativos que el usuario expresaba de sí mismo y de los demás a su alrededor en comparación a días anteriores, y de igual manera se nota una disminución en la percepción negativa que el usuario refería tener de su cuerpo lesionado.

IX. CONCLUSIONES

La planificación y aplicación de este proceso de enfermería demostró un impacto positivo para mantener y mejorar el estado de la salud en el usuario con quemaduras, los diagnósticos de enfermería que se presentaron en este trabajo fueron redactados en cuanto a nivel de importancia según los problemas y necesidades así como las deficiencias que se encontraron durante la valoración inicial, los resultados más importantes y que se lograron mejorar a través de los criterios de resultados, fueron: estado respiratorio, curación de quemaduras y recuperación de las quemaduras, ya que a través y mediante la planificación de las intervenciones de enfermería adecuadas en base a la problemática del usuario, se logró corregir de forma parcial la problemática del usuario causado por las lesiones que presenta, cabe mencionar que todos los criterios de resultados e intervenciones de enfermería realizadas fueron importantes e indispensables en la recuperación del estado de salud del usuario, ya que también se enfocó en el cuidado social y psicológico, en donde también se vio afectado, por lo tanto todo profesional de la salud que se vio involucrado en el tratamiento y cuidados del usuario, representó un papel importante e indispensable en la mejoría del mismo.

Cabe señalar que después de esta metodología aplicada en el usuario, y por la gravedad de las lesiones presentadas, aun tendrán que someterse a varios tratamientos tanto médicos como psicológicos respectivamente, pero se dejan las bases de los cuidados de enfermería realizados, como lo son aquellas prácticas o intervenciones en las que ellos pueden intervenir, desde un adecuado lavado de manos, hasta las medidas de aislamiento correctas tanto para el usuario, como para los familiares y futuros profesionales que estén involucrados en sus cuidados y que se espera se sigan aplicando, con la importancia de saber trabajar en

equipo y conformar un buen equipo multidisciplinario, con el objetivo de seguir mejorando cada una de las intervenciones realizadas en el transcurso de su recuperación e incorporación a la vida social.

En lo personal la realización de este trabajo y la participación de las actividades y cuidados de enfermería de enfermería que desempeñe con este usuario me dejan muchos aprendizajes, desde la importancia de una empatía más desarrollada sincera, hasta los cuidados especiales que el usuario requería en su tratamiento médico, si bien se tenía ya una preparación teórica sobre los cuidados de estas lesiones considero que el haber estado en contacto con este caso clínico me ayudo a desarrollar las habilidades prácticas y destrezas para mejorar en mis cuidados al usuario, cada día fue una nueva enseñanza no solo por estar a cargo de los cuidados de enfermería que me correspondían, sino por ser parte de un extenso equipo multidisciplinario con los cuales forme equipo en varios de los tratamientos médicos y que me permitió extender mis conocimientos tanto teóricos como prácticos.

Considero que los resultados de los cuidados de enfermería son parcialmente positivos, debido a que por la seriedad y gravedad de las lesiones el usuario aun cursara por un largo y complicado proceso de recuperación, pero a pesar de todo, se lograron algunos avances en la recuperación, quizás en algunos casos no solo por las actividades de enfermería realizadas, sino por la coordinación de los diferentes profesionales de la salud que estuvieron desempeñando algún tipo de tratamiento médico en su recuperación, y que finalmente esa es una de las enseñanzas principales, el saber trabajar en conjunto con todo profesional alrededor del entorno para brindar los mejores cuidados a los usuarios.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Herdman, T. H. y Kamitsuru, S. (Ed.). (2015). *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones. 2015-2017*. Barcelona, España: Elsevier.
2. Bulechek, G.M., Dochterman, J. M., Butcher, H, K, y Wagner, C.M. (Ed.). (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona, España: Elsevier.
3. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. y Swanson, E. (Ed.). (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. Barcelona, España: Elsevier.
4. Berman, A. y Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid, España: Pearson.
5. Schulte, G. (2002). *Enfermería Pediátrica de Thompson*. Pennsylvania, U.S.A.: McGraw-Hill.
6. Díaz, N.M., Gómez, C.I. y Ruiz, M.J. (2006). *Tratado de Enfermería de la Infancia y Adolescencia*. Madrid, España: McGraw-Hill.
7. Ball, J. W. y Bindler, R. C. (2019). *Enfermería pediátrica. Asistencia Infantil*. Madrid, España: Pearson.

