



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo**



**División de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Enfermería**

Especialidad en Cuidados Intensivos

TESIS

Proceso de Enfermería Estandarizado para Pacientes con Quemaduras

que para obtener el grado de Especialista en Cuidados Intensivos

Presenta

L.E. Mayra Alejandra Castulo Rubio

Asesora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Co-asesora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Revisora

Dra. Brenda Martínez Ávila

Morelia, Michoacán, octubre 2025

Directorio

M.E. Renato Hernández Campos

Director

M.E. Guadalupe Ortiz Mendoza

Secretaria Académica

L.E. Saraí Arzate Carranza

Secretaria administrativa

Mesa sinodal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Asesora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Co-asesora

Dra. Brenda Martínez Ávila

Revisora

Dr. José Luis Cira Huape

Vocal

M.E. Alan Josué Pérez Reyes

Vocal

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. **Mayra Itzel Huerta Baltazar**, profesora e Investigadora de tiempo completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Proceso de Enfermería Estandarizado para pacientes con Quemaduras**”. Elaborado por la Licenciada en Enfermería **Mayra Alejandra Castulo Rubio**, mismo que presenta para la obtención de grado de **Especialidad Cuidados Intensivos** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

Dra. Brenda Martínez Ávila

Profesora e Investigadora de Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

Dr. José Luis Cira Huape

Profesor de Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

M.E. Alan Josué Pérez Reyes

Profesor de Posgrado Cuidados Intensivos

Facultad de Enfermería

Dedicatoria

A esa voz que repite sigue intentando

Agradecimientos

A mis padres por su apoyo incondicional en cada proyecto personal y profesional que me atrevo a soñar, aun cuando no es posible su caminar a mi lado, a mis hermanos cómplices y motor, mi eterno cariño y gratitud hacia ustedes siempre.

A mi compañero, que a pesar de los tiempos difíciles hemos logrado encontrar el camino como el equipo que somos, y permitírnos formar el soporte a la familia que hemos construido.

A mis amigas y amigos por la auténtica confianza que tienen en mi para perseguir este logro, las amistades que tuve la fortuna de conocer y que hicieron unas tardes increíblemente agradables, a quienes fueron acompañantes, por todas las aventuras que vivimos, el desahogo que significaron, y las palabras adecuadas cuando el ánimo decaía durante tantos kilómetros de viaje.

A quien de manera sorprendente con su ejemplo avivo la pasión de un anhelo.

A las personas que han servido de inspiración con la labor diaria que realizan para atenuar el dolor ajeno.

A mi Santi, por ser el resplandor de mi camino.

Índice

Resumen	1
Abstract.....	2
I. Introducción.....	3
II. Justificación.....	5
III. Objetivos	7
IV. Marco teórico	8
4.1 Proceso estandarizado de Enfermería.....	8
4.2 Quemaduras	9
4.3 Aspectos de bioseguridad en los pacientes con quemaduras en el cuidado de enfermería.....	18
4.4 Aspectos éticos en los procesos de enfermería	19
V. Metodología	21
5.1. Resultados	56
VI. Conclusiones	77
VII. Sugerencias	78
VIII. Referencias bibliográficas	79
IX. Apéndices	87

Resumen

Introducción: Las lesiones por accidentes en México se reconocen como un problema de salud pública, las quemaduras se encuentran dentro las principales causas, los pacientes con sufrimiento de quemaduras son susceptibles a un deterioro significativo de las funciones corporales, impactando de manera significativa en su estilo de vida. **Objetivo:** Establecer un proceso de enfermería estandarizado a pacientes con quemaduras a partir de una revisión literaria de búsqueda de la información. **Metodología:** se realiza a partir de una revisión en la base de datos DIALNET en donde se seleccionaron 10 artículos de la Revista Sanitaria de investigación siendo en su totalidad productos de España, y en el buscador Google Académico en donde se seleccionaron 7 Tesis para obtención de grado de Licenciatura de enfermería y enfermera especialista en cuidados críticos. Siendo uno de Ecuador, 1 de Perú, dos de México y tres de España respectivamente. **Resultados:** se identificaron un total de 53 etiquetas diagnósticas y se realizó una ponderación de etiquetas, seleccionando 9 de las 16 clasificadas con mayor mención. Se desarrollan las tablas de diagnósticos de enfermería, con ayuda de la taxonomía de la NANDA 2021- 2023, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 2023 y clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2023. **Conclusiones:** es imprescindible la actuación por parte del personal de enfermería, mediante la utilización de una metodología reconocida en diversos contextos, que logre ocasionar un impacto que permita fomentar una práctica basada en la evidencia científica.

Palabras clave: proceso de enfermería, estandarizado, quemaduras, diagnósticos de Enfermería, Cuidados especializados.

Abstract

Introduction: Accident injuries in Mexico are recognized as a public health problem, skin burns are among the main causes, skin burn patients are susceptible to significant impairment of function, significantly impacting their lifestyle. **Objective:** establish a standardized nursing process for burn patients based on a literature review of research information. **Methodology:** based on a review of the DIALNET database where 10 articles from the Sanitaria Research Journal, were listed of all of which were produced in Spain and in the Academic Google search where 7 these were selected for obtaining a bachelor's degree in nursing and a critical care nurse specialist. Selecting one from Ecuador, 1 from Peru, two from Mexico, and three from Spain, respectively. **Results:** A total of 53 diagnostic labels were identified, and a label weighting was carried out, selecting 10 of the 16 classified with the highest mention. Nursing diagnosis tables are developed with the help of the NANDA 2021-2023 taxonomy, the Nursing Outcomes Classification (NOC) 2023, and the Nursing Interventions Classification (NIC) 2023. **Conclusions:** It is essential for nursing staff to act using a methodology recognized in various contexts, achieving an impact that fosters evidence-based practice.

Keywords: nursing process, standardized, burns, nursing diagnoses, specialized care.

I. Introducción

El proceso de enfermería representa la formalidad en la utilización del método científico para la práctica profesional de enfermería, puesto que se encuentra conformado por una metodología que consta de diferentes etapas, se requiere una valoración exhaustiva de datos sobre el estado de salud de las personas para posteriormente realizar un análisis que permita interpretar los datos recopilados en la valoración y poder identificar problemas de salud y riesgo, además de características que fomenten la promoción a la salud, permitiendo estructurar diagnósticos en enfermería que son las respuestas de las personas a las situaciones que se presentan en su estado de salud.

Por lo tanto, se prosigue con la planificación de las intervenciones de enfermería que se requieren para lograr metas claras utilizando escalas de valoración de objetivos y resultado esperados, para que en la etapa de ejecución estas intervenciones cuenten con la mejor evidencia científica disponible. El término de la metodología de un proceso de atención de enfermería se realiza al examinar y valorar de forma constante las respuestas humanas de las personas a las intervenciones planeadas y ejecutadas anteriormente utilizando una evaluación que nos permita reconocer si se han logrado los objetivos planteados.

De la infinidad de afecciones que puede aquejar a una persona la lesión por quemaduras es una que puede tener un desarrollo que requerirá desde una atención ambulatoria, o quizá requerir atención más especializada que implique además un proceso complejo en donde se requiera rehabilitación, sin omitir como consecuencia fatal de esta afección la muerte.

Una quemadura es una lesión que puede ocurrir en diferentes ambientes, y con diferentes agentes causales, en donde se ve afectado el mayor órgano del cuerpo que es la piel y en donde pueden estar involucrados otros órganos o las mucosas. Posterior a sufrir una quemadura ocurren se desencadenan múltiples mecanismos de respuestas en el cuerpo humano con la finalidad de

compensar el daño producido. Una atención adecuada, en donde se realice la clasificación del tipo de quemadura y se establezca el alcance real de la lesión, ofrece la pauta para realzar las intervenciones específicas encaminadas a prevenir complicaciones.

Durante el desarrollo de este trabajo se identificarán las intervenciones establecidas en los planes de cuidado de enfermería estandarizados para pacientes con quemaduras, posterior a una revisión sistemática de datos, que utilicen el lenguaje estandarizado y mundialmente reconocido en el ámbito de enfermería de la Asociación Americana de Diagnósticos en Enfermería (NANDA).

II. Justificación

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, cada año, 180 000 personas mueren como consecuencia de quemaduras. La gran mayoría de casos se concentran en países de ingreso mediano y bajo. (2023, párr.1). El tratamiento y atención a las personas que sufren de quemaduras se condiciona dependiendo de su etiología, localización y extensión, sin embargo la disponibilidad de recursos también juega un papel importante en el desarrollo de las intervenciones del personal de salud, ya que existen diversas organizaciones de carácter internacional que establecen las pautas para la atención de esta afección con recursos de última tecnología la cual es inasequible para países en vías de desarrollo y que es donde más incidencia de quemaduras se produce.

En México anualmente sufren quemaduras un promedio de 13 mil personas en diferentes grados, (Gobierno de México, 2022, párr. 3), aproximadamente, de 3,706 pacientes por cada 100,000 habitantes; en el año 2020 se reportaron 48,111 casos nuevos que se suman a los cientos de miles de pacientes quemados ya existentes, y que seguirán, de por vida, resolviendo sus secuelas y tratando de integrarse a la vida social y laboral, ya que la mitad de los lesionados son individuos en edad productiva. (Tinajero, 2022, pp 2)

El país cuenta aproximadamente con 160 camas para pacientes quemados, todas ellas distribuidas en 21 unidades de quemados. Solamente existe 1 Centro Nacional de Quemados, que es el Centro Nacional de Investigación y Atención del Quemado (CENIAQ), que forma parte del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. (Vélez, 2018, pp 1).

La atención médica del paciente quemado es muy cara por los gastos prehospituarios y hospitalarios (incluyendo los costos de la biotecnología consumible, estudios paraclínicos, medicamentos, nutrición, etcétera). Se ha estimado que los costos por paciente varían de 30 mil a 499 999 pesos: en casos de severidad leve sin disfunción orgánica, de 500 mil a 5

millones de pesos, en casos de severidad moderada (con o sin disfunción orgánica) y de 5 a 40 millones en casos severos (con o sin falla orgánica múltiple). (Moctezuma-Paz, 2015, pp. 81-82).

La atención de pacientes con quemaduras requiere la intervención de un equipo multidisciplinario con la capacidad de una respuesta inmediata, precisa y apropiada desde el primer contacto hasta incluso procesos de rehabilitación y requerimientos adicionales a su egreso.

Enfermeras y enfermeros especialistas en el manejo de los pacientes en estado crítico son integrantes fundamentales en el sistema de salud, uno de los pilares de la ciencia de enfermería es la aplicación de una metodología que permita estructurar procesos de enfermería que logren alcanzar objetivos planteados, para lograr restablecer el estado de salud de las personas, un proceso de enfermería estandarizado para pacientes con quemaduras ofrece herramientas para identificar las respuestas humanas que se esperan justificadas por el transcurso natural de la enfermedad, y permiten homogenizar la atención de enfermería con la evidencia científica más veraz posible.

III. Objetivos

3.1 Objetivo General:

Establecer un proceso de enfermería estandarizado a pacientes con quemaduras a partir de una revisión literaria de búsqueda de la información.

3.2 Objetivos Específicos:

- 3.2.1 Identificar las etiquetas diagnósticas de enfermería reiteradas en los artículos de la revisión literaria seleccionados.
- 3.2.2 Operacionalizar las etiquetas de enfermería con mayor ponderación.
- 3.2.3 Sugerir un proceso estandarizado de atención de enfermería para pacientes con quemaduras con fundamento en la ponderación de etiquetas diagnósticas de enfermería identificadas.

IV. Marco teórico

El siguiente apartado contiene las bases y fundamentos teóricos en los que se sostiene la realización de este trabajo. Se revisan conceptos, definiciones, clasificaciones del proceso de enfermería, así como la revisión en general teórica del proceso de quemaduras.

4.1 Proceso estandarizado de Enfermería

La norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, define el proceso de atención de enfermería como una herramienta metodológica, para proporcionar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención holística, organizada y sistematizada, a través de una serie de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es cubrir las necesidades de la persona, familia, grupos y comunidades a través de la atención de sus respuestas humanas reales o potenciales. Las etapas del proceso de atención de enfermería son, la valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

Debido a la gran diversidad en los sistemas de trabajo del profesional de enfermería, resulta necesario establecer líneas metodológicas que permitan la elaboración de Procesos de Enfermería estandarizados con criterios unificados y homogéneos, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente. La estandarización de los cuidados de enfermería incorpora el uso de sistemas que permitan identificar el estado de salud o los problemas de la persona, familia o comunidad factibles de prevenir, resolver o reducir mediante actividades que el profesional de enfermería realice en forma independiente.

El uso del lenguaje de enfermería estandarizado comenzó en los años setenta con el desarrollo de la clasificación de diagnósticos por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, conocida por sus siglas en inglés NANDA quien define un diagnóstico de enfermería como un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a

problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales y que proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería que permiten alcanzar los resultados de los cuales el profesional enfermero es responsable.

La NANDA implementa 3 clasificaciones que permiten estructurar procesos de enfermería con un lenguaje internacionalmente aceptado los cuales son:

- Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación (NANDA-I)
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Los resultados pueden definirse como los resultados finales de la atención; sin embargo, cuando se mide la calidad de la atención, se vinculan a los diagnósticos. Desde esta perspectiva, los resultados son indicadores de la resolución de un problema o del progreso hacia su resolución.
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento de atención directa que una enfermera realiza en nombre de un paciente. Estos tratamientos incluyen los iniciados por la enfermera a raíz de diagnósticos de enfermería, los iniciados por el médico a raíz de diagnósticos médicos y la realización de las funciones esenciales diarias para el paciente que no puede realizarlas

El desarrollo de la práctica precisa estar conformado por una base de conocimientos con la evidencia científica actual que mejore la calidad de los cuidados que se proporcionan en diversas situaciones en el entorno de la asistencia en salud.

