



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados de enfermería en el paciente gran quemado

Nursing care plan for the large burned patient

Autor/es

Raquel Tejedor Bartolomé

Director/es

Yolanda Martínez Santos

Facultad de Ciencias de la Salud- Grado de Enfermería

2018-2019

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS	8
3. METODOLOGÍA.....	9
4. DESARROLLO.....	11
4.1 Valoración.....	11
4.2 Diagnóstico.....	13
4.3 Planificación	13
4.4 Actividades para la Ejecución del Plan de Cuidados	19
4.5 Evaluación	22
5. CONCLUSIONES.....	23
6. BIBLIOGRAFÍA:	24
7. ANEXOS	28
Anexo 1: Criterios de inclusión del PGQ en la unidad de quemados	28
Anexo 2: Valoración ABCDEF del paciente crítico.....	29
Anexo 3: Escala de Glasgow	30
Anexo 4: Escala Visual Analógica (EVA).....	31
Anexo 5: Clasificación de las quemaduras según la profundidad.....	32
Anexo 6: Regla de Lund Wonder.....	34
Anexo 7: Regla de los 9 de Wallace.....	35
Anexo 8: Regla de la palma de la mano	36
Anexo 9: Fallo multiorgánico	37
Anexo 10: Fórmula de Parkland.....	38
Anexo 11: Patrones de Marjory Gordon	39
Anexo 12: Actividades de enfermería	40
Anexo 14: Signos locales de infección en las quemaduras.....	44

RESUMEN

Introducción: Las quemaduras son lesiones en los tejidos vivos que se producen por la acción térmica, química, radiación solar o ultravioleta, electricidad o fricción. Esta patología constituye un problema de salud pública mundial. Aproximadamente el 5% de los pacientes con quemaduras precisan cuidados hospitalarios y son las responsables de un elevado índice de mortalidad. El Paciente Gran Quemado (PGQ) es aquel que presenta quemaduras, que por su etiología, localización, profundidad o extensión requieren el ingreso en unidades especializadas para su tratamiento, prevención de complicaciones y rehabilitación.

Objetivo: Elaborar un plan de cuidados de enfermería que garantice la atención clínica adecuada al paciente gran quemado (PGQ) durante su estancia en la Unidad de Grandes Quemados (UGQ).

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica donde se incluyeron varias bases de datos, páginas web, libros, tesis y protocolos, aplicando las competencias adquiridas durante los estudios de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

Desarrollo: La valoración se ha realizado según los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se han identificado los principales diagnósticos de enfermería, los resultados y las intervenciones más relevantes y frecuentes para el paciente gran quemado, desarrollado un plan de cuidados aplicando la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC.

Conclusiones: Se determinó que la elaboración de un plan de cuidados de enfermería para el paciente gran quemado constituiría un modelo óptimo de cuidados de calidad centrados en una atención integral al paciente, a través de actividades de enfermería tanto a nivel físico, como psicológico y social.

Palabras clave: Grandes quemados, cuidados de enfermería, unidad de quemados, enfermería, quemadura.

ABSTRACT

Introduction: Burns are injuries to living tissues caused by thermal, chemical, solar or ultraviolet radiation, electricity or friction. This pathology is a global public health problem. Approximately 5% of burn patients require hospital care and are responsible for a high mortality rate. The Great Burned Patient (PGQ) is one who presents burns, which due to their etiology, location, depth or extension require admission to specialized units for treatment, prevention of complications and rehabilitation.

Objective: To develop a nursing care plan that will ensure adequate clinical care for the grand burn patient (PGQ) during their stay in the Grand Burn Unit (UGQ).

Methodology: A bibliographic search was carried out, including several databases, web pages, books, theses and protocols, applying the skills acquired during the Nursing Degree studies at the University of Zaragoza.

Development: The assessment was made according to the functional patterns of Marjory Gordon. We have identified the main nursing diagnoses, results and the most relevant and frequent interventions for the grand burn patient, developed a care plan applying the NANDA-NIC-NOC nursing taxonomy.

Conclusions: It was determined that the development of a nursing care plan for the large burn patient would constitute an optimal model of quality care focused on comprehensive patient care, through nursing activities at the physical, psychological, and social levels.

Key words: Large burns, nursing care, burn unit, nursing, burn.

1. INTRODUCCIÓN

La piel o sistema tegumentario es el órgano más extenso del cuerpo, pues representa el 15% del peso corporal y cubre aproximadamente una superficie de 1,7 m² en personas adultas. También es uno de los órganos más importantes ya que forma parte del sistema inmunológico, se encarga de la termorregulación, sensibilidad y actúa como barrera protectora frente al medio ambiente. Una de las afecciones de la piel son las quemaduras, que son lesiones producidas por la acción térmica (calor o frío), química (corrosivos e irritantes), radiación solar o ultravioleta (UV), electricidad o fricción y son caracterizadas por afectar a la integridad de la piel e incluso a tejidos subyacentes. (1,2)

Las quemaduras constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Provocan alrededor de 180.000 muertes al año, de las cuales, la mayoría se producen en los países de medianos y bajos ingresos. Se estima que por cada 100.000 habitantes unas 300 personas sufren quemaduras cada año, requiriendo atención sanitaria. Traslándolo a nuestro entorno, supone que unos 120.000 españoles sufren algún tipo de lesión por quemaduras cada año y, de los cuales, el 5% precisan cuidados hospitalarios. Las quemaduras son lesiones muy comunes en la población, de las que el 60% ocurren en el ámbito doméstico, siendo la mayoría quemaduras térmicas que se dan en niños y mujeres adultas. (3-6)

La morbimortalidad del quemado sigue siendo muy relevante. No obstante, en los últimos años se ha reducido gracias a medidas como la adecuada prevención, la resucitación eficaz, el soporte nutricional efectivo, el mejor manejo de la infección y de la lesión por inhalación, el control de la sepsis y los avances de las técnicas quirúrgicas para la cicatrización de las zonas quemadas. (7,8)

Las quemaduras son lesiones en los tejidos vivos, como son la piel y otros órganos, que generan de forma local la desnaturalización de las proteínas y la destrucción de la integridad de la membrana plasmática, provocando alteraciones que van desde un simple eritema hasta la necrosis total de las estructuras. También pueden causar alteraciones a nivel sistémico, si la superficie corporal quemada (SCQ) es >25-30%. Los

pacientes afectados por una quemadura se consideran pacientes traumatizados y aquellos con afectación sistémica se denominan quemados críticos o grandes quemados. (1,6,8-10)

El paciente gran quemado (PGQ) constituye un gran reto para los profesionales sanitarios debido a las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje, como son, la atención médica (para su supervivencia), la atención psicológica (por el importante riesgo de sufrir alteraciones), la asistencia rehabilitadora y fisioterapéutica (destinada a su activación funcional) y la atención social (a causa de las limitaciones que producen las quemaduras). (5)