8. Berbiglia, V., & Banfield, B. (2011). *Modelos y Teorías de Enfermería: Teoría del déficit de autocuidado*. Barcelona. España: Elsevier.
9. Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías de enfermería* (7 ed.). Barcelona. España: Elsevier.
10. Rodríguez, B. A. (2002). *Proceso Enfermero*. Guadalajara, Jalisco. México: Cueller.
11. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Barcelona. España: Elsevier Mosby.
12. Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey, J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Barcelona. España: Elsevier Mosby.
13. Taylor, S. G. (2003). *Modelos y Teoría de Enfermería: La teoría de enfermería del déficit de autocuidado*. Madrid. España: Elsevier science.
14. Hostiguen, R., & Velásquez, S. (2001). *Teoría general del déficit de autocuidado*. México. Df: Manual moderno.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Salud. (2016). *Modelo para la Prevención de Quemaduras en Grupos Vulnerables en México*. (Abril 3, 2017). Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207108/ModeloQuemaduras.pdf>
2. OMS. (2018). *Quemaduras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
3. Reina, N. (2010). *El Proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
4. Jara, f. y Lizano, A. (2016). *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por Estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida*. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n4/2395-8421-eu-13-04-00208.pdf>
5. ISSSTE. (2015). *Epidemiología de las quemaduras en México*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151m.pdf>
6. Tobo, N. (2013). *La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf>

7. Galvis, M. (2015). *Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359540742012.pdf>
8. Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
9. Cisneros, F. (2016). *PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE)*. Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
10. CNDH. (2017). *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO*. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR26.pdf>

XII. ANEXOS

Clasificación de los datos sobre los requisitos universales en objetivos y subjetivos

Requisitos universales

Datos objetivos	Datos subjetivos
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
<p>Saturación de oxígeno de mantiene entre 97 y 99 % con el apoyo de Oxigenoterapia con mascarilla con reservorio a 5 litros por minuto.</p> <p>La saturación de oxígeno desciende a por debajo de 88% sin oxigenoterapia.</p> <p>El llenado capilar se prolonga de 2 a 3 segundos.</p> <p>Presenta palidez.</p> <p>Taquipnea.</p> <p>Disnea durante los esfuerzos.</p> <p>Sibilancias.</p>	<p>Agitación.</p>

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
<p>Mucosa oral con una visible deshidratación.</p> <p>Turgencia de la piel seca y escamosa.</p> <p>Toma agua de 300 a 500 mililitros por Día.</p> <p>Soluciones parenterales de 900 mililitros para 12 horas, un total de 1800 mililitros por día.</p>	
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	

<p>Se ha observado una pérdida de peso corporal de entre 5 y 6 kilogramos.</p> <p>Peristaltismo disminuido.</p> <p>Nutrición por vía parenteral, indicada en una cantidad de 1,280 para 24 horas en bomba de infusión.</p>	<p>Requiere ayuda para ingerir líquidos.</p> <p>Restricción de alimentos blandos y sólidos.</p> <p>Presenta disfagia.</p> <p>Las mucosas se observan deshidratadas.</p>
--	---

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.

<p>La eliminación intestinal es escasa, líquida, café claro, 50 a 100 mililitros por turno.</p> <p>Orina turbia y fétida</p> <p>600 mililitros de orina por turno.</p> <p>Requiere de apoyo por medios físicos para mantener una temperatura de 36.5 °C.</p>	<p>Requiere apoyo para orinar.</p>
--	------------------------------------

5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.