4.2 Quemaduras

El sistema tegumentario se encuentra conformado por órganos que incluyen la piel, uñas, pelo, receptores sensitivos, glándulas sebáceas y sudoríparas. La piel es la primera barrera física que nos protege del entorno externo y por lo tanto se encuentra más expuesta a la infección, enfermedad y lesión, es el órgano más grande del cuerpo humano en cuanto a su peso

corresponde aproximadamente a un 7% del peso corporal total, con un área de extensión aproximadamente de dos metros cuadrados.

Además de su función de barrera, este sistema realiza muchas funciones complejas como: regulación de la temperatura corporal, mantenimiento de los fluidos celulares, síntesis de vitamina D y detección de estímulos. Los diversos componentes de este sistema trabajan en conjunto para llevar a cabo estas funciones. (Dorado, 2021, pp 156.e1)

El grosor de la piel va a depender de la parte del cuerpo, son dos capas principales las que la conforman:

Epidermis es la porción más superficial, en su estructura se encuentra ausente de vasos sanguíneos, además su composición es por tejido epitelial, en la mayoría de las regiones del cuerpo, tiene cuatro estratos o capas (basal, espinoso, granuloso y córneo delgado), las células epidérmicas son los queratinocitos y producen la proteína queratina que ayuda a proteger la piel y los tejidos subyacentes de abrasiones, calor, microbios y químicos, asimismo los queratinocitos producen gránulos laminares que son unos órganos encargados de liberar un sellador de contenido lipídico que repele y mantiene la pérdida de entrada y salida de agua en la piel.

Dermis es la capa más profunda y gruesa de la piel, se encuentra conformada por dos capas de tejido conectivo que a su vez alberga las glándulas sudoríparas, el cabello, los folículos pilosos, los músculos, las neuronas sensoriales y los vasos sanguíneos; Capa papilar, es la capa dérmica superior contienen asas de capilares, terminaciones nerviosas. Y la capa reticular es más profunda, más gruesa las células en esta capa son escasas, se pueden encontrar algunas células adiposas.

El riego sanguíneo cutáneo se compone de dos plexos: uno entre las capas dérmicas papilar y reticular, y otro entre la dermis y el tejido subcutáneo. El riego sanguíneo de la epidermis se realiza a través del plexo arteriovenoso superficial (plexo subepidérmico/papilar). Estos vasos son

importantes para la regulación de la temperatura. El cuerpo regula la temperatura aumentando el flujo sanguíneo a la piel, transfiriendo calor del cuerpo al ambiente. El sistema nervioso autónomo controla los cambios en el flujo sanguíneo. La estimulación simpática produce vasoconstricción, lo que resulta en la retención de calor. Por el contrario, la vasodilatación provoca pérdida de calor. La vasodilatación es la respuesta del cuerpo al aumento de la temperatura corporal, resultante de la inhibición de los centros simpáticos en el hipotálamo posterior. Por el contrario, la disminución de la temperatura corporal causa vasoconstricción. (Yousef, 2024, párr. 20)

Entre la dermis e hipodermis se localiza el plexo profundo, mediante la irrigación de arterias más grandes, alimenta el plexo superficial.

La Organización Mundial de la Salud (2023) define a las quemaduras como una "lesión en la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o debida a la radiación, la radiactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con sustancias químicas". (párr. 2), existen diferentes formas de clasificar las quemaduras, de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10), se pueden clasificar de acuerdo con su etiología:

- Escaldaduras
- Quemaduras químicas (corrosiones):
 - Externas
 - Internas
- Quemaduras térmicas:
 - Aire y gases calientes
 - Artefactos eléctricos de calefacción
 - Electricidad
 - Fricción
 - Llama

- Objetos calientes
- Radiación
- Rayo

A su vez las quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo se clasifican en:

- Primer grado (eritema)
- Segundo grado (flictena y/o pérdida de la epidermis)
- Tercer grado (necrosis profunda de tejido subyacente y/o pérdida de piel, capas completas).

A nivel local la lesión cutánea producida por la quemadura se divide en tres zonas:

- Zona de coagulación: Es el punto de máximo daño, en esta zona el daño al tejido es irreversible originado por la desnaturalización y coagulación de las proteínas constituyentes de la piel.
- Zona de estasis: Es la zona circundante se caracteriza por una disminución de la perfusión tisular y aumento de la permeabilidad vascular, esta zona se puede recuperar con la reanimación de líquidos adecuada para lograr restituir la perfusión, sin embargo, puede producirse una pérdida de tejido en esta zona generando una lesión más extensa y profunda además del desarrollo de necrosis está pérdida de tejido de origina por mantenimiento de hipotensión prolongada, infecciones o edema.
- Zona hiperemia: En esta región se encuentra un aumento en la perfusión tisular, es la zona más externa, el tejido es viable para una recuperación sin mayor dificultad, pero puede aumentar la extensión y profundidad de la lesión en esta zona por el desarrollo de sepsis grave o hipoperfusión prolongada.

De acuerdo con Beiraghi-Toosi "Una quemadura es un tipo de enfermedad inflamatoria en la que, además de los daños dérmicos locales, pueden ocurrir complicaciones sistémicas". (2018, pp 1) la mortalidad general por quemaduras graves es de ~5%, y la mayoría de las muertes están relacionadas con hiperinflamación, compromiso inmunitario, insuficiencia multiorgánica, infección y sepsis. (Dobson, 2024, pp 1041).

Las lesiones por quemaduras graves generalmente se clasifican como $\geq 20\%$ superficie corporal total quemada (SCTQ), con $>5\%$ de espesor total en adultos y $\geq 10\%$ SCTQ en niños (<10 años). Posterior a una quemadura grave se produce la destrucción de las membranas celulares y una respuesta inflamatoria local y/o sistémica de acuerdo con su extensión, esta respuesta se manifiesta por dos fases:

- Fase de choque agudo: Implica cambios neurológicos, respiratorios, cardiovasculares, inflamatorios, inmunitarios y musculoesqueléticos que pueden durar días o meses.
- Fase hipermetabólica (de flujo): Puede durar meses o años. (Dobson, 2024, pp 1043).

La liberación de citocinas y otros mediadores inflamatorios en el sitio de la lesión tiene un efecto sistémico una vez que la quemadura alcanza el 30% de la superficie corporal total. (Hettiaratchy, 2004, pp.1427), este trastorno contribuye al edema tanto en los tejidos quemados como en los no afectados y es una manifestación compleja de un mal funcionamiento circulatorio y micro circulatorio. Esta afección fisiopatológica no se puede revertir, ni siquiera con intervención inmediata y suficiente aporte de líquidos (como se citó Alshammari, 2024, pp 1758).

El traumatismo por quemaduras graves implica al menos siete etapas superpuestas de progresión de la lesión secundaria impulsadas por la inflamación y la disfunción inmunitaria: Respuesta al estrés del SNC, Depresión y disfunción cardíaca, Pérdida de la integridad del

glicocáliz endotelial, Hipermetabolismo, Disfunción de la barrera intestinal, Coagulopatía, Disfunción multiorgánica. (Dobson, 2024, pp 1043).

La evaluación inicial del paciente con quemaduras es idéntica a la de otros traumatismos: reconocer y tratar primero las lesiones que ponen en peligro la vida y las extremidades. Muchos pacientes con quemaduras también presentan traumatismos asociados, la atención inicial a los pacientes con quemaduras de acuerdo con el manual de Soporte Vital Avanzado para Quemados consta de lo siguiente:

- A: Mantenimiento de la vía respiratoria con protección de la columna cervical.
- B: Evaluación de la respiración y la ventilación.
- C: Circulación y estado cardíaco, signos vitales, acceso intravenoso, e inicio de la reanimación.
- D: Evaluación de déficit neurológico y deformidad grave.
- E: Exposición y control ambiental, detener y eliminar cualquier producto químico o fuente de calor en curso. (ABA, 2023, pp 8).

La proporción de superficie corporal quemada permite valorar la gravedad de la lesión, la precisión en su evaluación es vital, ya que afecta directamente en el pronóstico del paciente además de proporcionar las pautas para el inicio de la reanimación hídrica. "Solo las quemaduras de segundo y tercer grado, comúnmente conocidas como quemaduras de espesor parcial y total, respectivamente, se incluyen en la determinación de la superficie corporal total", (Moore, 2024, párr. 4), existen algunos procedimientos más utilizados para valorar la extensión del tejido que sufrió quemaduras:

- La guía más utilizada para estimar el segundo grado y grados más profundos de quemadura es la "Regla de los Nueve". En adultos, las distintas regiones anatómicas

representan aproximadamente el 9 % o un múltiplo de la superficie corporal total (SCT). (ABA, 2023, pp 14)

- La tabla de Lund & Browder (LB) es actualmente la más precisa, sin embargo es propensa a errores especialmente en situaciones de emergencia ya que se realiza con estimaciones y cálculos mentales. (Arun, 2019, pp277)
- Método palmar: en quemaduras poco extensas, o sobre todo cuando esta es irregular o parcheada, se puede calcular sabiendo que la palma del paciente (desde el borde de la muñeca a la punta de los dedos) equivale a un 1% de la SCT. Si solo se cuenta la palma sin los dedos, equivale al 0,5% de la SCT. Se puede utilizar a cualquier edad. (Fernández, 2020, pp 280)

En caso de una quemadura grave, la primera y más importante intervención terapéutica es la reanimación adecuada. (Żwierello, 2023, pp 8). La fluidoterapia es obligatoria en adultos (>15 % de la superficie corporal total) y crítica en niños (≥ 10 % de la superficie corporal total). Después de una quemadura grave, las pérdidas de plasma pueden superar los 4 ml por kilogramo de peso corporal por hora. Por lo tanto, el objetivo principal de la fluidoterapia es prevenir la fuga vascular y la hipovolemia y mantener una perfusión y oxigenación tisular adecuadas. (Dobson, 2024, pp 1047).

La reanimación aguda con líquidos se refiere a la administración de líquidos intravenosos durante las primeras 48 horas posteriores a una lesión por quemadura aguda en un adulto que afecte al menos el 20% de la superficie corporal total (%SCT). (Cartotto, 2023, pp. 565), la reanimación tras una quemadura grave comienza en la fase prehospitalaria y al llegar a un centro de quemados se selecciona una tasa inicial, seguida de una titulación cuidadosa basada en los criterios de valoración de la reanimación, siendo el más común la diuresis por hora, (Rizzo, 2023, pp 1017) 0.5-1.0 ml/kg/hr en adultos y 1.0-1.5 ml/kg/hr en pediátricos. (Hettiaratchy, 2004, pp.102)

A través del tiempo se ha logrado desarrollar diversas fórmulas que estiman los requerimientos de la reanimación con líquidos inicial dentro las cuales destacan:

- La fórmula de Parkland, que se utiliza comúnmente para determinar el volumen de líquido de reanimación, lleva el SCTQ estimado por el clínico. La fórmula es la siguiente: $4 \text{ mL} \times \% \text{ TBSA} \times \text{peso del paciente (kg)} = \text{líquido total en las primeras 24 horas}$, con el 50% del volumen total administrado en las primeras 8 horas y el resto en las siguientes 16 horas. (Ho, 2023, pp 20)
- La fórmula de Brooke modificada, que estima un volumen total de $2 \text{ ml} \times \text{kg} \times \text{SCQT}$. $\text{SCQT} = \text{ml}/24 \text{ hr} \div 16 = \text{tasa inicial de ml/hr}$. (ABA, 2023, pp 14)
- La Regla de los Diez: La única variable requerida es la superficie corporal total (SCT) afectada, redondeada al alza a la decena más cercana ($\% \text{ SCT} \times 10 = \text{caudal inicial de líquidos en ml/h}$). (Oboli, 2023, párr. 5)

La reanimación insuficiente claramente conducirá a una falla orgánica e incluso a la muerte. Sin embargo, el reconocimiento del fenómeno de "fluid creep" ha centrado la atención en el problema opuesto: el suministro de líquido de reanimación excesivo conduce a una mayor morbilidad y mortalidad en pacientes con quemaduras graves. (Cartotto, 2023, pp. 566)

De acuerdo con Alqirnas et al, "la edad y la superficie corporal total afectada se convierten en un importante factor de riesgo de sepsis en pacientes con quemaduras graves". (2024, pp 6), la sepsis es una respuesta desregulada a la infección, es una de las principales causas de muerte tras una quemadura. Los cambios en la respuesta inmunitaria, así como la pérdida de piel, principal barrera contra las infecciones, contribuyen al aumento del riesgo de infección y sepsis en pacientes con quemaduras. Este mayor riesgo se ve agravado por el desarrollo de la respuesta inflamatoria sistémica y el estado hipermetabólico. (Palmieri, 2025, pp 1).