Actualmente existen Unidades de Grandes Quemados (UGQ) para este tipo de pacientes. Su inclusión en ellas depende de una serie de criterios expuestos por la American Burn Association (ABA) (Anexo 1). Estas unidades son servicios especiales formados por un equipo multidisciplinar, donde la enfermería conforma el segmento más amplio de la unidad, proporcionando una atención integral al paciente quemado. (11,12)

Las UGQ asumen la responsabilidad institucional de atender a los PGQ en todas sus fases asistenciales:

- Fase de emergencia y reanimación

Es la fase inmediata al ingreso, cuyo objetivo es la supervivencia, estabilización y control de las constantes vitales. La evaluación inicial del paciente quemado se hace mediante la valoración ABCDEF del paciente crítico, donde se incluye la F que hace referencia a la reposición de fluidos (Anexo 2). Es importante valorar el nivel de conciencia y deterioro cognitivo del paciente mediante la escala Glasgow (Anexo 3). También se tiene en cuenta el nivel de dolor según la Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo 4). (13,14)

En el momento del ingreso se debe realizar una valoración inicial de la gravedad de las quemaduras según la edad, localización, agente causal, duración y, sobre todo, la profundidad. Esta se puede medir mediante grados (1º grado, 2º grado y 3º grado) (Anexo 5), hallazgos clínicos, o a través de flujometría por láser Doppler y videomicroscopía. También es vital la

valoración de la extensión del área del cuerpo afectada, que se considera leve cuando la superficie corporal quemada (SCQ) es inferior al 15% y grave cuando lo supera. Para calcular la SCQ existen varios métodos, pero los más usados son la regla de Lund Browder, para niños (Anexo 6), la regla de los 9 (Anexo 7) y la regla de la palma de la mano (Anexo 8). (6,8)

La fisiopatología sistémica de las quemaduras se debe a la liberación de citoquinas y otros mediadores de la respuesta inflamatoria sistémica que afectan de manera generalizada a los distintos órganos y pueden llevar al paciente a un shock hipovolémico y a un fallo multiorgánico, en los casos más graves (Anexo 9). La actuación consiste en una rápida y correcta reposición de líquidos. La fórmula más utilizada es la de Parkland (Anexo 10). (1,15)

- Fase aguda

Esta fase se inicia después de las primeras 48h y se prolonga hasta la cicatrización completa de las lesiones. Durante la hospitalización del PGQ, la enfermera le presta atención continua y se encarga de realizar actuaciones centradas en el control de las alteraciones hemodinámicas, hemorragias, evaluación del dolor, pulsos, nivel de consciencia, realización de curas para lograr la cicatrización de heridas, respuestas psicosociales del paciente y prevención de las infecciones ya que constituyen la causa más frecuente de muerte retardada, presentando infecciones hospitalarias el 7% de los pacientes quemados. (11,13,16)

- Fase de rehabilitación

Va desde el momento de cicatrización de la quemadura hasta el nivel óptimo de adaptación física y psicosocial. Este seguimiento y tratamiento de secuelas comienza en las UGQ y continúa llevándose a cabo en los centros de atención primaria (AP). (13)

El propósito de este trabajo es poner de manifiesto la importancia y complejidad del cuidado a este tipo de pacientes, que durante su hospitalización viven de manera súbita un cambio especialmente complejo en sus patrones de vida, con afectación importante a nivel físico, emocional y social. Por ello es necesario que los profesionales sanitarios, concretamente

enfermería, tengan los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para su cuidado. (17)

2. OBJETIVOS

General:

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería que garantice la atención clínica adecuada al paciente gran quemado durante su estancia en la Unidad de Grandes Quemados.

Específicos:

- Definir y comprender los conceptos de quemadura y PGQ.
- Identificar y desarrollar los principales diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración que afectan a los PGQ.
- Realizar la atención integral del PGQ incluyendo la atención psicológica.

3. METODOLOGÍA

La realización de este plan de cuidados estandarizado se ha basado en una búsqueda bibliográfica estructurada de febrero a abril de 2019, consultando tanto fuentes primarias, como secundarias; y aplicando las competencias obtenidas durante el plan de estudios del título de graduado de enfermería por la Universidad de Zaragoza.

La búsqueda se ha realizado en varias bases de datos: Dialnet, Medigraphic, Scielo, Alcorze y Pubmed (Tabla 1). También se han consultado metabuscadores como Google Académico (Tabla 2), y libros, protocolos, tesis y páginas web de interés como la OMS (Organización Mundial de la Salud) o el IACS (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud) (Tabla 3).

Los descriptores en ciencias de la salud (DeCs) empleados en la búsqueda han sido: [several burns], [nursing care], [intensive care unit], [nurse], [burn], y sus sinónimos en español. Los operadores booleanos utilizados fueron "AND", "OR", "AND NOT".

Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en inglés y/o español, estudios realizados en humanos de ambos sexos y con una antigüedad de publicación de un máximo de 10-12 años a excepción del libro de la Unidad de Quemados del Hospital de la Fe de Valencia. Además, se seleccionaron tanto revisiones bibliográficas, como artículos originales, casos clínicos y planes de cuidados. Se descartaron aquellos artículos que no hablaban del papel de enfermería y los referidos al "burn out". Finalmente, han sido utilizadas 27 referencias para la elaboración de este trabajo.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS REVISADOS	ARTICULOS UTILIZADOS
Dialnet	[Gran quemado] AND [Cuidados]	31	2	0
Medigraphic	[Gran quemado]	50	4	2
Scielo	[Burn] OR [Several	165	10	4

	burns] AND NOT [nurse]			
Alcorze	[Quemados] AND [Unidad de quemados]	21	6	1
Pubmed	[Nursing care] OR [Nurse] AND [Burns].	64	4	1
Cuiden	[Quemaduras]	311	5	2

Tabla 1: Bases de datos. Elaboración propia.

METABUSCADORES	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTICULOS UTILIZADOS
Google académico	[Gran quemado] AND [cuidados de enfermería] AND [quemaduras]	6200	11	3

Tabla 2: Metabuscadores. Elaboración propia.

OTROS	OBTENIDOS	SELECCIONADOS
Páginas web	-	3
Libros	9	8
Protocolos	1	0
Tesis y trabajos	6	3

Tabla 3: Otras fuentes. Elaboración propia.

Se ha desarrollado un plan de cuidados de enfermería dirigido a todos los PGQ ingresados en las UGQ. El plan se ha elaborado siguiendo las fases del proceso de atención de enfermería (PAE). La valoración se realizó según los patrones de Marjory Gordon.