<p>Presencia de rigidez e inflamación que limita la movilidad de extremidades.</p> <p>Constantes intervenciones quirúrgicas para injertos de piel.</p> <p>Ha ingresado al quirófano 8 veces.</p>	<p>Fatiga debido a dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>Dolor moderado a severo.</p> <p>Insomnio.</p> <p>Perdida del sueño.</p>
<p>6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.</p>	

	<p>Las lesiones que presenta en el momento le impiden relacionarse de mejor manera con los que le rodean.</p> <p>Demuestra inquietud.</p> <p>Temor.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>No presenta problemas auditivos.</p> <p>Las causas que le impiden socializar son: la enfermedad actual, el dolor y miedo.</p>
<p>7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.</p>	

<p>Lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado en tórax, abdomen, pubis, genitales, parte posterior a altura de vertebras torácicas, lumbares, sacro y coxis, al igual que en extremidades superiores e inferiores.</p>	<p>Confundido por las lesiones que lo llevaron a las instalaciones médicas.</p>
<p>No deambula.</p>	<p>Problemas para la concentración.</p>
<p>Se le realizan procedimientos invasivos; autoinjertos de piel, aseos quirúrgicos, curaciones e infusiones de soluciones parenterales.</p>	<p>Familiares consideran que no se aplicaron en casa las medidas de seguridad adecuadas.</p>
	<p>No acepta su estado físico causado por las quemaduras.</p>
	<p>Necesita de ayuda para satisfacer sus necesidades básicas.</p>
	<p>Presenta depresión.</p>
	<p>Ansiedad.</p>
	<p>Vergüenza.</p>
	<p>Temor.</p>
	<p>Desesperanza.</p>
	<p>Negatividad.</p>
	<p>Inadaptación</p>
	<p>Irritabilidad.</p>
	<p>Culpa.</p>

	Se muestra agresivo.
8.- Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	
	<p>El usuario esta consiente de los daños y marcas que tendrá en el cuerpo a causa de las quemaduras que llevara toda su vida.</p> <p>Sabe que su vida y actividades cotidianas dependerán de asistencia y apoyo por parte de su familia.</p> <p>Lo llevara a tener alteraciones emocionales como ansiedad, depresión y vergüenza</p>

Razonamiento diagnóstico

Datos significativos (evidencia)	Análisis deductivo (dominio, clase, requisito de autocuidado involucrados)	Problema (etiqueta diagnóstica NANDA II) P	Factor relacionado (etiología) E	Características definitorias (signos y síntomas) S
<p>Saturación de oxígeno: Se mantiene entre 97 y 99 % con el apoyo de Oxigenoterapia con mascarilla con reservorio a 5 litros por minuto.</p> <p>La saturación de oxígeno desciende a por debajo de 88% sin oxigenoterapia.</p> <p>El llenado capilar se prolonga de 2 a 3 segundos.</p> <p>Taquipnea.</p> <p>Disnea durante los esfuerzos.</p>	<p>Dominio 3: Eliminación intercambio</p> <p>Clase 4: Función respiratoria</p> <p>Mantenimiento de un aporte suficiente de aire</p>	<p>Deterioro del intercambio gases</p> <p>Página 204</p>	<p>Desequilibrio en la ventilación - perfusión</p> <p>Página 204</p>	<p>Disnea</p> <p>Hipoxemia</p> <p>Alteraciones en el patrón respiratorio: taquipnea sibilancias</p> <p>Página 204</p>

<p>Sibilancias.</p> <p>Agitación</p> <p>Palidez</p>				
<p>Constantes intervenciones quirúrgicas para injertos de piel por quemaduras de segundo y tercer grado</p> <p>Procedimientos invasivos; autoinjertos de piel, aseos quirúrgicos, curaciones e infusiones de soluciones parenterales.</p> <p>Ha ingresado al quirófano 8 veces.</p>	<p>Dominio 11: Seguridad/ Protección</p> <p>Clase 1: Infección</p> <p>Prevención de peligros para vida, el funcionamiento y bienestar humano.</p>	<p>Riesgo de infección</p> <p>Página 379</p>	<p>Procedimiento Invasivo y alteración de la integridad cutánea</p> <p>página 379</p>	

<p>Lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado en tórax, abdomen, pubis, genitales, parte posterior a altura de vertebrae torácicas, lumbares, sacro y coxis, al igual que en extremidades superiores e inferiores.</p>	<p>Dominio 11: Seguridad/ Protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Prevención de peligros para vida, el funcionamiento y bienestar humano.</p>	<p>Deterioro de la integridad tisular</p> <p>Página 388</p>	<p>Lesiones por agentes químicos</p> <p>Página 388</p>	<p>Daño tisular Destrucción tisular</p> <p>Página 388</p>
<p>El usuario esta consiente de los daños y marcas que tendrá en el cuerpo a causa de las quemaduras que llevara toda su vida.</p> <p>Sabe que su vida y actividades cotidianas dependerán de asistencia y apoyo por parte de su familia.</p> <p>Lo llevara a tener alteraciones emocionales como</p>	<p>Dominio 3: Autopercepción</p> <p>Clase 3: Imagen corporal</p> <p>Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el Deseo de ser normal.</p>	<p>Trastorno de la imagen corporal</p> <p>Página 275</p>	<p>Alteración de funcionamiento del cuerpo</p> <p>Página 276</p>	<p>Alteración en el funcionamiento del cuerpo</p> <p>Alteración en la estructura del cuerpo</p> <p>Cambios en la implicación social</p> <p>Cambios en el estilo de vida</p>

