



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Enfermería

TÍTULO:

Proceso enfermero aplicado a pacientes con quemaduras del Hospital Isidro Ayora Loja

**Tesis previa a la obtención
del título de Licenciado en
Enfermería**

Autor: Edison Patricio Suquilanda Poma.

Directora: Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2021

Certificación

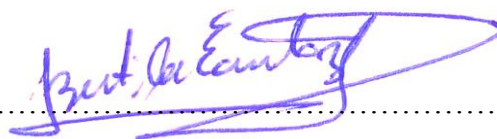
Loja, octubre 27 del 2021

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de investigación titulado: **Proceso enfermero aplicado a pacientes con quemaduras del Hospital Isidro Ayora Loja**, de autoría del Sr. Edison Patricio Suquilanda Poma, estudiante de la Carrera de Enfermería, el mismo que cumple con los requisitos reglamentarios. Por consiguiente, autorizo su presentación y sustentación.



Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

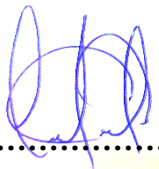
DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Edison Patricio Suquilanda Poma, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Autor: Edison Patricio Suquilanda Poma.

Firma:


Cedula: 1105153108

Fecha: 27 de octubre del 2021

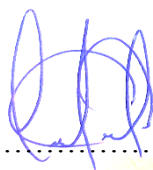
Carta de autorización

Yo, Edison Patricio Suquilanda Poma, declaro ser autor de la tesis titulada **Proceso enfermero aplicado a pacientes con quemaduras del Hospital Isidro Ayora Loja**, como requisito para optar el grado de Licenciado en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 27 días del mes de octubre del dos mil veintiuno, firma el autor.



Firma:

Autor: Edison Patricio Suquilanda Poma.

Cedula de identidad: 1105153108

Correo Electrónico: edison.suquilanda@unl.edu.ec

Celular: 0980565281

Datos complementarios

Directora de tesis: Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidente/a: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Diana Maricela Vuele Duma, Mg. Sc.

Dedicatoria

A Dios, por la fortaleza, paciencia y sabiduría que me ha brindado a lo largo de mi carrera universitaria.

Para mis padres, por su amor y apoyo, a mis hermanos y familia por su preocupación y consejos brindados, a mis amigos por su afecto incondicional.

A todos los pacientes que atendí, gracias por dejarme participar en su cuidado y proceso de recuperación, me enseñaron con su humildad la vocación del servicio.

A todas las personas que estuvieron de una u manera cerca apoyándome, gracias por creer en mí.

Edison Patricio Suquilanda Poma

El Autor

Agradecimiento

Culminado el presente trabajo de investigación dejo constancia de mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana, Carrera de Enfermería; a sus dignas autoridades y docentes, que impartieron sus conocimientos; siendo estos, guía en mi formación profesional, de manera especial.

A Dios, a mis padres y a todas las personas que han sido testigos de todo este proceso formativo, gracias por apoyarme para hacer mis aspiraciones posibles.

A la Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc. Mi Directora de Tesis, quien con paciencia, confianza y conocimientos me supo asesorar para el desarrollo de este trabajo.

Al hospital general Isidro Ayora de Loja y sus autoridades, en especial a la unidad de quemados y a todo su personal profesional que me dieron la apertura para desarrollar esta investigación.

Edison Patricio Suquilanda Poma.

El Autor

Índice

Carátula	ii
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Indice	vii
1 Título	1
2 Resumen	2
Abstract	3
3 Introducción	4
4 Revisión de la literatura	6
4.1 Quemaduras	6
4.1.1 Concepto.....	6
4.1.2 Incidencia.	6
4.1.3 Clasificación.....	7
4.1.4 Complicaciones.	10
4.1.5 Factores de Riesgo	10
4.1.5 Prevención.....	12
4.2 Proceso de atención de enfermería	13
4.2.1 Concepto.....	13
4.2.2 Etapas del proceso de Atención de Enfermería.....	14
4.2.3 Necesidades Básicas De Virginia Henderson.	15
4.2.4 Diagnósticos De Enfermería.	15
4.2.5 Intervenciones de Enfermería.....	16
5 Materiales y métodos	19
6 Resultados	20
7 Discusión	24
8 Conclusiones	26
9 Recomendaciones	27
10 Bibliografía	28
11 Anexos	31

1 Título

**Proceso enfermero aplicado a pacientes con quemaduras del Hospital Isidro Ayora
Loja**

2 Resumen

Las quemaduras son lesiones en la piel ocasionadas por agentes externos que, además de causar estragos cutáneos físicos, también afectan emocionalmente, el cuidado de enfermería en un paciente quemado es crucial en su proceso de recuperación. El presente trabajo tuvo como objetivo determinar los diagnósticos y actividades de enfermería basados en las necesidades de los pacientes hospitalizados en el área de quemados del Hospital Isidro Ayora de Loja. Esta investigación se realizó con un enfoque cuanti-cualitativo, descriptivo y transversal; desarrollado durante los meses de junio y julio, utilizando como técnica la entrevista y la valoración de las necesidades según Virginia Henderson, también otros datos se obtuvieron de la historia clínica y la observación. Obteniéndose como resultados que el 82% de los pacientes participantes fueron hombres, la mayoría en una edad comprendida entre 0 a 11 años, de estado civil solteros, procedentes del sector urbano, con quemaduras de segundo grado producidas por fuego en su domicilio. Asimismo, presentaron los diagnósticos de deterioro de la integridad tisular y cutánea; trastornos del patrón del sueño, deterioro de la actividad recreativa, ansiedad y riesgo de infección; además de dolor agudo y trastorno de la imagen corporal. Las actividades de enfermería fueron: cuidado de heridas por quemaduras, cuidados de la piel en zona donante e injertada, confort, terapia de actividades y entretenimiento, disminución de la ansiedad, mejora al afrontamiento, control y protección contra las infecciones, administración de analgésicos, manejo del dolor y mejora de la imagen corporal.

Palabras claves: Diagnósticos de enfermería, hospitalización, quemaduras, piel.

Abstract

Burns are skin lesions caused by external agents that, in addition to causing physical skin damage, also affect emotionally, nursing care in a burned patient is crucial in their recovery process. The present work aimed to characterize the participating population, determine the nursing diagnoses and activities based on the needs of hospitalized patients in the burn area of the General Hospital Isidro Ayora de Loja. This research was carried out with a quantitative-qualitative, descriptive and transversal approach; developed during the months of June and July, using as a technique the interview and the assessment of needs according to Virginia Henderson, also other data were obtained from the clinical history and observation. Obtaining as results that 82% of the participating patients were men, the majority between 0 to 11 years of age, unmarried, from the urban sector, with second degree burns produced by fire in their home. Likewise, they presented the diagnoses of deterioration of tissue and skin integrity; sleep pattern disorders, impaired recreational activity, anxiety, and risk of infection; in addition to acute pain and body image disorder. The nursing activities were: care of burn wounds, skin care in the donor and grafted area, comfort, activity therapy and entertainment, decreased anxiety, improved coping, control and protection against infections, administration of painkillers, pain management and body image enhancement.

Keywords: Nursing diagnoses, hospitalization, burns, skin.

3 Introducción

Las quemaduras están consideradas como uno de los traumatismos más severos y complicados que existen, debido a las consecuencias físicas y psicológicas que provocan en el afectado. Estas producen tres efectos: pérdida de líquidos; pérdida de calor, lo que puede causar hipotermia y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos, aumentando la susceptibilidad de infección (Perez, 2017).

Las quemaduras se han convertido en un problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud se producen alrededor de 180 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se ocasionan en los países de ingreso bajo y mediano, y casi dos tercios, en las regiones de África y de Asia Sudoriental (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La incidencia de las muertes por quemaduras es más de dos veces mayor entre los niños menores de cinco años. Son la quinta causa más común de lesiones no fatales durante la infancia. Si bien uno de los mayores riesgos es la inadecuada supervisión parental, un número considerable de las lesiones por quemaduras que sufren los niños se debe al maltrato infantil (OMS, 2018).

De acuerdo a datos del INEC en Ecuador los pacientes ingresados en las unidades de quemados correspondientes al año 2018 fueron de 800, en el que el 71% es para el sexo masculino y el 28,7 para el sexo femenino; dichas estadísticas evidencian que los más afectados se ubican entre los 21 a 30 años de edad. Del mismo modo, se observa que las quemaduras térmicas ocupan el primer lugar con un 58,15%, mientras que las quemaduras eléctricas con un 33,14%; en referencia a estos datos los pacientes hospitalizados el 12% se sitúan en la tasa de mortalidad (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019).

Las actividades de enfermería ante un paciente quemado, son una acción rápida y eficaz en las primeras horas del suceso ya que de esta manera disminuye la morbi-mortalidad, el riesgo de sufrir cualquier tipo de shock asociado y mejora el pronóstico de la calidad de vida del paciente al alta. La evolución del paciente quemado depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, antecedentes del paciente y la calidad del tratamiento que se preste en la etapa aguda, y sobre este último punto es donde la actuación de enfermería juega un papel importante (Aguilar, 2013).

Las quemaduras de segundo y tercer grado son estimadas peligrosas, ya que afecta las capas externa, media e interna de la piel, suelen dañar los folículos pilosos, las glándulas sudoríparas, las terminaciones nerviosas y otros tejidos epiteliales, estas quemaduras pueden ser muy dolorosas. Pero, si causan daño a las células nerviosas sensibles al dolor, al principio puede sentirse poco o nada de dolor además pueden causar cicatrices graves y generalmente se deben tratar con injertos de piel (Martinez, 2019).

En un estudio realizado en Murcia (Barichello, 2010) donde se buscaba seleccionar los diagnósticos enfermeros más comunes y utilizados en el tratamiento de pacientes con quemaduras hospitalizados se encontró que estos fueron dolor y déficit de volumen líquido, deterioro de la integridad cutánea y ansiedad, entre otros. Los resultados indican necesidad de más estudios sobre este tema, para una buena asistencia de enfermería a esta población.

También en una investigación patrocinada por la Unidad de quemados del Hospital Central de la Fuerza Aérea de Perú se obtuvo que de las personas afectadas por quemaduras un 57.1% son hombres y 42.8% son mujeres. Para medir el grado de quemadura se estima que el 80% ha representado quemaduras de segundo grado y el 20% de tercer grado, además las quemaduras en los brazos son las de mayor prevalencia entre los usuarios con un 65% del total de áreas corporales. Aquí se han identificado los siguientes diagnósticos enfermeros: Hipotermia, Trastorno de la imagen corporal, Riesgo de infección, Deterioro de la integridad cutánea. (Sarria, 2016).

Finalmente, el objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar los diagnósticos enfermeros basados en las necesidades de los pacientes hospitalizados en el área de quemados del Hospital Isidro Ayora, y a partir de ellos identificar las actividades a realizarse con los mismos. También se buscó establecer las características socio demográficas del paciente quemado hospitalizado en dicha casa de salud.

Además, los resultados de este trabajo marcan un precedente para futuras indagaciones; pues, el mismo se pudiese aprovechar como base para generar protocolos y planes de cuidados estandarizados ajustados a la necesidad del paciente hospitalizado con quemaduras, ya que aquí se identifican las intervenciones desarrollados por parte del personal profesional de enfermería.

4 Revisión de la literatura

4.1 Quemaduras

4.1.1 Concepto. Las quemaduras se pueden definir como un trauma que ocasiona agresión al órgano más grande del cuerpo (la piel), así también puede causar afectación de mucosas y tejidos subcutáneos, provocada comúnmente por la acción de diversos agentes: térmicos, químicos, eléctricos, biológicos, radiantes, y que dependiendo del tiempo de acción de estos agentes, las particularidades de la zona afectada y la cantidad de energía, definen el tipo de lesión originando desintegración celular local con consecuencias a nivel local o sistémico (Llangarí, 2018).

En años recientes dicha definición ha sido ampliada integrando el daño psicológico y el daño económico que acompañan tanto de forma aguda como crónica a los pacientes, a sus familiares y a la sociedad. Una quemadura produce en las personas varios traumatismos, ya sean físicos o químicos en las zonas expuestas al mecanismo que la produce, esto además lleva consigo la desnaturalización de las proteínas tisulares, causando desde el daño leve al sistema tegumentario hasta la destrucción completa de los tejidos del cuerpo (Perez, 2017).

4.1.2 Incidencia. Las quemaduras en la población son un progresivo problema dentro del campo de la salud, debido al impacto físico, psicológico, económico y social que les ocasiona a los lesionados y a sus familiares. En estudios a nivel mundial se ha demostrado que las mayores tasas de incidencia de quemaduras se ubican con cifras por encima de 220 hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes. Las quemaduras predominan en el género masculino, en lo cual son frecuentes las quemaduras por contacto (con objetos calientes) y las ocurridas por llama con más frecuencia en el hogar (Salas, 2015).

Por lo tanto, a nivel mundial las quemaduras constituyen una de las causas de muertes más comunes, principalmente en las poblaciones de los países tercermundistas, teniendo una cifra de 180000 decesos por año, esto según la OMS. Además, tratándose de las quemaduras de II grado, estas forman parte de la morbilidad dentro de los sistemas de salud, encontrándose entre una de las principales, tomando en cuenta que las mismas 7 se pueden prevenir por acción de la atención primaria ya que la gran mayoría se producen en el ámbito doméstico (OMS, 2018).

Las quemaduras fatales contribuyen en gran parte a la mortalidad de los países en desarrollo y representan la tercera causa de muerte traumática de la población mundial, sin embargo, la muerte no es la única parte del problema, ya que las lesiones no fatales tienen devastadores efectos fisiopatológicos que, junto con las secuelas físicas y psíquicas, producen discapacidad prolongada o permanente que afecta a la calidad de vida de los sobrevivientes y trae a la familia y a la sociedad impactos negativos de gran alcance (Aldana, 2016).

4.1.3 Clasificación. Las quemaduras pueden clasificarse de la siguiente manera, así:

4.1.3.1 Por su profundidad.

4.1.3.1.1 Primer grado. Quemaduras que afectan a la capa más superficial de la piel, la epidermis. Una prolongada exposición al sol o una exposición instantánea a una fuente de calor suelen provocar una quemadura de primer grado. Por lo general los síntomas son la piel enrojecida (eritema), ampollas intradérmicas microscópicas, dolor intenso tipo ardor, inflamación moderada y alta sensibilidad en el lugar de la lesión.

4.1.3.1.2 Segundo grado. Se puede diferenciar entre quemaduras superficiales y profundas de segundo grado. En el caso de las superficiales, son lesiones que afectan tanto la epidermis como la dermis (segunda capa de la piel). Sus principales síntomas asociados son dolor intenso y presencia ampollas o flictenas.

Respecto a las quemaduras profundas, implican daños en la capa media de la piel y en las glándulas de sudor o de las productoras de grasa. Los síntomas asociados a estas lesiones es pérdida de la piel y carbonización.

4.1.3.1.3 Tercer grado. Quemaduras que afectan a todas las capas de la piel, incluida la hipodermis, la más profunda de la piel y que también se conoce como capa subcutánea. Estas lesiones destruyen vasos sanguíneos y linfáticos, terminaciones nerviosas, glándulas sudoríparas y folículos pilosebáceos. Los síntomas asociados son la pérdida de las capas de la piel, aspecto acartonado negrozco o blanquecino de la lesión, edema o hinchazón, necrosis y sobreinfección. Hay ausencia de dolor porque las terminaciones nerviosas están completamente destruidas.

4.1.3.2 Por agente causal.

4.1.3.2.1 Quemaduras térmicas. El agente productor es el calor, y se producen cuando una persona se expone a temperaturas extremas que pueden ser líquidos calientes, fuego directo, gases inflamables, congelación, e incluso el calor que produce la fricción de la piel y las escaldaduras (Piriz, 2016).

Calor. Se ha demostrado que a partir de 40°C la piel presenta alteraciones. A medida que la temperatura se eleva, disminuye la resistencia tisular. Si la temperatura alcanza 70°C, se produce destrucción del tejido epidérmico con sólo una ligera exposición de aproximadamente un minuto (Piriz, 2016).

Estas quemaduras se originan por fuentes de calor que elevan la temperatura de la piel y de los tejidos subcutáneos. Tanto las llamas como los líquidos o gases a altas temperaturas pueden dañar el organismo.

Frío. Temperaturas extremadamente bajas afectan al organismo de tal manera que disminuyen la microcirculación, produciendo enrojecimiento, ampollas, necrosis de la piel y del tejido subcutáneo, e incluso pérdida irreversible de la zona dañada.

4.1.3.2.2 Quemaduras por radiación. La radiación a la que nos exponemos diariamente es la

radiación solar y por ello la quemadura más frecuente es el eritema solar. La quemadura solar se desarrolla en dos fases: la fase inicial comienza en el momento de la exposición o hasta media hora después; la segunda fase comienza entre las 2 y 5 horas después del baño de sol y puede durar hasta 4 días, que es cuando comienza la descamación de la piel. Las cabinas de bronceado emiten principalmente radiación ultravioleta y una exposición excesiva a esta radiación también puede provocar quemaduras.

4.1.3.2.3 Quemaduras químicas. Existen muchas sustancias químicas capaces de producir quemadura, como los álcalis o ácidos fuertes, los fenoles, el gas mostaza o el fósforo.

Dependiendo de la cantidad de producto y del tiempo de exposición, la quemadura tendrá mayor o menor gravedad (Martinez, 2019).