En este plan se presentan los diagnósticos enfermeros más relevantes, así como criterios de resultados, indicadores, intervenciones de enfermería y actividades, aplicando la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC. (18-20)

4. DESARROLLO

4.1 Valoración

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon reúne los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz. Engloba 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, familias y comunidades (Anexo 11). Estos patrones constituyen una serie de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano. (21)

Los patrones comprometidos a lo largo de las fases por las que pasa el PGQ son todos o la gran mayoría. Concretamente, en la fase aguda, que es la fase en la que el paciente permanece ingresado en la UGQ, se ven alterados los siguientes patrones:

- Patrón 1: Percepción de la salud. Dada la nueva situación del gran quemado, se encuentra alterado. Se realiza una valoración de la gravedad de las quemaduras y del estado general del paciente al ingreso. También se evalúa la situación de salud y bienestar del paciente mediante el índice de Barthel (Anexo 12). (14,21)
- Patrón 2: Nutricional-Metabólico. Se presenta una situación inicial de hipermetabolismo e hipercatabolismo. Por ello es necesario calcular el IMC y conocer la historia nutricional detallada. Se valorará la necesidad de sondaje nasogástrico. (22)
- Patrón 3: Eliminación. En el momento del accidente se produce un aumento de la permeabilidad capilar y extravasación del plasma produciendo edemas y disminución de la diuresis. Pueden producirse alteraciones en la función hepática y renal dando lugar a un fracaso renal agudo (FRA) si la fluidoterapia inicial es insuficiente. (1)
A las 72 h se reabsorbe el edema y como consecuencia aumenta la diuresis provocando riesgo de edema agudo de pulmón. Se valorará la posibilidad de sondaje vesical. (1)
- Patrón 4: Actividad-Ejercicio. Las quemaduras de >40% de la SCQ provocan graves alteraciones en el metabolismo óseo y del calcio y una disminución de vitamina D y Magnesio. Esto causa alteraciones limitadas en los huesos, modificaciones en las articulaciones,

anomalías en el crecimiento y amputaciones. La cicatrización hipertrófica o queloidea puede causar disminución de la elasticidad de la piel y a consecuencia, del movimiento. (1,22)

- Patrón 5: Sueño-Descanso. El intenso dolor de estos pacientes, en ocasiones, impide el descanso. Se valorará el nivel de dolor mediante la EVA y el sueño según el cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) (Anexo 13). (23)
- Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo. Los pacientes presentan dolor intenso, especialmente durante las curas. Se valorará el nivel de dolor mediante la EVA y el grado de orientación y consciencia mediante la escala de Glasgow. (24)
- Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto. Los PGQ presentan una elevada incidencia de problemas psicológicos derivados del accidente debido a la importante transformación de su imagen corporal de forma brusca y traumática, que les afecta física, mental y socialmente, sobre todo si las quemaduras no se pueden ocultar o si han sufrido amputaciones. Hay que valorar el grado de afrontamiento, tristeza, problemas con la imagen corporal y autoestima. También se mide el nivel de ansiedad y depresión mediante la escala de Hamilton (Anexo 14). (17,21)
- Patrón 10: Tolerancia al estrés-Adaptación al cambio. Desde el momento del ingreso es esperable que los pacientes presenten signos y síntomas de estrés agudo y como consecuencia de este, pueden sufrir ulcera de Curling. Se ha demostrado que la presencia de estrés agudo (TEA) es un predictor de estrés postraumático en estos pacientes. Se utiliza la escala IES-R (Impact of Event Scale-Revised) (Anexo 15). (25, 26)

El resto de los patrones pueden verse alterados una vez que el paciente salga de la UGQ, y serán atendidos en AP.

4.2 Diagnóstico

Se etiquetan los principales problemas de salud del PGQ como diagnósticos de enfermería (Dx) enunciados por la taxonomía NANDA (Tabla 4):

(00004) Riesgo de infección
(00132) Dolor agudo
(00027) Déficit del volumen de líquidos
(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
(00044) Deterioro de la integridad tisular
(00118) Trastorno de la imagen corporal
(00158) Disposición para mejorar el afrontamiento
(00153) Riesgo de baja autoestima situacional
(00145) Riesgo de síndrome postraumático

Tabla 4: Elaboración propia.

4.3 Planificación

Se especifican los resultados esperados de la taxonomía NOC y las intervenciones NIC necesarios para la consecución de los objetivos, siempre que tenga sentido aplicarlos a cada paciente individualmente:

(00004) Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel.

NOC	INDICADORES
Curación de las quemaduras (1106)	Porcentaje de zona de la quemadura curada (110602) Granulación tisular (110603) Movimiento articular de extremidad afectada (110604)
Integridad tisular: Piel y membranas mucosas (1101)	Elasticidad (110103) Integridad de la piel (110113) Textura (110108)
Severidad de la lesión física (1913)	Quemaduras (191304)

	Deterioro de la movilidad (190213) Deterioro cognitivo (191319)
NIC	
Cuidados de las heridas: quemaduras (3661)	
Vigilancia de la piel (3590)	
Control de infecciones (6540)	

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos: quemadura m/p Conducta expresiva, Cambio en parámetros fisiológicos, Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (EVA).

NOC	INDICADORES
Nivel del dolor (2102)	Dolor referido (210201) Duración de los episodios de dolor (210204) Frecuencia respiratoria (210209)
Sueño (0004)	Sueño interrumpido (406) Calidad del sueño (404) Dificultad para conciliar el sueño (421)
Nivel de estrés (1212)	Inquietud (121213) Ansiedad (121222) Irritabilidad (121220) Arrebatos emocionales (121219)
NIC	
Administración de analgésicos (2210)	
Manejo del dolor (1400)	
Musicoterapia (4400)	
Apoyo emocional (5270)	

(00027) Déficit del volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p disminución de la diuresis, disminución de la presión arterial, disminución de la temperatura corporal, debilidad.

NOC	INDICADORES
Hidratación (0602)	Diuresis (60211) Disminución de la presión arterial (60212) Función cognitiva (60218)
Termorregulación (0800)	Hipotermia (80020) Cambios de coloración cutánea (80007) Comodidad térmica referida (80015)
Recuperación de las quemaduras (1107)	Hipotermia (80020) Cambios de coloración cutánea (80007) Comodidad térmica referida (80015)
NIC	
Manejo de líquidos/electrolitos (2080)	
Prevención del shock (4260)	
Monitorización de los signos vitales (6680)	
Sondaje vesical (0580)	

(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c factores biológicos m/p fragilidad capilar.

NOC	INDICADORES
Estado nutricional (1004)	Ingestión de nutrientes (100401) Energía (100403) Hidratación (100411)
Nivel del malestar (2109)	Sufrimiento (210904) Ansiedad (210902)

	Pérdida de apetito (210925)
Estado de deglución (1010)	Capacidad de masticación (101004) duración de la comida con respecto a la cantidad consumida (101009) Acepta la comida (101018)
NIC	
Terapia nutricional (1120)	
Alimentación enteral por sonda (1052)	
Manejo de la medicación (2380)	

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c hipertermia/hipotermia m/p alteración de la integridad de la piel.