ansiedad, depresión y vergüenza				Sentimientos negativos sobre su cuerpo Temor a la reacción de otros Página 275
---------------------------------	--	--	--	--

Elaboró: MCE. Brenda Martínez Ávila

VALORACIÓN CON EL REFERENTE TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM
UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION

(DOROTHEA ELIZABETH OREM)

Elaboró: MCE. Vanesa Jiménez Arroyo

I. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: 04-07-2021__ Nombre: JAVR Sexo: Mas (X) Fem () Edad: 14

Religión: Católica Edo civil: soltero Escolaridad: Primaria

Lugar de residencia: Morelia

Domicilio actual (calle número, colonia):

Características de la vivienda:

Renta: Propia: X Otros:

Material de construcción:

Adobe: Ladrillo: Si Otros:

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: Si Potable: Si Luz: Si Eléctrica: Si Drenaje: Si

Pavimentación: Si

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: Si Recolección de basura: Si

Drenaje y alcantarillado: Si

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo (X) Esposa/o ()

Cuantos hijos tiene: 0 (X) 1 () 2 () más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buenas: (X) Regular: () Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: (X) Secundaria () Bachillerato: () Licenciatura: (x)

Otros: _____

Ocupación: Estudiante _____ Horario: _En línea _____

Antecedentes laborales: _____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si (X) No ()

De quien: Padres (X) Esposa/o () Otros: _____

b) Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales () Culturales () Deportivas (X) Religiosas ()

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

c) Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente (X)

Nota: estado de salud delicado por las quemaduras que presenta en el cuerpo.

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD (X) PARTICULAR ()

Diagnostico medico: Quemaduras de 2do y 3er grado

Estado de salud: Grave: () Delicado (x) Estable: ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace 2 horas de su casa al médico.

d) Estado del desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si () No (x)

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

Menor de edad

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

Padres del menor

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 28 por min llenado capilar: 2 a 3 segundos

Cianosis: Si () No (X) Especifique: _Palidez_____

Tabaquismo: Si () No: (X) Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No (X) Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si () No (X) Especifique: _____

Tipo de respiración:

Normal () Disnea: (X) Bradipnea: () Taquipnea: (X) Polipnea: ()

Otros: Respiraciones agitadas

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: ()

Edema: () Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: Quemaduras en tórax

Nota: Se ministra oxigenoterapia con mascarilla con reservorio a 5 litros por minuto durante las 24 horas, salvo en los momentos de consumo de líquidos.

Ruidos respiratorios: _____

Estertores: () Sibilancias: (X) Murmullo vesicular: ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: (X) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: 100/60 FC: 128 Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: (X) No: ()

Apoyo ventilatorio: Oxigenoterapia, mascarilla con reservorio a 8 litros por minuto

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: (X) Hidratada: ()

Piel: Seca: (X) Escamosa: (X) Normal: ()

Turgencia: Normal: () Escamosa: (X)

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml (X) 500-1000 ml () 1500-2000 ml () > a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa: () Entubada: () Garrafón: (X)

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No (X) Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No (X) Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: Soluciones glucosa 5% 450mililitros y cloruro de sodio al 0.9%.450 mililitros, total de 900 mililitros para 12 horas

Habitualmente los resultados del control de líquidos son: positivo; ingresos1, 323 (ml) y egresos 700 (ml)

El balance de líquidos es positivo de 623 ml por turno aproximadamente

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: 45 Talla: 1.50 IMC: 20 Cintura: _____

Ha observado variaciones del peso:

Si (X) No ()

Perdida: (X) Ganancia: ()

1-3 kg () 4-6 kg (X) 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: (X) Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas: Deshidratadas

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (X)

Nota: Como tal no existen lesiones en mucosa oral, sin embargo es evidente una deshidratación.