4.1.3.2.3 Quemaduras eléctricas. Estas quemaduras suelen afectar a la piel y a los tejidos subyacentes al punto de contacto con la corriente eléctrica, ya que es en esta zona donde se produce la mayor resistencia. Las quemaduras eléctricas son consideradas un tipo especial de lesión debido a que presentan una fisiopatología única, variada y compleja, basada en el entendimiento de las propiedades físicas de la electricidad y la ruta del flujo de corriente a través de los tejidos y órganos (González, 2018).

4.1.3.3 Por su extensión.

Existen diversas reglas para calcular la superficie total quemada. La más utilizada por personal sanitario se conoce como “Regla de los 9” de Wallace, sin embargo, para una primera valoración por población general no sanitaria es suficiente saber que la palma de la mano (incluidos los dedos) del accidentado corresponde a un 1% de la superficie corporal total. Con esta regla nos podemos hacer una idea rápida y aproximada de la superficie quemada aportando una información útil a los servicios sanitarios.

La valoración de la gravedad de una quemadura se basará en la extensión de la superficie corporal quemada y el grado de profundidad de la misma. También se deben tener en cuenta que otros factores como la edad, el agente causal y ciertas localizaciones, como la cara, los pliegues y los genitales, influyen también de forma considerable en el pronóstico (Piriz, 2016).

La posibilidad de supervivencia en un quemado está directamente relacionada con la extensión y profundidad de la quemadura. Según la American Burn Association (2020) una de la clasificación de las quemaduras, es por su extensión y profundidad, entre las cuáles se destacan las siguientes:

4.1.3.3.1 Quemadura menor. Se considera aquellos con quemaduras de segundo grado, menor del 15% de superficie corporal quemada en adultos y menor del 10% en niños, quemaduras de tercer grado menor del 2% sin afectar cara y genitales.

4.1.3.3.2 Quemadura moderada no complicada. Incluye aquellos pacientes con quemaduras de segundo grado de 15 a 25% de superficie corporal quemada en adultos y de un 10 a 20% en niños, en este grupo ya se incluye lesiones causadas por quemaduras eléctricas.

4.1.3.3 Quemadura grave. Los pacientes requieren hospitalización en un área de quemados especializada, dentro de este grupo se considera a quemaduras de segundo grado mayores del 25% de superficie corporal quemada en adultos y el 20% en niños, quemaduras de tercer grado mayores al 10% en niños y adultos. Dentro del mismo también se encuentran las quemaduras que afectan directamente a los ojos, oídos, cara, genitales y articulaciones, además se encuentran aquellos pacientes con comorbilidades, de alto riesgo y pacientes psiquiátricos.

4.1.4 Complicaciones. Las complicaciones de las quemaduras profundas o generalizadas pueden ser las siguientes:

- Una infección bacteriana, que puede ocasionar una infección en el torrente sanguíneo.
- La pérdida de líquidos, que incluye un volumen sanguíneo bajo (hipovolemia).
- Una temperatura corporal peligrosamente baja (hipotermia).
- Problemas respiratorios por la entrada de aire caliente o humo.
- Cicatrices o áreas estriadas producidas por un crecimiento excesivo de tejido.
- Problemas óseos y articulares, como cuando el tejido cicatrizal provoca acortamiento y tirantez de la piel, los músculos o los tendones.

4.1.5 Factores de Riesgo

4.1.5.1 Según el sexo. Las tasas de muerte por quemaduras son ligeramente mayores en mujeres que en hombres. Esto contrasta con el patrón común de lesiones, según el cual las tasas de lesiones tienden a ser más elevadas entre los hombres que entre las mujeres.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS, 2018) las mujeres están más expuestas al riesgo asociado con la cocina al aire libre o con el uso de cocinas peligrosas que pueden comprometer la ropa. Las llamas abiertas que se utilizan como calefacción y para iluminar también conllevan riesgos; la violencia auto infligida o interpersonal es otros de los factores (aunque no se estudia lo suficiente).

4.1.5.2 Según la edad. Junto con las mujeres adultas, los niños son especialmente vulnerable a las quemaduras. Las quemaduras son la quinta causa más común de lesiones no fatales durante la infancia. Si bien uno de los mayores riesgos es la inadecuada supervisión

parental, un número considerable de las lesiones por quemaduras que sufren los niños se debe al maltrato infantil (Perez, 2017).

4.1.5.3 Factores regionales. Existen importantes diferencias regionales entre las tasas de quemaduras. La incidencia de las muertes por quemaduras es más de dos veces mayor entre los niños menores de cinco años de la región de África que entre los niños menores de cinco años del resto del mundo (OMS, 2018).

Los varones de menos de cinco años que viven en los países de ingreso bajo y mediano de la región del Mediterráneo Oriental de la OMS son casi dos veces más propensos a morir de quemaduras que los varones de la región de Europa de la OMS.

La incidencia de las lesiones por quemaduras que requieren atención médica es casi 20 veces mayor en la región del Pacífico Oeste de la OMS que en la región de las Américas.

4.1.5.4 Factores socio económicos. Las personas que viven en los países de ingreso bajo y mediano corren mayor riesgo de sufrir quemaduras que las que viven en países de ingreso alto. Sin embargo, dentro de todos los países el riesgo de sufrir quemaduras guarda correlación con la posición socio económica (OMS, 2018).

4.1.5.5 Otros factores de riesgo. Hay otros factores de riesgo de quemadura, a saber:

- Las ocupaciones que implican exposición al fuego;
- La pobreza, el hacinamiento y la falta de medidas de seguridad adecuadas;
- Las tareas domésticas, como cocinar o cuidar a niños pequeños, confiadas a niñas pequeñas;
- Los problemas de salud subyacentes, como la epilepsia, las neuropatías periféricas y las discapacidades físicas y cognitivas;
- El consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo;
- El acceso fácil a químicos utilizados en actos de violencia (como el ácido);
- El uso de queroseno (parafina) como fuente de combustible para dispositivos domésticos no eléctricos;
- Medidas de seguridad inadecuadas para el gas licuado de petróleo y la electricidad.

4.1.5 Prevención. Las quemaduras son prevenibles. Los países de ingreso alto han logrado avances considerables en la tarea de reducir las tasas de muertes por quemaduras combinando estrategias preventivas con una mejor atención de las personas afectadas. La mayoría de estos avances en materia de prevención y atención no se ha aplicado en forma completa en los países de ingreso bajo y mediano. Si se intensificaran los esfuerzos en ese sentido, se reducirían significativamente las tasas de muertes y de discapacidad relacionadas con las quemaduras (Perez, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Mediante las estrategias de prevención deberían abordarse los peligros relacionados con las lesiones por quemaduras, la educación para las poblaciones vulnerables y la capacitación de las comunidades en primeros auxilios. Un plan eficaz de prevención de las quemaduras debería ser multisectorial e incluir amplias iniciativas orientadas a:

- Generar mayor conciencia;
- Elaborar políticas eficaces y exigir su cumplimiento;
- Describir la carga que representa el problema e identificar los factores de riesgo;
- Establecer prioridades de investigación y promover las intervenciones prometedoras;
- Ofrecer programas de prevención de quemaduras;
- Fortalecer la atención de quemaduras;

En el plan de la OMS para la prevención y atención de las quemaduras [A WHO plan for burn prevention and care] se analizan siete componentes de forma detallada. Asimismo, se formulan varias recomendaciones específicas para personas, comunidades y funcionarios de salud pública orientadas a reducir el riesgo de quemaduras:

- Encerrar los fuegos y limitar la altura de las llamas abiertas en el ámbito doméstico;
- Promover el uso de cocinas más seguras y combustibles menos peligrosos y brindar información sobre el uso de prendas que pueden prenderse fuego;
- Aplicar las normas de seguridad al diseño y a los materiales de las viviendas, y fomentarlas inspecciones de hogares;
- Mejorar el diseño de las cocinas, sobre todo en relación con la estabilidad y la prevención del acceso de los niños;
- Reducir la temperatura en los grifos de agua caliente;

- Promover la educación sobre seguridad contra incendio y el uso de detectores de humo, rociadores y salidas de emergencia en las viviendas;
- Promover la adopción de normas de seguridad industrial y su cumplimiento, y el uso de telas ignífugas para la ropa de dormir de los niños;
- No fumar en la cama y alentar el uso de encendedores con dispositivos de seguridad para niños;
- Mejorar el tratamiento de la epilepsia, especialmente en los países en desarrollo;
- Alentar el mayor desarrollo de sistemas de atención de quemaduras, incluyendo la capacitación de proveedores de atención de la salud en la adecuada clasificación y manejo de personas con quemaduras;
- Respalda la confección y distribución de delantales ignífugos para ser utilizados al cocinar a fuego abierto o con una cocina de queroseno.

4.2 Proceso de atención de enfermería

4.2.1 Concepto. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un conjunto de procedimientos lógico, dinámico y sistemático para brindar cuidados sustentados en evidencias científicas, para mejorar la calidad de atención en salud, ya sea su estado físico o biopsicosocial, todo esto en base a modelos, teorías y demás aportes importantes a la ciencia de la Enfermería, por grandes de la profesión (Jara, 2016).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método científico que utiliza el personal de enfermería para desarrollar su actividad de una forma coherente, ordenada, precisa y sistemática; para lograr la solución a los problemas de salud y la satisfacción de los pacientes; basado en una secuencia lógica: comprensión del problema, recogida de datos, formulación de la hipótesis y la comprobación de las soluciones; todo lo cual se materializa a través del plan de cuidados, lo que proporciona a la enfermería la categoría de ciencia (Martell, 2019).

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requeridas por el

sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios. En la atención se da un proceso interactivo entre el cuidador y ser cuidado (Carvajal, 2018).

El PAE como metodología de aprendizaje para el cuidado que brinda la enfermería, desde un inicio toma como referencia los problemas de salud más comunes del medio, los cuales son abordados durante las prácticas clínicas y comunitarias, además de una retroalimentación continua durante toda la carrera en las asignaturas de especialidad, de acuerdo al enfoque social, humanístico y personal de los pacientes (Miranda, 2019).

4.2.2 Etapas del proceso de Atención de Enfermería. De acuerdo con (Alfaro, 2016), expresa que las etapas del proceso de atención de enfermería, permite crear un plan de cuidados basados en la evidencia científica, para aplicar a cada paciente. Así se destaca las siguientes etapas:

4.2.2.1 Valoración. Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden, ya sea cefalo caudal, por sistemas y aparatos, o por patrones funcionales de salud. Se recogen los datos que han de ser validados, organizados y registrados.

4.2.2.2 Diagnóstico. Es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo, resolverlo. Ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física, etc. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes.

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

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

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

4.2.3 Necesidades Básicas De Virginia Henderson. Las mismas se clasifican en:

- Respirar normalmente
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar por todas las vías corporales
- Moverse y mantener posturas adecuadas
- Dormir y descansar
- Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
- Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
- Participar en actividades recreativas
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles (Bellido, 2017).

4.2.4 Diagnósticos De Enfermería. Un diagnóstico de enfermería es una conclusión que se deduce tras haber encontrado un patrón o un conjunto de signos y síntomas; trata aquellas situaciones que enfermería puede atender de forma independiente; se apoya en datos

objetivos y subjetivos que se pueden constatar; comprende aspectos espirituales, físicos, psicológicos y socioculturales y se expone con una frase breve y concisa (Arranz, 2015).

Los diagnósticos de enfermería son conceptos propios de esta disciplina mediante los cuales es posible clasificar las áreas de responsabilidad sobre las que se trabaja. Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2015), manifiesta que “Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad.”

En este sentido, un diagnóstico enfermero contiene típicamente dos partes: el descriptor o modificador y el foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico. En estos diagnósticos el modificador y el foco están inherentes en el mismo término. Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos que focalizan en el problema no deberían ser entendidos como más importantes que los diagnósticos de riesgo. Algunas veces un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico de máxima prioridad para un paciente (NANDA, 2015).

Por ello, cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Es trascendental indicar que con sólo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente. Es decisivo que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan de forma más frecuente. Además, requieren saber los «indicadores diagnósticos» los datos que se usan para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro. Estos indicadores diagnósticos incluyen características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo (NANDA, 2015).

4.2.5 Intervenciones de Enfermería. Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados, por lo que deben identificarse los diagnósticos enfermeros de alta prioridad así como por ejemplo: las necesidades urgentes, diagnósticos con un alto nivel de congruencia con las características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición (en el caso de los diagnósticos de riesgo) (NANDA, 2015).

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente/cliente. De acuerdo con la NANDA (2015), los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. Un resultado de enfermería se refiere a una conducta medible o a una percepción demostrada por una persona, familia, grupo o comunidad en respuesta a una intervención enfermera.

La Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) es un sistema que puede ser usado para seleccionar medidas de relacionadas con diagnósticos enfermeros. En lugar de ello, los resultados deben ser identificados antes de determinar las intervenciones. Es mejor tener primero una localización clara en la cabeza (resultado) y más tarde escoger una ruta (intervención) para llegar hasta la localización deseada.

Los diagnósticos enfermero se ajustan a la necesidad de la patología que presenta el paciente. En las quemaduras de tercer grado se han identificado algunas como

4.2.5.1 Dolor agudo y Dolor Crónico. Las quemaduras producen un aumento de la intensidad dolorosa, debido principalmente a los siguientes mecanismos: La intensidad del dolor es proporcional a la superficie corporal quemada.

La cantidad de nociceptores dañados aumenta proporcionalmente al aumento de la superficie corporal quemada, enfermería se encarga de la administración de analgésicos y de medicación para manejar el dolor prescrita por los médicos.

4.2.5.2 Deterioro de la integridad cutánea. La quemadura produce pérdida de la integridad cutánea y capilar, que provoca extravasación de líquido desde el compartimento intravascular hacia el intersticio, con la consecuente formación de edema. Enfermería se encarga de la curación de heridas, administración de medicación tópica, y el baño al paciente año, también cumple una estricta vigilancia de la piel y los cambios de posición en el paciente encamado para prevenir la formación de escaras.

4.2.5.3 Déficit del volumen de líquidos. Los pacientes portadores de quemaduras sufren una gran pérdida de fluidos porque el plasma traspasa del compartimento intravascular al espacio intersticial. Esta pérdida es proporcional a la extensión y profundidad de la lesión, tomando en cuenta que las quemaduras de tercer grado son clasificadas en una

de las más profundas; enfermería maneja del volumen de líquidos, con el control estricto de ingesta y excreta, administración de líquidos para prevención de shock.

4.2.5.4 Ansiedad Enfermería se encarga en el apoyo emocional con el paciente, disminución de la ansiedad, enseñanza sobre el proceso de la enfermedad.

4.2.5.5 Hipotermia. Manejo ambiental (Confort), Regulación de la temperatura.

Riesgo de infección: Cuidado de las heridas (Ausencia de cicatrización), Protección contra las infecciones.

4.2.5.6 Trastorno de la imagen corporal. Las quemaduras graves pueden cambiar la manera cómo el cuerpo se ve y funciona, y producir un trastorno de la imagen corporal. La imagen corporal se define cómo la percepción de qué tan satisfecha, cómoda y segura se siente una persona con su apariencia, enfermería ayuda con el autocuidado (Arreglo personal), fomentando la resiliencia y mejorando la imagen corporal.

5 Materiales y métodos

La presente investigación se llevó a cabo en la unidad de quemados del Hospital General Isidro Ayora de Loja, donde se buscó identificar los principales diagnósticos y actividades de enfermería dependiendo de las necesidades manifestadas por los usuarios internados durante el intervalo entre los meses de junio y julio.

Para el desarrollo de la misma se manejó un enfoque cuantitativo lo referente a los datos socio demográficos; cualitativo lo referente a los diagnósticos y actividades de enfermería enfocados a la mejoría de estado del usuario hospitalizado, abarcando distintos medios, materiales e instrumentos en la presente. También descriptivo y de tipo transversal ya que identifiqué y analicé los fundamentos en que se basan los diagnósticos enfermeros a los pacientes con quemaduras, las mismas que fueron reconocidas mediante una valoración realizada por el investigador.

La técnica utilizada fue la entrevista previamente estructurada a partir de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, además de la observación y anamnesis al paciente. También se tuvo acceso a la historia clínica del paciente, recogiendo datos relevantes del mismo que aporten a la investigación.

La información se procesó a través de tablas tanto para los datos cuantitativos y cualitativos.

6 Resultados

Resultado 1. Características socio demográficas de los pacientes participantes

Sexo	f	%
Hombre	9	82%
Mujer	2	18%
Edad		
Infante (0-11 años)	6	55%
Adolescente (12-19 años)	2	18%
Adulto (20-59 años)	3	27%
Estado civil		
Soltero	10	90%
Casado	0	
Divorciado	0	
Viuda	1	10%
Procedencia		
Urbana	6	55%
Rural	5	45%
Grado de la quemadura		
II	9	82%
III	2	18%
Agente Causal		
Líquido caliente	4	36%
Fuego	7	64%
Escenario de quemadura		
Domicilio	8	72%
Lugar de trabajo	1	10%
Sitio Público	2	18%

Fuente: Entrevista aplicada a los pacientes quemados

Elaboración: Propia

Análisis: La mayoría de los pacientes hospitalizados con quemaduras fueron hombres en una edad comprendida entre 0 a 11 años, de estado civil solteros, procedentes del sector urbano, con una quemadura de segundo grado producida por fuego en el domicilio.