Debido a la típica evolución temporal de la sepsis en pacientes con quemaduras y rápido deterioro, la detección de la sepsis es muy importante para permitir una terapia temprana de la sepsis (Boehm, 2021, pp 8) como medidas preventivas y de control las pautas internacionales de las guías de práctica clínica para el cuidado de las quemaduras de la International Society for Burn Injuries (ISBI) recomiendan mantener un entorno hospitalario limpio y un nivel alto de higiene ayudan a impedir la propagación de patógenos asociados al medio sanitario. (2016, pp 47)

Cáceres-Jerez puntualiza que uno de los pilares fundamentales del tratamiento de pacientes con quemaduras en fase aguda es el manejo efectivo del dolor. (2018, pp 52). Es sabido que los numerosos procedimientos para tratar las quemaduras producen estímulos dolorosos intensos, repetitivos y prolongados en el tiempo, dando origen a la alteración patológica de la función de percepción, transmisión y modulación del estímulo nociceptivo, logrando con esto la amplificación de las zonas receptivas y a la alteración de la relación entre la intensidad del estímulo doloroso y la respuesta al dolor. (Larrea, 2015, pp 78)

Las quemaduras tienen distintos mecanismos de producción nociceptiva, y la cantidad de nociceptores destruidos es proporcional a la SCTQ, el daño de la epidermis y dermis por las quemaduras genera estimulación directa de nociceptores, esto provoca el

aumento de la actividad de las fibras nerviosas tipo C y A delta que facilita la nocicepción. (Castro, 2023, e1035), la funcionalidad de los nociceptores al ser terminaciones nerviosas son las de receptores del dolor.

La evaluación del dolor en el enfermo quemado considera tres momentos específicos: reposo, derivado de procedimientos y posoperatorio. Los opioides son la piedra angular del manejo de dolor agudo causado por quemaduras, los procedimientos intensamente dolorosos o no tolerados por el paciente se deben realizar bajo anestesia general. (Carrillo, 2022, pp 124), en la actualidad las guías internacionales para el manejo de pacientes quemados siguen declarando la necesidad

de más investigaciones en torno al tratamiento del dolor por lo que se sigue recomendando la escalera analgésica propuesta por la OMS la cual consta principalmente de tres escalones:

- Primer paso: Dolor leve analgésicos no opioides como antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o paracetamol con o sin adyuvantes
- Segundo paso: Dolor moderado opioides débiles (hidrocodona, codeína, tramadol) con o sin analgésicos no opioides y con o sin adyuvantes
- Tercer paso: Dolor intenso y persistente opioides potentes (morfina, metadona, fentanilo, oxycodona, buprenorfina, tapentadol, hidromorfona, oximorfona) con o sin analgésicos no opioides y con o sin adyuvantes. (Anekar, 2023, párr. 3).

Respecto a la nutrición en el paciente quemado las pautas de las guías internacionales reconocen la insuficiente importancia del soporte nutricional del paciente quemado. Los primeros estudios de pacientes quemados documentan la malnutrición grave que se manifiesta durante el período de recuperación. (ISBI, 2016, pp 56)

4.3 Aspectos de bioseguridad en los pacientes con quemaduras en el cuidado de enfermería

Contar con las medidas de bioseguridad adecuadas demuestra el compromiso profesional con el bienestar de las personas atendidas y la sociedad en su conjunto.

Un proceso de enfermería estandarizado proporciona herramientas de acceso inmediato para consulta de cualquier persona que integra el equipo de enfermería para aplicar las intervenciones necesarias en situaciones similares, y se considera sin riesgo en materia de bioseguridad sin embargo los lineamientos clave para la atención integral de personas con quemaduras en México establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) establecen directrices y procedimientos para garantizar la adecuada atención de pacientes con quemaduras en el país. Su objetivo es

asegurar la calidad, seguridad y equidad en el tratamiento, así como la prevención de complicaciones y la rehabilitación integral de las personas afectadas. De las cuales destacan:

- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.
- PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-025-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

4.4 Aspectos éticos en los procesos de enfermería

El proceso de enfermería estandarizado no implica el cuidado personalizado, su fundamento ético surge de la práctica de enfermería que se encuentra enfocada en el cuidado humanizado al servicio de la sociedad por lo tanto se encuentra profundamente arraigado a principios éticos y códigos internacionales fundamentales que garantizan una atención digna

segura y eficaz aplicando criterios no discriminatorios a todas las personas que reciban una atención por parte de los profesionales de enfermería, dentro de las normativas éticas destacan:

- Declaración universal de los derechos humanos
- Código de ética de la organización mundial de la salud
- Código deontológico del cie para la profesión de enfermería
- Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

V. Metodología

El presente proceso de enfermería estandarizado, es para pacientes con quemaduras, primeramente se realizó una búsqueda literaria, revisando artículos científicos en las bases de datos Dialnet y Google académico, siendo artículos de revistas científicas y repositorios de universidades en donde identifican la utilización de la taxonomía de la NANDA para la elaboración de cuidados de enfermería en pacientes con quemaduras, las palabras clave que se utilizaron en esta revisión sistemática derivan del objetivo que son quemaduras , proceso de enfermería y NANDA de operador booleano e utiliza AND.

De la estrategia de búsqueda para la base de datos Dialnet se realiza utilizando el algoritmo de búsqueda ((proceso de enfermería) AND (Quemaduras)) la cual arroja 43 entradas, para el buscador Google académico se utiliza el algoritmo ((proceso de enfermería) AND (Quemaduras) AND (NANDA)) la cual arroja 15, 400 entradas y se agregan criterios de búsqueda avanzada en el ítem todas las palabras: proceso de enfermería estandarizado quemaduras. reduciendo la búsqueda a 149 resultados.

Una vez identificados los 192 artículos se revisan de manera independiente, se analizan los títulos, los resúmenes y el desarrollo de los procesos de enfermería, se excluyen aquellos que no incluyen la taxonomía de la NANDA y que no describen las etiquetas diagnosticas de enfermería, establecidas en los diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación de la NANDA. Que incluyan factores relacionados y/o características relacionadas, los cuales se describen en la tabla1.

Se seleccionan7 documentos de la base de datos Google académico que conforman el repositorio de universidades de México, Ecuador, Perú y España. De la base de datos Dialnet son 10 artículos que cumplen con los criterios de inclusión, y que pertenecen a la revista sanitaria en salud, se describen en la tabla 1 selección de evidencia científica.

Continuando con el desarrollo del proceso se enuncian las etiquetas diagnosticas encontradas por cada documento revisado, identificando 53 etiquetas diagnósticas, la cual, se detalla en la tabla 2. Presentación de diagnósticos de enfermería. Una vez identificadas se seleccionan las que tienen más frecuencia de mención por los autores en la tabla 3. Priorización de etiquetas diagnosticas, se asignan a la clasificación 2 aquellas mencionadas con mayor frecuencia, y a la clasificación 1 de la ponderación aquellas nombradas con menor frecuencia.

Ya que se han identificado las que tienen mayor ponderación , se detallan 9 diagnósticos de enfermería que cumplen con las respuesta alteradas esperadas en pacientes con quemaduras, que incluyen; etiquetas diagnosticas, características definitorias, factores relacionados o condiciones asociadas establecidas por dominios en la taxonomía de diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación de la NANDA, y se establecen objetivos con apoyo de la clasificación de resultados de enfermería (NOC), incorporando los indicadores de cada resultado con la escala de evaluación diana descrita en cada apartado, con ayuda de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), optando por las actividades descritas en cada intervención que se adecue al tratamiento de personas con quemaduras, y se agrega nuevamente con la puntuación diana recopilada en la valoración de cada indicador y el resultado obtenido posterior a las intervenciones aplicadas, este proceso de atención estandarizado se describe en el apartado de resultados.

A partir de la estructura del proceso de atención de enfermería para pacientes quemados desarrollado antes descrita se pretende ofrecer una herramienta con relevancia de acuerdo con la presentación de la enfermedad y las respuestas humanas en las que se pretende intervenir, finalizando el presente trabajo con las conclusiones y sugerencias identificadas al desarrollar el presente trabajo.

Se anexan apéndices de los formatos de las tablas, para la selección de evidencia científica, (tabla1), presentación de etiquetas diagnosticas de enfermería (tabla2) y priorización de etiquetas

diagnosticas, (tabla 3). Y el formato para presentación proceso de enfermería estandarizado tabla 4.

Así mismo, se estructuro la información teórica respecto a la enfermedad identificando la información disponible por fuentes oficiales en el país de México, emitidas por la secretaria de salud, y a nivel internacional en las asociaciones de salud especializadas en la atención a pacientes con quemaduras entre las que destacan la Asociación americana de quemados, asociación americana del dolor, seleccionando guías de práctica clínica, protocolos, artículos de revista y programas avanzados de reanimación.

Tabla 1. Selección evidencia científica

Base de datos	Nombre de la revista	Título del artículo	ISSN y dirección electrónica	Nombre y apellido de autores y año de publicación	Conectores boléanos utilizados	Resultados (Diagnósticos de Enfermería que se encuentran descritos en cada documento con la taxonomía NANDA)
Google académico	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ FACULTAD DE ENFERMERÍA	Plan de cuidados de enfermería para el adulto gran quemado en el servicio de urgencias hospitalaria	https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4561/TESINA%20VERSION%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Jesús Morales Torres Ma. del Carmen Pérez Rodríguez (2017)	Proceso enfermería and quemaduras	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C obstrucción de las vías aéreas (edema y secreciones) M/P estertores, tos inefectiva, excesiva cantidad de esputo, polipnea, cambios en el ritmo respiratorio, disminución de los sonidos respiratorios, disnea Deterioro del intercambio de gases R/C Desequilibrio ventilación perfusión, Edema en orofaringe M/P Gasometría arterial anormal (hipercapnia, hipoxia, hipoxemia), disnea, cambios en la frecuencia respiratoria, polipnea, estridor, sibilancias, tiraje intercostal, uso de músculos accesorios, ensanchamiento de narinas respiración simetría en elevación y caída de caja torácica, disnea.

						Disminución del gasto cardiaco R/C Alteraciones de la función cardiaca M/P modificaciones en la frecuencia y ritmo cardiacos: Arritmias, bradicardia, taquicardia, cambios electrocardiográficos Déficit de volumen de líquidos R/C Pérdida importante del volumen de líquidos a través de la piel quemada M/P pulso débil, hipotensión o tensión arterial ausente, Disminución del llenado capilar, aumento de la frecuencia del pulso, disminución de la diuresis, aumento de la concentración de la orina. Riesgo de perfusión tisular inefectiva Cerebral F/R Hipovolemia, deterioro del transporte de oxígeno a través de la membrana alveolo capilar. Dolor agudo R/C lesiones en los tejidos y fibras nerviosas por agentes lesivos: químicos o físicos M/P Autoinforme del nivel y la presencia de dolor, expresión facial de dolor, conducta expresiva (inquietud, llanto, vigilancia, movimientos fijos o escasos, gemidos)
--	--	--	--	--	--	---

						Hipotermia R/C Evaporación de la piel, exposición a un entorno frío, traumatismo M/P Temperatura corporal por debajo del rango normal, piel fría, Piloerección, escalofríos, enlentecimiento del llenado capilar Deterioro de la integridad cutánea R/C Agentes lesivos externos: Sustancias químicas, radiación (térmica: emitida por un cuerpo debido a su temperatura) M/P Destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie de la piel Riesgo de infección F/R Alteración de la integridad cutánea
	Universidad de Valladolid	Cuidados de enfermería en la unidad de quemados críticos	https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41936/TFG-H1889.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Alicia de la Fuente Peláez María Vázquez Outeiro Patricia Fernández de Prado (2020)	Proceso enfermería and quemaduras	Diagnóstico: déficit de volumen de líquidos Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades Deterioro de la integridad cutánea Riesgo de infección Diagnóstico: dolor agudo Deterioro de la movilidad física

						Deterioro de la integridad de la mucosa oral Temor Ansiedad Trastorno del patrón del sueño Trastorno de la imagen corporal
	Universidad Nacional de Loja	Proceso enfermero aplicado a pacientes con quemaduras del Hospital Isidro Ayora Loja	https://dspace.unl.edu.ec/server/api/core/bitstreams/8f98e5ed-95f9-451f-b73f-469ffc434f33/content	Edison Patricio Suquilanda Poma. Bertila Maruja Tandazo Agila (2021)	Proceso enfermería and quemaduras	Deterioro de la integridad tisular. Deterioro de la integridad cutánea. Trastorno del patrón sueño. Deterioro de la actividad recreativa. Ansiedad. Riesgo de infección. Dolor agudo. Trastorno de la imagen corporal.
	Universidad Señor de SIPÁN	Proceso de atención en enfermería aplicado en paciente con	https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6377/Rodrigo%	Rosa Sebastiana Rodrigo Niquen	Proceso enfermería and quemaduras	Dolor agudo r/c lesión por agente químico (quemadura) s/a quemadura en espalda, brazo derecho y miembro inferior izquierdo

		quemadura en el hospital regional docente las mercedes 2019	20Niquen%2C%20Rosa%20Sebastiana.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Juan Miguel Velásquez Caro (2019)		m/p Facie de dolor y quejumbrosa con una escala de Eva 8. Deterioro de la integridad cutánea r/c lesión por agente químico (quemadura) e/p quemadura de II y III grado. Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida excesiva de líquidos a través de vías normales e/p balance negativo más piel y mucosas secas. Retención urinaria r/c inhibición del arco reflejo sensitivo motor e/p Sonda vesical. Cansancio del rol del cuidador r/c Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas m/p esposa refiere: "tengo que quedarme en el hospital por no tener familia en Chiclayo". Riesgo de infección r/c Miembro superior derecho vía periférica permeable perfundiendo cloruro al 9% 1000 + amikacina 1g (Procedimientos Invasivos).
--	--	---	--	-----------------------------------	--	---