NOC	INDICADORES
Integridad tisular: Piel y membranas mucosas (1101)	Hidratación (110104) Textura (110108) Integridad de la piel (110113)
Termorregulación (0800)	Temperatura cutánea aumentada (80001) Cambios de coloración cutánea (80007) Somnolencia (80006)
Curación de las quemaduras (1106)	Granulación tisular (110603) Movimiento de la extremidad afectada (110404) Porcentaje de la zona del injerto (110601)
NIC	
Baño (1610)	
Identificación de riesgos (6610)	
Administración de medicación: tópica (2316)	
Regulación de la temperatura (3900)	

(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c traumatismo m/p percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo.

NOC	INDICADORES
Nivel de ansiedad social (1216)	Autopercepciones negativas de aceptación por parte de otros. (121608) Discomfort durante los encuentros sociales (121612) Síntoma de pánico en situaciones sociales (121615)
Nivel de miedo (1210)	Distrés (121001) Inquietud (121005) Temor verbalizado (121031)
Atención al lado afectado (0918)	Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo (91801) Organiza el entorno para compensar las deficiencias físicas o sensoriales (91807) Mantiene el control postural (91812)
NIC	
Potenciación de la autoestima (5400)	
Escucha activa (4920)	
Técnica de relajación (5880)	

(00158) Disposición para mejorar el afrontamiento m/p es consciente de posibles cambios ambientales, expresa deseo de mejorar el manejo de los estresores, expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas.

NOC	INDICADORES
Aceptación: estado de salud (1300)	Reconoce la realidad de la situación de salud (130008) Afrontamiento de la situación de salud (130010)

	Expresa autoestima positiva (130020)
Afrontamiento de problemas (1302)	Verbaliza sensación de control (130203) Refiere disminución de estrés (130204) Verbaliza la necesidad de asistencia (130214)
Autoestima (1205)	Sentimientos sobre su propia persona. (120519) Verbalizaciones de autoaceptación. (120501) Aceptación de las propias limitaciones. (120502)
NIC	
Mejorar el afrontamiento (5230)	
Apoyo emocional (5270)	
Disminución de la ansiedad (5820)	

(00153) Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal.

NOC	INDICADORES
Imagen corporal (1200)	Satisfacción con el aspecto corporal (120005) Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto (120017)
Recuperación de las quemaduras (1107)	Adaptación psicológica a cambios en el aspecto físico (110711) Tolerancia a la ambulación (110709) Actitud positiva hacia el contacto con la parte afectada (110710)
Resiliencia personal (1309)	Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas (130902) Expresa emociones (130903) Muestra un estado de ánimo positivo (130906)

NIC
Potenciación de la autoestima (5400)
Mejora de la imagen corporal (5220)
Apoyo emocional (5270)

(00145) Riesgo de síndrome postraumático r/c percepción del acontecimiento como traumático y duración del acontecimiento traumático.

NOC	INDICADORES
Autoestima (1205)	Cumplimiento de los roles significativos personales (120508) Verbalizaciones de autoaceptación (120501) Descripción del yo (120505)
Resiliencia personal (1309)	Verbaliza una actitud positiva (130901) Expresa emociones (130903) Muestra un estado de ánimo positivo (130906)
NIC	
Fomentar la resiliencia (8340)	
Terapia de relajación (6040)	

4.4 Actividades para la Ejecución del Plan de Cuidados

Para la ejecución del plan de cuidados se llevarán a cabo actividades de enfermería en relación con las intervenciones citadas, de manera individualizada (Anexo 12).

Desde el punto de vista físico, al ingreso del paciente en las UGQ, las actividades se centran, en primer lugar, en el control de los signos vitales y el manejo de líquidos/electrolitos, controlando rigurosamente las entradas y salidas y reponiendo líquidos en caso de que sea necesario. En segundo lugar,

se detectan y tratan las posibles complicaciones que pueden presentar los PGQ, como son el riesgo de lesiones inhalatorias, shock hipovolémico, hipotermia, problemas metabólicos y alteraciones renales. Por último, una vez que el paciente está estabilizado, los cuidados de enfermería se basan en la realización de las curas de la manera más aséptica posible para conseguir la correcta cicatrización de las quemaduras.

Las principales actividades realizadas por el equipo de enfermería dirigidas especialmente a PGQ estables, en la esfera física son (20,24):

NIC: Cuidados de las heridas quemaduras y NIC: Administración de medicación tópica

1. Limpieza y desbridamiento:

- Enfriar la herida con agua templada (20° C) o solución salina en el momento de la lesión, si es posible. Esto tiene lugar en el baño especial de la unidad de grandes quemados y se realiza al ingreso.
- Usar clorhexidina como antiséptico de elección en las primeras fases de curación.
- Retirar ampollas o flictenas.

2. Tratamiento tópico:

- Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.
- Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda. El uso de desbridantes enzimáticos facilita la cicatrización de la quemadura. En quemaduras de 2º y 3º grado se aplica Sulfadiazina argéntica cada 24 horas.
- Colocar el apósito correspondiente en función del tipo de quemadura y estado de esta. (Anexo 13)
- Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios de donante e injerto.
- Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de extremidades y articulaciones para evitar la retracción.

3. Vendaje:

- Aplicar un vendaje adecuado en los dedos y articulaciones afectadas. El vendaje de los dedos de manos o pies se hará uno a uno para prevenir la adherencia entre ellos.
- Se colocará una gasa en la zona interdigital para evitar el contacto entre superficies quemadas y mantener así la funcionalidad, evitando secuelas posteriores.

NIC: Control de infecciones

- Observar y controlar los signos locales de infección. (Anexo 14)
- Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso.
- Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (p. ej: mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y calzas).
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Administrar un tratamiento antibiótico, cuando sea preciso.

NIC: Terapia nutricional

- Completar una valoración nutricional, según corresponda. Normalmente hay que aportar de manera precoz una dieta con elevado valor proteico.
- Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda.

Psicológicamente, estos pacientes presentan muchas dificultades tanto por el intenso dolor al que están sometidos, como por la ansiedad, miedo y los numerosos cambios que implican para ellos estos traumatismos. Para ayudar al paciente a afrontar esta situación, las actividades de enfermería van dirigidas a la práctica de técnicas de relajación para reducir la ansiedad y el estrés y sobre todo se pone en práctica la escucha activa.

En el plano social, las actuaciones van a ir encaminadas a ayudar al paciente a afrontar la nueva situación derivada de su patología. Será fundamental el apoyo emocional para potenciar la autoestima y mejorar la percepción de la imagen corporal y con ello ayudar a las relaciones interpersonales.