Resultado 2. Diagnósticos de enfermería identificados en pacientes participantes

En los pacientes participantes se pudo evidenciar que todos presentaron diagnóstico de deterioro de la integridad tisular y cutánea, la mayoría refirió trastorno del patrón sueño, deterioro de la actividad recreativa, ansiedad y riesgo de infección; más de la mitad presento dolor agudo y trastorno de la imagen corporal; conjuntamente otros participantes déficit de autocuidado: uso del inodoro, intolerancia a la actividad, deterioro de la ambulación; también pocos pacientes mostraron los diagnósticos de desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, riesgo de síndrome de desuso, deterioro de la movilidad física, fatiga, déficit de autocuidado, cansancio del rol de cuidador, riesgo de baja autoestima situacional, patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la ventilación espontánea, hipertermia, riesgo de disfunción neurovascular periférica, aflicción crónica y riesgo de soledad; además solo uno presento riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

Diagnóstico	f	%
Deterioro de la integridad tisular	11	100%
Deterioro de la integridad cutánea	11	100%
Transtorno del patrón sueño	9	82%
Deterioro de la actividad recreativa	9	82%
Ansiedad	8	73%
Riesgo de infección	8	73%
Dolor agudo	7	64%
Transtorno de la imagen corporal	6	55%

Fuente: Valoración de los pacientes hospitalizados con quemaduras

Elaboración: Propia

Resultado 3. Actividades de enfermería en base a diagnósticos identificados en los pacientes participantes

Las actividades realizadas por el personal profesional de enfermería son el cuidado de heridas por quemaduras, protección contra la infección, cuidados de la piel en zona donante y zona injertada; también numerosas van enfocadas al manejo ambiental para el confort, terapia de actividades, terapia de entretenimiento, disminución de la ansiedad, mejorar el afrontamiento, control y protección contra las infecciones y en más de la mitad se realiza la administración de analgésicos, manejo del dolor, mejora de la imagen corporal y en menor porcentaje a estos ayudan con el autocuidado micción, defecación, transferencia, terapia de actividad y ejercicio; en un porcentaje inferior de pacientes se realiza ayuda con la alimentación, ayuda para ganar peso, enseñanza de dieta prescrita, manejo de líquidos y electrolitos, terapia de ejercicios para control muscular, fomentar la mecánica corporal, control del estado de ánimo, manejo de la energía, ayuda con el autocuidado en vestir y arreglo personal, apoyo al cuidador principal y potenciación del autoestima y en un porcentaje mínimo los pacientes requieren oxigenoterapia, cambio de posición, monitorización respiratoria, manejo de la ventilación mecánica no invasiva, tratamiento de la fiebre, manejo de la sensibilidad periférica alterada, dar esperanza, potenciación de la socialización y regulación de la temperatura.

Actividades	f	%
Cuidado de heridas	11	100%
Protección contra la infección	11	100%
Cuidado de heridas: quemaduras	11	100%
Cuidados de la piel: zona donante	11	100%
Cuidados de la piel: zona de injerto	11	100%
Manejo ambiental: confort	9	82%
Terapia de actividades	9	82%
Terapia de entretenimiento	9	82%
Disminución de la ansiedad	8	73%
Mejorar el afrontamiento	8	73%
Control de infecciones	8	73%
Protección contra las infecciones	8	73%

Administración de analgésicos	7	64%
Manejo del dolor	7	64%
Mejora de la imagen corporal	6	55%

Fuente: Valoración de los pacientes hospitalizados con quemaduras

Elaboración: Propia

7 Discusión

Se entiende por quemaduras un conjunto de fenómenos locales y sistémicos que resultan de la acción de muy alta temperatura, electricidad o agentes químicos. Las quemaduras son el resultado del contacto y/o exposición del organismo a una fuente de calor que produce una lesión tisular. La rápida destrucción del tejido cutáneo y la importante pérdida de líquido diferencian las quemaduras de otras lesiones. Las secuelas de este tipo de lesiones que suelen incluir graves deformidades y limitaciones funcionales que necesitan una intervención terapéutica multidisciplinar. Un equipo de atención avanzada y con experiencia es crucial en el tratamiento de lesiones titulares (Martinez, 2019).

Como resultado de la presente investigación se logró determinar los datos sociodemográficos encontrando cifras referenciales para establecer características de las personas que han sufrido quemaduras; además, se identificó los principales diagnósticos enfermeros de pacientes hospitalizados en la unidad de quemados del hospital Isidro Ayora de Loja; así mismo; a partir de estos, las actividades a realizar por parte del personal profesional de enfermería para un cuidado integral del usuario.

En esta investigación, se encontró como resultado que la mayoría de los usuarios hospitalizados con quemaduras varían entre 0 a 11 años de edad, de sexo masculino y solteros, quienes presentaron quemaduras de segundo grado producidas por fuego en su mayoría; por otra parte, un estudio realizado en el hospital de la ciudad de Guayaquil, Francisco Icaza Bustamante (Pico, 2018) en el cual se consideran 388 pacientes, se mostró también que el grupo etario prevalente fue pediátrico y de sexo masculino, también se asemejó en los factores térmicos o agente etiológico pues los líquidos en ebullición, son las causas primordiales de la quemadura. No obstante, el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC, 2018) expone en un sondeo que, a partir de 800 personas que presentaron quemaduras el 71% de las mismas correspondieron al sexo masculino los mismos que fueron afectado por quemaduras térmicas; sin embargo, discrepa de las evidencias anteriores, ya que la edad de los afectados aquí varía entre los 21 a 30 años.

En relación a los diagnósticos de enfermería más frecuentes de los pacientes hospitalizados con quemaduras se comprobó que todos evidenciaban deterioro de la integridad tisular y cutánea; la mayoría presentó trastornos del patrón sueño, deterioro de la actividad recreativa, ansiedad y riesgo de infección y más de la mitad refirió dolor agudo y

trastorno de la imagen corporal; cuyos resultados son semejantes a la investigación cualitativa (Barichello, 2010) realizada en Murcia, cuyo objetivo de la misma fue identificar en la taxonomía NANDA los diagnósticos de enfermería en los pacientes ingresados víctimas de lesiones por quemaduras, se encontró: ansiedad, déficit del volumen de líquidos, dolor, afrontamiento ineficaz, riesgo de disfunción neurovascular, riesgo de la temperatura corporal alterada, y deterioro de la integridad cutánea.

En ese mismo contexto; derivados de los diagnósticos, se determinó las actividades de enfermería en pacientes hospitalizados con quemaduras, las mismas van enfocadas al cuidado de heridas por quemaduras, cuidados de la piel en zona donante y zona de injerto, confort, terapia de actividades y entretenimiento, disminución de la ansiedad, mejorar el afrontamiento, control de infecciones, protección contra las infecciones, administración de analgésicos, manejo del dolor y mejora de la imagen corporal; esto es similar a lo planteado en un artículo científico de un caso clínico sobre cuidados a un paciente con quemaduras de segundo grado (Serrano, 2020) donde se hace un evaluación basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson y las actividades fueron orientadas a la administración de analgesia, valoración del dolor, ayuda en la alimentación, autocuidados; sin embargo, no abordan algunas intervenciones particulares del usuario y su entorno; así que, se obvian algunas habilidades para el manejo del paciente quemado. Además en otro estudio realizado sobre el proceso de enfermería a paciente con quemaduras de tercer grado basado en la teoría de Gordon (Barrera, 2017) se corrobora que, a partir de patrones que engloban una valoración holística e integral se permite llevar cabo una planeación para ejecutar cuidados de acuerdo a los patrones alterados de todas las esferas los usuarios; así pues, entre las principales actividades se describen el cuidado de heridas, cuidado de la piel luego de una intervención quirúrgica, especialmente en la zona donadora y donante, la protección contra infecciones, manejo del dolor e incluso se enfoca en algunos otros como el apoyo emocional al usuario y a su cuidador.

En definitiva, los resultados encontrados en este trabajo investigativo implican un progreso en la constante exploración de enfermería encaminada al bienestar del paciente; pues, al orientar una asistencia al usuario fundamentada en los diagnósticos y actividades propuestas en el proceso de atención de enfermería (PAE) se valora e interviene en base a las necesidades del mismo para su mejora fisiológica y emocional.

8 Conclusiones

- Se establecieron las características socio demográficas de los pacientes quemados internados en el hospital Isidro Ayora, determinando que la mayoría son de sexo masculino, solteros y en una edad comprendida entre 0 a 11 años, también todos los usuarios presentaron quemaduras de segundo grado y dos de ellos sumaban lesiones de tipo III, el agente causal prevalente fue el fuego mientras que en otros fue ocasionado por líquidos calientes y la mayoría ocurrió en el domicilio.
- Los diagnósticos enfermeros más frecuentes identificados en los pacientes con quemaduras valorados fueron: 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.
- Las actividades de enfermería realizadas a pacientes hospitalizados fueron enfocadas al cuidado de heridas por quemaduras, en caso de pacientes intervenidos quirúrgicamente cuidados de la piel en zona donadora e injertada, confort, terapia de actividades y entretenimiento, disminución de la ansiedad, mejorar el afrontamiento, control de infecciones, protección contra las infecciones, administración de analgésicos, manejo del dolor y mejora de la imagen corporal.

9 Recomendaciones

- Se recomienda al hospital Isidro Ayora y al personal directivo de enfermería elaborar un protocolo de atención al paciente quemado basado en las necesidades del mismo y fundamentado en las taxonomías de NANDA, NIC Y NOC.
- A la unidad de Quemados mantener una capacitación continua al personal profesional de enfermería para reforzar conocimientos sobre cuidados, trato y bienestar del usuario, con el propósito de fortalecer la calidad del servicio y lograr el bienestar y satisfacción de los pacientes y familiares.
- A la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja para que se promueva y se de apertura a nuevas investigaciones fundamentadas en el abordaje de pacientes mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), y la utilización de cuidados e intervenciones adaptables a usuarios de las distintas áreas hospitalarias.

10 Bibliografía

- Aguilar, E. R. (2013). Intervenciones de enfermería especializada en un adulto con alteraciones de la marcha ocasionadas por quemadura eléctrica. *Enfermería Universitaria Ciudad de México*, 139-146.
- Aldana, M. C. (2016). *Las quemaduras en la población pediátrica colombiana: del desconocimiento hacia la prevención*. Quemaduras pediátricas: <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.09.001>.
- Alfaro, R. (2016). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona, España.: Elsevier.
- Arranz, A. (2015). *Modelos conceptuales, metodología. lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Bellido, J. L. (2017). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Barichello, E. S. (Octubre de 2010). *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INTERNADOS POR QUEMADURAS*. Obtenido de Enfermeria Global: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/revision3.pdf>
- Barrera, L. (Agosto de 2017). *CuidArte, El arte del cuidado*. Obtenido de Proceso de enfermeria a apcientes con quemaduras de tercer grado basados en la teoria de Gordon: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2017/cui1712f.pdf>
- Carvajal, H. S. (2018). Nursing care with a human approach: a model for practice with service excellence. . *Aquichan*, 149-159.
- Dávalos, P. 2005. *Manejo de morbimortalidad del paciente pediátrico quemado en el Hospital "Baca Ortiz" de Quito, Ecuador*. *Cir. plást. iberolatinoam.* - Vol. 33 - N° 3. Julio - Agosto - Septiembre 2007 / Pág. 163-170. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v33n3/163.pdf>.
- Fasquelle GP (2010) *Analisis del coste hospitalario diario en la emergencia del Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras*. *Centro de investigaciones y estudios de la salud*.

- Gonzalez, L. A. (2018). Fisiopatología de las quemaduras eléctricas: artículo de revisión. *Revista chilena de anestesia*, 51-56.
- García. *Complicaciones en el quemado en estado crítico en foro de AMTIP* del día 26/08/2013 <http://www.youtube.com/watch?v=l2T-5DQ9MLE>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (septiembre de 2019). INEC. Obtenido de Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios, 2018: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2018/Boletin-tecnico%20ECEH.pdf
- Jara, S. L. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería universitaria*, 208-215.
- Luis Rodrigo, T. “*NANDA: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones*” Ed. Elsevier, Madrid 2008.
- Llangarí, T. (enero 2015 - diciembre 2018). *Predicción de mortalidad con el índice abreviado de severidad de quemaduras (ABSI) de pacientes que ingresan a la unidad de quemados del hospital pediátrico Baca Ortiz*. Quito, Ecuador: Universidad Católica del Ecuador.
- Martell, M. (2019). Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*.
- Martinez, M. R. (2019). Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Portales médicos: Pediatría Integral*, 81-89.
- Miranda, L. R. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*, 374-389.
- Monografias.com. Abordaje Sencillo de las Quemaduras. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/quemaduras/quemaduras.shtml>.
- Multidisciplinary Team of the NSW Severe Burn Injury Service. *Clinical Practice Guidelines Burn Wound Management*. NSW Severe Burn Injury Service. Revised 2008. (Disponible en: http://www.health.nsw.gov.au/resources/gmct/burninjury/pdf/clinical_practice_guidelines.pdf).

- Macedo J.; Simone C. Rosa; Cleudson Castro. *Sepsis in burned patients*. Rev. Soc.Bras. Med.(6):36-37.
- Mccloskey JC, Bulecheck GM. “Clasificación de resultados de enfermería(NOC)” 3ª Ed. Elsevier, Madrid, 2005 (Versión española).
- NANDA. (2015). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. Barcelona: Elsevier.
- OMS. (06 de marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Quemaduras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Organización mundial de la salud. (2012). *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf
- Orozco-Valerio MJ, Celis de la Rosa AJ, Méndez-Magaña AC (2015) *Perfil epidemiológico infantil de México* 72: 249-256.ZXZaxzzS8 R235A
- Perez, M. M. (2017). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras*. Andalucía, España: Artefacto, escandon.
- Pico, J. (2018). <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31406> *Incidencia y manejo de quemaduras en niños de 2 a 5 años en el Hospital Francisco Icaza Bustamante*. Obtenido de Repositorio Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31406>
- Piriz, R. (2016). *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid, España: Difusión, avances de enfermería.
- Salas, A. M. (2015). *Quemaduras en menores de cinco años en Popayán, Colombia: Creencias, conocimientos y prácticas*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.07.003>.
- Sarria.(2016).*Sarria.ile:///C:/Users/Jose%20Guajala/Downloads/Sarria%20Martin ez_IFPROF_2017.pdf*.
- Serrano, P. S. (Octubre de 2020). *Plan de Cuidados de Enfermería a un paciente hospitalizado con quemaduras de segundo grado superficiales y profundas*. Obtenido de Ocronos - Editorial Científico-Técnica: <https://revistamedica.com/plan-cuidados-enfermeria-quemaduras-de-segundo-grado-superficiales-profundas/>

11 Anexos

Anexo 1:

Diagnósticos de enfermería de los pacientes participantes

Paciente 1

Diagnósticos encontrados

DIAGNÓSTICO: *PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ* (00032)

Características definatorias

- Disnea

Factores relacionados

- Ansiedad
- Deformidad de la pared torácica

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA* (00033)

Características definatorias

- Disminución de la saturación de oxígeno arterial (SaO₂)

Factores relacionados

- Alteración del metabolismo

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS*
(00025)

Factores de riesgo

- Quemaduras

DIAGNÓSTICO: *DÉFICIT DE AUTOCAUIDADO: USO DEL INODORO* (00110)

Características definatorias

- Deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación.
- Deterioro de la habilidad para levantarse del inodoro

Factores relacionados

- Deterioro de la habilidad para la traslación
- Deterioro de la movilidad
- Dolor

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO (00040)**Factores de riesgo**

- Dolor
- Debilidad mecánica.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)**Características definatorias**

- Alteración de la marcha
- Dificultad para girarse
- Disnea de esfuerzo
- Temblor inducido por el movimiento.

Factores relacionados

- Disminución de la fuerza muscular
- Dolor.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA AMBULACIÓN (00088)**Características definatorias**

- Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida.

Factores relacionados

- Deterioro del equilibrio.
- Disminución de la resistencia
- Dolor.
- Fuerza muscular insuficiente.
- Pérdida de la condición física
- Temor de las caídas

DIAGNÓSTICO: INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092)**Características definatorias**

- Debilidad generalizada.
- Disconfort por el esfuerzo.
- Disnea por el esfuerzo

Factores relacionados

- Inmovilidad.
- Reposo en cama.

DIAGNÓSTICO: FATIGA (00093)

Características definatorias

- Energía insuficiente.

Factores relacionados

- Pérdida de la condición física

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)

Características definatorias

- Cambios en el patrón sueño
- Dificultad para conciliar el sueño

Factores relacionados

- Factores ambientales.
- Falta de intimidad.

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO (00109)

Características definatorias

- Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa
- Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa
- Deterioro de la habilidad para quitarse diferentes piezas de ropa

Factores relacionados

- Debilidad.
- Deterioro muscular esquelético.
- Dolor.
- Fatiga.

DIAGNÓSTICO: HIPERtermia (00007)

Características definatorias

- Piel caliente al tacto
- Quemadura

Factores relacionados

- Enfermedad.
- Traumatismos.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)**Características definitorias**

- Destrucción tisular
- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Quemadura
- Deterioro de la circulación
- Lesión por agente químico
- Procedimientos quirúrgicos.
- Volumen de líquidos insuficiente

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00045)**Características definitorias**

- Alteración de la integridad de la piel.
- Materias extrañas que perforan la piel

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Hipertermia
- Alteración del volumen de líquidos

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)**Factores de riesgo**

- Alteración de la integridad de la piel
- Procedimientos invasivos
- Exposición a brotes de enfermedades

DIAGNÓSTICO: CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00061)**Características definitorias**

- Aprensión sobre la habilidad futura para proporcionar el cuidado.
- Factores estresantes.
- Impaciencia.
- Aislamiento social.
- Preocupación por los miembros de la familia.

Factores relacionados

- Duración del cuidado
- Responsabilidad de cuidados durante las 24 horas.
- Aumento en las necesidades de cuidados.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA (00086)**Factores de riesgo.**

- Quemaduras.

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO (00132)**Características definitorias**

- Conducta expresiva.
- Diaforesis.
- Expresión facial de dolor
- Postura de evitación de dolor.