	Universidad de Zaragoza	Plan de cuidados de enfermería en el paciente gran quemado	https://zaguan.unizar.es/record/89022/files/TAZ-TFG-2019-595.pdf	Raquel Tejedor Bartolomé Yolanda Martínez Santos (2019)	Plan de cuidados de un paciente gran quemado	Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel. Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos: quemadura m/p Conducta expresiva, Cambio en parámetros fisiológicos, Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (EVA). Déficit del volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p disminución de la diuresis, disminución de la presión arterial, disminución de la temperatura corporal, debilidad. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c factores biológicos m/p fragilidad capilar. Deterioro de la integridad tisular r/c hipertermia/hipotermia m/p alteración de la integridad de la piel. Trastorno de la imagen corporal r/c traumatismo m/p percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo. Disposición para mejorar el afrontamiento m/p es consciente de posibles cambios
--	-------------------------	--	---	---	--	--

						ambientales, expresa deseo de mejorar el manejo de los estresores, expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal. Riesgo de síndrome postraumático r/c percepción del acontecimiento como traumático y duración del acontecimiento traumático.
	Universidad Da Coruña	Plan de cuidados de un paciente gran quemado	https://ruc.udc.es/rest/api/core/bitstreams/6183967e-4bcf-46e3-8006-537b7055ce9d/content	Andrea Docampo Sánchez Rosa Pita (2022)	Plan de cuidados de un paciente gran quemado	Déficit de autocuidado en la alimentación r/c ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda m/p deterioro de la habilidad para abrir recipientes y cortar la comida. Riesgo de estreñimiento r/c actividad física inferior a la recomendada según el sexo y la edad. Riesgo de deterioro de eliminación urinaria r/c micciones frecuentes y abundantes. Déficit de autocuidado en el uso del inodoro r/c ausencia de todos los dedos en la mano

						derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano 24 Plan de cuidados de un paciente gran quemado izquierda m/p deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación. Deterioro de la movilidad física r/c dolor, disminución de la fuerza muscular, pérdida de la condición física, rigidez articular... m/p disminución de la amplitud de movimientos. Riesgo de trastorno del patrón del sueño r/c hospitalización. Déficit autocuidado en el vestido r/c ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda m/p deterioro de la habilidad para abrocharse y ponerse diferentes piezas de ropa. Riesgo de termorregulación ineficaz r/c procedimiento quirúrgico. Déficit de autocuidado en el baño r/c ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.
--	--	--	--	--	--	--

						Dolor agudo r/c intervención quirúrgica y quemaduras m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor y expresión facial de dolor. Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física. Riesgo de infección r/c presencia de catéter central periférico
	Universidad Autónoma de Guerrero	Proceso de Atención de Enfermería en paciente gran quemado	http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2430/TE_10220705_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Adriana Medina Cervantes. Norma Angelica Bernal Pérez (2021)	Proceso enfermería and quemaduras	Patrón respiratorio ineficaz R/C Fatiga de los músculos respiratorios M/C Disnea, patrón respiratorio anormal Deterioro de la integridad cutánea R/C Lesión por agente (quemadura por fuego) M/C Alteración de la integridad cutánea de la piel. Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C Procedimientos intravasculares, sedentarismo, y traumatismo. Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (quemaduras) m/p auto informe de la

						intensidad del dolor usando escalas, cambios en parámetros fisiológicos y expresión facial del dolor. Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel. Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresa deseos de mejorar el autocuidado, el conocimiento de autocuidado y su independencia.
DIALNET	Revista Sanitaria de Investigación	Caso clínico. Proceso de atención de enfermería a una paciente con quemaduras de 2º grado	2660-7085 Vol. 4, N.º. 6, 2023 https://revistas.anitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-una-paciente-con-quemaduras-de-2o-grado/	Silvia Batista Gutiérrez. Mireia Soria Martínez. Adolfo Benito Ormeño. Eva Cristina Martínez Donoso. Karen Cano Galán. Clara Lafarga Santiago.	quemaduras and proceso de enfermería	Deterioro de la integridad cutánea r/c quemaduras m/p alteración de la superficie de la piel y destrucción de las capas de la piel. Alteración de la epidermis y/o de la dermis. Dolor agudo r/c agente lesivo físico m/p expresión verbal y gesticular de dolor. Riesgo de infección r/c deterioro de la integridad cutánea.

				(2023)		
DIALNET	Revista Sanitaria de Investigación	Proceso de atención de enfermería en paciente con quemaduras de segundo grado superficial y profunda.	2660-7085, Vol. 3, N.º. 4, 2022 https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-con-quemaduras-de-segundo-grado-superficial-y-profunda/	Naira Gaudioso Vidal. Sandra Sorrosal Arjona. Susana Navarro. Silvia Fernández Bañón. Irene Juan Joven. Izarbe Martin Gálvez. (2022)	quemaduras and proceso de enfermería	Riesgo de infección relacionado con la destrucción tisular producida por la quemadura. Dolor agudo relacionado con el proceso de la quemadura. Riesgo de alteración de la imagen corporal relacionada con el desconocimiento del resultado del proceso de cicatrización y la posibilidad de aparición de cicatrices. Ansiedad relacionada con el cambio en el estado de salud manifestado por la incertidumbre ante su situación actual. Baja autoestima situacional relacionado con cambios de aspectos personales.
DIALNET	Revista Sanitaria de Investigación	proceso de atención de enfermería en UCI, de paciente de 23 años con	2660-7085, Vol. 5, N.º. 1, 2024 https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-uci-de-paciente-de-23-anos-con/	Jorge Latorre Martínez. Javier Martínez Nivela.	quemaduras and proceso de enfermería	Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p observación de evidencias de dolor, dilatación pupilar cambios en la presión arterial, cambios de pulso y respiración, diaforesis y expresión facial de dolor.

		quemaduras de segundo y tercer grado	tigacion.com/ca so-clinico- proceso-de- atencion-de- enfermeria-en- uci-de- paciente-de- 23-anos-con- quemaduras- de-segundo-y- tercer-grado/	Esther Ripa Peralta. María Cuarteto Tolosa. María Irene Laplana Otín. Greta Lax Oria. (2024)		Deterioro de la integridad tisular r/c agentes térmicos m/p lesión con destrucción tisular. Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c edemas, pérdida activa de líquidos y pérdidas insensibles. Riesgo de hipotermia r/c enfermedad o traumatismo que afecta a la regulación de la temperatura. Riesgo de infección r/c traumatismo, destrucción de la integridad tisular, aumento de la exposición a agentes patógenos y procedimientos invasivos.
DIALNET	Revista Sanitaria de Investigación	Proceso de atención de enfermería en paciente con quemadura en el servicio de urgencias.	2660-7085, Vol. 2, Nº. 10 (octubre), 2021 https://revistas anitariadeinvestigacion.com/pr oceso-de- atencion-de- enfermeria-en- paciente-con-	Isabel Sancho Sarria. Xabier Mato Hierro. Laura Bermejo Pastor. Adriana Máñez Giménez. Irene Cueto Torres.	quemaduras and proceso de Enfermeria	riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Dolor agudo.

			quemadura-en-el-servicio-de-urgencias/	Helena Ayala Vallejo. (2021)		
DIALNET	Revista Sanitaria de Investigación	Proceso de atención de enfermería al paciente quemado caso clínico.	2660-7085, Vol. 3, Nº. 5, https://revistas anitariadeinves tigacion.com/pr oceso-de- atencion-de- enfermeria-al- paciente- quemado-caso- clinico/	Paula Betés Pola. Silvia Blasco Borao. Patricia Rodríguez Hernández. Berta Molero Conde. María Loraque Alonso. María Pinilla Conil. (2022)	quemaduras and proceso de Enfermeria	Deterioro de la integridad cutánea r/c deflagración m/p alteración de la superficie de la piel y destrucción de las capas de la piel. Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p expresión de dolor, inquietud, alteración del sueño. Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos y dolor m/p mayor dependencia en la elaboración de las actividades de la vida diaria e instrumentales y deterioro en los movimientos en la cama y la deambulación. Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida importante de volumen de líquidos m/p aumento de la concentración de la orina y sequedad de la piel y mucosas. Riego de infección r/c destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

						Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c dolor, debilidad, deterioro de la movilidad física m/p incapacidad de realizar de manera autónoma las actividades de aseo. Conocimientos deficientes r/c proceso de su enfermedad m/p verbalización del problema. Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p manifestaciones verbales de preocupación por cambios en acontecimientos vitales. Temor r/c situación potencialmente estresante m/p angustia. Deterioro del patrón de sueño r/c dificultad para conciliar y mantener el estado de sueño m/p insomnio mantenido. Desequilibrio nutricional por defecto r/c demandas metabólicas superiores a la ingesta m/p estado hipercatabólico. Estreñimiento r/c actividad física disminuida m/p disminución del número de deposiciones en relación con el patrón habitual.
--	--	--	--	--	--	--

						Hipotermia r/c enfermedad m/p reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales.
		Proceso de atención de enfermería a paciente con quemadura térmica de segundo grado profundo en una unidad de grandes quemados.	2660-7085, Vol. 3, N°. 2 https://revistas.anitariadeinves-tigacion.com/pr-oceso-de-atencion-de-enfermeria-a-paciente-con-quemadura-termica-de-segundo-grado-profundo-en-una-unidad-de-grandes-quemados/	Susana Palomar Marco. Beatriz Cisneros Millán. José Antonio Martínez Avezuela. Julia Bescós Uribe. Carlota Bueno Arrizabalaga. Isabel Calvo Alcaine. (2022)		Deterioro de la integridad cutánea relacionado con quemadura manifestado por pérdida de solución de continuidad de la piel. Riesgo de infección relacionado con lesión extensa de la piel. Movilidad física deteriorada relacionado con restricciones del movimiento prescritas. Riesgo de estreñimiento relacionado con limitación de la movilidad física. Interrupción de la lactancia materna relacionado con herida próxima a areola mamaria manifestado por ingurgitación y dolor en el pecho afectado

		Proceso de atención enfermero Quemadura por radiación	2660-7085, Vol. 2, Nº. 11	Nuria Espeleta Cabrejas. Silvia Millán Valero. (2021)		Dolor agudo R/C agente lesivo físico (quemadura) M/P postura para evitar el dolor (miembros en flexión) y expresión facial de dolor Deterioro de la integridad cutánea R/C lesión por quemadura M/P alteración de la integridad de la piel. Insomnio R/C malestar físico M/P dificultad para conciliar y mantener el sueño.
		Cuidados de enfermería a paciente pediátrico gran quemado	2660-7085, Vol. 3, Nº. 3, https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-a-paciente-pediatrico-gran-quemado-caso-clinico/	Diana Merino Leiva. Carmen Prieto Sancho. Alejandro Hernández Fernández. María del pilar Suarez Gorris. Elena Badía Romano. Carlos Martin Gracia.		riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c quemaduras. Riesgo de Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c Inmovilidad. Riesgo de síndrome de desuso r/c alteración del nivel de conciencia. Riesgo de infección r/c alteración de la integridad cutánea de la piel. Termorregulación ineficaz r/c inactividad m/p temperatura corporal por encima o por debajo del rango normal. Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos, m/p evidencia de dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en

				(2022)		aquellos que no se puedan comunicar verbalmente. Trastorno de la imagen corporal r/c lesiones (quemaduras) y procedimientos quirúrgicos y m/p evitar mirar el propio cuerpo, rechazo a reconocer el cambio y sentimientos negativos sobre el cuerpo.
		Proceso de atención enfermero. Caso clínico de un paciente quemado	2660-7085, Vol. 3, Nº. 1 https://revistas.anitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-enfermero-caso-clinico-de-un-paciente-quemado/	Patricia Ferrer Sierra. Rúben Ferreruela Lanza. Teresa Coloma Calvo. Nazarte Tejedor Saralegui. Marta Fernando Martínez. (2022)		Riesgo de infección. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. Riesgo de déficit de volumen de líquidos. Deterioro de la integridad tisular. Deterioro del patrón de sueño. Dolor agudo. Trastorno de la imagen corporal.

		Plan de cuidados de paciente quemado	2660-7085, Vol. 4, Nº. 3 https://revistas.anitariadeinves-tigacion.com/plan-de-cuidados-de-paciente-quemado/	Ana Belén Fuertes Hernández. Aitana Domingo Lizaga. María Orós Rodrigo. Marta Ballarín Riazuelo. Cristina Gines Gómez. Alexandro Bailo Aysa. (2023)		Trastorno de la imagen corporal r/c secuelas de las quemaduras m/p preocupación por el cambio. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física. Dolor agudo r/c agentes físicos m/p respuestas autónomas, como aumento de la tensión arterial, cambios en el pulso, frecuencia respiratoria aumentada o disminuida. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental. Deterioro del intercambio gaseosos r/c desequilibrio ventilación/perfusión m/p gasometría arterial anormal. Riesgo de síndrome de desuso r/c alteración del nivel de conciencia, inmovilización mecánica. Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa del volumen de líquidos m/p hipotensión.
--	--	--------------------------------------	---	---	--	--

Tabla 2. Tabla de etiquetas diagnósticas

Autor	Etiqueta Diagnostica 1	Etiqueta Diagnostica 2	Etiqueta Diagnostica 3	Etiqueta Diagnostica 4	Etiqueta Diagnostica 5	Etiqueta Diagnostica 6	Etiqueta Diagnostica 7	Etiqueta Diagnostica 8	Etiqueta Diagnostica 9	Etiqueta Diagnostica 10	Etiqueta Diagnostica 11	Etiqueta Diagnostica 12	Etiqueta Diagnostica 13
Autor 1 Jesús Morales Torres Ma. del Carmen Pérez Rodríguez (2017)	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Deterioro del intercambio de gases	Disminución del gasto cardiaco	Déficit de volumen de líquidos	Riesgo de perfusión tisular inefectiva Cerebral	Dolor agudo	Hipotermia	Deterioro de la integridad cutánea	Riesgo de infección				
Autor 2 Alicia de la Fuente Peláez María Vázquez	Déficit de volumen de líquidos	Desequilibrio nutricional : inferior a las	Deterioro de la integridad cutánea	Riesgo de infección	Diagnóstico: dolor agudo	Deterioro de la movilidad física	Deterioro de la integridad de la mucosa oral	Temor	Ansiedad	Trastorno del patrón del sueño	Trastorno de la imagen corporal		