Las actividades de enfermería más importantes y comunes aplicadas a los PGQ a nivel psicológico y social son (20,24):

NIC: Manejo del dolor

- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. La musicoterapia puede hacer más llevadero el dolor durante las curas haciendo que el paciente se centre en la música. (27)
- Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.

NIC: Apoyo emocional y NIC: disminución de la ansiedad

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

4.5 Evaluación

La evaluación del plan de cuidados se llevará a cabo mediante los registros de enfermería realizados en la unidad de grandes quemados. Así se podrán ejecutar los cuidados de forma individualizada e integral, atendiendo a las necesidades de cada paciente y tipo de quemadura.

5. CONCLUSIONES

El papel de los profesionales de enfermería es fundamental en la elaboración y puesta en marcha de un plan de cuidados para el PGQ. Esto es debido a la complejidad de esta patología y a los cambios físicos, psicológicos y sociales que se producen.

Es importante que el equipo de enfermería conozca los tipos de lesiones a las que se enfrentan y las complicaciones que pueden aparecer durante el tratamiento del PGQ, ya que son los profesionales que mas tiempo pasan con el paciente y los primeros en detectar las posibles anomalías.

Se han identificado los principales diagnósticos de enfermería y los cuidados específicos que necesitan los pacientes ingresados en las UGQ. Utilizar la taxonomía NADA-NIC-NOC, ayuda a proporcionar unos cuidados enfermeros de calidad, evitando la variabilidad asistencial.

La aplicación del plan de cuidados permitirá llevar a cabo una atención integral del paciente gran quemado, le ayudará a afrontar mejor su nueva situación y a mejorar su estado físico, psíquico y social.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Palao Domenech R. Quemados valoración y criterios de actuación. 1ª ed. Valencia: Marge Medica Books; 2011.
2. Amigo Tadín M, Raventós Urgell M, Nogué Xarau S. Análisis comparativo de los diversos tipos de quemaduras atendidas en urgencias. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de Seapa). 2018 Julio;6(3):8-17. Disponible en: http://www.sepaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Verano2018/RqR_Verano2018_Quemaduras.pdf
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Actualizado ag de 2017; citado 20 mar 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
4. Reina Durán MJ, Rodríguez Rodríguez IM, Aranda García AM, De Las Heras Moreno J, Lobato Miranda CL, Delgado Begines E. Influencia de un protocolo alternativo de cura para quemaduras de segundo grado. Biblioteca Lascasas. 2015; 11(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0840.php>
5. Gallach-Solano E, Pérez del Caz M.D, Vivó-Benlloch C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. Cir. plást. Iberolatinoam [Internet]. 2015 [citado 26 mar 2019]; 41(4):427-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000400010&lng=es
6. Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 22 mar 2019]; 29(1): 45-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045&lng=es
7. Curiel Balsera E, Prieto Palomino M A, Fernández Jiménez S, Fernández Ortega JF, Mora Ordoñez J, Delgado Amaya M. Epidemiology, initial management and analysis of morbidity-mortality of severe burn patient. Med. Intensiva [Internet]. 2006 [citado 26 mar

- 2019]; 30(8):363-639. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800001&lng=en.
8. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud IACS [Internet]. Aragón: IACS. [citado 11 mar 2019]. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/09-30.pdf>
 9. Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGE. Gran quemado. 2º ed. Santiago: Minsal; 2016.
 10. Carrera Rivera GY, Ramos Mendoza DM. Efectividad de la atención inicial en la reducción de complicaciones en pacientes quemados [Trabajo académico]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener [Internet]; 2018. 45p.
 11. Arriagada Cristián I. Manejo multidisciplinario del gran quemado. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2016 [citado 28 feb 2019]; 27(1): 38-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000079>
 12. ABLIS Advisory Comitee. Advanced Burn Life Support Course: Provider Manual. Chicago: American Burn Association; 2007.
 13. Pérez Soria M, Gil Hervías MA (dir), Teja Ruiz B (dir), Peñalva Abrisqueta S (dir). Plan de Cuidados del Paciente Gran Quemado [Trabajo Fin de Grado internet]. La Rioja: Universidad de la Rioja; 2017. 45p.
 14. Muñoz R.A. Reanimación del paciente gran quemado adulto. Rev Chil Anest [Internet]. 2015 [citado 13 mar 2019];44(1):62-77. Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/reanimacion-del-paciente-gran-quemado-adulto/>
 15. Carrillo Esper R, Peña Pérez CA, De la Torre León T, Espinoza de los Monteros Estrada I, Rosales Gutiérrez AO, Nava López JA. Estado actual sobre el abordaje y manejo del enfermo quemado. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int [Internet]. 2014 [citado 13 mar 2019]; 28(1):32-45. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2014/ti141f.pdf>

16. Van Duin D, Strassle PD, DiBiase LM, Lachiewicz AM, Rutala WA, Eitas T, et al. Timeline of health care-associated infections and pathogens after burn injuries. *AJIC [Internet]*.2016 [citado 22 mar de 2019]; 44(12):1511-1516. Disponible en: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(16\)30818-5/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(16)30818-5/fulltext)
17. Alcázar-Gabás M, Fidalgo-Pamplona M.P, Laplana-Miguel O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras en la unidad de quemados. *Cir.plást.iberolatinoam [Internet]*. 2014 [citado 22 mar 2019];40(2):159-169. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v40n2/original5.pdf>
18. Henderman TH, Kamitsuru S. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de los Resultados de enfermería (NOC). 5º ed. Barcelona: Elsevier;2014.
20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6º ed. Barcelona: Elsevier;2014.
21. Observatorio de Metodología enfermera [Internet]. Madrid: FUDEN; [citado 10 abr 2019] Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391
22. Herndon DN. Tratamiento integral de las quemaduras. 3º ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2009.
23. Pérez-Arciniegas E, Ridao-Avile K, Martínez A. Calidad del sueño en pacientes ambulatorios y hospitalizados. *Rev Biomed [Internet]*. 2015 [Citado 10 abr 2019]; 26: 63-74. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2015/bio152b.pdf>
24. Pérez Boluda M^aT, Martines Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Nuñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud. Junta de Andalucía;2011.
25. Guilla Fidel Kinori Sara, Fernandez Castro Jordi (dir), Casas Brugué Miquel (dir). Trayectorias psicologicas y evolución clinica post-

- quemaduras [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014. 182p.
26. Toribio Felipe, Rosaura. Maldonado Delgado, Pilar. Cuidados de enfermería en las quemaduras. SES [Internet]. 2010 [citado 10 abr 2019]:1-16. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711105.pdf>
27. Mirabet Ippólito, V. Centro de Grande Quemados del Hospital de la Fe: XX Aniversario 1970-1990. 1ed. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, D.L.; 1990.