Factores relacionados

- Agentes lesivos físicos (quemaduras).

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD (00146)**Características definitorias**

- Arrepentimiento
- Impaciencia
- Cambio en el patrón sueño

Factores relacionados

- Crisis situacional
- Grandes cambios (estado de salud)

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00137)**Características definitorias**

- Alteración de la estructura corporal.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo.

Factores relacionados

- Alteración de la función corporal.
- Lesión.
- Procedimiento quirúrgico.

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)**Características definitorias**

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.
- Hospitalización prolongada.

Paciente 2**Diagnósticos encontrados****DIAGNÓSTICO:** *PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ* (00032)**Características definitorias**

- Disnea

Factores relacionados

- Dolor
- Ansiedad

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA* (00033)**Características definitorias**

- Disminución de la saturación de oxígeno arterial (SaO₂)

Factores relacionados

- Alteración del metabolismo

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS* (00025)**Factores de riesgo**

- Quemaduras

DIAGNÓSTICO: *DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO* (00110)**Características definitorias**

- Deterioro de la habilidad para levantarse del inodoro

Factores relacionados

- Deterioro de la habilidad para la traslación
- Dolor

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO* (00040)**Factores de riesgo**

- Dolor
- Debilidad mecánica.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA* (00085)**Características definitorias**

- Alteración de la marcha
- Disminución de las habilidades motoras gruesas.
- Disnea de esfuerzo

Factores relacionados

- Disminución de la fuerza muscular
- Dolor.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA AMBULACIÓN (00088)**Características definatorias**

- Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida.

Factores relacionados

- Disminución de la resistencia
- Dolor.
- Pérdida de la condición física
- Temor de las caídas

DIAGNÓSTICO: INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092)**Características definatorias**

- Debilidad generalizada.
- Discomfort por el esfuerzo.
- Disnea por el esfuerzo
- Fatiga

Factores relacionados

- Inmovilidad.
- Reposo en cama.

DIAGNÓSTICO: FATIGA (00093)**Características definatorias**

- Energía insuficiente.

Factores relacionados

- Pérdida de la condición física

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)**Características definitorias**

- Despertarse sin querer
- Dificultad para conciliar el sueño

Factores relacionados

- Factores ambientales.
- Patrón sueño no reparador.

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOUIDADO: VESTIDO (00109)**Características definitorias**

- Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa
- Deterioro de la habilidad para quitarse diferentes piezas de ropa

Factores relacionados

- Debilidad.
- Ansiedad.
- Dolor.
- Fatiga.

DIAGNÓSTICO: HIPERTERMIA (00007)**Características definitorias**

- Quemadura

Factores relacionados

- Deshidratación.
- Enfermedad.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)**Características definitorias**

- Destrucción tisular
- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Deterioro de la circulación
- Lesión por agente químico

- Procedimientos quirúrgicos.
- Volumen de líquidos insuficiente

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA* (00045)

Características definitorias

- Alteración de la integridad de la piel.

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Hipertermia
- Alteración sensorial

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE INFECCIÓN* (00004)

Factores de riesgo

- Alteración de la integridad de la piel
- Enfermedades crónicas
- Procedimientos invasivos
- Exposición a brotes de enfermedades

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA* (00086)

Factores de riesgo.

- Quemaduras.

DIAGNÓSTICO: *DOLOR AGUDO* (00132)

Características definitorias

- Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado.
- Conducta expresiva.
- Expresión facial de dolor
- Postura de evitación de dolor.

Factores relacionados

- Agentes lesivos físicos (quemaduras).

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD (00146)**Características definitorias**

- Incertidumbre
- Temor
- Impaciencia
- Cambio en el patrón sueño

Factores relacionados

- Crisis situacional
- Factores estresantes
- Grandes cambios (estado de salud)

DIAGNÓSTICO: AFLICCIÓN CRÓNICA (00137)**Características definitorias**

- Sentimientos negativos abrumadores
- Sentimientos que interfieren con el bienestar
- Tristeza.

Factores relacionados

- Crisis en la gestión de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE SOLEDAD (00054)**Factores de riesgo**

- Aislamiento social.
- Deprivación afectiva
- Deprivación emocional.

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00137)**Características definitorias**

- Alteración de la estructura corporal.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo.

Factores relacionados

- Alteración de la función corporal.
- Lesión.

- Procedimiento quirúrgico.

DIAGNÓSTICO: *DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS* (00097)

Características definitorias

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.
- Hospitalización prolongada.

Paciente 3**Diagnósticos encontrados**

DIAGNÓSTICO: *DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES (00002)*

Características definatorias

- Diarrea
- Incapacidad percibida para ingerir alimentos

Factores relacionados

- Factores biológicos

DIAGNÓSTICO: *DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)*

Características definatorias

- Deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación.

Factores relacionados

- Deterioro de la movilidad
- Temor de las caídas

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL (00005)*

Factores de riesgo

- Afección que perjudica la regulación de la temperatura.
- Deshidratación.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)*

Características definatorias

- Destrucción tisular
- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Volumen de líquidos insuficiente

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00045)*

Características definatorias

- Alteración de la integridad de la piel.

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Alteración del volumen de líquidos
- Alteración sensorial

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

Factores de riesgo

- Alteración de la integridad de la piel
- Procedimientos invasivos

DIAGNÓSTICO: CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00061)

Características definitorias

- Aprensión sobre la habilidad futura para proporcionar el cuidado.
- Impaciencia.
- Productividad laboral baja
- Preocupación por los miembros de la familia.

Factores relacionados

- Duración del cuidado
- Responsabilidad de cuidados durante las 24 horas.
- Falta de experiencia con los cuidados.

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO (00132)

Características definitorias

- Conducta expresiva.
- Llanto.
- Expresión facial de dolor
- Postura de evitación de dolor.

Factores relacionados

- Agentes lesivos físicos (quemaduras).

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00137)

Características definatorias

- Alteración de la estructura corporal.

Factores relacionados

- Lesión.

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)**Características definatorias**

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.

Paciente 4**Diagnósticos encontrados**

DIAGNÓSTICO: *DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES (00002)*

Características definatorias

- Cavidad bucal irritada
- Debilidad de los músculos necesarios para la masticación
- Incapacidad percibida para ingerir alimentos

Factores relacionados

- Incapacidad para ingerir los alimentos

DIAGNÓSTICO: *INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092)*

Características definatorias

- Disconfort por el esfuerzo.
- Fatiga

Factores relacionados

- Reposo en cama.
- Sedentarismo.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)*

Características definatorias

- Destrucción tisular
- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Procedimientos quirúrgicos.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00045)*

Características definatorias

- Alteración de la integridad de la piel.

Factores relacionados

- Lesión por agente químico

- Alteración sensorial

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

Factores de riesgo

- Alteración de la integridad de la piel
- Procedimientos invasivos

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO (00132)

Características definatorias

- Conducta expresiva.
- Expresión facial de dolor
- Postura de evitación de dolor.

Factores relacionados

- Agentes lesivos físicos (quemaduras).

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD (00146)

Características definatorias

- Temor
- Impaciencia
- Inquietud
- Cambio en el patrón sueño

Factores relacionados

- Crisis situacional
- Factores estresantes
- Grandes cambios (estado de salud)

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00137)

Características definatorias

- Alteración de la estructura corporal.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo.
- Temor a la reacción de los demás

Factores relacionados

- Alteración de la autopercepción
- Lesión.
- Procedimiento quirúrgico.

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL* (00153)

Factores de riesgo

- Alteración de la imagen corporal.
- Alteración del rol social.
- Enfermedad física.

DIAGNÓSTICO: *DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS* (00097)

Características definatorias

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.
- Hospitalización prolongada.

Paciente 5**Diagnósticos encontrados.****DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)****Características definitorias**

- Cambios en el patrón sueño
- Despertarse sin querer

Factores relacionados

- Falta de intimidad.
- Patrón sueño no reparador.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)**Características definitorias**

- Destrucción tisular
- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Lesión por agente químico

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00045)**Características definitorias**

- Alteración de la integridad de la piel.
- Materias extrañas que perforan la piel

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Alteración sensorial

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)**Factores de riesgo**

- Alteración de la integridad de la piel
- Exposición a brotes de enfermedades

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00137)**Características definitorias**

- Alteración de la estructura corporal.
- Cambio en el estilo de vida
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo.

Factores relacionados

- Alteración de la función corporal.
- Lesión.

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL* (00153)**Factores de riesgo**

- Alteración de la imagen corporal.
- Expectativas irreales sobre uno mismo.

Paciente 6**Diagnósticos encontrados****DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)****Características definitorias**

- Deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación.

Factores relacionados

- Deterioro de la movilidad
- Dolor

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)**Características definitorias**

- Cambios en el patrón sueño
- Despertarse sin querer

Factores relacionados

- Factores ambientales.
- Patrón sueño no reparador.

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO (00109)**Características definitorias**

- Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa
- Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa

Factores relacionados

- Debilidad.
- Ansiedad.
- Disconfort.

DIAGNÓSTICO: HIPERTERMIA (00007)**Características definitorias**

- Piel caliente al tacto
- Quemadura

Factores relacionados

- Deshidratación.

- Enfermedad.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR* (00044)

Características definitorias

- Destrucción tisular
- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Deterioro de la circulación
- Lesión por agente químico

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA* (00045)

Características definitorias

- Alteración de la integridad de la piel.

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Alteración del volumen de líquidos

DIAGNÓSTICO: *DOLOR AGUDO* (00132)

Características definitorias

- Conducta expresiva.
- Diaforesis.
- Expresión facial de dolor

Factores relacionados

- Agentes lesivos físicos (quemaduras).

DIAGNÓSTICO: *ANSIEDAD* (00146)

Características definitorias

- Temor
- Impaciencia
- Cambio en el patrón sueño

Factores relacionados

- Factores estresantes
- Grandes cambios (estado de salud)

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)

Características definitorias

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.

Paciente 7**Diagnósticos encontrados****DIAGNÓSTICO:** *RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO* (00040)**Factores de riesgo**

- Dolor
- Debilidad mecánica.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA* (00085)**Características definatorias**

- Alteración de la marcha
- Disnea de esfuerzo
- Inestabilidad postural

Factores relacionados

- Disminución de la fuerza muscular
- Dolor.
- Falta de uso.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA AMBULACIÓN* (00088)**Características definatorias**

- Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida.

Factores relacionados

- Deterioro del equilibrio.
- Disminución de la resistencia
- Dolor.
- Fuerza muscular insuficiente.
- Temor de las caídas

DIAGNÓSTICO: *TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO* (00198)**Características definatorias**

- Cambios en el patrón sueño
- Despertarse sin querer
- No sentirse descansado

Factores relacionados

- Factores ambientales.
- Falta de intimidad.
- Patrón sueño no reparador.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)**Características definatorias**

- Destrucción tisular
- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Procedimientos quirúrgicos.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00045)**Características definatorias**

- Alteración de la integridad de la piel.
- Materias extrañas que perforan la piel

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Alteración sensorial

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)**Factores de riesgo**

- Alteración de la integridad de la piel
- Procedimientos invasivos
- Exposición a brotes de enfermedades

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO (00132)**Características definatorias**

- Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado.
- Conducta expresiva.
- Expresión facial de dolor

Factores relacionados

- Agentes lesivos físicos (quemaduras).

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD (00146)**Características definatorias**

- Incertidumbre
- Impaciencia
- Inquietud

Factores relacionados

- Factores estresantes
- Grandes cambios (estado de salud)

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE SOLEDAD (00054)**Factores de riesgo**

- Aislamiento social.
- Deprivación afectiva
- Deprivación emocional.

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)**Características definatorias**

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.
- Hospitalización prolongada.

Paciente 8**Diagnósticos encontrados****DIAGNÓSTICO: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES (00002)****Características definatorias**

- Cavidad bucal irritada
- Debilidad de los músculos necesarios para la masticación
- Incapacidad percibida para ingerir alimentos

Factores relacionados

- Incapacidad para ingerir los alimentos

DIAGNÓSTICO: INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092)**Características definatorias**

- Debilidad generalizada.
- Disconfort por el esfuerzo.

Factores relacionados

- Inmovilidad.
- Reposo en cama.

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)**Características definatorias**

- Cambios en el patrón sueño
- Dificultad para conciliar el sueño

Factores relacionados

- Factores ambientales.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)**Características definatorias**

- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Procedimientos quirúrgicos.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00045)**Características definatorias**

- Alteración de la integridad de la piel.

Factores relacionados

- Hipertermia
- Alteración sensorial

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)**Factores de riesgo**

- Alteración de la integridad de la piel
- Procedimientos invasivos

DIAGNÓSTICO: CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00061)**Características definatorias**

- Factores estresantes.
- Impaciencia.
- Aislamiento social.
- Preocupación por los miembros de la familia.

Factores relacionados

- Duración del cuidado
- Aumento en las necesidades de cuidados.
- Aislamiento social.

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD (00146)**Características definatorias**

- Temor
- Impaciencia
- Inquietud

Factores relacionados

- Factores estresantes
- Grandes cambios (estado de salud)

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00137)**Características definatorias**

- Alteración de la estructura corporal.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo.

Factores relacionados

- Alteración de la función corporal.
- Lesión.

- Procedimiento quirúrgico.

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL* (00153)

Factores de riesgo

- Alteración de la imagen corporal.
- Alteración del rol social.

DIAGNÓSTICO: *DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS* (00097)

Características definitorias

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.
- Hospitalización prolongada.

Paciente 9**Diagnósticos encontrados****DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA AMBULACIÓN* (00088)****Características definitorias**

- Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida.
- Deterioro de la habilidad para subir escaleras.

Factores relacionados

- Deterioro del equilibrio.
- Dolor.
- Pérdida de la condición física

DIAGNÓSTICO: *INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD* (00092)**Características definitorias**

- Discomfort por el esfuerzo.
- Fatiga

Factores relacionados

- Reposo en cama.
- Sedentarismo.

DIAGNÓSTICO: *TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO* (00198)**Características definitorias**

- Cambios en el patrón sueño
- Dificultad para conciliar el sueño

Factores relacionados

- Factores ambientales.
- Falta de intimidad.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR* (00044)**Características definitorias**

- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Lesión por agente químico

- Procedimientos quirúrgicos.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA* (00045)

Características definitorias

- Alteración de la integridad de la piel.

Factores relacionados

- Hipertermia
- Alteración sensorial

DIAGNÓSTICO: *DOLOR AGUDO* (00132)

Características definitorias

- Conducta expresiva.
- Expresión facial de dolor

Factores relacionados

- Agentes lesivos físicos (quemaduras).

DIAGNÓSTICO: *DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS* (00097)

Características definitorias

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.
- Hospitalización prolongada.

Paciente 10**Diagnósticos encontrados****DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)****Características definitorias**

- Deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación.
- Deterioro de la habilidad para levantarse del inodoro

Factores relacionados

- Deterioro de la habilidad para la traslación
- Dolor

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)**Características definitorias**

- Despertarse sin querer
- Dificultad para conciliar el sueño

Factores relacionados

- Falta de intimidad.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)**Características definitorias**

- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Procedimientos quirúrgicos.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00045)**Características definitorias**

- Alteración de la integridad de la piel.

Factores relacionados

- Lesión por agente químico

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD (00146)**Características definitorias**

- Incertidumbre
- Temor
- Inquietud

Factores relacionados

- Factores estresantes
- Grandes cambios (estado de salud)

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)**Características definatorias**

- El entorno actual no permite dedicarse a la actividad.

Factores relacionados

- Actividades recreativas insuficientes.

Paciente 11**Diagnósticos encontrados**

DIAGNÓSTICO: *RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS*
(00025)

Factores de riesgo

- Quemaduras

DIAGNÓSTICO: *FATIGA* (00093)

Características definitorias

- Energía insuficiente.

Factores relacionados

- Pérdida de la condición física

DIAGNÓSTICO: *TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO* (00198)

Características definitorias

- Cambios en el patrón sueño
- Dificultad para conciliar el sueño

Factores relacionados

- Factores ambientales.
- Falta de intimidad.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR* (00044)

Características definitorias

- Lesión Tisular

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Procedimientos quirúrgicos.

DIAGNÓSTICO: *DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA* (00045)

Características definitorias

- Alteración de la integridad de la piel.

Factores relacionados

- Lesión por agente químico
- Alteración sensorial

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

Factores de riesgo

- Alteración de la integridad de la piel
- Procedimientos invasivos

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO (00132)

Características definatorias

- Autoinforme de las características del dolor usando un instrumento estandarizado.
- Cambio en parámetros fisiológicos.
- Expresión facial de dolor

Factores relacionados

- Agentes lesivos físicos (quemaduras).

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD (00146)

Características definatorias

- Incertidumbre
- Impaciencia

Factores relacionados

- Crisis situacional
- Factores estresantes

DIAGNÓSTICO: AFLICCIÓN CRÓNICA (00137)

Características definatorias

- Sentimientos negativos abrumadores
- Sentimientos que interfieren con el bienestar
- Tristeza.

Factores relacionados

- Cantidad de tiempo como cuidador
- Crisis en la gestión de la enfermedad.