Outeiriño Patricia Fernández de Prado (2022)		necesidades											
Autor3 Edison Patricio Suquilanda Poma. Bertila Maruja Tandazo Agila (2021)	Deterioro de la integridad tisular.	Deterioro de la integridad cutánea	Trastorno del patrón sueño.	Deterioro de la actividad recreativa	Ansiedad.	Riesgo de infección.	Dolor agudo.	Trastorno de la imagen corporal					
Autor4 Rosa Sebastian a Rodrigo Niquen Juan Miguel Velásquez Caro (2019)	Dolor agudo	Deterioro de la integridad cutánea	Déficit de volumen de líquidos	Retención urinaria	Cansancio del rol del cuidador	Riesgo de infección							

Autor 5 Raquel Tejedor Bartolomé Yolanda Martínez Santos (2019)	Riesgo de infección	Dolor agudo	Déficit del volumen de líquidos	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.	Deterioro de la integridad tisular	Trastorno de la imagen corporal.	Disposición para mejorar el afrontamiento	Riesgo de baja autoestima situacional	Riesgo de síndrome postraumático				
Autor 6 Andrea Docampo Sánchez Rosa Pita 2022	Déficit de autocuidado en la alimentación	Riesgo de estreñimiento	Riesgo de deterioro de eliminación urinaria	Déficit de autocuidado en el uso del inodoro	Deterioro de la movilidad física	Riesgo de trastorno del patrón del sueño	Déficit autocuidado en el vestido	Riesgo de termorregulación ineficaz	Déficit de autocuidado en el baño	Dolor agudo	Riesgo de caídas	Riesgo de infección	
Autor 7 Adriana Medina Cervantes. Norma Angelica Bernal Pérez	Patrón respiratorio ineficaz	Deterioro de la integridad cutánea	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	Dolor agudo	Riesgo de infección	Disposición para mejorar el autocuidado							

(2021)													
Autor 8													
Silvia Batista Gutiérrez.													
Mireia Soria Martínez.													
Adolfo Benito Ormeño.	Deterioro de la	Dolor agudo	Riesgo de infección										
Eva Cristina Martínez Donoso.	integridad cutánea												
Karen Cano Galán.													
Clara Lafarga Santiago.													
(2023)													
Autor 9	Riesgo de infección	Dolor agudo	Riesgo de alteración de la	Ansieda d	Baja autoestima situacional								

Naira Gaudioso Vidal.			imagen corporal										
Sandra Sorrosal Arjona.													
Susana Navarro.													
Silvia Fernández Bañón.													
Irene Juan Joven.													
Izarbe Martín Gálvez.													
(2022)													
Autor 10													
Jorge Latorre Martínez.	Dolor agudo	Deterioro de la integridad tisular	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Riesgo de hipotermia	Riesgo de infección								

Javier Martínez Nivela. Esther Ripa Peralta. María Cuarteto Tolosa. María Irene Laplana Otín. Greta Lax Oria. (2024)													
Autor 11 Isabel Sancho Sarria. Xabier Mato Hierro.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Dolor agudo											

Laura Bermejo Pastor. Adriana Mániz Giménez. Irene Cueto Torres. Helena Ayala Vallejo. (2021)													
Autor 12 Paula Betés Pola. Silvia Blasco Borao. Patricia Rodríguez Hernández.	Deterioro de la integridad cutánea	Dolor agudo	Deterioro de la movilidad física	Déficit de volumen de líquidos	Riego de infección	Déficit de autocuidado: baño/higiene	Conocimientos deficientes	Ansiedad	Temor	Deterioro del patrón de sueño	Desequilibrio nutricional por defecto	Estrés	Hipotermia

Berta Molero Conde.													
María Loraque Alonso.													
María Pinilla Conil.													
(2022)													
Autor 13													
Susana Palomar Marco.													
Beatriz Cisneros Millán.	Deterioro de la integridad cutánea	Riesgo de infección	Movilidad física deteriorada	Riesgo de estreñimiento	Interrupción de la lactancia materna								
José Antonio Martínez Avezuela.													
Julia Bescós Uribe.													

Carlota Bueno Arrizabala ga. Isabel Calvo Alcaine. (2022)													
Autor 14 Nuria Espeleta Cabrejas. Silvia Millán Valero. (2021)	Dolor agudo	Deterioro de la integridad cutánea	Insomnio										
Autor 15 Diana Merino Leiva. Carmen Prieto Sancho.	riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Riesgo de Motilidad gastrointestinal disfuncional	Riesgo de síndrome de desuso	Riesgo de infección	Termorregulación	Dolor agudo	Trastorno de la imagen corporal						

Alejandro Hernández Fernández . María del pilar Suarez Gorris. Elena Badía Romano. Carlos Martin Gracia. (2022)													
Autor 16 Patricia Ferrer Sierra. Rúben Ferreruella Lanza. Teresa Coloma Calvo.	Riesgo de infección	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.	Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	Deterioro de la integridad tisular.	Deterioro del patrón de sueño.	Dolor agudo.	Trastorno de la imagen corporal.						

Nazarte Tejedor Saralegui.													
Marta Fernando Martínez. (2022)													
Autor 17 Ana Belén Fuertes Hernández . Aitana Domingo Lizaga. María Orós Rodrigo. Marta Ballarín Riazuelo. Cristina Gines Gómez.	Trastorno de la imagen corporal	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Dolor agudo	Riesgo de infección	Deterioro del intercambio gaseosos	Riesgo de síndrome de desuso	Déficit de volumen de líquidos						

Alexandro
Bailo Aysa.
(2023)

Tabla 3. Priorización de etiquetas diagnósticas.

TABLA DE PRIORIZACIÓN DE ETIQUETAS	
Ansiedad	2
Dolor agudo	
Riesgo de infección	
Trastorno de la imagen corporal	
Deterioro de la integridad cutánea	
Déficit de volumen de líquidos	
Riesgo de síndrome de desuso	
Déficit de autocuidado: baño/higiene	
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	
Deterioro de la integridad tisular.	
Deterioro de la movilidad física	
Deterioro del patrón de sueño	
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	
Riesgo de termorregulación ineficaz	
Termorregulación	
Trastorno del patrón del sueño	
Baja autoestima situacional	1
Cansancio del rol del cuidador	
Conocimientos deficientes	
Déficit autocuidado en el vestido	
Déficit de autocuidado en el uso del inodoro	
Déficit de autocuidado en la alimentación	
Desequilibrio nutricional por defecto	
Deterioro de la actividad recreativa	
Deterioro de la integridad de la mucosa oral	
Deterioro del intercambio de gases	
Deterioro del intercambio gaseosos	
Disminución del gasto cardíaco	
Disposición para mejorar el afrontamiento	
Disposición para mejorar el autocuidado	
Estreñimiento	
Hipotermia	
Insomnio	
Interrupción de la lactancia materna	
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	
Movilidad física deteriorada	
Patrón respiratorio ineficaz	

Retención urinaria
Riesgo de alteración de la imagen corporal
Riesgo de baja autoestima situacional
Riesgo de caídas
Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.
riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
Riesgo de deterioro de eliminación urinaria
Riesgo de estreñimiento
Riesgo de hipotermia
Riesgo de Motilidad gastrointestinal disfuncional
Riesgo de perfusión tisular inefectiva Cerebral
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz
Riesgo de síndrome postraumático
Riesgo de trastorno del patrón del sueño
Temor

5.1. Resultados

A continuación, se elabora un proceso de enfermería estandarizado para pacientes con quemaduras, posterior a la ponderación de etiquetas diagnósticas con mayor frecuencia mencionada por los autores de los documentos revisados.

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA													
Diagnóstico I: (00146) Ansiedad relacionado con dolor, estresores situación desconocida personas que atraviesan una crisis situacional, personas expuestas a toxinas, personas en el periodo post operatorio, evidenciado por expresa inseguridad, insomnio, alteración en el patrón respiratorio, expresa preocupación.													
Definición: Respuesta disfuncional a una amenaza difusa y en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, catástrofe o una desgracia.													
Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Dominio: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento	RESULTADO: Aceptación: estado de salud. (1300) INDICADORES: 130002 renuncia al concepto previo de salud personal. 130008 reconoce la realidad de la situación de salud. 130011 toma de decisiones relacionadas con la salud. <table><tr><td>Nunca demostrado</td><td>1</td></tr><tr><td>Raramente demostrado</td><td>2</td></tr><tr><td>A veces demostrado</td><td>3</td></tr><tr><td>Frecuentemente demostrado</td><td>4</td></tr><tr><td>Siempre demostrado</td><td>5</td></tr></table>	Nunca demostrado	1	Raramente demostrado	2	A veces demostrado	3	Frecuentemente demostrado	4	Siempre demostrado	5	(4700) Reestructuración cognitiva: - Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median en excitación emocional. - Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de afirmaciones personales y racional. - Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales y racionales por otras racionales. - Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización). - Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo. - Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos. - ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad. - Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación. - Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afecta a su estado de salud. - Utilizar el sistema de creencias habitual del paciente para ver la situación de manera distinta. (4390) Terapia del entorno - Identificar los factores ambientales que contribuyen a la conducta del paciente.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:
Nunca demostrado	1												
Raramente demostrado	2												
A veces demostrado	3												
Frecuentemente demostrado	4												
Siempre demostrado	5												

		- Controlar los factores ambientales para maximizar el comportamiento adaptativo y minimiza el comportamiento inadaptado. - Proporcionar los recursos necesarios para el autocuidado. - Facilitar una comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y demás personal sanitario. - Modelar habilidades interpersonales efectivas, tolerancia a la angustia y regulación de las emociones. - Reconocer y reforzar nuevos comportamientos adaptables. - Incluir al paciente en las decisiones acerca de sus propios cuidados. - Disponer de cuidados de enfermería individualizados, según corresponda.	
--	--	---	--

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico II: (00027) déficit de volumen de líquidos relacionado con personas con afecciones externas que alteran las necesidades de líquidos, personas con afecciones internas que alteran las necesidades de líquidos, pérdida activa del volumen de líquido, alteraciones que afectan la absorción de líquidos, desviaciones que afectan la eliminación de líquidos, pérdida excesiva de líquidos a través de las vías normales, pérdida de líquidos a través de vías anormales **evidenciado por** alteración en la turgencia de la piel, disminución de la presión arterial, disminución en la producción de orina, disminución del llenado venoso toma sequedad de las membranas mucosas, sequedad de la piel, incremento de la temperatura corporal, incremento de la frecuencia cardíaca, incremento de los niveles de hematocrito sérico, incremento en la concentración de la orina.

Definición: Disminución de líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación																			
Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación	RESULTADO: Equilibrio electrolítico y acido-base (0600) INDICADORES: 060001 frecuencia cardiaca apical 060027 hematocrito sérico 060015 pH urinario 060031 creatinina urinaria <table><tr><td>Desviación grave del rango normal</td><td>1</td></tr><tr><td>Desviación sustancial del rango normal</td><td>2</td></tr><tr><td>Desviación moderada del rango normal</td><td>3</td></tr><tr><td>Desviación leve del rango normal</td><td>4</td></tr><tr><td>Sin desviación del rango normal</td><td>5</td></tr></table> RESULTADO: Equilibrio hídrico (0601) INDICADORES: 060101 presión arterial 060107 entradas y salidas diarias equilibradas 060116 hidratación cutánea 060117 humedad de membranas mucosas 060118 electrolitos séricos 060126 función renal 060119 hematocrito 060127 cantidad de orina <table><tr><td>Gravemente comprometido</td><td>1</td></tr><tr><td>Sustancialmente comprometido</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderadamente comprometido</td><td>3</td></tr><tr><td>Levemente comprometido</td><td>4</td></tr><tr><td>No comprometido</td><td>5</td></tr></table>	Desviación grave del rango normal	1	Desviación sustancial del rango normal	2	Desviación moderada del rango normal	3	Desviación leve del rango normal	4	Sin desviación del rango normal	5	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	(4120) Manejo de líquidos: - Realizar un registro preciso de entradas y salidas. - Realizar sondaje vesical, si es preciso. - Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso. - Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolaridad urinaria). - Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP, y PECP, Según la disponibilidad. - Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión de enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas de cuello y ascitis), según corresponda. - Administrar terapia IV. Según prescripción. - Administrar líquidos, según corresponda. - Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita. - Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran. - Organizar la disponibilidad de hemoderivados para transfusión, si fuera necesario. - Preparar al paciente para la administración de hemoderivados (comprobar la sangre con la identificación del paciente y preparar el equipo de transfusión), según corresponda. - Administrar los hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), según corresponda. PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:
Desviación grave del rango normal	1																					
Desviación sustancial del rango normal	2																					
Desviación moderada del rango normal	3																					
Desviación leve del rango normal	4																					
Sin desviación del rango normal	5																					
Gravemente comprometido	1																					
Sustancialmente comprometido	2																					
Moderadamente comprometido	3																					
Levemente comprometido	4																					
No comprometido	5																					