7. ANEXOS

Anexo 1: Criterios de inclusión del PGQ en la unidad de quemados

Para que un paciente sea considerado un paciente gran quemado (PGQ) debe cumplir estos criterios según la ABA:

- Quemaduras de espesor parcial >10% de SCQ en niños y adultos mayores de 50 años.
- Quemaduras que afectan a la cara, manos, pies, genitales, perineo o a las articulaciones principales.
- Quemaduras de 3º grado en cualquier grupo de edad.
- Quemaduras eléctricas, incluyendo lesiones por rayos.
- Quemaduras químicas
- Lesión por inhalación
- Lesión por quemaduras en pacientes con trastornos médicos preexistentes que pudieran complicar el manejo, la recuperación de las quemaduras o afectar a su mortalidad.
- Cualquier paciente con quemaduras y traumatismos simultáneos (como fracturas) en los cuales la lesión por quemaduras presenta mayor riesgo de morbimortalidad. En tales casos, si el trauma representa un mayor riesgo, el paciente puede estabilizarse en un centro de trauma antes de ser trasladado a la unidad de quemados.
- Niños quemados en hospitales en los cuales no hay personal cualificado para el cuidado de niños.

Elaboración propia.

Fuente: 12. ABLIS Advisory Comitee. Advanced Burn Life Support Course: Provider Manual. Chicago: American Burn Association; 2007.

Anexo 2: Valoración ABCDEF del paciente crítico

A: Mantenimiento de las vías respiratorias con protección de la columna cervical

B: Respiración y ventilación

C: Circulación con control de la hemorragia

D: Discapacidad o disfunción neurológica.

E: Exposición que consiste en desnudar completamente al paciente, pero mantener la temperatura.

F: Reposición de fluidos
















Fuente: 14. Muñoz R.A. Reanimación del paciente gran quemado adulto. Rev Chil Anest [Internet]. 2015 [citado 13 mar de 2019];44(1):62-77. Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/reanimacion-del-paciente-gran-quemado-adulto/>

Anexo 3: Escala de Glasgow

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
						
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
						
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
						
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

Fuente: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>

Anexo 4: Escala Visual Analógica (EVA)

Herramienta que se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La escala visual analógica para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente. Se puede usar para elegir la dosis correcta de un analgésico. También se llama EVA.



Fuente: Instituto Nacional del Cáncer NIH [Internet]. Estados Unidos: PDQ; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/escala-visual-analogica>

Anexo 5: Clasificación de las quemaduras según la profundidad

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO

- > Eritema o enrojecimiento cutáneo
- > Dolorosas
- > No flictenas
- > Curación espontánea en 5 días
- > No producen secuelas permanentes en la piel



Quemadura solar de primer grado.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO SUPERFICIAL

- > Presencia de flictena o ampollas intactas
- > Dolorosas
- > Folículo piloso conservado
- > Retorno venoso normal
- > Remisión en 8-10 días
- > Posibilidad de despigmentación cutánea o discromía.



Quemadura de segundo grado superficial con flictenas.



Quemadura de segundo grado superficial con flictenas.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO PROFUNDO

- > Flictenas o ampollas rotas
- > Hipoalgesia o hiperalgesia
- > Folículo piloso dañado
- > Retorno venoso lento
- > Puede precisar escarotomía (*incisión quirúrgica para liberar o prevenir un síndrome compartimental en tejido edematizado*)
- > Si en 21 días no epiteliza, derivar a Cirugía Plástica
- > Posibilidad de secuelas cicatriciales



QUEMADURAS DE TERCER GRADO

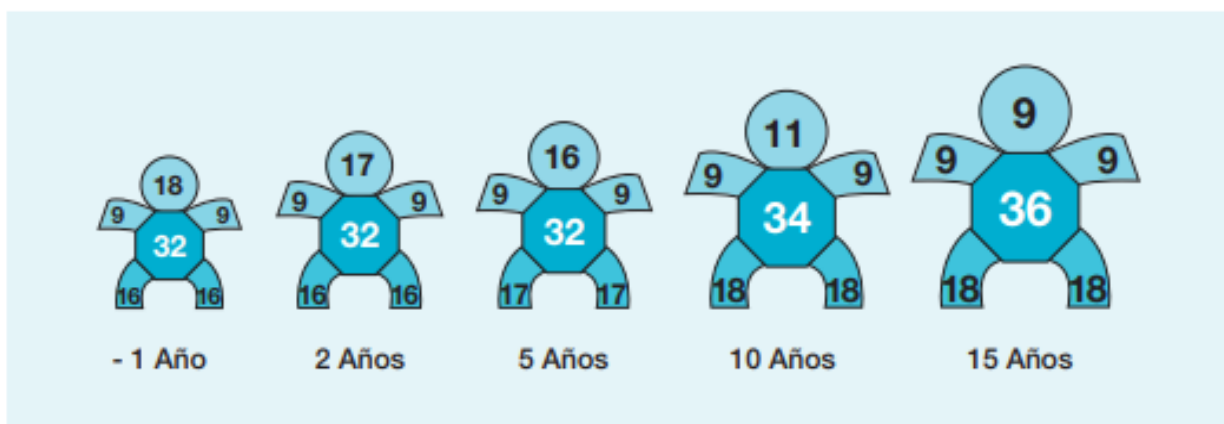
- > Indolora
- > Blanquecina, amarilla o marrón oscuro
- > Apegaminada y correosa
- > Vasos trombosados
- > Tratamiento quirúrgico obligado
- > Puede requerir amputación
- > Secuelas importantes

Fuente: 24. Pérez Boluda M^ªT, Martines Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Nuñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Junta de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2011 [Citado 10 abr 2019]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

Anexo 6: Regla de Lund Wonder

Este método es el más preciso, si es usado correctamente. Compensa las variaciones de la forma del cuerpo en las distintas edades, por lo que puede ser usada con mayor precisión en los niños.

Fuente: 9. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía Clínica. Manejo del paciente gran quemado. 2º ed. Santiago: Minsal, 2016.