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: NO _____

Abdomen: Quemaduras en abdomen

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: (X) Aumentado: () Normal: () Distensión abdominal: ()

Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No ()

Cual: Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia (X)

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros:

Nota: presenta dolor al intento de ingerir causado por las quemaduras en tórax y abdomen.

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si (X) No () Especifique:

Tipo de nutrición: Nutrición Parenteral, cabe mencionar que se complementa con dieta líquida vía oral.

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()
 Nutrición Parenteral (X).

Que tan frecuente come usted:

1=cada día 2=una vez a la semana 3=una vez al mes 4=nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche		X		
Deriv. De leche		X		
Carnes		X		
Cereales			X	
Verduras			X	
Frutas			X	
Huevos		X		
Pescado		X		
Pastas y harinas				X

Nota: la tabla anterior describe la frecuencia del consumo de los alimentos previo a la hospitalización.

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite (X) Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposódica () Hipoproteica () Hiperproteica () Otros:

Líquida y Nutrición Parenteral.

d) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: () Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal: No

Espontánea: () Estreñimiento: () Diarrea: () Otros: La eliminación intestinal es escasa, debido a la falta de ingesta de alimentos, se infunde nutrición parenteral.

Características de las heces fecales:

Café: (X) Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Líquida (X) Semilíquida () Dura ()

Características de las heces: líquida, café claro, en pocas cantidades, aproximadamente 50 a 100 mililitros por turno

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo () Disuria () Alteraciones uretero-vesicales:

Alteraciones en la micción: NO

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical () Higiene () Otros: _____

Nota: No tiene apoyo de sonda vesical, pero si requiere apoyo para el proceso de la micción.

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia (X) Otros: _____

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente (X) Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: 36°C Dolor: (X) Alt. Emocionales ()

Nota: La temperatura se mantiene en un rango de 36.5 °C con la ayuda de métodos de control térmico con ayuda de métodos físicos como sabanas cobertores y control ambiental como cerrar ventanas y mantener apagado el aire acondicionado

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas.

e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr (X) 6-8 Hr (x) 8-10 Hr () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descansado () Fatigado (X) Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si (X) No ()

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si (X) No ()

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días (X) 1 mes () >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo: (X) Insomnio: (X) Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: () Ronquidos: () Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores nocturnos: (X)

Factores que interrumpen su descanso y sueño: Dolor _____

¿Acostumbras a tomar siestas?

Si () No (X)

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si (X) No () Especifique: Con analgésicos para disminuir el dolor y de esta manera se contribuye a conciliar el sueño.

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: (X) Rigidez: (X) Inflamación: (X) Limitaciones: (x) Contracturas: ()

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si (X) No () Especifique: Todo movimiento

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si (X) No () Cual: _____

Frecuencia/duración: de 1 a 2 horas por día únicamente cambios posturales

Nota: Por el momento le es imposible realizar movimientos, pero indica tener actividades deportivas antes de sus lesiones.

f) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No (X) Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No (X)

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones () Tumoraciones () Lesiones (X)

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No (X) Especifique:

Utiliza lentes: No

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No (X) Especifique: _____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia (X) Amigos (X) Compañeros de Trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia (X) Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía (X) Extraversión () Otros:

Inquietud, temor, irritabilidad

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad (X) Rechazo () Miedo (X)

Dificultad para la comunicación () Otros: Lesiones que provocan un dolor constante y que por lo cual hace difícil una comunicación afectiva con el usuario.

g) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consciente (X) Inconsciente () Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: 15

Problemas con:

Concentración (X) Razonamiento (X) Especificar: El dolor constante que presenta el usuario le impide tener una adecuada concentración.

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: No deambula

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si () No (X) Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No (X) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (X) Especifique: _____

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si (X) No () Especifique: Asistencia en todo _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (X) No ()

Depresión (X) Ansiedad (X) Vergüenza (X) Temor (X)

Desesperanza y negatividad (X)

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (X) Inadaptación () Irritabilidad (X) Culpa (X) Agresión (X)

Cólera ()

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez Si () No (X) Especifique: _____

Edad escolar Si () No (X) Especifique: _____

Adolescente Si () No (X) Especifique: _____
Adulto joven Si () No () Especifique: _____
Edad fértil Si () No () Especifique: _____
Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No () Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si () No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No () Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique:

Embarazos: ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____

Partos prematuros: ____ Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

III. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses (X) >12 meses () No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

Las lesiones y las cicatrices que tiene en su cuerpo.