Tabla resumen de diagnósticos de enfermería identificados en pacientes participantes

Diagnóstico	f	%
Deterioro de la integridad tisular	11	100%
Deterioro de la integridad cutánea	11	100%
Transtorno del patrón sueño	9	82%
Deterioro de la actividad recreativa	9	82%
Ansiedad	8	73%
Riesgo de infección	8	73%
Dolor agudo	7	64%
Transtorno de la imagen corporal	6	55%
Déficit De Autocuidado: Uso Del Inodoro	5	45%
Intolerancia A La Actividad	5	45%
Deterioro De La Ambulación	4	36%
Desequilibrio Nutricional: Ingesta Inferior A Las Necesidades	3	27%
Riesgo De Desequilibrio De Volumen De Líquidos	3	27%
Riesgo De Síndrome De Desuso	3	27%
Deterioro De La Movilidad Física	3	27%
Fatiga	3	27%
Déficit De Autocuidado: Vestido	3	27%
Cansancio Del Rol De Cuidador	3	27%
Riesgo De Baja Autoestima Situacional	3	27%
Patrón respiratorio ineficaz	2	18%
Deterioro De La Ventilación Espontánea	2	18%
Hipertermia	2	18%
Riesgo De Disfunción Neurovascular Periférica	2	18%
Aflicción Crónica	2	18%
Riesgo De Soledad	2	18%
Riesgo De Desequilibrio De La Temperatura Corporal	1	9%

Fuente: Valoración de los pacientes hospitalizados con quemaduras

Elaboración: Propia

Análisis: En los pacientes participantes se pudo evidenciar que todos presentaron diagnóstico de deterioro de la integridad tisular y cutánea, la mayoría refirió trastorno del patrón sueño, deterioro de la actividad recreativa, ansiedad y riesgo de infección; más de la mitad presento dolor agudo y trastorno de la imagen corporal; conjuntamente otros participantes déficit de autocuidado: uso del inodoro, intolerancia a la actividad, deterioro de la ambulación; también pocos pacientes mostraron los diagnósticos de desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, riesgo de síndrome de desuso, deterioro de la movilidad física, fatiga, déficit de autocuidado, cansancio del rol de cuidador, riesgo de baja autoestima situacional, patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la ventilación espontánea, hipertermia, riesgo de disfunción neurovascular periférica, aflicción crónica y riesgo de soledad; además solo uno presento riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

Anexo 2:

Intervenciones de enfermería a los pacientes participantes con quemaduras

DIAGNÓSTICO: PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (00032)

DEFINICIÓN: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

ACTIVIDADES

Oxigenoterapia (3320) Administración de oxígeno y control de su eficacia

- Vigilar el flujo de litros de oxígeno
- Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.
- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.
- Observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.

Cambio de posición (0840) Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Colocar en una posición que alivie la disnea (semi fowler), cuando corresponda.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA (00033)

DEFINICIÓN Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.

ACTIVIDADES

Monitorización respiratoria (3350): Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas para el intercambio gaseoso adecuado.

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente
- Realizar una monitorización intermitente frecuente del estado respiratorio en pacientes de riesgo (quemaduras faciales o torácicas).

- Observar si hay disnea y los factores que la mejoran o empeoran.

Manejo de la ventilación mecánica no invasiva (3302): Ayudar al paciente que recibe soporte respiratorio artificial que no necesita la introducción de un dispositivo en la tráquea.

- Enseñar al paciente y a sus familiares la justificación y las sensaciones esperadas asociadas al uso de ventiladores mecánicos no invasivos.
- Aplicar protección facial si es necesario para evitar daños por presión en la piel.
- Asegurar los cambios de circuitos cada 24 horas, utilizar una técnica aséptica según corresponda.
- Potenciar las evaluaciones rutinarias para los criterios de destete.

DIAGNÓSTICO: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES (00002)

DEFINICIÓN: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

ACTIVIDADES:

Ayuda con el autocuidado, alimentación (1803): Ayudar a una persona a comer.

- Controlar la capacidad de deglutir del paciente
- Identificar la dieta prescrita
- Proporcionar ayuda física si es necesario.
- Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales fuera de la vista).
- Colocar al paciente en una posición comida.

Ayuda para ganar peso (mo): Facilitar el aumento de peso corporal

- Analizar las posibles causas de la baja de peso
- Pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda.
- Controlar los niveles séricos de albumina, linfocitos y electrolitos.
- Proporcionar alimentos nutritivos de alto nivel calórico variado para poder seleccionar algunos
- Controlar el consumo diario de calorías

Enseñanza: Dieta prescrita (5614): Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita

- Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.

- Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS (00025)

DEFINICIÓN Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales, o ambos.

ACTIVIDADES

Manejo de líquidos y electrolitos (2080): Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o deshidratación (poliuria/oliguria).
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Mantener un ritmo adecuado de infusión IV si no está regulado por bomba.
- Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos.
- Llevar un registro estricto de entradas y salidas.
- Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico.
- Proporcionar la dieta prescrita apropiada (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal)

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO (00110)

DEFINICIÓN Deterioro de la capacidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.

ACTIVIDADES

Ayuda con el autocuidado: micción/defecación (1804): Ayudar a otras personas en las eliminaciones.

- Considerar la edad del paciente para fomentar las actividades del autocuidado
- Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad
- Facilitar la higiene tras micción/ defecar después de terminar con la eliminación.

- Ayudar al paciente en el inodoro/ inodoro portátil/ cuña de fractura/ orinal, a intervalos especificados.
- Enseñar al paciente/cuidador la rutina de eliminación.

Ayuda con el autocuidado: transferencia (1806) Ayudar a una persona con limitaciones del movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo.

- Revisar en la historia las ordenes de actividad
- Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (nivel de movilidad, limitaciones de movimiento, capacidad para ponerse de pie).
- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.
- Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.
- Realizar una demostración de la técnica de traslado, según corresponda.
- Proporcionar intimidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente.
- Al final de la transferencia, evaluar en el paciente la alineación adecuada del cuerpo, que las sondas no estén ocluidas, la ropa de cama sin arrugas, la piel innecesariamente expuesta.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO (00040)

DEFINICIÓN Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo-esquelética prescrita o inevitable.

ACTIVIDADES

Terapia de ejercicios: control muscular (0226): Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.

- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios según corresponda.
- Evaluar las funciones sensoriales.
- Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio si lo desea.
- 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 iniciar con la actividad.
- Practicar actividades motoras que requieran atención inutilizar los dos lados del

cuerpo

- Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente, si está indicado
- Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional del paciente al protocolo de ejercicios.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

DEFINICIÓN: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

ACTIVIDADES

Fomentar la mecánica corporal (0140) Facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas.

- Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.
- Ayudar a, paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados.
- Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anomalías musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular
- Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones y lesiones.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA AMBULACIÓN (00088)

DEFINICIÓN Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

ACTIVIDADES

Terapia de ejercicios: ambulación (0221) estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o reestablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento o recuperación de una enfermedad o lesión.

- Animar al paciente a sentarse en la cama, a un lado de la cama o en una silla según la tolerancia.
- Instruir al paciente/cuidador sobre las técnicas de traslado seguras.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
- Animar al paciente que se esté levantando según se le apetezca di es apropiado.

DIAGNÓSTICO: INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092)

DEFINICIÓN: Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

ACTIVIDADES

Terapia de actividad (4310) Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales, específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como la ayuda con ellas

- Ayudar en las actividades físicas habituales (deambulación, transferencia, giros y cuidado personal) si es necesario.
- Proporcionar actividades de motricidad gruesa para pacientes hiperactivos
- Proporcionar una actividad motora que alivie la tensión muscular.
- Proporcionar juegos de grupos no competitivos, estructurados y activos.
- Fomentar la participación en actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

DIAGNÓSTICO: FATIGA (00093)

DEFINICIÓN Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

ACTIVIDADES

Control del estado de ánimo (5330) Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo, disfuncional, deprimido o eufórico.

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad a medida que progresa el tratamiento.
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia
- Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo
- Animar la paciente, según pueda tolerarlo a relacionarse socialmente y realizar actividad con otros
- Proporcionar habilidades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario.

Manejo de la energía. (OiSO) Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

- Determinar los déficits fisiológicos en el paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.

- Determinar la percepción de la causa de la fatiga por parte del paciente/cuidador.
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional
- Vigilar la respuesta cardio respiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria)
- Observarla localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
- Limitar los estímulos ambientales (luz, ruidos) para facilitar la relajación

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)

DEFINICIÓN: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debida a factores externos.

ACTIVIDADES

Manejo ambiental: confort (6482) Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

- Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas (compañeros de habitación con preocupaciones ambientales similares en cuanto sea posible).
- Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Determinar la fuente de incomodidad como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal apoyo con almohadas, apoyo de articulaciones para el movimiento)

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO (00109)

DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de vestido y arreglo personal.

ACTIVIDADES

Vestir (1630) Elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.

- Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse
- Vestir al paciente después de completar la higiene personal
- Vestir la extremidad afectada primero, según corresponda
- Cambiar la ropa del paciente al acostarse
- Proporcionar asistencia hasta que sea totalmente capaz de responsabilizarse y vestirse por sí mismo.

Ayuda en el autocuidado: vestirse/arreglo personal (1802) Ayudar a un paciente con las ropas y el aspecto

- Informar al paciente de la ropa disponible que puede seleccionar.
- Estar disponible para ayudar en el vestir, si fuera necesario.
- Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
- Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL (00005)

DEFINICIÓN: Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

ACTIVIDADES

Regulación de la temperatura (3900) Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel
- Observar y registrar si hay signos o síntomas de hipotermia e hipertermia.

DIAGNÓSTICO: HIPERTERMIA (00007)

DEFINICIÓN: Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

ACTIVIDADES

Tratamiento de la fiebre (3740). Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causado por pirógenos endógenos.

- Controlar la temperatura y otros signos vitales
- Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.
- Administrar medicamento o líquidos IV (antibióticos, antipiréticos)
- No administrar aspirinas a los niños
- Cubrir al paciente con una manta o ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir ofrecer una manta para la fase de escalofríos)
- Fomentar el consumo de líquidos
- Aplicar baño tibio con esponja con cuidado (es decir administrado a pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia)
- Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.

DIAGNÓSTICO: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (00044)

DEFINICIÓN: Lesión de la membrana mucosa, corneal, tegumentaria o de los tejidos subcutáneos.

ACTIVIDADES

Cuidado de heridas (3660) Prevención de complicación de las heridas y estimulación de la circulación de las mismas

- Despejar los apósitos y la cinta adhesiva
- Colocar de manera que se evite presionar la herida si procede.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje
- Reforzar el apósito si es necesario
- Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Colocar de manera que se evite la tensión sobre la herida, según corresponda

Protección contra la infección (6550) Prevención y detección precoz de la infección de un paciente de riesgo.

- Observar los signos de infección
- Administrar antibiótico terapia si procede
- Limitar el número de visitas, según corresponda

- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en la zona edematosas.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, exudado en la piel y las mucosas

DIAGNÓSTICO:2 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00045)

DEFINICIÓN Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

ACTIVIDADES

Cuidado de las heridas: quemaduras (3661) Prevención de las complicaciones de las heridas debidas a quemaduras y estimulación de su curación.

- Evaluar la herida examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación granulación o tejido necrótico, signos de infección.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida.
- Aplicar agentes tópicos a la herida según corresponda
- Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios donante o injerto
- Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados.

Cuidados de la piel: zona donante (3582) Prevención de complicaciones en la herida y fomento de la curación de la zona donante.

- Proporcionar el control adecuado del dolor (medicación)
- Después de la cirugía tapar la zona donante de autoinjertos cutáneos según el protocolo del centro.
- Inspeccionar diariamente el apósito.
- Controlar si hay signos de infección y otras complicaciones postoperatorias
- Mantener limpia y libre la zona de presión del donante
- Enseñar al paciente a mantener la zona donante suave y flexible y evitar la exposición a zonas de temperaturas extremas

Cuidados de la piel: zona de injerto (3583) Prevención de complicaciones en la herida y fomento de la curación de la zona de injerto

- Elevar la zona de injerto hasta que la circulación entre el injerto y el receptor se desarrolle (alrededor de 1 semana)
- Evitar la fricción y el cizallamiento en la zona de injerto.
- Limitar la actividad del paciente a un reposo en cama hasta que el injerto se adhiera

- Monitorizar el color, la turgencia, temperatura si la zona no está cubierta con un apósito.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

DEFINICIÓN: Riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

ACTIVIDADES

Control de infecciones (6540) Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
- Usar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado.
- Rasurar y limpiar la zona como se indica en la preparación antes de un procedimiento invasivo
- Fomentar el reposo

Protección contra las infecciones (6550): Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo

- Observar la vulnerabilidad del paciente ante las infecciones.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Utilizar los antibióticos con sensatez

DIAGNÓSTICO: CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00061)

DEFINICIÓN: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia, o de otras personas significativas.

ACTIVIDADES

Apoyo al cuidador principal (7040) Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador
- Aceptar las expresiones de emoción negativa
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de este
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Monitorizar la presencia de indicios de estrés

- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA (00086)

DEFINICIÓN: Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

ACTIVIDADES

Manejo de la sensibilidad periférica alterada (2660) Prevenir o minimizar lesiones o molestias en pacientes con alteraciones de la sensibilidad.

- Observar si hay parestesias: entumecimientos, hormigueos, hiperestesia, hipostesia, así como el nivel del dolor.
- Enseñar al paciente o cuidador a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en su integridad.
- Evitar o vigilar atentamente el uso del calor o del frío, como compresas calientes, bolsas de agua caliente y compresas de hielo
- Enseñar al paciente a comprobar visualmente la posición de las partes corporales, si la percepción esta alterada.
- Comentar o identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad.
- Observar si hay tromboflebitis y tromboembolia venosa.
- Administrar analgésicos, corticoides, anticomiciales, antidepresivos, tricíclicos o anestésicos si corresponde.

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO (00132)

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

ACTIVIDADES

Administración de analgésicos (2210): Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

- Determinar la ubicación, características y calidad y gravedad del dolor antes de

medicar al paciente.

- Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno
- Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta de la analgesia.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con dolor intenso.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o cuidador sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgo de sobredosis)
- Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica)

Manejo del dolor (1400) Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

- Enseñar los principales manejos del dolor.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos.
- Proporcionar al paciente un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Evaluar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que favorezcan el alivio del dolor.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea muy intenso.

DIAGNÓSTICO: ANSIEDAD (00146)

DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

ACTIVIDADES

Disminución de la ansiedad (5820) Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada del peligro previsto.

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Explicar todos los procedimientos incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista
- Escuchar con atención.

Mejorar el afrontamiento (5230) Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de vida

- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados

DIAGNÓSTICO: AFLICCIÓN CRÓNICA (00137)

DEFINICIÓN: Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un familiar, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

ACTIVIDADES

Dar esperanza (5310) Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.

- Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona

- Evitar disfrazar la verdad.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
- Facilitar la admisión del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.
- Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE SOLEDAD (00054)

DEFINICIÓN: Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.

ACTIVIDADES

Potenciación de la socialización (5100) Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.

- Animar al paciente a desarrollar relaciones
- Fomentar las actividades sociales
- Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos
- Proporcionar retroalimentación sobre el cuidado de aspecto personal y demás actividades
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00137)

DEFINICIÓN: Confusión en la imagen mental del yo físico.

ACTIVIDADES

Mejora de la imagen corporal (5220) Mejora de las percepciones actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo

- Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda
- Ayudar a los padres a identificar los sentimientos previos a la intervención con un niño

- Determinar si el cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social

Cuidado de las heridas: quemaduras (3661) Prevención de complicaciones de las heridas debido a quemaduras y estimulación de su curación

- Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales
- Recomendar métodos para proteger la parte afectada
- Ayudar al paciente a aceptar los cambios físicos y adaptarse a su estilo de vida
- Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00153)

DEFINICIÓN: Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

ACTIVIDADES

Potenciación de la autoestima (5400) Ayudar a un paciente a que mejore el juicio de su autovalía

- Ayudar al paciente a encontrar su auto aceptación
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente según corresponda
- Ayudar al paciente a identificar la respuesta positiva de los demás
- Abstenerse de realizar críticas negativas
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma
- Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo según corresponda
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)

DEFINICIÓN: Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.

ACTIVIDADES

Terapia de actividades (4310) Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales, y espirituales específicos para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas

- Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas
- Proporcionar un refuerzo positivo en la realización de actividades
- Sugerir métodos de incrementar la actividad física diaria
- Disponer un ambiente seguro para el movimiento continuo
- Fomentar la participación en actividades o terapias de grupo según corresponda
- Permitir la participación del cuidador en las actividades, según corresponda

Terapia de entretenimiento (5360) Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las habilidades sociales

- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas
- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas
- Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas
- Proporcionar un equipo recreativo seguro
- Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y capacidad del paciente.
- Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad
- Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa

Tabla resumen de las actividades de enfermería en base a diagnósticos identificados en los pacientes participantes.

Actividades	f	%
Cuidado de heridas	11	100%
Protección contra la infección	11	100%
Cuidado de heridas: quemaduras	11	100%
Cuidados de la piel: zona donante	11	100%
Cuidados de la piel: zona de injerto	11	100%
Manejo ambiental: confort	9	82%
Terapia de actividades	9	82%
Terapia de entretenimiento	9	82%
Disminución de la ansiedad	8	73%
Mejorar el afrontamiento	8	73%
Control de infecciones	8	73%
Protección contra las infecciones	8	73%
Administración de analgésicos	7	64%
Manejo del dolor	7	64%
Mejora de la imagen corporal	6	55%
Ayuda con el autocuidado micción/defecación	5	45%
Ayuda con el autocuidado: transferencia	5	45%
Terapia de actividad	5	45%
Terapia de ejercicios: ambulación	4	36%
Ayuda con el autocuidado: alimentación	3	27%
Ayuda para ganar peso	3	27%
Enseñanza: dieta prescrita	3	27%
Manejo de líquidos y electrolitos	3	27%
Terapia de ejercicios: control muscular	3	27%
Fomentar la mecánica corporal	3	27%
Control del estado de animo	3	27%
Manejo de la energía	3	27%
Vestir	3	27%
Ayuda con el autocuidado: vestir/arreglo personal	3	27%
Apoyo al cuidador principal	3	27%

Potenciación del autoestima	3	27%
Oxigenoterapia	2	18%
Cambio de posición	2	18%
Monitorización respiratoria	2	18%
Manejo de la ventilación mecánica no invasiva	2	18%
Tratamiento de la fiebre	2	18%
Manejo de la sensibilidad periférica alterada	2	18%
Dar esperanza	2	18%
Potenciación de la socialización	2	18%
Regulación de la temperatura	1	9%

Fuente: Valoración de los pacientes hospitalizados con quemaduras

Elaboración: Propia

Análisis: las actividades a las que van orientadas las intervenciones más periódicas de enfermería son el cuidado de heridas por quemaduras, protección contra la infección, cuidados de la piel en zona donante y zona injertada; también numerosas van enfocadas al manejo ambiental para el confort, terapia de actividades, terapia de entretenimiento, disminución de la ansiedad, mejorar el afrontamiento, control y protección contra las infecciones y en más de la mitad se realiza la administración de analgésicos, manejo del dolor, mejora de la imagen corporal y en menor porcentaje a estos ayudan con el autocuidado micción, defecación, transferencia, terapia de actividad y ejercicio; en un porcentaje inferior de pacientes se realiza ayuda con la alimentación, ayuda para ganar peso, enseñanza de dieta prescrita, manejo de líquidos y electrolitos, terapia de ejercicios para control muscular, fomentar la mecánica corporal, control del estado de ánimo, manejo de la energía, ayuda con el autocuidado en vestir y arreglo personal, apoyo al cuidador principal y potenciación del autoestima y en un porcentaje mínimo los pacientes requieren oxigenoterapia, cambio de posición, monitorización respiratoria, manejo de la ventilación mecánica no invasiva, tratamiento de la fiebre, manejo de la sensibilidad periférica alterada, dar esperanza, potenciación de la socialización y regulación de la temperatura.

Anexo 3:**Certificación de traducción al idioma inglés.**

Carlos Fernando Chuchuca Pardo

CERTIFICADO EN SUFICIENCIA DEL IDIOMA INGLÉS POR THE CANADIAN HOUSE CENTER**CERTIFICO**

Que he realizado la traducción de español a inglés del artículo científico y resumen derivado de la tesis denominada: **“Proceso enfermero aplicado a pacientes con quemaduras del Hospital Isidro Ayora Loja”**. De autoría del señor **EDISON PATRICIO SUQUILANDA POMA**, portador de la cédula de identidad número **1105153108**, estudiante de la carrera de Enfermería de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc. Previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.

Loja, 18 de octubre del 2021.



Carlos Chuchuca Pardo

Certificado en suficiencia del idioma inglés por The Canadian House Center

Anexo 4:
Proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA

**Proceso Enfermero Aplicado a Pacientes con Quemaduras del Hospital
Isidro Ayora Loja.**

Autor:

Edison Patricio Suquilanda Poma.

1 Tema

**Proceso Enfermero Aplicado a Pacientes con Quemaduras del Hospital Isidro Ayora
Loja.**

2 Problemática.

Las quemaduras se han convertido en un problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud se producen alrededor de 180 000 muertes al año, de las cuales la mayoría se ocasionan en los países de ingreso bajo y mediano, y casi dos tercios, en las regiones de África y de Asia Sudoriental (OMS, 2018).

La probabilidad existente en la población universal de sufrir una quemadura en algún momento de su vida, independientemente el causal, extensión y profundidad, es de alrededor del 1%. Según estadísticas mundiales, aproximadamente 300,000 personas mueren cada año debido a quemaduras, Y representa una de las principales causas de discapacidad adquirida.

La incidencia de las muertes por quemaduras es más de dos veces mayor entre los niños menores de cinco años. Las quemaduras son la quinta causa más común de lesiones no fatales durante la infancia. Si bien uno de los mayores riesgos es la inadecuada supervisión parental, un número considerable de las lesiones por quemaduras que sufren los niños se debe al maltrato infantil (OMS, 2018).

Las quemaduras de segundo y tercer grado son estimadas peligrosas, ya que afecta las capas externa, media e interna de la piel, suelen dañar los folículos pilosos, las glándulas sudoríparas, las terminaciones nerviosas y otros tejidos epiteliales, estas quemaduras pueden ser muy dolorosas. Pero, si causan daño a las células nerviosas sensibles al dolor, al principio puede sentirse poco o nada de dolor además pueden causar cicatrices graves y generalmente se debe tratar con injertos de piel.

Resultados de los artículos científicos referenciales

En un estudio realizado a pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital General de la Fuerza Aérea, para medir el porcentaje de atenciones según el grado de quemadura se evidencia que, de los hospitalizados en esta casa de salud, el 75% son usuarios con quemaduras grado II y el 25% tienen quemaduras grado III. Los diagnósticos enfermeros identificados incluyen: deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, deterioro de la imagen corporal y dolor agudo (Pereda, 2017).

En una investigación patrocinada por la Unidad de quemados del Hospital Central de la Fuerza Aérea de Perú se obtuvo que de las personas afectadas por quemaduras un 57.1%

son hombres y 42.8% son mujeres. Para medir el grado de quemadura se estima que el 80% ha representado quemaduras de segundo grado y el 20% de tercer grado, además las quemaduras en los brazos son las de mayor prevalencia entre los usuarios con un 65% del total de áreas corporales. Aquí se han identificado los siguientes diagnósticos enfermeros: Hipotermia, Trastorno de la imagen corporal, Riesgo de infección, Deterioro de la integridad cutánea. (Sarria, 2016).

Delimitación del problema

La investigación va dirigida a los pacientes con quemaduras hospitalizados en la Unidad de quemados del hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en los cuales se aplicará el proceso de atención de enfermería analizando los distintos diagnósticos enfermeros a emplearse dependiendo de la necesidad de cada usuario.

En la hipótesis se buscan los diagnósticos más frecuentes a aplicarse en un paciente con quemaduras, entre estos se seleccionó dolor agudo, dolor crónico, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de deterioro de la integridad tisular, riesgo de desequilibrio electrolítico, déficit del volumen de líquidos, ansiedad, hipotermia, riesgo de infección y trastorno de la imagen corporal.

Dentro de las actividades de Enfermería las actividades a realizarse basadas en los diagnósticos son: curación de heridas por primera intención (quemaduras), administración de medicación tópica, baño, manejo del volumen de líquidos, monitorización de líquidos, Prevención de shock, vigilancia de la piel, cambios de posición, manejo del volumen de líquidos (electrolitos), apoyo emocional, disminución de la ansiedad, enseñanza (proceso de la enfermedad, manejo ambiental (confort), regulación de la temperatura, cuidado de las heridas (ausencia de cicatrización), protección contra las infecciones, ayuda con el autocuidado (arreglo personal), fomentar la resiliencia, mejora de la imagen corporal.

Para el desarrollo de la presente investigación se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los diagnósticos e Intervenciones de Enfermería en pacientes con Quemaduras de la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora de Loja?

3 Justificación.

Las quemaduras son lesiones graves que afectan directamente al tejido epitelial y en algunos casos, órganos internos que dependiendo de varios elementos pueden causar mayores daños. Se consideran un grave problema que afecta directamente a la salud pública a escala mundial, provocando alrededor de 180 mil muertes al año. (OPS, 2019).

En el Ecuador, son consideradas causa frecuente de morbi- mortalidad, un 52,48% de pacientes con quemaduras requirieron de hospitalización por presentar daños graves, pues constituyen el cuarto causal de estadía hospitalaria y de mortalidad. (Gallegos Pablo, 2019).

En la ciudad de Loja, el año 2008 el número de ingresos a la unidad de quemados fue de 110 pacientes, en el año 2010 la cifra ascendió a 264, mientras que en los últimos dos años la casa de salud ha atendido a un promedio de 300 usuarios anualmente según refiere la enfermera encargada de esta unidad en dicha casa de salud.

La atención de enfermería se basa en diagnósticos con fundamento científico para mejoría del usuario, en pacientes con quemaduras de tercer grado se valoran varias intervenciones; entre ellas, para el dolor agudo la administración de medicación y el manejo del dolor, además en las quemaduras, el paciente sufre de deterioro de integridad cutánea para lo cual el enfermero realiza curación de heridas y baño al paciente para luego administrar medicación tópica, también es responsable de vigilar la piel por el riesgo de escaras a la que es propenso el paciente encamado, por lo que realiza cambios de posición. Se maneja el volumen de electrolitos administrados al paciente (control de ingesta y excreta), y monitorización de líquidos y la prevención de shock.

El usuario hospitalizado debido a la deformidad cutánea a causa de quemadura sufre en su mayoría, problemas de ansiedad por lo que empleamos apoyo emocional para disminución de la misma; además, de instruir sobre el proceso de la enfermedad. Para prevenir una infección, enfermería cuida de las heridas que aún no han cicatrizado.

Según los lineamientos del Ministerio de Salud Pública esta investigación está dentro del área 18 de lesiones no intencionales; en la línea de quemados teniendo como sublínea el perfil epidemiológico de poblaciones vulnerables en la salud ocupacional, Y se trata de un

lineamiento institucional, ya que es una investigación epidemiológica, enfocada y de salud pública.

Este proyecto es factible debido a que las quemaduras constituyen una contrariedad en nuestra sociedad, en la que el paciente quemado afronta tal situación que requiere de un cuidado fervoroso por parte del personal de enfermería debido a las diferentes necesidades que solicitan, especialmente durante su estancia hospitalaria. Por lo tanto, para el presente, se ha pedido ayuda al personal de la Unidad de Quemados del HIAL, quienes están prestos a colaborar.

El uso de resultados del presente trabajo de investigación, al tener conocimiento de los diagnósticos enfermeros y todo el proceso de atención que implica el mismo en pacientes con quemaduras, permitirá al personal de enfermería que labora en el área de quemados del Hospital general de Loja, mejorar el cuidado de dichos pacientes con técnicas fundamentadas en taxonomías ideadas en necesidades propias del usuario según su condición.

Factibilidad y viabilidad

El presente estudio se realizará en la Unidad de quemados del Hospital general Isidro Ayora Loja, contando con la colaboración del personal para el ingreso al área, uso de los recursos y disponibilidad de la información necesaria para llevar a cabo la investigación, además con este proyecto el investigador busca: Mejorar el proceso de cuidados a pacientes con quemaduras en el ámbito hospitalario, prevenir riesgo de infecciones, promover la comodidad del paciente y alcanzar la satisfacción del mismo.

4 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar los diagnósticos y actividades de enfermería basados en las necesidades de los pacientes hospitalizados en el área de quemados del Hospital Isidro Ayora Loja.

Objetivos Específicos:

Establecer las características socio demográficas del paciente quemado

Identificar los diagnósticos más frecuentes en pacientes con quemaduras

Señalar las actividades de enfermería en pacientes hospitalizados con quemaduras.

5 Marco teórico

5.1 Quemaduras

5.1.1 Concepto. Las quemaduras se pueden definir como un trauma que ocasiona agresión al órgano más grande del cuerpo (la piel), así también puede causar afectación de mucosas y tejidos subcutáneos, provocada comúnmente por la acción de diversos agentes: térmicos, químicos, eléctricos, biológicos, radiantes, y que dependiendo del tiempo de acción de estos agentes, las particularidades de la zona afectada y la cantidad de energía, definen el tipo de lesión originando desintegración celular local con consecuencias a nivel local o sistémico (Llangarí, 2018).

En años recientes dicha definición ha sido ampliada integrando el daño psicológico y el daño económico que acompañan tanto de forma aguda como crónica a los pacientes, a sus familiares y a la sociedad. Una quemadura produce en las personas varios traumatismos, ya sean físicos o químicos en las zonas expuestas al mecanismo que la produce, esto además lleva consigo la desnaturalización de las proteínas tisulares, causando desde el daño leve al sistema tegumentario hasta la destrucción completa de los tejidos del cuerpo (Perez, 2017).

5.1.2 Incidencia. Las quemaduras en la población son un progresivo problema dentro del campo de la salud, debido al impacto físico, psicológico, económico y social que les ocasiona a los lesionados y a sus familiares. En estudios a nivel mundial se ha demostrado que las mayores tasas de incidencia de quemaduras se ubican con cifras por encima de 220 hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes. Las quemaduras predominan en el género masculino, en lo cual son frecuentes las quemaduras por contacto (con objetos calientes) y las ocurridas por llama con más frecuencia en el hogar (Salas, 2015).

Por lo tanto, a nivel mundial las quemaduras constituyen una de las causas de muertes más comunes, principalmente en las poblaciones de los países tercermundistas, teniendo una cifra de 180000 decesos por año, esto según la OMS. Además, tratándose de las quemaduras de II grado, estas forman parte de la morbilidad dentro de los sistemas de salud, encontrándose entre una de las principales, tomando en cuenta que las mismas 7 se pueden prevenir por acción de la atención primaria ya que la gran mayoría se producen en el ámbito doméstico (OMS, 2018).

Las quemaduras fatales contribuyen en gran parte a la mortalidad de los países en desarrollo y representan la tercera causa de muerte traumática de la población mundial, sin embargo, la muerte no es la única parte del problema, ya que las lesiones no fatales tienen devastadores efectos fisiopatológicos que, junto con las secuelas físicas y psíquicas, producen discapacidad prolongada o permanente que afecta a la calidad de vida de los sobrevivientes y trae a la familia y a la sociedad impactos negativos de gran alcance (Aldana, 2016).

5.1.3 Clasificación. Las quemaduras pueden clasificarse de la siguiente manera, así:

5.1.3.1 Por su profundidad.

5.1.3.1.1 Primer grado. Quemaduras que afectan a la capa más superficial de la piel, la epidermis. Una prolongada exposición al sol o una exposición instantánea a una fuente de calor suelen provocar una quemadura de primer grado. Por lo general los síntomas son la piel enrojecida (eritema), ampollas intradérmicas microscópicas, dolor intenso tipo ardor, inflamación moderada y alta sensibilidad en el lugar de la lesión.

5.1.3.1.2 Segundo grado. Se puede diferenciar entre quemaduras superficiales y profundas de segundo grado. En el caso de las superficiales, son lesiones que afectan tanto la epidermis como la dermis (segunda capa de la piel). Sus principales síntomas asociados son dolor intenso y presencia ampollas o flictenas.

Respecto a las quemaduras profundas, implican daños en la capa media de la piel y en las glándulas de sudor o de las productoras de grasa. Los síntomas asociados a estas lesiones es pérdida de la piel y carbonización.

5.1.3.1.3 Tercer grado. Quemaduras que afectan a todas las capas de la piel, incluida la hipodermis, la más profunda de la piel y que también se conoce como capa subcutánea. Estas lesiones destruyen vasos sanguíneos y linfáticos, terminaciones nerviosas, glándulas sudoríparas y folículos pilosebáceos. Los síntomas asociados son la pérdida de las capas de la piel, aspecto acartonado negrozco o blanquecino de la lesión, edema o hinchazón, necrosis y sobreinfección. Hay ausencia de dolor porque las terminaciones nerviosas están completamente destruidas.

5.1.3.2 Por agente causal.

5.1.3.2.1 Quemaduras térmicas. El agente productor es el calor, y se producen cuando una persona se expone a temperaturas extremas que pueden ser líquidos calientes, fuego directo, gases inflamables, congelación, e incluso el calor que produce la fricción de la piel y las escaldaduras (Piriz, 2016).

Calor. Se ha demostrado que a partir de 40°C la piel presenta alteraciones. A medida que la temperatura se eleva, disminuye la resistencia tisular. Si la temperatura alcanza 70°C, se produce destrucción del tejido epidérmico con sólo una ligera exposición de aproximadamente un minuto (Piriz, 2016).

Estas quemaduras se originan por fuentes de calor que elevan la temperatura de la piel y de los tejidos subcutáneos. Tanto las llamas como los líquidos o gases a altas temperaturas pueden dañar el organismo.

Frío. Temperaturas extremadamente bajas afectan al organismo de tal manera que disminuyen la microcirculación, produciendo enrojecimiento, ampollas, necrosis de la piel y del tejido subcutáneo, e incluso pérdida irreversible de la zona dañada.

5.1.3.2.2 Quemaduras por radiación. La radiación a la que nos exponemos diariamente es la radiación solar y por ello la quemadura más frecuente es el eritema solar. La quemadura solar se desarrolla en dos fases: la fase inicial comienza en el momento de la exposición o hasta media hora después; la segunda fase comienza entre las 2 y 5 horas después del baño de sol y puede durar hasta 4 días, que es cuando comienza la descamación de la piel. Las cabinas de bronceado emiten principalmente radiación ultravioleta y una exposición excesiva a esta radiación también puede provocar quemaduras.

5.1.3.2.3 Quemaduras químicas. Existen muchas sustancias químicas capaces de producir quemadura, como los álcalis o ácidos fuertes, los fenoles, el gas mostaza o el fósforo.

Dependiendo de la cantidad de producto y del tiempo de exposición, la quemadura tendrá mayor o menor gravedad (Martinez, 2019).

5.1.3.2.3 Quemaduras eléctricas. Estas quemaduras suelen afectar a la piel y a los tejidos subyacentes al punto de contacto con la corriente eléctrica, ya que es en esta zona donde se produce la mayor resistencia. Las quemaduras eléctricas son consideradas un tipo

especial de lesión debido a que presentan una fisiopatología única, variada y compleja, basada en el entendimiento de las propiedades físicas de la electricidad y la ruta del flujo de corriente a través de los tejidos y órganos (González, 2018).

5.1.3.3 Por su extensión.

Existen diversas reglas para calcular la superficie total quemada. La más utilizada por personal sanitario se conoce como “Regla de los 9” de Wallace, sin embargo, para una primera valoración por población general no sanitaria es suficiente saber que la palma de la mano (incluidos los dedos) del accidentado corresponde a un 1% de la superficie corporal total. Con esta regla nos podemos hacer una idea rápida y aproximada de la superficie quemada aportando una información útil a los servicios sanitarios.

La valoración de la gravedad de una quemadura se basará en la extensión de la superficie corporal quemada y el grado de profundidad de la misma. También se deben tener en cuenta que otros factores como la edad, el agente causal y ciertas localizaciones, como la cara, los pliegues y los genitales, influyen también de forma considerable en el pronóstico (Piriz, 2016).

La posibilidad de supervivencia en un quemado está directamente relacionada con la extensión y profundidad de la quemadura. Según la American Burn Association (2020) una de la clasificación de las quemaduras, es por su extensión y profundidad, entre las cuáles se destacan las siguientes:

5.1.3.3.1 Quemadura menor. Se considera aquellos con quemaduras de segundo grado, menor del 15% de superficie corporal quemada en adultos y menor del 10% en niños, quemaduras de tercer grado menor del 2% sin afectar cara y genitales.

5.1.3.3.2 Quemadura moderada no complicada. Incluye aquellos pacientes con quemaduras de segundo grado de 15 a 25% de superficie corporal quemada en adultos y de un 10 a 20% en niños, en este grupo ya se incluye lesiones causadas por quemaduras eléctricas.

5.1.3.3.3 Quemadura grave. Los pacientes requieren hospitalización en un área de quemados especializada, dentro de este grupo se considera a quemaduras de segundo grado mayores del 25% de superficie corporal quemada en adultos y el 20% en niños, quemaduras

de tercer grado mayores al 10% en niños y adultos. Dentro del mismo también se encuentran las quemaduras que afectan directamente a los ojos, oídos, cara, genitales y articulaciones, además se encuentran aquellos pacientes con comorbilidades, de alto riesgo y pacientes psiquiátricos.

5.1.4 Complicaciones. Las complicaciones de las quemaduras profundas o generalizadas pueden ser las siguientes:

- Una infección bacteriana, que puede ocasionar una infección en el torrente sanguíneo.
- La pérdida de líquidos, que incluye un volumen sanguíneo bajo (hipovolemia).
- Una temperatura corporal peligrosamente baja (hipotermia).
- Problemas respiratorios por la entrada de aire caliente o humo.
- Cicatrices o áreas estriadas producidas por un crecimiento excesivo de tejido.
- Problemas óseos y articulares, como cuando el tejido cicatrizal provoca acortamiento y tirantez de la piel, los músculos o los tendones.

5.1.5 Factores de Riesgo

5.1.5.1 Según el sexo. Las tasas de muerte por quemaduras son ligeramente mayores en mujeres que en hombres. Esto contrasta con el patrón común de lesiones, según el cual las tasas de lesiones tienden a ser más elevadas entre los hombres que entre las mujeres.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS, 2018) las mujeres están más expuestas al riesgo asociado con la cocina al aire libre o con el uso de cocinas peligrosas que pueden comprometer la ropa. Las llamas abiertas que se utilizan como calefacción y para iluminar también conllevan riesgos; la violencia auto infligida o interpersonal es otros de los factores (aunque no se estudia lo suficiente).

5.1.5.2 Según la edad. Junto con las mujeres adultas, los niños son especialmente vulnerable a las quemaduras. Las quemaduras son la quinta causa más común de lesiones no fatales durante la infancia. Si bien uno de los mayores riesgos es la inadecuada supervisión parental, un número considerable de las lesiones por quemaduras que sufren los niños se debe al maltrato infantil (Perez, 2017).

5.1.5.3 Factores regionales. Existen importantes diferencias regionales entre las tasas de quemaduras. La incidencia de las muertes por quemaduras es más de dos veces

mayor entre los niños menores de cinco años de la región de África que entre los niños menores de cinco años del resto del mundo (OMS, 2018).

Los varones de menos de cinco años que viven en los países de ingreso bajo y mediano de la región del Mediterráneo Oriental de la OMS son casi dos veces más propensos a morir de quemaduras que los varones de la región de Europa de la OMS.

La incidencia de las lesiones por quemaduras que requieren atención médica es casi 20 veces mayor en la región del Pacífico Oeste de la OMS que en la región de las Américas.

5.1.5.4 Factores socio económicos. Las personas que viven en los países de ingreso bajo y mediano corren mayor riesgo de sufrir quemaduras que las que viven en países de ingreso alto. Sin embargo, dentro de todos los países el riesgo de sufrir quemaduras guarda correlación con la posición socio económica (OMS, 2018).

5.1.5.5 Otros factores de riesgo. Hay otros factores de riesgo de quemadura, a saber:

- Las ocupaciones que implican exposición al fuego;
- La pobreza, el hacinamiento y la falta de medidas de seguridad adecuadas;
- Las tareas domésticas, como cocinar o cuidar a niños pequeños, confiadas a niñas pequeñas;
- Los problemas de salud subyacentes, como la epilepsia, las neuropatías periféricas y las discapacidades físicas y cognitivas;
- El consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo;
- El acceso fácil a químicos utilizados en actos de violencia (como el ácido);
- El uso de queroseno (parafina) como fuente de combustible para dispositivos domésticos no eléctricos;
- Medidas de seguridad inadecuadas para el gas licuado de petróleo y la electricidad.

5.1.5 Prevención. Las quemaduras son prevenibles. Los países de ingreso alto han logrado avances considerables en la tarea de reducir las tasas de muertes por quemaduras combinando estrategias preventivas con una mejor atención de las personas afectadas. La mayoría de estos avances en materia de prevención y atención no se ha aplicado en forma completa en los países de ingreso bajo y mediano. Si se intensificaran los esfuerzos en ese

sentido, se reducirían significativamente las tasas de muertes y de discapacidad relacionadas con las quemaduras (Perez, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Mediante las estrategias de prevención deberían abordarse los peligros relacionados con las lesiones por quemaduras, la educación para las poblaciones vulnerables y la capacitación de las comunidades en primeros auxilios. Un plan eficaz de prevención de las quemaduras debería ser multisectorial e incluir amplias iniciativas orientadas a:

- Generar mayor conciencia;
- Elaborar políticas eficaces y exigir su cumplimiento;
- Describir la carga que representa el problema e identificar los factores de riesgo;
- Establecer prioridades de investigación y promover las intervenciones prometedoras;
- Ofrecer programas de prevención de quemaduras;
- Fortalecer la atención de quemaduras;

En el plan de la OMS para la prevención y atención de las quemaduras [A WHO plan for burn prevention and care] se analizan siete componentes de forma detallada. Asimismo, se formulan varias recomendaciones específicas para personas, comunidades y funcionarios de salud pública orientadas a reducir el riesgo de quemaduras:

- Encerrar los fuegos y limitar la altura de las llamas abiertas en el ámbito doméstico;
- Promover el uso de cocinas más seguras y combustibles menos peligrosos y brindar información sobre el uso de prendas que pueden prenderse fuego;
- Aplicar las normas de seguridad al diseño y a los materiales de las viviendas, y fomentarlas inspecciones de hogares;
- Mejorar el diseño de las cocinas, sobre todo en relación con la estabilidad y la prevención del acceso de los niños;
- Reducir la temperatura en los grifos de agua caliente;
- Promover la educación sobre seguridad contra incendio y el uso de detectores de humo, rociadores y salidas de emergencia en las viviendas;
- Promover la adopción de normas de seguridad industrial y su cumplimiento, y el uso de telas ignífugas para la ropa de dormir de los niños;
- No fumar en la cama y alentar el uso de encendedores con dispositivos de seguridad para niños;

- Mejorar el tratamiento de la epilepsia, especialmente en los países en desarrollo;
- Alentar el mayor desarrollo de sistemas de atención de quemaduras, incluyendo la capacitación de proveedores de atención de la salud en la adecuada clasificación y manejo de personas con quemaduras;
- Respaldo la confección y distribución de delantales ignífugos para ser utilizados al cocinar a fuego abierto o con una cocina de queroseno.

5.2 Proceso de atención de enfermería

5.2.1 Concepto. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un conjunto de procedimientos lógico, dinámico y sistemático para brindar cuidados sustentados en evidencias científicas, para mejorar la calidad de atención en salud, ya sea su estado físico o biopsicosocial, todo esto en base a modelos, teorías y demás aportes importantes a la ciencia de la Enfermería, por grandes de la profesión (Jara, 2016).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método científico que utiliza el personal de enfermería para desarrollar su actividad de una forma coherente, ordenada, precisa y sistemática; para lograr la solución a los problemas de salud y la satisfacción de los pacientes; basado en una secuencia lógica: comprensión del problema, recogida de datos, formulación de la hipótesis y la comprobación de las soluciones; todo lo cual se materializa a través del plan de cuidados, lo que proporciona a la enfermería la categoría de ciencia (Martell, 2019).

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requeridas por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios. En la atención se da un proceso interactivo entre el cuidador y ser cuidado (Carvajal, 2018).

El PAE como metodología de aprendizaje para el cuidado que brinda la enfermería, desde un inicio toma como referencia los problemas de salud más comunes del medio, los cuales son abordados durante las prácticas clínicas y comunitarias, además de una retroalimentación continua durante toda la carrera en las asignaturas de especialidad, de acuerdo al enfoque social, humanístico y personal de los pacientes (Miranda, 2019).

5.2.2 Etapas del proceso de Atención de Enfermería. De acuerdo con (Alfaro, 2016), expresa que las etapas del proceso de atención de enfermería, permite crear un plan de cuidados basados en la evidencia científica, para aplicar a cada paciente. Así se destaca las siguientes etapas:

5.2.2.1 Valoración. Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden, ya sea cefalo caudal, por sistemas y aparatos, o por patrones funcionales de salud. Se recogen los datos que han de ser validados, organizados y registrados.

5.2.2.2 Diagnóstico. Es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo, resolverlo. Ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física, etc. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes.

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

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

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

5.2.3 Necesidades Básicas De Virginia Henderson. Las mismas se clasifican en:

- Respirar normalmente
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar por todas las vías corporales
- Moverse y mantener posturas adecuadas
- Dormir y descansar
- Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
- Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
- Participar en actividades recreativas
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles (Bellido, 2017).

5.2.4 Diagnósticos De Enfermería. Un diagnóstico de enfermería es una conclusión que se deduce tras haber encontrado un patrón o un conjunto de signos y síntomas; trata aquellas situaciones que enfermería puede atender de forma independiente; se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar; comprende aspectos espirituales, físicos, psicológicos y socioculturales y se expone con una frase breve y concisa (Arranz, 2015).

Los diagnósticos de enfermería son conceptos propios de esta disciplina mediante los cuales es posible clasificar las áreas de responsabilidad sobre las que se trabaja. Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2015), manifiesta que “Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad.”

En este sentido, un diagnóstico enfermero contiene típicamente dos partes: el descriptor o modificador y el foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico. En estos diagnósticos el modificador y el foco están inherentes en el mismo término. Las enfermeras

diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos que focalizan en el problema no deberían ser entendidos como más importantes que los diagnósticos de riesgo. Algunas veces un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico de máxima prioridad para un paciente (NANDA, 2015).

Por ello, cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Es trascendental indicar que con sólo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente. Es decisivo que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan de forma más frecuente. Además, requieren saber los «indicadores diagnósticos» los datos que se usan para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro. Estos indicadores diagnósticos incluyen características definatorias y factores relacionados o factores de riesgo (NANDA, 2015).

5.2.5 Intervenciones de Enfermería. Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados, por lo que deben identificarse los diagnósticos enfermeros de alta prioridad así como por ejemplo: las necesidades urgentes, diagnósticos con un alto nivel de congruencia con las características definatorias, factores relacionados o factores de riesgo) con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, o a la disminución de la gravedad o riesgo de su aparición (en el caso de los diagnósticos de riesgo) (NANDA, 2015).

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente/cliente. De acuerdo con la NANDA (2015), los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. Un resultado de enfermería se refiere a una conducta medible o a una percepción demostrada por una persona, familia, grupo o comunidad en respuesta a una intervención enfermera.

La Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) es un sistema que puede ser usado para seleccionar medidas de relacionadas con diagnósticos enfermeros. En lugar de ello, los resultados deben ser identificados antes de determinar las intervenciones. Es mejor tener primero una localización clara en la cabeza (resultado) y más tarde escoger una ruta (intervención) para llegar hasta la localización deseada.

Los diagnósticos enfermero se ajustan a la necesidad de la patología que presenta el paciente. En las quemaduras de tercer grado se han identificado algunas como

5.2.5.1 Dolor agudo y Dolor Crónico. Las quemaduras producen un aumento de la intensidad dolorosa, debido principalmente a los siguientes mecanismos: La intensidad del dolor es proporcional a la superficie corporal quemada.

La cantidad de nociceptores dañados aumenta proporcionalmente al aumento de la superficie corporal quemada, enfermería se encarga de la administración de analgésicos y de medicación para manejar el dolor prescrita por los médicos.

5.2.5.2 Deterioro de la integridad cutánea. La quemadura produce pérdida de la integridad cutánea y capilar, que provoca extravasación de líquido desde el compartimento intravascular hacia el intersticio, con la consecuente formación de edema. Enfermería se encarga de la curación de heridas, administración de medicación tópica, y el baño al paciente año, también cumple una estricta vigilancia de la piel y los cambios de posición en el paciente encamado para prevenir la formación de escaras.

5.2.5.3 Déficit del volumen de líquidos. Los pacientes portadores de quemaduras sufren una gran pérdida de fluidos porque el plasma traspasa del compartimento intravascular al espacio intersticial. Esta pérdida es proporcional a la extensión y profundidad de la lesión, tomando en cuenta que las quemaduras de tercer grado son clasificadas en una de las más profundas; enfermería maneja del volumen de líquidos, con el control estricto de ingesta y excreta, administración de líquidos para prevención de shock.

5.2.5.4 Ansiedad Enfermería se encarga en el apoyo emocional con el paciente, disminución de la ansiedad, enseñanza sobre el proceso de la enfermedad.

5.2.5.5 Hipotermia. Manejo ambiental (Confort), Regulación de la temperatura.

Riesgo de infección: Cuidado de las heridas (Ausencia de cicatrización), Protección contra las infecciones.

5.2.5.6 Trastorno de la imagen corporal. Las quemaduras graves pueden cambiar la manera cómo el cuerpo se ve y funciona, y producir un trastorno de la imagen corporal. La imagen corporal se define cómo la percepción de qué tan satisfecha, cómoda y segura se

siente una persona con su apariencia, enfermería ayuda con el autocuidado (Arreglo personal), fomentando la resiliencia y mejorando la imagen corporal.

6 Metodología

La presente investigación se realizará con un enfoque cuanti-cualitativo, descriptivo y transversal.

Cuanti-cualitativo ya que se recolectan datos demográficos con medición numérica; y relacionan los cuidados de enfermería con la mejoría de estado del usuario hospitalizado, abarcando distintos medios, materiales e instrumentos en la presente

También descriptivo y de tipo transversal ya que identifica y analiza los fundamentos en que se basan los diagnósticos enfermeros a los pacientes con quemaduras, las mismas que serán reconocidas mediante una valoración realizada por el investigador (Anexo 3).

Área de estudio

El Área de estudio del proyecto de investigación se realizará en la Unidad de Quemados del Hospital General Isidro Ayora de Loja, el cual cuenta con una capacidad de 12 camas las cuales se distribuyen en áreas para adultos y pediátricas y postquirúrgicos, además de contar con un área de curaciones y un espacio destinado para la terapia hídrica y baño de los pacientes los cuales se realizan cada 48 horas. El talento humano del área está conformado por 2 médicos especialistas, 4 médicos residentes, 7 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería.

La unidad de quemados acoge a aproximadamente 300 personas anualmente, variando el tiempo de estadía de las mismas de entre 4 a 12 semanas aproximadamente.

Por lo tanto, el universo de esta investigación serán todos los pacientes internados durante los meses de junio y julio del año en curso

Variables, dimensiones e indicadores:

Las variables de la investigación son las características y propiedades cualitativas de un objeto o fenómeno a través de sus dimensiones y sus indicadores para mostrarlo a través de escalas, dentro del proyecto tenemos como variable independiente al paciente quemado al cual se lo considera usuario gran quemado aquel que la extensión de sus quemaduras es mayor al 25% de su superficie corporal, en quien debido a sus múltiples alteraciones

fisiopatológicas y sumado a sus posibles comorbilidades, su evolución lenta y difícil control del dolor, ha requerido un abordaje diferente en los protocolos de manejo y una rehabilitación particular (Hospitalización).

Como variable dependiente asumimos el proceso enfermero que es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. (Anexo 1).

Equipos Y Materiales

Entre los materiales primarios de la presente investigación encontramos las guías de prácticas clínicas, protocolos, procedimientos y técnicas utilizadas en las intervenciones de enfermería. Además, ocuparemos las historias clínicas de los pacientes como fuente primordial de información y la entrevista al mismo.

Los materiales y equipos se manejarán en relación a las guías de prácticas clínicas, protocolos, procedimientos y técnicas utilizadas en las intervenciones de enfermería. También se realizará una valoración basada en las necesidades propuestas por Virginia Henderson para conocer los diagnósticos oportunos a cada paciente.

Instrumento de Recolección de Datos.

Se utilizará como instrumento la valoración de las necesidades de Virginia Henderson, adaptada a las necesidades de la investigación; en búsqueda de las acciones alteradas en relación a cada paciente, en analogía con la escala de Barthel (Anexo 3). La misma se desarrollará al contacto con el usuario, en evaluación por el investigador además de apoyarse en la historia clínica, notas de evolución médicas y cuidados de enfermería prestados al usuario.

Fuentes de Información.

Los datos obtenidos en la investigación los clasificamos como primarios y secundarios. Entre los primarios se cuenta con la información obtenida mediante la valoración realizada al usuario por medio de la escala de Barthel (Anexo 3).

La fuente de información secundaria está conformada por la historia clínica de cada paciente con quemadura de tercer grado, además se cuenta también con la participación del talento humano que labora en la planta, así se obtendrá también datos relevantes del paciente por parte del personal médico y de enfermería.

Consentimiento Informado

Los aspectos éticos de la investigación son importantes y para la aplicación de la valoración según las necesidades de Virginia Henderson, el investigador entrevistará a los pacientes, si este está en condiciones de comunicarse con el investigador, la respuesta será totalmente anónima y previa a la realización de la misma se hará firmar un consentimiento alusuario, el cual el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en una investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos de la misma, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos, (Anexo 2).

7 Cronograma

El cronograma planteado en esta investigación permitirá controlar la secuencia de las actividades planteadas, y en la medida de lo posible, ajustar períodos que permitan concluir en el tiempo planificado la investigación, tomando en cuenta que se debe cumplirlas actividades previstas y en los tiempos programados.

FECHA	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES																				
Construcción y aprobación del proyecto			X	X																
Validación del instrumento de recolección de datos				X																
Trabajo de campo: aplicación del instrumento de recolección de datos en el área y grupo de estudio. Solicitar autorización para el desarrollo del proyecto					X	X	X	X	X	X										
Tabulación, análisis y presentación de los resultados											X	X								
Discusión, conclusiones y recomendaciones													X	X						
Informe de la investigación																	X			

8 Presupuesto y financiamiento

El proyecto será auto financiado por el investigador y se lo ha estimado en 70dólares, dentro de este se considerará:

Proyecto: Proceso enfermero aplicado al paciente con quemaduras de III grado

Recursos	Humanos	Materiales	Técnicas	Financieras
Elaboración y ejecución del proyecto	Investigador	Computadora Internet Energía eléctrica	Microsoft Word	\$40
Recolección de datos	Investigador / pacientes con quemaduras de grado III	Instrumentos de recolección	Valoración	\$30
Tabulación y Análisis dedatos	Investigador	Computadora	Microsoft Excel	
Elaboración del primer borrador	Investigador	Computadora	Microsoft Word y Microsoft Excel	
Entrega del informe final del proyecto	Investigador		Microsoft Word y Microsoft Excel	
TOTAL				\$70

Autor: Patricio Suquilanda.

9 Bibliografía

- Aldana, M. C. (2016). Las quemaduras en la población pediátrica colombiana: del desconocimiento hacia la prevención. Quemaduras pediátricas: <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.09.001>.
- Alfaro, R. (2016). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona, España.: Elsevier.
- Arranz, A. (2015). *Modelos conceptuales, metodología. lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Bellido, J. L. (2017). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Carvajal, H. S. (2018). Nursing care with a human approach: a model for practice with service excellence. . *Aquichan*, 149-159.
- Dávalos, P. 2005. *Manejo de morbimortalidad del paciente pediátrico quemado en el Hospital "Baca Ortiz" de Quito, Ecuador*. Cir. plást. iberolatinoam. - Vol. 33 -Nº 3. Julio - Agosto - Septiembre 2007 / Pág. 163-170. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v33n3/163.pdf>.
- Fasquelle GP (2010) *Analisis del coste hospitalario diario en la emergencia del Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras. Centro de investigaciones y estudios de la salud*.
- Gonzalez, L. A. (2018). Fisiopatología de las quemaduras eléctricas: artículo de revisión. *Revista chilena de anestesia*, 51-56.
- García. *Complicaciones en el quemado en estado crítico en foro de AMTIP del día 26/08/2013* <http://www.youtube.com/watch?v=l2T-5DQ9MLE>.

- Jara, S. L. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería universitaria*, 208-215.
- Luis Rodrigo, T. “*NANDA: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones*” Ed. Elsevier, Madrid 2008.
- Llangarí, T. (enero 2015 - diciembre 2018). *Predicción de mortalidad con el índice abreviado de severidad de quemaduras (ABSI) de pacientes que ingresan a la unidad de quemados del hospital pediátrico Baca Ortiz*. Quito, Ecuador: Universidad Católica del Ecuador.
- Martell, M. (2019). Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*.
- Martinez, M. R. (2019). Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Portales médicos: Pediatría Integral*, 81-89.
- Miranda, L. R. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*, 374-389.
- Monografias.com. Abordaje Sencillo de las Quemaduras. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos14/quemaduras/quemaduras.shtml>.
- Multidisciplinary Team of the NSW Severe Burn Injury Service. *Clinical Practice Guidelines Burn Wound Management. NSW Severe Burn Injury Service*. Revised 2008. (Disponible en:
http://www.health.nsw.gov.au/resources/gmct/burninjury/pdf/clinical_practice_guidelines.pdf).

- Macedo J.; Simone C. Rosa; Cleudson Castro. *Sepsis in burned patients*. Rev. Soc.Bras. Med.(6):36-37.
- Mccloskey JC, Bulecheck GM. “Clasificación de resultados de enfermería(NOC)” 3ª Ed. Elsevier, Madrid, 2005 (Versión española).
- NANDA. (2015). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. Barcelona: Elsevier.
- OMS. (06 de marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Quemaduras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Organización mundial de la salud. (2012). *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf
- Orozco-Valerio MJ, Celis de la Rosa AJ, Méndez-Magaña AC (2015) *Perfil epidemiológico infantil de México* 72: 249-256.
- Perez, M. M. (2017). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras*. Andalucía, España: Artefacto, escandon.
- Piriz, R. (2016). *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid, España: Difusión, avances de enfermería.
- Salas, A. M. (2015). *Quemaduras en menores de cinco años en Popayán, Colombia: Creencias, conocimientos y prácticas*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.07.003>.
- Sarria. (2016). *Sarria*.
file:///C:/Users/Jose%20Guajala/Downloads/Sarria%20Martinez_IFPROF_2017.pdf.

10 Anexos

Anexo 1

Matriz Operacional De Variables



VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALAS
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE PACIENTE QUEMADO</p> <p>Se considera paciente gran quemado aquel que la extensión de sus quemaduras es mayor al 25% de su superficie corporal, en quien debido a sus múltiples alteraciones fisiopatológicas y sumado a sus posibles comorbilidades, su evolución lenta y difícil control del dolor, ha requerido un abordaje diferente en los protocolos de manejo y una rehabilitación particular (Hospitalización).</p>	<u>CLASIFICAR</u>	Edad	Niñez (0-9 años) Adolescencia (10-19 años) Adulto joven (20-39 años) Adulto (40-64 años) Adulto mayor (>64 años)
		Sexo	Femenino Masculino
		Grado de Quemadura	2do grado 3er grado
		Mecanismo	Química Eléctrica Deflagración Líquido caliente fuego Rayo Sólido caliente Vapor caliente
		Tiempo de hospitalización	11-20 días 21-30 días 31-40 días 41-50 días 51-60 días 61-70 días 71 o más
		Quemaduras de acuerdo al escenario	Domicilio Sitio Público Trabajo
<p>VARIABLE DEPENDIENTE PROCESO ENFERMERO.</p> <p>Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico que cada persona o grupo de ellas, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.</p>	<u>FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</u>	Valoración	Dominios
		Diagnósticos	Taxonomía NANDA
		Planificación	Taxonomía NOC
		Ejecución	Taxonomía NIC
		Evaluación	Escala de Likert

Anexo 2
Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Facultad de la salud humana
Carrera de Enfermería

Este formulario de Consentimiento Informado está dirigido a los pacientes de la Unidad de Quemados del HIAL, acerca del estado de salud de los mismos, de la misma manera que se les invita formar parte de la investigación de **“Proceso Enfermero en pacientes con quemaduras del hospital Isidro Ayora Loja”**

Es importante que conozca que el propósito de este proyecto es identificar los diagnósticos enfermeros y los cuidados que se brindan a los pacientes ingresados en esta área del Hospital. La presente investigación incluye únicamente la aplicación de una valoración. Se aplicará el instrumento a las personas que han firmado este consentimiento, participando de manera voluntaria. Tiempo de duración 30 minutos.

Cabe mencionar que el presente trabajo no tendrá efectos posteriores en su persona, pues no es necesario aplicar ningún procedimiento invasivo, así mismo, la aplicación de la entrevista, no acarrea ningún tipo de riesgo que atente contra su integridad física o emocional. Y los datos obtenidos serán trabajados de manera global.

Su participación es muy importante, pues con los resultados obtenidos se podrá dar respuesta a la pregunta de investigación planteada y generar nuevos conocimientos en torno al tema del proyecto, lo cual servirá de base para futuras investigaciones y cuidados para evitar accidentes como las quemaduras dentro de sus domicilios.

La información recopilada durante la investigación será solo utilizada con fines académicos y estará fuera de alcance de otras personas, solo el investigador y su director, tendrán acceso a ella.

Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación que tiene como propósito conocer los diagnósticos y cuidados de enfermería que se aplican a todos los pacientes con Quemaduras del HIAL.

Previamente me han brindado información del procedimiento a aplicarse, que no correré ningún riesgo físico o hacia mi identidad, además de los beneficios de mi participación para colaborar con la investigación. He leído la información proporcionada. Consiento voluntariamente participar en esta investigación, para lo cual firmo como constancia del mismo.

Nombre del Participante.....

Firma del Participante

Fecha

Anexo 3

Instrumento De Recolección De Datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Enfermería

En el siguiente documento de recolección de datos sobre el estado de Salud del paciente Quemado del HIAL, tiene como propósito recopilar información para realizar el proyecto de investigación titulado “**Proceso Enfermero en pacientes con quemaduras del hospital Isidro Ayora Loja**”, en el cual, todos los datos serán extraídos de manera directa del paciente como de la Historia clínica del mismo

DATOS GENERALES				
EDAD				
años			
Sexo	F		M	

ESTADO CIVIL

SOLTERO	CASADO	UNIÓN LIBRE	VIUDO
----------------	---------------	--------------------	--------------

PROCEDENCIA

URBANA	RURAL
---------------	--------------

Grado de Quemadura

I Grado	II Grado	III Grado
----------------	-----------------	------------------

Agente causal

Fuego		Líquidos calientes		Química		Eléctrica		Radiación		Otros	
--------------	--	---------------------------	--	----------------	--	------------------	--	------------------	--	--------------	--

Otros.....

Tiempo de Hospitalización Díaz

Escenario de la Quemadura

Domicilio		Sitio Público		Trabajo	
------------------	--	----------------------	--	----------------	--

Otro.....

Necesidades básicas de Virginia Henderson

Necesidades Básicas según Virginia Henderson	
1. Necesidad de oxigenación	
- FR....	- FC....
- Tensión arterial.....	- Saturación de Oxígeno....
- Tos: si () no ()	- Secreciones: si () no ()
- Dolor al respirar si () no ()	- Edema si () no ()
- Cianosis si () no ()	- Llenado capilar
- Permeabilidad de vía aérea	- oxigenoterapia si () no ()
2. Necesidad de Alimentación e hidratación	
- Peso	- Talla....
- IMC.....	-
- Dieta especial si () no ()	- Tipo de dieta.....
- Ingesta de líquidos: < 1 litro/día ()	1-2 litros/día () > 2 litros/día ()
- Intolerancia a alimentos si () no ()	-
- Cuales.....	-
- Forma de alimentarse. Dependiente ()	independiente ()
- Forma de alimentación: oral ()	sonda nasogástrica () nutrición parenteral ()
- Digestión buena () mala ()	Gases () ardor () pesadez () dolor ()
- otros.....	-
3. Necesidad de eliminación	
- Eliminación normal ()	- Estreñimiento () - Diarrea () - Incontinencia ()
- Deposición diaria si () no ()	-
- Medios para favorecer la deposición: laxantes ()	Enemas ()
- Frecuencia de micciones por día.....	-
- Características de la orina: color.....	olor..... densidad..... hematuria
- Disuria	-nicturia
- Pañal.....	- Retención
- Sonda vesical	- Incontinencia
- Secreciones.....	-
- Drenajes si () no ()	- Características.....
- Diaforesis	-
- Vómito.....	- Características..... - frecuencia
4. Necesidad de movimiento y mantener una buena postura	
- Valoración de Glasgow.....	-
- Comportamiento motor: Inhibición ()	- Agitación () -temblores () - Rigidez ()
- incoordinación ()	- inquietud () -Tics ()
- Actividad física: -Ambulatorio ()	-Reposo absoluto () - Reposo relativo ()
- Riesgos de úlcera por presión (encamado) Si () no () grado.....	-
- ¿Necesita ayuda para moverse? si () no ()	-
- ¿Tiene fatiga o cansancio excesivo al moverse? si () no ()	-
- Limitaciones físicas: temporales ()	permanentes ()
5. Necesidad de dormir y descansar	
- Horas de sueño nocturno.....	- otros descansos

<p>- Trastornos del sueño: antes () durante () (número de veces)</p> <p>- Emoción al despertarse: descansado () cansado () confuso () otrosd.....</p> <p>- Factores que provocan la interrupción del sueño.....</p> <p>- utiliza fármacos para conciliar el sueño: si () no ()</p>
<p>6. Necesidad de vestirse adecuadamente.</p> <p>- ¿Es capaz de vestirse por sí solo? si () no ().</p> <p>Limitaciones:.....</p> <p>- ¿Alergia a algún material?</p> <p>.....</p> <p>- Molestias causadas por la ropa en contacto con la piel.....</p> <p>- ¿Que importancia le da a su aspecto?.....</p>
<p>7. Necesidad de termorregulación</p> <p>- T°.....</p> <p>- Siente excesivo calor durante: día si () no () noche si () no ()</p> <p>- Siente excesivo frío durante: día si () no () noche si () no ()</p>
<p>8. Necesidad de higiene y protección de la piel</p> <p>- Porcentaje de piel quemada:.....</p> <p>Lesión en la piel: cabeza () cuello () torso () espalda () M.S derecho () M.S izquierdo () Zona Genital () zona glútea () M.I derecho () M.I izquierdo ()</p> <p>La piel presenta: enrojecimiento () hinchazón () ampollas ()</p> <p>Escala de Norton</p> <p>Características de la piel: reseca () hidratada ()</p>
<p>9. Necesidad de evitar peligros</p> <p>- Valoración según la escala de Glasgow.....</p> <p>¿El lugar de la quemadura altera la respiración?</p> <p>.....</p> <p>¿Ha presentado alguna alergia? Si () no () especifique.....</p> <p>¿Se siente protegido en esta casa de salud? si () no ()</p> <p>¿Permanece en compañía de familiar?: si () no () en caso de ser positiva la respuesta, El cuidador presenta cansancio si () no ()</p> <p>En una escala del 1 al 5. ¿Cuánta importancia le da a su autocuidado? 1() 2() 3() 4() 5 ()</p> <p>¿EL familiar interfiere con el tratamiento del paciente si () no ()</p> <p>¿Ha sentido impotencia en su estadio hospitalaria si () no () por que.....</p> <p>Del 1 al 10 cuanto dolor siente cotidianamente.....</p> <p>¿Con que frecuencia siente dolor? Continuamente () a veces () casi nunca () nunca ()</p> <p>¿Alguna persona murió en el accidente que le causo la quemadura? si () no ()</p> <p>¿Ha sentido ansiedad? Si () No ()</p> <p>¿Siente que nuevamente va a ocurrir un accidente que le provocara daños similares o peores al actual? Si () No (). ¿con qué frecuencia?.....</p> <p>Escala de Morse.....</p>
<p>10. Necesidad de comunicarse</p> <p>- ¿Le ha afectado tener escaso/nulo contacto con sus familiares? si () no ()</p> <p>- ¿se siente aislado? Si () No (). Esto le afecta si () No ()</p> <p>- ¿Ha socializado con los demás pacientes o personal? Si () no ()</p>
<p>11. Necesidad de valores y creencias</p> <p>- ¿Tiene alguna creencia religiosa? Si () No () Cual.....</p>

<p>- Debido a su accidente ¿piensa que ha disminuido su fe? Si () no () ¿Por qué? </p> <p>- ¿Piensa que su accidente ha aumentado su fe? Si () No ()</p> <p>- La hospitalización no permite que usted lleve a cabo sus rituales religiosos (misa, rezo, culto, etc) Si () No ().</p>
<p style="text-align: center;">12. Necesidad de ocuparse para realizarse</p> <p>¿Se ha sentido solitario?</p> <p>¿Se siente inconforme con su imagen corporal? Si () No ()</p> <p>¿Su autoestima ha disminuido debido a su quemadura? Si () No ()</p>
<p style="text-align: center;">13. Necesidad de recreo y ocio</p> <p>- ¿Realiza alguna actividad recreativa dentro del área? Si () No ()</p> <p>- ¿Siente la necesidad de salir? Si () No ()</p> <p>- ¿Extraña realizar actividades físicas recreativas? Si () No ()</p> <p>- ¿Se siente inconforme con su imagen corporal? Si () No ()</p>
<p style="text-align: center;">14. Necesidad de aprendizaje</p> <p>- Tiene deseo de conocer más sobre su enfermedad? Si () No ()</p> <p>- El tener conocimiento ¿ayudaría a su autocuidado? Si () No ()</p> <p style="text-align: center;">-</p>

Índice De Barthel (Calificación)

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

INDICE DE BARTHEL.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene unapuesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0