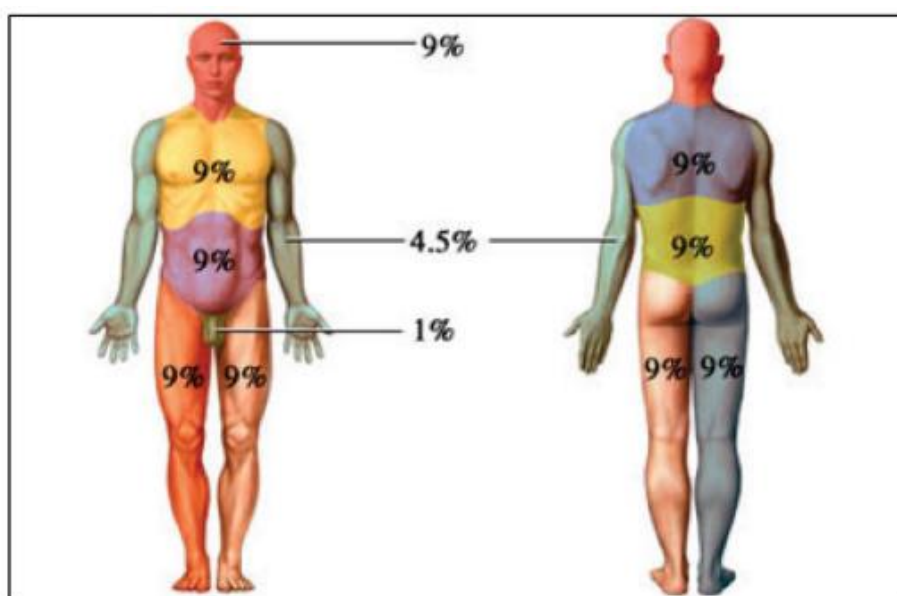
Fuente: 24. Pérez Boluda M^ªT, Martines Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Nuñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Junta de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2011 [Citado 10 abr 2019]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

Anexo 7: Regla de los 9 de Wallace

Se usa frecuentemente para valorar grandes superficies de un modo rápido en adultos. El cuerpo se divide en áreas equivalentes al 9%, y se utiliza para estimar la extensión de quemaduras medianas y grandes en adultos. No se contabilizan aquellas quemaduras de primer grado.

Fuente: 24. Pérez Boluda M^{AT}, Martines Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Nuñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Junta de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2011 [Citado 10 abr 2019]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf



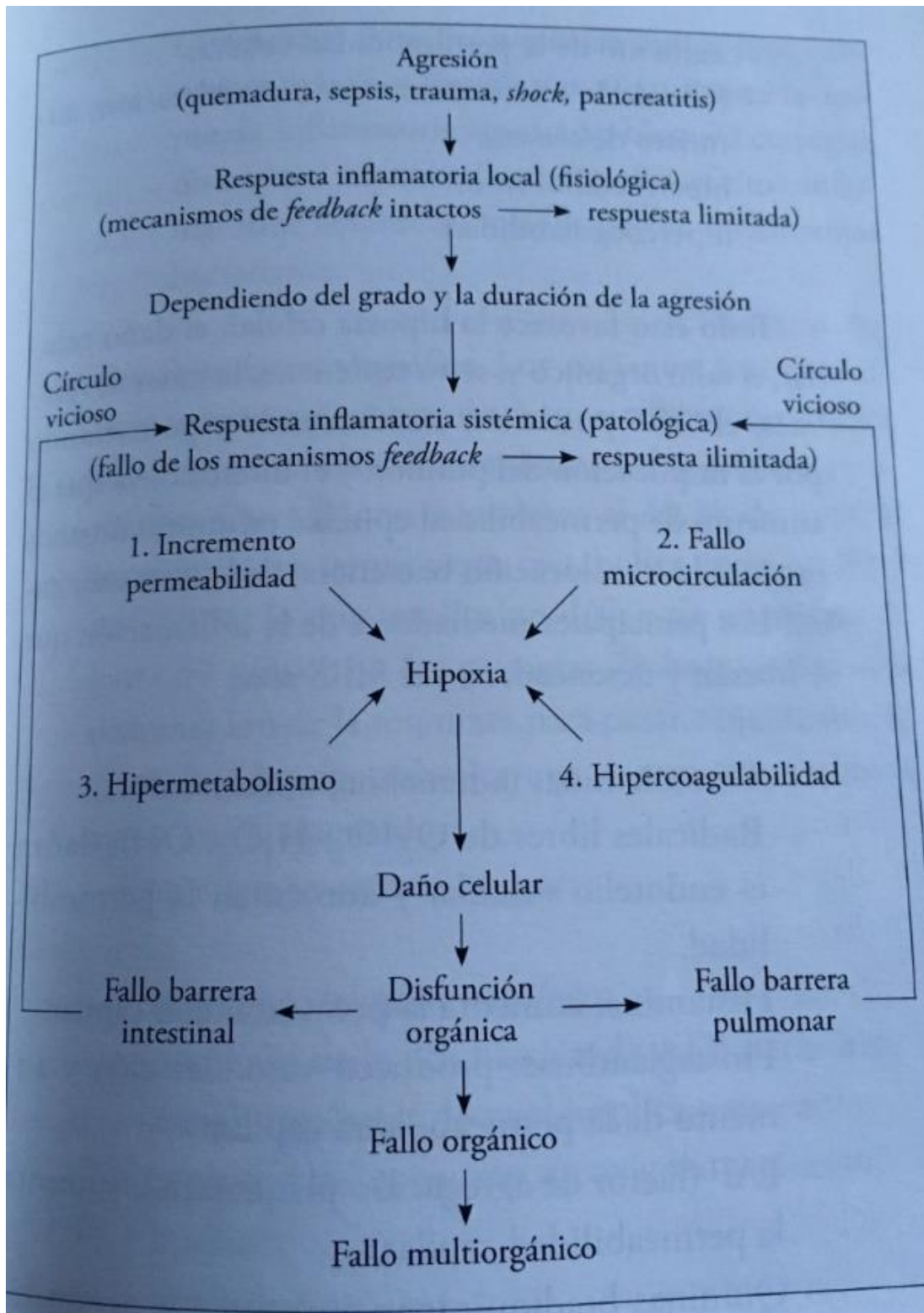
Fuente: 9. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía Clínica. Manejo del paciente gran quemado. 2º ed. Santiago: Minsal, 2016.

Anexo 8: Regla de la palma de la mano

Instrumento de evaluación rápida de la superficie en quemaduras poco extensas. La palma de la mano de la persona afectada equivale al 1% de la superficie corporal, y se superpone la mano del paciente sobre la quemadura sufrida para obtener el cálculo aproximado. Se puede utilizar en cualquier edad.

Fuente: 24. Pérez Boluda M^aT, Martines Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Nuñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Junta de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2011 [Citado 10 abr 2019]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

Anexo 9: Fallo multiorgánico



Fuente: 1. Palao Domenech R. Quemados valoración y criterios de actuación. 1º ed. Valencia: Marge Medica Books; 2011.

Anexo 10: Fórmula de Parkland

Primeras 24 horas:

- Lactato de Ringer 4 cc/ Kg de peso/ % quemadura.

4 ml Ringer lactato x % SCQ x kg peso

- Pasar la mitad en las primeras 8 horas y el resto en las siguientes 16 horas.
- No se administran coloides.
- Se debe mantener el volumen de orina entre 50 y 70 cc por hora en los adultos y de 1 cc /Kg / hora en los niños.

Segundas 24 horas:

- Se administra plasma 0.5 cc/Kg/ % quemadura, más dextrosa al 5% en agua destilada, en cantidades suficientes para mantener diuresis.

Fuente:

Elaboración

propia.