		(2020) Monitorización de electrolitos - Vigilar el nivel sérico de electrolitos. - Observar si se producen desequilibrios ácido-básicos. - Reconocer y notificar la presencia de desequilibrios electrolíticos. - Observar hay manifestaciones neurológicas de desequilibrios de electrolitos (alteración del nivel de conciencia y debilidad). - Observar si la ventilación es adecuada. - Vigilar la osmolaridad sérica y urinaria. - Observar el electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con niveles anormales de potasio, calcio y magnesio. (1910) Manejo del equilibrio ácido básico - Mantener un acceso i.v. Permeable. - Monitorizar las tendencias de pH arterial, PaCO₂, HCO₃ para determinar el tipo concreto de desequilibrio, y los mecanismos fisiológicos compensadores presentes. - Mantener la evaluación simultánea del pH arterial y los electrolitos plasmáticos para una planificación terapéutica precisa. - Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios, según se precise. - Monitorizar las posibles etiologías antes de intentar tratar los desequilibrios ácido-básicos, pues es más eficaz tratar la etiología que el desequilibrio. - Determinar los trastornos que requiere intervención directa frente a los que requieren tratamiento de soporte. - Monitorizar el estado neurológico. - Proporcionar soporte ventilatorio mecánico, si es necesario. - Proporcionar una hidratación adecuada y la reposición de los volúmenes normales de líquidos, si es necesario. - Tratar la fiebre, según sea preciso.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermería																													
Taxonomía II NANDA																													
Diagnóstico III: (00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con humedad excesiva, secreciones y presión sobre las prominencias óseas evidenciado por alteración en el color de la piel, turgencia alterada, sangrado, ampolla, descamación, superficie alterada de la piel.																													
Definición: Alteración de la epidermis.																													
Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación																										
Dominio: 11 Seguridad/prot ección Clase: 2 Lesión física	RESULTADO: curación de las quemaduras. (1106) INDICADORES: 110606 dolor 110607 infección 110608 drenaje purulento 110611 edema en la zona la quemadura 110613 necrosis tisular <table><tr><td>Ninguno</td><td>1</td></tr><tr><td>Escaso</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderado</td><td>3</td></tr><tr><td>Sustancial</td><td>4</td></tr><tr><td>Extenso</td><td>5</td></tr></table> RESULTADO: integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101) INDICADORES: 110108 textura 110111 perfusión tisular 110113 integridad de la piel <table><tr><td>Gravemente comprometido</td><td>1</td></tr><tr><td>Sustancialmente comprometido</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderadamente comprometido</td><td>3</td></tr><tr><td>Levemente comprometido</td><td>4</td></tr><tr><td>No comprometido</td><td>5</td></tr></table> RESULTADO: recuperación de las quemaduras. (11107) INDICADORES: 110702 perfusión tisular en la zona de la quemadura 110703 porcentaje de quemadura curada 110708 movimiento articular de las extremidades 110709 tolerancia ala ambulación <table><tr><td>Ninguno</td><td>1</td></tr><tr><td>Escaso</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderado</td><td>3</td></tr></table>	Ninguno	1	Escaso	2	Moderado	3	Sustancial	4	Extenso	5	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	Ninguno	1	Escaso	2	Moderado	3	(3590) vigilancia de la piel - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. - Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. - Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel. - Documentar los cambios en la piel y las mucosas. - Instaurar medidas para evitar mayor deterioro. (3661) cuidado de las heridas: quemaduras - Lavar las heridas químicas continuamente durante 30 minutos o más para garantizar la eliminación de todo el producto cáustico. - Determinar el área de entrada y salida de quemaduras eléctricas para evaluar qué órganos pueden ser afectados. - Obtener un electrocardiograma en todas las quemaduras eléctricas. - Elevar la temperatura en el paciente con quemaduras por frío. - Controlar el nivel de conciencia en pacientes con quemaduras graves. - Evaluar la boca y las fosas nasales del paciente para identificar cualquier posible lesión por inhalación. - Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección. - Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección. - Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida. - Proporcionar medidas de confort antes de cambiar los vendajes. - Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso. - Retirar el vendaje/apósito exterior cortándolo y mojándolo con solución salina o agua.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:
Ninguno	1																												
Escaso	2																												
Moderado	3																												
Sustancial	4																												
Extenso	5																												
Gravemente comprometido	1																												
Sustancialmente comprometido	2																												
Moderadamente comprometido	3																												
Levemente comprometido	4																												
No comprometido	5																												
Ninguno	1																												
Escaso	2																												
Moderado	3																												

	Sustancial	4		- Realizar el desbridamiento de la herida, según corresponda. - Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda. - Colocar un apósito oclusivo sin comprimir. - Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de las extremidades y articulaciones para evitar la retracción. - Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas. - Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donante e injerto. - Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos. - Administrar gammaglobulina para evitar desplazamientos de fluidos, según corresponda. - Recomendar métodos para proteger la parte afectada.	
	Extenso	5			

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico IV: (00044) Deterioro de la integridad tisular relacionado con humedad, hipertermia, hipotermia, presión sobre las prominencias óseas, agitación psicomotriz, secreciones, fricción con la superficie, enfermedad crítica, disminución del nivel de conciencia, disminución del nivel de albúmina sérica, disminución de la oxidación tisular, disminución de la perfusión tisular inestabilidad hemodinámica, inmovilización dispositivos médicos, preparaciones farmacológicas y procedimientos quirúrgicos **evidenciado por** dolor agudo, sangrado, disminución de la fuerza muscular, disminución de la amplitud de movimientos, deterioro de la integridad cutánea, área localizada caliente al tacto deformidad localizada es de mal localizado y exposición del tejido debajo de la epidermis.

Definición: lesión en la membrana mucosa, córnea, sistema intertegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula de la articulación y/o ligamento.

Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 lesión física	RESULTADO: integridad tisular: piel y membranas mucosas. (1101) INDICADORES: 110102 sensibilidad 110103 elasticidad 110104 hidratación 110108 textura 110111 perfusión tisular 110113 integridad de la piel <table><tr><td>Gravemente comprometido</td><td>1</td></tr><tr><td>Sustancialmente comprometido</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderadamente comprometido</td><td>3</td></tr><tr><td>Levemente comprometido</td><td>4</td></tr><tr><td>No comprometido</td><td>5</td></tr></table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	(3590) vigilancia de la piel - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. - Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. - Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel. - Documentar los cambios en la piel y las mucosas. - Instaurar medidas para evitar mayor deterioro. (3661) cuidado de las heridas: quemaduras - Lavar las heridas químicas continuamente durante 30 minutos o más para garantizar la eliminación de todo el producto cáustico. - Determinar el área de entrada y salida de quemaduras eléctricas para evaluar qué órganos pueden ser afectados. - Obtener un electrocardiograma en todas las quemaduras eléctricas. - Elevar la temperatura en el paciente con quemaduras por frío. - Controlar el nivel de conciencia en pacientes con quemaduras graves. - Evaluar la boca y las fosas nasales del paciente para identificar cualquier posible lesión por inhalación. - Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección. - Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección. - Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:
Gravemente comprometido	1												
Sustancialmente comprometido	2												
Moderadamente comprometido	3												
Levemente comprometido	4												
No comprometido	5												

		- Proporcionar medidas de confort antes de cambiar los vendajes. - Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso. - Retirar el vendaje/apósito exterior cortándolo y mojándolo con solución salina o agua. - Realizar el desbridamiento de la herida, según corresponda. - Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda. - Colocar un apósito oclusivo sin comprimir. - Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de las extremidades y articulaciones para evitar la retracción. - Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas. - Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donante e injerto. - Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos. - Administrar gammaglobulina para evitar desplazamientos de fluidos, según corresponda. - Recomendar métodos para proteger la parte afectada.	
--	--	--	--

**Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA**

Diagnóstico V: (00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución del control muscular, disminución de la fuerza muscular, dolor, metabolismo alterado, **evidenciado por** disminución de las habilidades motoras finas, disminución de las habilidades motoras gruesas y disminución de la amplitud de movimientos.

Definición: limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Extremidades.		Resultados esperados Objetivos		Intervenciones / Actividades		Evaluación							
Dominio: 4 Actividad /reposo Clase: 2 Actividad/ ejercicio		RESULTADO: tolerancia de la actividad (0005) INDICADORES: 000501 saturación de oxígeno en respuesta a la actividad 000502 frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad 000503 frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad 000504 presión arterial sistólica en respuesta a la actividad 000505 presión arterial diastólica en respuesta a la actividad 000520 coordinación del movimiento 000516 resistencia de la parte superior del cuerpo 000517 resistencia de la parte inferior del cuerpo 000518 facilidad para realizar las actividades de la vida diaria 000522 facilidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria 000514 habilidad para hablar durante la actividad física		(0740) cuidados del paciente encamado: - Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. - Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas, - mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Colocar en la cama una base de apoyo para los pies. - Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente. - Subir las barandillas, según corresponda. - Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel. - Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico. - Enseñar ejercicios de cama, según corresponda. - Facilitar pequeños cambios del peso corporal. - Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivo y/o activos. - Ayudar con las actividades de la vida diaria. - Ayudar con las medidas de higiene. - Vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama. - Colocar en una postura erguida de forma intermitente a los pacientes que no puedan permanecer fuera de la cama todos los días para protegerlos frente a la intolerancia ortostática.		PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:							
<table><tr><td>Gravemente comprometido</td><td>1</td></tr><tr><td>Sustancialmente comprometido</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderadamente comprometido</td><td>3</td></tr><tr><td>Levemente comprometido</td><td>4</td></tr><tr><td>No comprometido</td><td>5</td></tr></table>		Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2			Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5
Gravemente comprometido	1												
Sustancialmente comprometido	2												
Moderadamente comprometido	3												
Levemente comprometido	4												
No comprometido	5												

		- Ajustar la iluminación, la temperatura ambiente y el nivel de ruido para mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios. - Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad. - Vestir al paciente con prendas cómodas. - Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora. - Aplicar férulas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas, según prescripción. - Reevaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o recreacional. - Ayudar al paciente a colocarse en sedestación/bipedestación para el protocolo de ejercicios, según corresponda. - Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia. - Determinar la precisión de la imagen corporal. - Reorientar al paciente en cuanto a la conciencia de su cuerpo. - Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo. - Enseñar al paciente a explorar visualmente el lado afectado del cuerpo al realizar las actividades de la vida diaria o los ejercicios, si está indicado. - Proporcionar instrucciones secuenciales para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria. - Utilizar dispositivos de ayuda visual para facilitar la enseñanza de los movimientos del ejercicio o de la actividad de la vida diaria, según corresponda. - Proporcionar un ambiente relajado al paciente después de cada período de ejercicios. - Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad. - Ayudar al paciente a formular objetivos realistas y mensurables. - Practicar actividades motoras que requieren atención y utilizar los 2 lados del cuerpo.	
--	--	--	--

		- Incorporar las actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios, si corresponde. - Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente, si está indicado. - Ayudar a animar al paciente a que practique actividades de precalentamiento y relajación antes y después del protocolo de ejercicios. - Utilizar estímulos táctiles y/o percusión para minimizar el espasmo muscular. - Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional del paciente al protocolo de ejercicios. - Observar los ejercicios realizados por el paciente para su correcta ejecución. - Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal. - Proporcionar un refuerzo positivo a los esfuerzos del paciente en la actividad física y en los ejercicios. (0224) terapia de ejercicios: movilidad articular - Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. - Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. - Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares. - Fomentar que se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. - Fomentar la deambulaci3n, si resulta oportuno	
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería
Taxonomía II NANDA

Diagnóstico VI: (00132) Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos, uso inapropiado de agente químico y lesión por agentes físicos, **evidenciado por** alteración en los parámetros fisiológicos, evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas del dolor para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente, expresión facial del dolor, verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor y verbaliza acerca de las características, utilizando escalas estandarizadas del dolor.

Definición: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.

Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación																				
Dominio: 12 confort Clase: 1Confort físico	RESULTADO: nivel del dolor (2102) INDICADORES: 210201 dolor referido 210204 duración de los episodios de dolor 210217 gemidos y gritos 210206 expresiones faciales de dolor 210208 inquietud 210222 agitación 210223 irritabilidad 210224 muecas de dolor 210225 lágrimas 210209 tensión muscular <table><tr><td>Grave</td><td>1</td></tr><tr><td>Sustancial</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderado</td><td>3</td></tr><tr><td>Leve</td><td>4</td></tr><tr><td>Ninguno</td><td>5</td></tr></table> INDICADORES: 210210 frecuencia respiratoria 210211 frecuencia cardiaca apical 210220 frecuencia de pulso radial 210212 presión arterial 210214 sudoración <table><tr><td>Desviación grave del rango normal</td><td>1</td></tr><tr><td>Desviación sustancial del rango normal</td><td>2</td></tr><tr><td>Desviación moderada del rango normal</td><td>3</td></tr><tr><td>Desviación leve del rango normal</td><td>4</td></tr><tr><td>Sin desviación del rango normal</td><td>5</td></tr></table>	Grave	1	Sustancial	2	Moderado	3	Leve	4	Ninguno	5	Desviación grave del rango normal	1	Desviación sustancial del rango normal	2	Desviación moderada del rango normal	3	Desviación leve del rango normal	4	Sin desviación del rango normal	5	(1410) Manejo del dolor: agudo. - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. - Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación. - Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales. - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada en la edad y en la capacidad de comunicación. - Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. - Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. - Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor sea grave o antes de las actividades que lo inducen. - Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. - Monitorizar la sedación y el estado respiratorio antes de administrar opiáceos y a intervalos regulares cuando se administren opiáceos. - Usar analgésicos combinados si el nivel de dolor es intenso. - Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente para facilitar el alivio del dolor, según corresponda	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:
Grave	1																						
Sustancial	2																						
Moderado	3																						
Leve	4																						
Ninguno	5																						
Desviación grave del rango normal	1																						
Desviación sustancial del rango normal	2																						
Desviación moderada del rango normal	3																						
Desviación leve del rango normal	4																						
Sin desviación del rango normal	5																						

		- evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos. - Administrarán analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular. - Proporcionan analgesia controlada por el paciente y la vía intraespinal, Cuando sea apropiado. - Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la ideología del dolor y a las preferencias del paciente, según corresponda. - Modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento. - Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos. - Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito - proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor del paciente.	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA													
Diagnóstico VII: (00274) Riesgo de termorregulación ineficaz como lo evidencia deshidratación, fluctuaciones de la temperatura ambiental, incremento de la demanda de oxígeno, personas con exposición a temperatura ambiental extrema, tasa metabólica alterada, condición que afecta la regulación de la temperatura, disminución de la respuesta de sudoración y deterioro del estado de salud.													
Definición: Susceptible a la fluctuación de temperatura entre la hipotermia y la hipertermia, puede comprometer la salud.													
Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Dominio: 11 Seguridad/prot ección Clase: 6 termorregulaci ón	RESULTADO: Termorregulación (0800) INDICADORES: 080001 temperatura cutánea aumentada 080018 disminución de la temperatura cutánea 080019 hipertermia 080020 hipotermia 080007 7 cambios de coloración cutánea 080014 deshidratación <table><tr><td>Gravemente comprometido</td><td>1</td></tr><tr><td>Sustancialmente comprometido</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderadamente comprometido</td><td>3</td></tr><tr><td>Levemente comprometido</td><td>4</td></tr><tr><td>No comprometido</td><td>5</td></tr></table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	(3900) Regulación de la temperatura - Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda. - Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. - Observar el color y la temperatura de la piel. - Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. - Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. - Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal, según corresponda. - Utilizaron colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como un cateterismo intravascular de enfriamiento para disminuir la temperatura corporal, según corresponda. - Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:
Gravemente comprometido	1												
Sustancialmente comprometido	2												
Moderadamente comprometido	3												
Levemente comprometido	4												
No comprometido	5												

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA													
Diagnóstico VIII: (00274) Trastorno de la imagen corporal relacionado con procedimientos quirúrgicos, heridas y lesiones evidenciado por expresa preocupación por el cambio y rechazo a reconocer el cambio.													
Definición: imagen mental negativa del yo físico.													
Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Dominio: 6 Autopercepción Clase: 3 imagen corporal	RESULTADO: Aceptación del estado de salud (01300) INDICADORES: 130002 renuncia al concepto previo de salud personal 130008 reconoce la realidad de la situación de salud 130020 expresa autoestima positiva 130017 se adapta al cambio en el estado de salud 130010 afrontamiento de la situación de salud 130012 clarifica los valores personales 130019 clarifica las prioridades vitales <table><tr><td>Nunca demostrado</td><td>1</td></tr><tr><td>Raramente demostrado</td><td>2</td></tr><tr><td>A veces demostrado</td><td>3</td></tr><tr><td>Frecuentemente demostrado</td><td>4</td></tr><tr><td>Siempre demostrado</td><td>5</td></tr></table> RESULTADO: Imagen corporal (1200) INDICADORES:	Nunca demostrado	1	Raramente demostrado	2	A veces demostrado	3	Frecuentemente demostrado	4	Siempre demostrado	5	(5270) Apoyo Emocional - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. - Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. - Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda hacer de utilidad para el paciente. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado. - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. (7615) Mejora de la imagen corporal - Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda. - Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:
Nunca demostrado	1												
Raramente demostrado	2												
A veces demostrado	3												
Frecuentemente demostrado	4												
Siempre demostrado	5												

120002 congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal 120003 descripción de la parte corporal afectada. 120006 satisfacción con la función corporal 120008 adaptación a cambios en función corporal 120013 adaptación a cambios corporales por lesión 120014 adaptación a cambios corporales por cirugía	<table border="1"><tr><td>Nunca positivo</td><td>1</td></tr><tr><td>Raramente positivo</td><td>2</td></tr><tr><td>A veces positivo</td><td>3</td></tr><tr><td>Frecuentemente positivo</td><td>4</td></tr><tr><td>Siempre positivo</td><td>5</td></tr></table>	Nunca positivo	1	Raramente positivo	2	A veces positivo	3	Frecuentemente positivo	4	Siempre positivo	5	- Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debido a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía. - Identificar la influencia de la cultura, religión, raza, sexo y edad del paciente en la imagen corporal. - Observar la frecuencia de afirmaciones de autocrítica. - Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. - Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. - Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. - Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas. - Identificar los medios de disminución del efecto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda. - Facilitará el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares. - Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente. (5400) Potenciación de la autoestima - Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. - Ayudar al paciente a encontrar la auto aceptación. - Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. - Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. - Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar auto afirmaciones positivas a diario. - Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda. - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. - Abstenerse de realizar críticas negativas. - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. - Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.	
Nunca positivo	1												
Raramente positivo	2												
A veces positivo	3												
Frecuentemente positivo	4												
Siempre positivo	5												

		- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda. - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. - Recompensaron a lavar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. - Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. - Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo. - Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos. - Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda. - Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente	
--	--	--	--

Diagnóstico de Enfermería													
Taxonomía II NANDA													
Diagnóstico IX: (00274) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con lesión de la cavidad bucal, debilidad de los músculos necesarios para la deglución y debilidad de los músculos necesarios para la masticación evidenciado por fragilidad capilar, retraso en la curación de las heridas, hipoglucemia e hipotonía muscular. Definición: ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.													
Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión	RESULTADO: Estado de deglución (1010) INDICADORES: 101002 controla las secreciones orales 101006 capacidad para limpiar la cavidad oral 101010 momento de reflejo de deglución 101018 estudio de la deglución <table><tr><td>Gravemente comprometido</td><td>1</td></tr><tr><td>Sustancialmente comprometido</td><td>2</td></tr><tr><td>Moderadamente comprometido</td><td>3</td></tr><tr><td>Levemente comprometido</td><td>4</td></tr><tr><td>No comprometido</td><td>5</td></tr></table> RESULTADO: Estado nutricional (1004) INDICADORES: 100401 ingesta de nutrientes 100402 ingesta de alimentos 100408 ingesta de líquidos	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	(2318) Administración de nutrición parenteral total (NPT) - Asegurar la colocación de la línea intravenosa adecuada en relación con la duración de la infusión de nutrientes. - Utilizar las vías centrales solo para la infusión de nutrientes muy calóricos o de soluciones hiperosmolares - asegurar que las soluciones de NPT infundidas por un catéter no central se limitan a una osmolaridad menor de 900 mOsm/l. - Insertar el catéter central de acceso intravenoso periférico, según el protocolo del centro. - Determinar la colocación correcta del catéter central intravenoso mediante examen radiológico. - Mantener la permeabilidad y el apósito de la vía central, según protocolo del centro. - Monitorizar la presencia de infiltración, infección y complicaciones metabólicas. - Comprobar la solución de NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según la prescripción. - Realizar un cuidado acético y meticuloso con regularidad del catéter venoso central, sobre todo de su sitio de salida, para asegurar un uso prolongado, seguro y sin complicaciones.	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:
Gravemente comprometido	1												
Sustancialmente comprometido	2												
Moderadamente comprometido	3												
Levemente comprometido	4												
No comprometido	5												

100411 hidratación <table><tr><td>Desviación grave del rango normal</td><td>1</td></tr><tr><td>Desviación sustancial del rango normal</td><td>2</td></tr><tr><td>Desviación moderada del rango normal</td><td>3</td></tr><tr><td>Desviación leve del rango normal</td><td>4</td></tr><tr><td>Sin desviación del rango normal</td><td>5</td></tr></table> RESULTADO: Estado nutricional: determinaciones bioquímicas (1005) INDICADORES: 100507 glucemia <table><tr><td>Desviación grave del rango normal</td><td>1</td></tr><tr><td>Desviación sustancial del rango normal</td><td>2</td></tr><tr><td>Desviación moderada del rango normal</td><td>3</td></tr><tr><td>Desviación leve del rango normal</td><td>4</td></tr><tr><td>Sin desviación del rango normal</td><td>5</td></tr></table>	Desviación grave del rango normal	1	Desviación sustancial del rango normal	2	Desviación moderada del rango normal	3	Desviación leve del rango normal	4	Sin desviación del rango normal	5	Desviación grave del rango normal	1	Desviación sustancial del rango normal	2	Desviación moderada del rango normal	3	Desviación leve del rango normal	4	Sin desviación del rango normal	5	- Evitar el uso del catéter para fines distintos a la administración de NPT. - Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT. - Mantener un flujo constante de la solución de NPT. - Evitar pasar rápidamente la solución de NPT que se ha retrasado para la infusión de otras sustancias. - Pese a dar al paciente diariamente. - Controlar las entradas y las salidas. - Vigilar los niveles de albúmina, proteínas totales, electrolitos, perfil lipídico, glucemia y perfil bioquímico. - Comprobar los signos vitales. - Comprobar la glucosa en orina para determinar glucosuria, cuerpos cetonicos y proteínas. - Mantener una pequeña ingesta nutricional oral durante la NPT, siempre que sea posible. - Fomentar una transición gradual desde la alimentación parenteral a la integral, si está indicado. - Administrar insulina, según prescripción, para mantener la glucemia en el margen determinado, según corresponda. - Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT, y modificar los cuidados en consonancia. - Instruir al paciente y a la familia acerca de los cuidados y las indicaciones de la NPT. (1056) Alimentación enteral por sonda - Explicar el procedimiento al paciente. - Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro. - Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo. - Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o
	Desviación grave del rango normal	1																			
	Desviación sustancial del rango normal	2																			
Desviación moderada del rango normal	3																				
Desviación leve del rango normal	4																				
Sin desviación del rango normal	5																				
Desviación grave del rango normal	1																				
Desviación sustancial del rango normal	2																				
Desviación moderada del rango normal	3																				
Desviación leve del rango normal	4																				
Sin desviación del rango normal	5																				

		escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro. - Mantener el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta. - Confirmar la colocación de la sonda mediante rayos x antes de administrar alimentos o medicaciones a través de ella, según protocolo del centro. - Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda. - Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. - Consultar con otros miembros del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral. - Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación. - Para la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30 °. - Irrigar la zona cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. - Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. - Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora. - Reducir la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea. - Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos. - Mantener inflado el balón del tubo endotraqueal o de traqueotomía durante la alimentación, si es el caso. - Mantener refrigerados los recipientes abiertos de la alimentación enteral. - Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente. - Comprobar el nivel de agua del balón del dispositivo en contacto con la piel, de acuerdo con el protocolo del equipo.	
--	--	---	--

		- Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas. - Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según proceda. - Controlar el estado hidroelectrolítico. - Comprobar el peso 3 veces por semana inicialmente, disminuyendo hasta una vez al mes. - Observar si hay signos de edema o deshidratación. - Controlar la ingesta/excreción de líquidos. - Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada. - Observar si hay cambios en el estado de ánimo. - Controlar el peso como mínimo 3 veces por semana, según sea conveniente por la edad. - Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, según corresponda.	
--	--	--	--

VI. Conclusiones

La implementación de procesos de enfermería estandarizados es fundamental para ofrecer una atención integral, sistematizada y coherente a las personas con quemaduras.

Este planteamiento permite el respaldo por investigaciones científicas con relevancia e impacto en los acontecimientos críticos que desencadenan las lesiones por quemaduras, buscando garantizar la identificación de riesgos, la aplicación oportuna de intervenciones y el seguimiento continuo del progreso del paciente.

Al combinar una estandarización con la práctica basada en evidencia científica, se garantiza que cada decisión clínica esté sustentada en los mejores conocimientos disponibles, promoviendo así la recuperación, minimizando complicaciones y optimizando la calidad de vida de quienes enfrentan este tipo de lesiones.

De esta manera, se crea un entorno de atención más seguro, eficiente y humano, donde la experiencia clínica y la ciencia convergen en beneficio del paciente.

VII. Sugerencias

Para fortalecer la eficacia de los procesos de enfermería estandarizados dirigidos a las personas con quemaduras, resulta esencial la implementación de:

- ❖ Estrategias de investigación
- ❖ Programas de formación que permitan el desarrollo de habilidades que facilite la integración de un lenguaje propio de enfermería sin perder la coherencia en la comunicación con otras disciplinas,
- ❖ Integración de herramientas digitales
- ❖ Inclusión de los pacientes y su familia que permita generar una cultura de apertura a las innovaciones que surgen con los avances científicos, y las situaciones emergentes que se puedan presentar sin perder un enfoque centrado en la persona.

VIII. Referencias bibliográficas

- Alqirnas, M., Jarman, Y., Almosa, A., Alharbi, S., Alhamadh, M., Qasim, S. & Alhusainan, H. (2024). Predictors of Sepsis and Sepsis-related Mortality in Critically Ill Burn Patients: A Single Tertiary Care Center Experience. *PRS Global Open* 12(9), 1-7. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11410318/pdf/gox-12-e6180.pdf>
- Alshammari, R., Qaisi, H., Alshammari, M., Awaji, N., Aljawan, M., Alrashidy, I., Aldhaferi, A., Safia, H., Alabyed, S., Aldhafeeri, K., Al-Balawi, N., Alshmmari, O., Saegh, F., Albanaqi, M., Hakami, M. (2024). Burns: Biochemical Aspects, Pathophysiology, Classification, Treatment, and Nursing Care. *Journal of medicinal and Chemical Sciences* 7(12), 1754-1770. https://www.jmchemsci.com/article_211059_dbaa62ce3a0c2e69b8be094c39f988c9.pdf
- American Burn Association. (2023). Advanced Burn Life Support (ABLS). www.ameriburn.org
- Anekar, A., Hendrix, J. & Cascella, M. (2023). WHO Analgesic Ladder. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>
- Arun, M. & Kaushal, N. (2019). Lund and Browder chart-modified versus original: a comparative study. *Acute and Critical Care* 34(4), 276-281. <https://www.accjournal.org/upload/pdf/acc-2019-00647.pdf>
- Batista, S., Soria, Mireia., Benito, A., Martínez, E., Cano, Karen. Y Lafarga, C. (2023, 16 de junio). Caso clínico. Proceso de atención de enfermería a una paciente con quemaduras de 2º grado. *Revista Sanitaria de Investigación* 4(6), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-una-paciente-con-quemaduras-de-2o-grado/>
- Beiraghi-Toosi, A., Askarian, R., Sadrabadi, F., Safarian, M., Kalantari, F., Hashemy, S. (2018). Burn-induced Oxidative Stress and Serum Glutathione Depletion; a Cross Sectional Study.

Emergency. 6(1), e54. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6289156/pdf/emerg-6-e54.pdf>

Betés, P., Blasco, S., Rodríguez, P., Molero, B., Loraque, M. y Pinilla, M. (2022, 27 de mayo). Proceso de atención de enfermería al paciente quemado caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación* 3(5), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-al-paciente-quemado-caso-clinico/>

Cáceres-Jereza, L., Gomezese-Ribero, O., Reyes-Cárdenas, L., Vera-Campos, J., Guzmán-Rueda, V., Azar-Villalobos, J. y Meléndez-Flórez, H. (2018). Manejo del dolor agudo en el paciente gran quemado: Revisión no sistemática de la literatura. 46(1), 52-57. DOI: 10.1097/CJ9.0000000000000009

Carrillo, R., Melgar, R., Jacinto, S., Campa, A., Salazar, M. y Aguilera R. (2022) Quemaduras: *Abordaje integral*. Alfil. https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=XKceEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA115&dq=dolor+quemaduras+&ots=VhSpSxaz3P&sig=yoH0vvTrKg5JA4IfJaAdL-P0W_0&redir_esc=y#v=onepage&q=dolor%20quemaduras&f=false

Cartotto, R., Johnson, L., Savetamal, A., Greenhalgh, D., Kubasiak, J., Pham, T., Rizzo, J., Sen, S., & Main, E. (2023). American Burn Association Clinical Practice Guidelines on Burn Shock Resuscitation. *Journal of Burn Care & Research* 45(3), 565-589. <https://academic.oup.com/jbcr/article/45/3/565/7458089?searchresult=1>

Castro, G., Mendoza, J. y Hernández, V. (2023). Manejo del dolor en el paciente adulto con trauma por quemadura. *Revista Médica Sinergia* 8(5), e1035. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1035/2153>

De la Fuente, A., Vázquez, M. y Fernández, P. (2020). *Cuidados de enfermería en la unidad de quemados críticos*. [trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio

Institucional UN. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41936/TFG-H1889.pdf>

Dobson, G., Morris, J., & Letson, H. (2024). Pathophysiology of Severe Burn Injuries: New Therapeutic Opportunities From a Systems Perspective. *Journal of Burn Care & Research* 45(4), 1041-1050. <https://academic.oup.com/jbcr/article/45/4/1041/7633591?searchresult=1>

Docampo, A. y Pita, R. (2022, junio). *Plan de cuidados de un paciente gran quemado*. [trabajo de fin de grado, Universidad de la Coruña]. Repositorio Institucional UN. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/32375/DocampoSanchez_Andrea_TFG_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Dorado, J. y Fraile, P. (2021). Anatomía y fisiología de la piel. *Pediatría Integral* 24(3), 156.e1-156.e13. https://pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv03/07/n3-156e1-13_RB_JesusGarcia.pdf

Dorothee Boehm, D. & Menke, H. (2022). Sepsis in Burns-Lessons Learnt from Developments in the Management of Septic Shock. *Medicina* 58(1), 1-12. <https://doi.org/10.3390/medicina58010026>

Elsevier Connect. (2022, 23 de marzo). NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>

Espeleta, N. y Millán, S. (2021, 5 de noviembre). Proceso de atención enfermero Quemadura por radiación. *Revista Sanitaria de Investigación* 2(11), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-enfermero-quemadura-por-radiacion/>

Fernández, Y. y Melé, M. (2020). Quemaduras. *Sociedad Española de urgencias de Pediatría* 1, 275-287. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_quemaduras.pdf

- Ferrer, P., Ferreruella, R., Coloma, T., Tejedor, N. y Fernando, M. (2022, 6 de enero). Proceso de atención enfermero. Caso clínico de un paciente quemado. *Revista Sanitaria de Investigación* 3(1), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-enfermero-caso-clinico-de-un-paciente-quemado/>
- Fuertes, A., Domingo, A., Orós, M., Ballarín, M., Gines, C. y Bailo, A. (2023, 23 de marzo). Plan de cuidados de paciente quemado. *Revista Sanitaria de Investigación* 4(3), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-paciente-quemado/>
- Gaudioso, N., Sorrosal, S., Navarro, S., Fernández, S., Juan, I. y Martín, I. (2022, 9 de abril). Proceso de atención de enfermería en paciente con quemaduras de segundo grado superficial y profunda. *Revista Sanitaria de Investigación* 3(4), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-con-quemaduras-de-segundo-grado-superficial-y-profunda/>
- Hettiaratchy, S. & Dziewulski, P. (2004). Pathophysiology and types of burns. *BJM* 328, 101-103. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC421790/pdf/bmj32801427.pdf>
- Hettiaratchy, S. & Papini, R. (2004). Initial management of a major burn: II-assessment and resuscitation. *BJM* 329, 1427-1419. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7457.101>
- Ho H., Halim A., Sulaiman W. & Fatimah M. (2023). Estimation of total body surface area burned: a comparison between burn unit and referring facilities. *Annals of Burns and Fire Disasters* 36(1), 19-28. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11044735/pdf/abfd-2023-01-019.pdf>
- International Society for Burn Injuries. (2016). Guías de práctica del ISBI para el cuidado de quemaduras. *Burns* 42(5), 1-76. https://worldburn.org/_userfiles/pages/files/education/isbi_guidelines_spanish_final_i.pdf

- Larrea, B., Ávila, M. y Raddatz, C. (2015). Manejo del dolor en pacientes quemados. *Revista Chilena de Anestesia* 44(1), 78-95. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv44n01.08>
- Latorre, J., Martínez, J., Ripa, E., Cuarteto M., Laplana, M. y Lax, G. (2024, 5 de enero). Caso clínico. Proceso de atención de enfermería en UCI, de paciente de 23 años con quemaduras de segundo y tercer grado. *Revista Sanitaria de Investigación* 5(1), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-uci-de-paciente-de-23-anos-con-quemaduras-de-segundo-y-tercer-grado/>
- Lotfollahi, Z. (2024, 13 marzo). The anatomy, physiology and function of all skin layers and the impact of ageing on the skin. *Wound Practice and Research*. 32(1), 6-10. <https://journals.cambridgemedica.com.au/wpr/volume-32-number-1/anatomy-physiology-and-function-all-skin-layers-and-impact-ageing-skin>
- Medina, A. y Bernal, N. (2021, Julio). *Proceso Atención de Enfermería en paciente gran quemado*. [trabajo de investigación para obtener diploma de especialidad en cuidados intensivos, Universidad Autónoma de Guerrero]. Repositorio Institucional UN. http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2430/TE_10220705_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Merino, D., Prieto, C., Hernández, A., Suarez, M., Badía, E. y Martin, C. (2022, 8 de marzo). Cuidados de enfermería a paciente pediátrico gran quemado. *Revista Sanitaria de Investigación* 3(3), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-a-paciente-pediatrico-gran-quemado-caso-clinico/>
- Moctezuma-Paz, L., Páez-Franco, I., Jiménez-González, S., Miguel-Jaimes, K., Foncerrada-Ortega, G., Sánchez-Flores, A., González-Contreras, N., Albores-de la Riva, N. y Nuñez-Luna, V. (2015). Epidemiología de las quemaduras en México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 20(1), 78-82. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq->

2015/rmq151m.pdf#:~:text=hospitalarios%20(incluyendo%20los%20costos%20de%20la%20
bio%2D,org%C3%A1nica%2C%20de%20500%20mil%20a%205%20millones

Morales, J. y Pérez, M. (2017, marzo). *Plan de cuidados de enfermería para el adulto gran quemado en el servicio de urgencias hospitalaria* [tesis de grado de especialista en cuidado crítico, Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. Repositorio Institucional UN. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4561/TESINA%20VERSION%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Oboli, V. & Waseem, M. (2023). EMS Burn Rule of Tens. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597343/#:~:text=La%20Regla%20de%20Diez%20e vita,modificada%20o%20la%20de%20Parkland.&text=Se%20estima%20que%20las%20p%C3%A9rdidas,s%C3%A9ptico%20y%20la%20insuficiencia%20multiorg%C3%A1nica>.

Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 de octubre). Quemaduras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>

Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 de octubre). Quemaduras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>

Organización Panamericana de Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10. (1). <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Palmieri, T. & Heard, J. (2025). Biomarkers of sepsis in burn injury: an update. *Burns & Trauma* 13, 1-9. <https://doi.org/10.1093/burnst/tkae080>

Palomar, S., Cisneros, B., Martínez, J., Bescós, J., Bueno, C. y Calvo, I. (2022, 10 de febrero). Proceso de atención de enfermería a paciente con quemadura térmica de segundo grado profundo en una unidad de grandes quemados. *Revista Sanitaria de Investigación* 3(2), 2660-

7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-paciente-con-quemadura-termica-de-segundo-grado-profundo-en-una-unidad-de-grandes-quemados/>

Rizzo, J., Coates, E., Serio-Melvin, M., Aden, J., Stallings, J., Foster, K., Fattah, K., Pham, T. & Salinas, J. (2023). Higher Initial Formula for Resuscitation After Severe Burn Injury Means Higher 24-Hour Volumes. *Journal of Burn Care & Research* 44(5), 1017–1022. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irad065>

Rodrigo, R. y Velásquez, J. (2019). *Proceso de atención en enfermería aplicado en paciente con quemadura en el hospital regional docente las mercedes 2019*. [trabajo de investigación para grado de bachiller, Universidad señor de Sipán]. Repositorio Institucional UN. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6377/Rodrigo%20Niquen%2C%20Rosa%20Sebastiana.pdf?sequence=1>

Ross A. Moore, R. & Popowicz, P. (2024). Rule of Nines. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513287/>

Sancho, I., Mato, X., Bermejo, L., Máñez, A., Cueto, I. y Ayala, H. (2021, 29 de octubre). Proceso de atención de enfermería en paciente con quemadura en el servicio de urgencias. *Revista Sanitaria de Investigación* 2(10), 2660-7085. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-con-quemadura-en-el-servicio-de-urgencias/> Secretaria de salud. (2021). Cuenta México con centro de alta especialidad para atender quemaduras graves. <https://www.gob.mx/salud/prensa/170-cuenta-mexico-con-centro-de-alta-especialidad-para-atender-quemaduras-graves>

Suquilanda, P. y Tandazo, B. (2021). *Proceso enfermero aplicado a pacientes con quemaduras del Hospital Isidro Ayora Loja*. [tesis de licenciado en enfermería, Universidad Nacional de Loja].

https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24344/1/EdisonPatricio_SuquilandaPoma%281%29.pdf

Tejedor, R. y Martínez, Y. (2019). *Plan de cuidados de enfermería en el paciente gran quemado*. [trabajo de fin de grado, Universidad Zaragoza]. Repositorio Institucional UN. <https://zaguan.unizar.es/record/89022/files/TAZ-TFG-2019-595.pdf>

Tinajero, M. (2022). La Importancia De La Rehabilitación En El Paciente Quemado. *Boletín médico e informativo del Instituto Nacional de Rehabilitación*. <https://www.inr.gob.mx/Descargas/boletin/092Boletin.pdf>

Vélez, M. (2018). Centro Nacional De Investigación Y Atención De Quemados (CENIAQ). *Boletín médico e informativo del Instituto Nacional de Rehabilitación*. <https://www.inr.gob.mx/Descargas/boletin/070Boletin.pdf>

Yousef, H., Alhajj, M., Fakoya, AO., Sandeep, S. Sandeep S. (2024, 8 junio) Anatomy, Skin (Integument), Epidermis. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470464/>

Żwieretło, W., Piorun, K., Skórka-Majewicz, M., Maruszewska, A., Antoniewski, J. & Izabela Gutowska, I. (2023). Burns: Classification, Pathophysiology, and Treatment: A Review. *International Journal of Molecular Sciences* 24(4), 1-17. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9959609/pdf/ijms-24-03749.pdf>

IX. Apéndices

Tabla1. Formato de selección de evidencia científica

Base de datos	Nombre de la revista	Título del artículo	ISSN y dirección electrónica	Nombre y apellido de autores y año de publicación	Conectores booleanos utilizados	Resultados (Diagnósticos de Enfermería que se encuentran descritos en cada documento con la taxonomía NANDA)

Tabla 2. Formato para la presentación de etiquetas diagnosticas

Autor	Etiqueta Diagnostica 1	Etiqueta Diagnostica 2	Etiqueta Diagnostica 3	Etiqueta Diagnostica 4	Etiqueta Diagnostica 5	Etiqueta Diagnostica 6	Etiqueta Diagnostica 7	Etiqueta Diagnostica 8	Etiqueta Diagnostica 9	Etiqueta Diagnostica 10	Etiqueta Diagnostica 11	Etiqu eta Diagn ostica 12	Etiqueta Diagnostica 13

Tabla3. Formato de priorización etiquetas diagnosticas

TABLA DE PRIORIZACIÓN DE ETIQUETAS	
	2
	1

Tabla 4. Formato para presentación proceso de enfermería estandarizado

Diagnóstico de Enfermería Taxonomía II NANDA													
Diagnóstico I: (código de diagnóstico): Definición:													
Dominio / Clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Dominio:	RESULTADO: INDICADORES:	Intervención de Enfermería (Código intervención) :	PUNTUACIÓN DIANA: Mantener a: Aumentar a:										
Clase:	<table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												- Actividades