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () No (x)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación?

Miedo _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales (X)

Padecimiento actual:

Acude al servicio de urgencias (fecha y hora) debido a lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado. Actualmente se encuentra en el servicio de hospitalización (cirugía) para su tratamiento postoperatorio por autoinjertos de piel y aseos quirúrgicos en las zonas afectadas, hasta el momento el usuario ha sido ingresado al quirófano en 8 ocasiones.

Tratamiento Médico

Curaciones y cambios de vendaje en hospitalización realizados únicamente por médicos de acuerdo a las necesidades.

Farmacológico:

Metronidazol 250 miligramos cada 8 horas por 15 días o por cambio de indicaciones medicas

Ceftriaxona 500 miligramos cada 8 horas por 15 días o por cambio de indicaciones medicas

Tramadol 20 miligramos cada 8 horas por 15 días y posteríos por razón necesaria

Ketorolaco 20 miligramos cada 6 horas por 15 días

Tratamiento psicológico

Valoración y sesiones diarias al usuario y familiares por el departamento de psicología

Tratamiento de rehabilitación

Valoración y evaluación de la movilidad del usuario por parte del personal de rehabilitación (2 veces por semanas habitualmente). Se recomendaba la realización de ejercicios pasivos (flexión y extensión).

Valoración basada en el referente teórico de Dorothea Elizabeth Orem

Factores condicionantes básicos

Sexo: Masculino

Edad: 14 años

Edo. Civil: Soltero

Religión: Católico

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Estudiante

Familia Nuclear: Hijo

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente:

Padres

Dependencia Económica:

Padres

Condiciones del hogar:

Buenas

Requisitos de autocuidado universales

a. Mantenimiento del aporte de aire suficiente.

FC 128 T/A 100/60 mmHg, FR 28 x' SPO2 97 %

Presenta taquicardia que se ha mantenido en ese parametro, al igual la tension arterial y la frecuencia respiratoria, en tanto a la saturacion de oxigeno esta se mantiene entre 97 y 99 % con el apoyo de oxigenoterapia a través de mascarilla con reservorio a 5 litros por minuto de lo contrario desciende por de bajo de 88 % como resultado de las quemaduras de Segundo y tercer grado. El llenado capilar se prolonga de 2 a 3 segundos. Presenta palidez, taquipnea, disnea durante los esfuerzos, sibilancias y agitación.

b. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

Se encuentra una mucosa oral con una visible deshidratación, turgencia de la piel es seca y escamosa en las zonas no afectadas, toma únicamente agua en pequeñas porciones para hidratar un poco las mucosas 300 a 500 mililitros por día, la totalidad de su estado hídrico es aportada por soluciones parenterales como glucosa 5% 450 mililitros y solución cloruro de sodio 0.9% 450 mililitros en 12 horas para un total por día de 1800 mililitros por día.

c. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

Peso 45 kg Talla 1.50 mts. IMC 20 Niveles de Glucosa: no indicado en hospital

Se ha observado una perdida en el peso corporal de entre 5 y 6 kilogramos, requiere de ayuda por parte de los familiares o del personal de enfermería para ingerir líquidos que forma parte de su dieta actualmente, tiene

restricción del consumo de alimentos blandos y sólidos, mantiene un peristaltismo disminuido. La dentadura es completa, sin embargo presenta disfagia debido a las quemaduras. Las mucosas se observan deshidratadas. Necesita ayuda profesional y familiar tomar líquidos y la perfusión de la nutrición parenteral. Su nutrición es únicamente por vía parenteral, el cual está indicado en una cantidad de 1,280 mililitros para 24 horas en bomba de infusión

d. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.

Debido a la falta de ingesta de alimentos blandos y sólidos, la eliminación intestinal es escasa, líquida, café claro, en pocas cantidades, aproximadamente 50 a 100 mililitros por turno, no requiere de catéter vesical para eliminar la orina pero si de apoyo para físico por parte de los familiares y personal de enfermería. La orina es turbia y fétida 600 mililitros por turno. La temperatura corporal es de 36.5 °C, el usuario requiere de apoyo por medios físico como sábanas y cobertores, así como mantener aire acondicionado apagado para el control térmico ya que presenta lapsos de hipotermia.

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

El usuario se encuentra consciente pero fatigado debido a una dificultad para conciliar el sueño causado por las lesiones que presenta en gran área de su cuerpo que lo mantiene postrado en cama con episodios recurrentes

de dolor moderado y severo, que lo han llevado a constantes noches de insomnio y pérdida del sueño, teniendo como 6 horas el máximo tiempo de conciliación. Se observan bostezos. Todo tipo de movilización o movimiento autónomo causa en el dolores severos, por la presencia de rigidez e inflamación que limita la movilidad de las extremidades, a todo esto se le suma la inmovilidad a la que se ve sometido el usuario por las constantes intervenciones quirúrgica para injertos de piel, en el cual ha ingresado a sala de quirófano 8 veces.

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

La convivencia del usuario se limita únicamente a sus padres, personal médico y de enfermería por el momento, con los cuales la relación es regular, siendo las lesiones que presenta en el momento lo que le impide relacionarse de mejor manera, demostrando inquietud, temor e irritabilidad, sin embargo no presenta problemas auditivos ni visuales, las causas que impiden socializarse son; la enfermedad actual, el dolor y miedo.

g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Usuario consciente, pero que al mismo tiempo se encuentra confundido por las lesiones que lo llevaron a las instalaciones médicas; lesiones por quemaduras de segundo y tercer grado en el tórax, abdomen, pubis y se

extiende hasta genitales, en la ubicación posterior a la altura de vertebras torácicas, lumbares, sacro y coxis así mismo en extremidades superiores e inferiores. Derivado del problema de salud actual presenta problemas para la concentración.

Sin deambulación, no se encuentra ningún antecedente patológico genético o heredofamiliar relevante al caso, sin embargo, los familiares consideran que no se aplicaron en casa las medidas de seguridad adecuadas. No acepta su estado físico causados por las quemaduras, necesita ayuda para satisfacer sus necesidades básicas. Considera que su vida no ha sido productiva, presenta depresión, ansiedad, vergüenza, temor, desesperanza y negatividad, inadaptación, irritabilidad, culpa y se muestra agresivo.

Nota: Se le realizan procedimientos invasivos; autoinjertos de piel, aseos quirúrgicos, curaciones e infusiones de soluciones parenterales.

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

El usuario esta consiente de los daños y las marcar que tendrá en el cuerpo a causa de las quemaduras que llevara toda la vida, al mismo tiempo sabe que su vida y actividades cotidianas dependerán en gran parte de asistencia y apoyo por parte de su familia, esto lo lleva atener episodios de alteraciones emocionales como ansiedad, depresión, vergüenza.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo

Etapa de desarrollo:

Rol (es): Estudiante

Salud Sexual:

Historia Gineco- obstétrica:

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud

Previo a las quemaduras, los padres indican que el usuario acudía a chequeos médicos cada 6 o 7 meses, tanto familiares como usuario indican estar al tanto de las lesiones y cicatrices que llevara toda la vida a causa de las quemaduras de segundo y tercer grado. Se encuentra en el periodo postoperatorio toda vez que se le colocan autoinjertos de piel en las áreas lesionadas. Actualmente se encuentra hospitalizado recibiendo tratamiento médico y quirúrgico.

Elaboró: MCE. Brenda Martínez Ávila

XIII. APENDICES

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Consentimiento informado

Yo J. A. V. R. doy mi consentimiento para participar en la aplicación de la metodología de investigación de enfermería (Proceso de Enfermería), que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, para planear y proporcionar Cuidados de Enfermería Integrales que beneficiaran mi salud, fundamentando en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem. Así mismo para estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de Licenciado(a) en Enfermería. He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención y de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido(a) de que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursen con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento y con pleno estado de mis facultades mentales. Sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado(a) de quien es el responsable de la aplicación del Proceso de Enfermería, doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

J. A. V. R.
Usuario

Arabella Bravo Rosales
pasante de Licenciatura en Enfermería

Madre
Testigo

Morelia, Mich. A 04 de Julio 2021.