<http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/manejo%20de%20quemados.pdf>

Anexo 11: Patrones de Marjory Gordon

- Patrón 1: Percepción de la salud
- Patrón 2: Nutricional metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad- Ejercicio
- Patrón 5: Sueño-Descanso
- Patrón 6: Cognitivo- Perceptivo
- Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto
- Patrón 8: Rol-Relaciones
- Patrón 9: Sexualidad- Reproducción
- Patrón 10: Tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores- Creencias.

Fuente: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391

Anexo 12: Actividades de enfermería

NIC	Actividades
NIC: Monitorización de los signos vitales (6680)	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. -Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. -Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apneústico, atáxico y suspiros excesivos). -Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
NIC: Prevención del shock (4260)	<ul style="list-style-type: none"> -Controlar los signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (p. ej., aumento de la temperatura, taquicardia, taquipnea, hipocapnia, leucocitosis o leucopenia). Comprobar las respuestas precoces de compensación del shock (p. ej., presión arterial normal, pinzamiento de la tensión diferencial, hipotensión ortostática leve [de 15 a 25 mmHg], relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad). -Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada (p. ej., aprensión, aumento de ansiedad, cambios del estado mental, agitación, oliguria, así como extremidades frías y moteadas). Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, según corresponda. -Administrar líquidos IV mientras se monitorizan las presiones hemodinámicas y la diuresis, según corresponda.
NIC: Manejo de líquidos/electrolitos	<ul style="list-style-type: none"> -Administrar líquidos, si está indicado. -Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP y PECP, según disponibilidad. -Llevar un registro preciso de entradas y salidas. -Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).
NIC: Sondaje vesical (0580)	<ul style="list-style-type: none"> -Reunir el equipo adecuado. -Colocar al paciente de forma adecuada. -Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.
NIC: Terapia nutricional (1120)	<ul style="list-style-type: none"> -Completar una valoración nutricional, según corresponda. -Determinar la necesidad de alimentación enteral por sonda. -Suspender la alimentación por sonda a medida que se tolere la ingesta oral.
NIC: Alimentación enteral por sonda (1052)	<ul style="list-style-type: none"> -Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro. -Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. -Controlar el estado hidroelectrolítico. -Controlar la ingesta/excreción de líquidos.
NIC: Regulación de la temperatura (3900)	<ul style="list-style-type: none"> -Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.

	<ul style="list-style-type: none"> -Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. -Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
NIC: Cuidados de las heridas: quemaduras (3661)	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda. -Enfriar la herida con agua templada (20° C) o solución salina en el momento de la lesión, si es posible. -Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección. -Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados. -Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (p. ej., mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y calzas). -Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso. -Proporcionar cuidados cutáneos en los sitios de donante e injerto. -Aplicar agentes tópicos a la herida, según corresponda. -Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de extremidades y articulaciones para evitar la retracción.
NIC: Vigilancia de la piel (3590)	<ul style="list-style-type: none"> -Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. -Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden). -Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).
NIC: Baño (1610)	<ul style="list-style-type: none"> -Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee. -Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
NIC: Administración de medicación: tópica (2316)	<ul style="list-style-type: none"> -Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación. -Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación. -Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
NIC: Administración de analgésicos (2210)	<ul style="list-style-type: none"> -Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. -Comprobar el historial de alergias a medicamentos. -Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales. -Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (p.ej., estreñimiento e irritación gástrica).
NIC: Manejo de la medicación (2380)	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. -Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. -Vigilar los niveles de séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.
NIC: Identificación de riesgos (6610)	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.

	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones -Aplicar las actividades de reducción del riesgo.
NIC: Manejo del dolor (1400)	<ul style="list-style-type: none"> -Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. -Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor. -Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. -Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.
NIC: Apoyo emocional (5270)	<ul style="list-style-type: none"> -Comentar la experiencia emocional con el paciente. -Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
NIC: Mejora de la imagen corporal (5220)	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. -Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía. -Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
NIC: Mejorar el afrontamiento (5230)	<ul style="list-style-type: none"> -Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. -Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. -Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. -Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
NIC: Terapia de relajación (6040)	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación. -Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.
NIC: Musicoterapia (4400)	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar las preferencias musicales del individuo. -Evitar dejar la música puesta durante largos períodos. -Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.
NIC: Disminución de la ansiedad (5820)	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. -Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso. -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
NIC: Potenciación de la autoestima (5400)	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar el locus de control del paciente. -Explorar los logros de éxitos anteriores. -Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
NIC: Fomentar la resiliencia (8340)	<ul style="list-style-type: none"> -Fomentar el apoyo familiar. -Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.

Tabla: Elaboración propia

Fuente: 20. Bulecheck GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6º ed. Barcelona. Elsevier;2014.

Anexo 13: Apósitos

Apósito de plata versus sulfadiazina argéntica

APÓSITO DE PLATA	SULFADIAZINA ARGÉNTICA
Actúa a nivel de contaminantes de superficie en el lecho de la lesión	Gran poder de penetración en el lecho de la lesión
No evidencias in vivo de cantidad de plata que aportamos a la lesión Niveles bajos de plata en la herida	No evidencias que cantidad de plata aportamos a la lesión. Niveles altos de plata en la herida
Dificultad para adaptarse a diferentes zonas(cara, manos, pies, región perianal)	Gran adaptabilidad a cualquier superficie
Deficiente adaptabilidad en el empleo sobre lesiones extensas	Facilidad en su aplicación sobre superficies extensas. No utilización en lesiones de gran superficie en recién nacidos y prematuros
Disminución del dolor y del numero de curas realizadas	Necesidad de curas diarias
Escaso efectos secundarios relacionados con el grado de sensibilización del paciente a alguno de sus componentes	Entre los efectos secundarios mencionamos sensibilización a excipientes, leucopenia transitoria cuando se utiliza en superficies extensas. Como características en su aplicación mencionamos fotosensibilidad a la luz natural(tonalidad gris o negra) y aspecto "pseudopurulento" al levantar la gasa

Fuente: Pérez Boluda M^ªT, Martines Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Nuñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Junta de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2011 [Citado 10 abr 2019]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf

Anexo 14: Signos locales de infección en las quemaduras

- Cambios de color (decoloración local).
- Cambios de la superficie quemada: Un exudado amarillento intenso que destruye rápidamente el tejido de granulación es típico de gérmenes estafilococicos (gérmenes Gram. +), en cambio un color verdoso en los vendajes y secreciones que pueden producir necrosis del tejido es característico de las pseudomonas (gérmenes Gram. -).
- Profundización de la quemadura de espesor parcial a total.
- Degeneración del tejido de granulación y formación de una nueva escara.
- Separación rápida de la escara.
- Lesiones vesiculares en zonas epitelizadas.
- Retraso en la curación.
- Estigma gangrenoso: coloración púrpura del tejido no quemado.

Fuente: 24. Pérez Boluda M^aT, Martines Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Nuñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Junta de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2011 [Citado 10 abr 2019]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf