

**GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso académico 2021-2022

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Plan de cuidados de un paciente gran  
quemado**

**Andrea Docampo Sánchez**

**Director/a: Rosa Pita**

**Presentación del trabajo: junio/2022**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDAD DE LA CORUÑA**

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b> .....	3
<b>RESUMO</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	5
<b>2. INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>3. DESARROLLO</b> .....	13
<b>Descripción del caso</b> .....	14
<b>Valoración por necesidades de Virginia Henderson</b> .....	17
<b>Plan de cuidados individualizado</b> .....	22
<b>4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	43
<b>5. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES</b> .....	46
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	46
<b>7. ANEXOS</b> .....	50
<b>Anexo I</b> .....	50
<b>Anexo II</b> .....	50

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Las quemaduras se producen a causa de un traumatismo físico o químico que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo desde una leve afectación de la superficie corporal hasta la destrucción total de los tejidos implicados. Producen tres efectos distintos: pérdida de líquidos, pérdida de calor (llegando a producir hipotermia) y pérdida de la acción barrera frente a los microorganismos. A largo plazo, las quemaduras dejan secuelas que afectan al paciente tanto física como psicológicamente.

**Objetivo:** **1º** Describir un plan de cuidados de un paciente que presenta quemaduras en más del 30% de su cuerpo. **2º** Comparar los planes de cuidados con los disponibles en la bibliografía seleccionada. **3º** Establecer un plan de cuidados utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

**Desarrollo:** Se realiza un plan de cuidados individualizado utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC para identificar los diagnósticos de enfermería, objetivos, intervenciones y actividades relacionadas, así como, las complicaciones potenciales presentes. Posteriormente, se realiza una valoración del plan de cuidados realizado y se lleva a cabo un seguimiento del paciente para valorar su evolución.

**Discusión y conclusión:** El paciente evoluciona favorablemente de manera que se observa la eficacia del plan de cuidados elaborado, aunque debido a las características personales de este paciente, no se han podido trabajar aspectos relacionados con la esfera de la autorrealización, del rol y de las relaciones.

**Palabras clave:** *Quemaduras, Curas, Cuidados, Enfermería*

## RESUMO

**Introducción:** As quemaduras prodúcense a causa dun traumatismo físico ou químico que induce a desnaturalización das proteínas tisulares, producindo dende unha leve afección da superficie corporal ata a destrucción total dos texidos implicados. Producen tres efectos distintos: perda de líquidos, perda de calor (chegando a producir hipotermia) e perda da acción barreira fronte ós microorganismos. A longo prazo, as quemaduras deixan secuelas que afectan ó paciente tanto física como psicológicamente.

**Obxectivo:** 1º Realizar unha valoración de enfermería a un paciente que presenta quemaduras en máis do 30% do seu corpo. 2º Comparar os planes de cuidados cos dispoñibles na bibliografía seleccionada. 3º Establecer un plan de cuidados utilizando as taxonomías NANDA, NIC e NOC.

**Desenvolvemento:** Realízase un plan de cuidados individualizado utilizando as taxonomías NANDA, NIC e NOC para identificar os diagnósticos de enfermería, obxectivos, intervencións e actividades relacionadas, así como, as complicacións potenciais presentes. Posteriormente, realízase unha valoración do plan de cuidados feito e se leva a cabo un seguimento do paciente para valorar a súa evolución.

**Discusión e conclusión:** O paciente evoluciona favorablemente de maneira que se observa a eficacia do plan de cuidados elaborado, aunque debido ás características personales deste paciente, non se puideron traballar aspectos relacionados coa esfera da autorrealización, do rol e das relacións.

**Palabras clave:** *Quemaduras, Curas, Cuidados, Enfermería*

## ABSTRACT

**Introduction:** Burns are caused by a physical or chemical trauma that induces the denaturation of tissue proteins, producing from a slight affectation of the body surface to the total destruction of the tissues involved. They produce three different effects: fluid loss, heat loss (even producing hypothermia) and loss of barrier action against microorganisms. In the long term, burns leave sequels that affect the patient both physically and psychologically.

**Object:** **1°** Carry out a nursing assessment of a patient who has burns in more than 30% of his body. **2°** Compare care plans with those available in the selected bibliography. **3°** Establish a care plan using the NANDA, NIC and NOC taxonomies.

**Development:** An individualized care plan is made using the NANDA, NIC and NOC taxonomies to identify the nursing diagnoses, objectives, interventions and related activities, as well as the potential complications present. Subsequently, an assessment of the care plan is carried out and a follow-up of the patient is carried out to assess his evolution.

**Discussion and conclusion:** The patient evolves favorably in such a way that the effectiveness of the elaborated care plan is observed, although due to the personal characteristics of this patient, it has not been possible to work on aspects related to the sphere of self-realization, role and relationships.

**Keywords:** Burns, Cures, Care, Nursing

## 2. INTRODUCCIÓN

Una quemadura es una lesión producida en los tejidos vivos del organismo por acción de diferentes agentes físicos, químicos o biológicos, provocando alteraciones en las estructuras de la piel e insuficiencia cutánea<sup>1</sup>

La piel es el órgano más extenso del cuerpo. Tiene múltiples funciones, entre las que destaca la inmunología y la función barrera<sup>21</sup>. Estructuralmente, está dividida en dos capas: la *epidermis* y la *dermis*.

La *epidermis* es la capa más externa de la piel y se encarga de proteger las capas más internas, siendo la primera línea de defensa. Está constituida por epitelio estratificado plano queratinizado<sup>20</sup>. Consta de 4 capas donde podemos encontrar diversos tipos de células epiteliales entre las que destacan los queratinocitos, melanocitos, las células de Langerhans y, por último, las células de Merckel, encargadas de la sensación del tacto<sup>2,21</sup>.

La *dermis* es la porción inferior de la piel. Está formada por tejido conectivo fibroso que contiene redes nerviosas y vasculares y anexos cutáneos como son los folículos pilosebáceos. Contiene células como los fibroblastos, mastocitos o macrófagos y desempeña un papel muy importante en la regulación térmica del cuerpo debido al riego sanguíneo que presenta. Asimismo, podemos dividir la dermis en dos regiones: la primera, la dermis papilar, más superficial y, la segunda, la dermis reticular, más profunda<sup>2,21</sup>.

Por último, la *hipodermis* se conoce como el tejido celular subcutáneo y panículo adiposo que se localiza en la dermis profunda y, aunque no forme parte de la piel, constituye la conexión entre esta y las estructuras subyacentes del cuerpo<sup>1,2</sup>

Cuando se produce una quemadura en más del 20% de la superficie corporal, se originan repercusiones locales y sistémicas<sup>1,4,20</sup>.

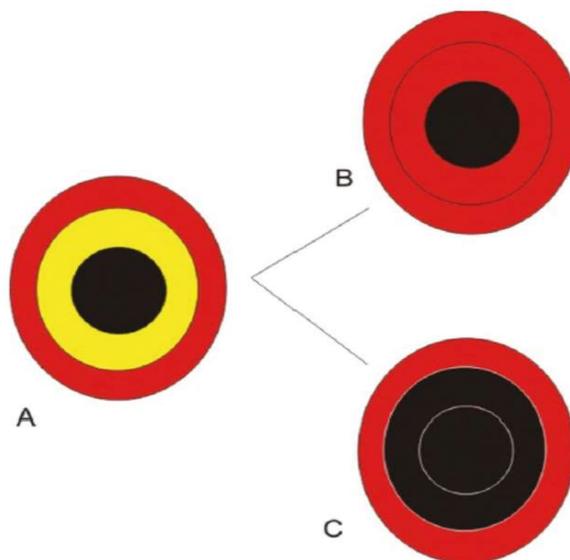
A nivel local, se produce necrosis de la epidermis en el centro de la lesión y disminuye a medida que se aleja. La profundidad de la quemadura

depende del tiempo de exposición y de la temperatura a la cual se exponga la piel<sup>20</sup>.

De esta manera, podemos distinguir tres zonas:

- **Zona de coagulación:** el daño del tejido es inmediato e irreversible, donde no hay células viables<sup>1,20</sup>
- **Zona de estasis:** caracterizada por presentar células viables y no viables, alteraciones en la microcirculación, aumento de la permeabilidad vascular... Se considera una zona de riesgo por la posibilidad de evolucionar hacia una necrosis<sup>1,20</sup>
- **Zona de hiperemia:** se encuentra en la periferia, con daño celular mínimo y fenómenos de vasodilatación<sup>1,20</sup>

**Figura 1. Zonas de Jackson**



**A.** zona de coagulación (negro), zona de estasis (amarillo), zona de hiperemia (rojo). **B.** la zona de estasis se ha recuperado y es viable. **C.** la zona de estasis ha evolucionado a necrosis y no es viable.

A nivel sistémico, se produce una alteración cuando la superficie corporal es superior al 25-30% provocando un aumento de la permeabilidad vascular, con extravasación de líquido y su consecuente aparición de edema<sup>1,20</sup>.

Esto da lugar a una serie de cambios hemodinámicos como la disminución del gasto cardiaco, del volumen plasmático o de la diuresis. Por ello, es muy importante restaurar el volumen plasmático para evitar un shock hipovolémico<sup>1,20</sup>.

Desde un punto de vista endocrino y metabólico, se produce un hipermetabolismo que durará más de nueve meses tras la quemadura (aumento del gasto cardiaco, proteólisis, aumento de la temperatura...), un déficit de nitrógeno (catabolismo) y pérdida de proteínas corporales<sup>1,20</sup>

Todas estas alteraciones desembocan en un descenso de las defensas inmunitarias que llevan a estos pacientes a presentar un riesgo grave de infección local o sepsis sistémica. Además, disminuyen la capacidad de curación y originan una atrofia muscular que retrasa la rehabilitación del paciente<sup>23</sup>

En cuanto al diagnóstico de una quemadura, es importante tener en cuenta tres factores: profundidad, extensión, localización y etiología. El conjunto de estos parámetros nos determinará el pronóstico de esta.

Según la profundidad de las heridas, podemos clasificar las quemaduras de la siguiente forma:

**1. Quemadura epidérmica o de primer grado<sup>1,2,20</sup>:**

- Caracterizada por afectar parcialmente a la dermis.
- Se manifiesta por presentar un eritema sin flictenas ni exudados provocando prurito, escozor o quemazón.
- Da lugar a un dolor leve.
- Evoluciona de manera que a los 5 días se renueva el estrato epidérmico.

**2. Quemadura dérmica superficial o de segundo grado superficial<sup>1,2,20</sup>:**

- La lesión afecta a todos los estratos epidérmicos llegando a la dermis papilar, sin alcanzar la dermis reticular ni los folículos pilosebáceos.

- El signo más característicos es la flictena, donde debajo se encuentra una superficie rosada, brillante y exudativa.
- Produce hiperestesia, siendo una lesión muy dolorosa por la exposición de las terminaciones nerviosas.
- Su evolución ronda los 7 días a 2 semanas, epitelizando muy rápido.

### 3. Quemadura dérmica profunda o de segundo grado profunda<sup>1,2,20</sup>:

- Afecta a todas las capas de la piel llegando hasta la dermis reticular. Las terminaciones nerviosas superficiales quedan destruidas.
- Puede presentar flictenas. La superficie de la herida aparece con un color rojo pálido o blanco, lisa, brillante y exudativa.
- Son lesiones dolorosas, pero menos que las anteriores debido a la destrucción de las terminaciones nerviosas.
- La reepitelización es lenta, pudiendo abarcar desde 15 días hasta tres meses en función de la extensión de la quemadura.

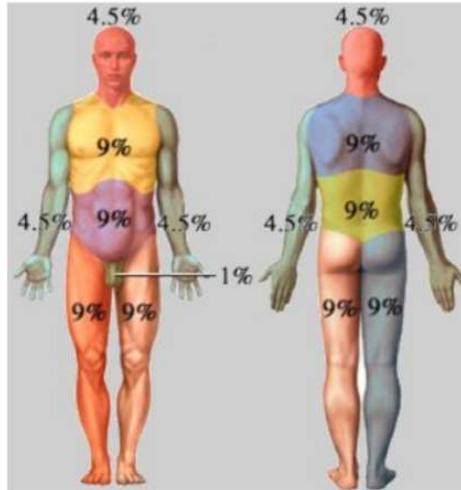
### 4. Quemadura subdérmica o de tercer grado<sup>1,2,20</sup>:

- Se produce una destrucción total de las capas de la piel pudiendo afectar a músculo, tendón, periostio...
- No son dolorosas debido a la ausencia de terminaciones nerviosas.
- Su evolución es muy lenta, requiriendo, en la mayoría de los casos, de una intervención quirúrgica.

Para el cálculo de la extensión de una quemadura podemos utilizar diferentes reglas:

- **Regla del 9 o Regla de Wallace:** es un parámetro difícil de valorar de manera objetiva, y muy importante de realizar en la primera valoración del paciente. Se basa en la división del cuerpo en áreas equivalentes al 9% o múltiplos de este número. Por ejemplo, la

cabeza, cuello o extremidades superiores representan el 9%, sin embargo, el tórax o la espalda, el 18%. No se contabilizan las quemaduras de primer grado<sup>1,2</sup>.



**Figura 2:** Superficie corporal dividida según la Regla del 9

- **Tabla de Lund & Browder:** En caso de los pacientes pediátricos, la Regla del 9 no es efectiva, ya que al nacer tienen unas proporciones de la cabeza y miembros inferiores distintas a la de los adultos hasta aproximadamente los 16 años. En esta tabla se especifica las proporciones del niño en relación con su edad<sup>1,2</sup>.

Área quemada	De 0 a 1 años	De 1 a 5 años	De 5 a 9 años	De 9 a 14 años	Adultos
Cabeza	19%	17%	13%	11%	7%
Cuello	2%	2%	2%	2%	2%
Tronco anterior	13%	13%	13%	13%	13%
Tronco posterior	13%	13%	13%	13%	13%
Nalgas	5%	5%	5%	5%	5%
Brazo derecho	4%	4%	4%	4%	4%
Brazo izquierdo	4%	4%	4%	4%	4%
Antebrazo dcho.	3%	3%	3%	3%	3%
Antebrazo izdo.	3%	3%	3%	3%	3%
Mano derecha	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%
mano izquierda	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%	2.5%
Muslo derecho	5.5%	6.5%	8%	8.5%	9.5%
Muslo izquierdo	5.5%	6.5%	8%	8.5%	9.5%
Pierna derecha	5%	5%	5.5%	6%	7%
Pierna izquierda	5%	5%	5.5%	6%	7%
Pie derecho	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
Pie izquierdo	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%	3.5%
Genitales	1%	1%	1%	1%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

• **Figura 3:** *Tabla de Lund & Browder*

- **Regla del 1:** Para superficies pequeñas se utiliza la Regla de la palma de la mano. Se toma como referencia la palma de la mano del paciente con los dedos extendidos y juntos para contabilizar la superficie quemada. Representa sobre el 1% de SCQ. Útil para adultos y niños<sup>1,2</sup>.

Asimismo, también es muy importante conocer la etiología de la quemadura para determinar el proceso de actuación inmediato y la neutralización del agente causal si fuese necesario<sup>3</sup>. Distinguimos:

- **Térmica:** acción del calor como una llama o líquido
- **Eléctrica:** Acción de la corriente eléctrica sobre las células o llamarada que se genera al producirse un cortocircuito
- **Química:** Acción de sustancias ácidas o básicas
- **Solar:** Exposición excesiva a la radiación solar sin protección o exposición a rayos UVA
- **Congelación:** Exposición prolongada al frío intenso que genera cristalización de los líquidos corporales y necrosis

- **Cutánea:** Lesiones cutáneas originadas por otras patologías que producen destrucción tisular

A largo plazo, las quemaduras dejan secuelas que afectan al paciente tanto física como psicológicamente<sup>24</sup>.

Las lesiones pueden desembocar en contracturas, cicatrices hipertróficas, amputaciones, limitaciones en la movilidad, parestesias... la rehabilitación desempeñará un papel muy importante para mejorar la calidad de vida y el funcionamiento de los pacientes<sup>24</sup>.

En el ámbito psicológico se ha demostrado que hasta el 45% de los pacientes hospitalizados por quemaduras mostraban signos de estrés postraumático hasta 1 año después de la lesión inicial, junto con angustia o ansiedad. Además, estos problemas psiquiátricos se ven agravados en pacientes con antecedentes psiquiátricos ya existentes, alcoholismo o abuso de sustancias<sup>24</sup>.

En este proceso, son fundamentales los cuidados de enfermería para lograr la recuperación tanto física como psicológica del paciente y, por ello, la elaboración de un plan de cuidados individualizado es determinante en este proceso.

De esta manera, los objetivos propuestos para este trabajo son:

1. Describir un plan de cuidados de un paciente que presenta quemaduras en más del 30% de su cuerpo.
2. Comparar los planes de cuidados con los disponibles en la bibliografía seleccionada.
3. Establecer un plan de cuidados utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

### 3.DESARROLLO

Para la realización de este TFG se ha escogido un caso clínico sobre un paciente gran quemado. La razón de esta elección es que el Prácticum de 4º curso de Enfermería se ha realizado en la unidad de quemados del HUAC donde he podido colaborar en el cuidado del paciente que se presenta a continuación.

La estancia en la unidad me ha permitido estar presente durante todo el proceso de atención de enfermería. Esto implica tanto participar en las actividades de cuidado para satisfacer las necesidades básicas de este paciente, como participar en actividades específicas de la unidad como la realización de curas, las técnicas y procedimientos que se realizan en el quirófano y los cuidados de un paciente en situación crítica.

Considero que esta ha sido una gran oportunidad para mi aprendizaje.

La información relativa a la situación de salud del paciente se adquirió mediante la consulta de su historia clínica en los programas informáticos GACELA e IANUS del hospital y durante la entrevista y momentos de interacción con el paciente.

La información recogida se ha agrupado atendiendo a las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson. Tras el análisis de las manifestaciones de dependencia, se han establecido los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA Internacional.

Esta taxonomía presenta una estructura organizada en Dominios (áreas de funcionamiento y/o comportamiento de la persona), Clases (grupo que comparte atributos comunes) y Diagnósticos enfermeros (“juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de la salud o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad”)<sup>15</sup>

La planificación de cuidados se realiza utilizando la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC<sup>16</sup> y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC<sup>17</sup>.

La taxonomía NOC es una organización sistemática de resultados en grupos basados en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. Su estructura consta de cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición, codificados para su uso en la práctica.

Se emplea una escala de medida tipo Likert compuesta por 5 puntos para cuantificar el resultado del paciente. Se establece una puntuación basal y otra posterior a las intervenciones para representar los resultados logrados y el cambio en el paciente<sup>16</sup>.

La taxonomía NIC es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que utiliza el personal de enfermería para alcanzar los resultados deseados sobre un paciente. Está estructurada en tres niveles: campos, clases e intervenciones que abarcan tanto el ámbito fisiológico como el psicosocial<sup>17</sup>.

### **Descripción del caso**

Hombre de 45 años que llama al 061 en febrero de 2022 por quemadura en su domicilio. A la llegada de la ambulancia, el paciente estaba de pie esperando en la calle con su compañero de piso. Posteriormente, es trasladado en ambulancia a la unidad de urgencias del HUAC.

Su compañero de piso refiere que el paciente consume disolvente, entre otras drogas. En el momento del accidente, estaba fumando un pitillo a la vez que esnifaba disolvente, lo que produjo una explosión que le provocó las quemaduras. Comenta también, que se cambió de ropa para salir de casa.

A su llegada al hospital, presenta quemaduras en cara, cuello, tórax, ambos miembros superiores y la zona lateral de la pierna del MID. Es atendido en urgencias donde se valora y se decide proceder a la intubación orotraqueal del paciente.

En su historia clínica constan como antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Dislipemia, controlada con tratamiento pautado.
- Episodios psicóticos limitados a contexto de intoxicaciones
- Neuritis óptica secundaria a intoxicación por disolvente
- Hernia discal L5-S1

Tratamiento habitual antes del ingreso:

- *Cymbalta* 60 mg – Antidepresivo<sup>5</sup>
- *Elontril* 300 mg - Antidepresivo<sup>6</sup>
- *Acfol* 5 mg – Tratamiento deficiencia del ácido fólico<sup>7</sup>
- *Acomil* 100 mg - Antiepiléptico<sup>8</sup>
- *Efficib* 50 mg/1000mg – Tratamiento diabetes mellitus tipo 2<sup>9</sup>
- *Sycrest* 10 mg - Antipsicótico<sup>10</sup>

Se traslada a la unidad de quemados donde se conecta a una máquina de ventilación mecánica con O<sub>2</sub> a alto flujo por sospecha de inhalación de humo y se administra Ringer Lactato por vía intravenosa para prevenir disfunción multiorgánica e hipoperfusión de órganos.

Valoración de la quemadura:

- Agente causal: llama
- Lugar: domicilio
- SCQT (superficie corporal total quemada): 25 - 30 %
- Grado: segundo grado superficial y profundo y tercer grado

- Localización: quemaduras de espesor parcial en 1/3 inferior facial y cuello, espesor completo en cara anterior de tórax, flanco izquierdo, ambos MMII de forma circunferencial.

Todas las quemaduras, se lavan con agua y clorhexidina jabonosa.

En ambos MMSS se realizan escarotomías por riesgo de síndrome compartimental. Posteriormente, las curas se llevan a cabo de la siguiente manera: en cara, cuello y ambos MMSS se aplica Sulfadiazina Argéntica y vendaje compresivo y en la zona del tórax se mantienen con compresas húmedas hasta que se procede al desbridamiento con Nexobrid.

A los siete días del ingreso, se decide intervenirlos quirúrgicamente para el desbridamiento de MMSS y hemiabdomen izquierdo.

Debido a la extensión de las quemaduras, no se dispone de zonas dadoras suficientes para realizar los injertos necesarios. Por lo tanto, las intervenciones se programan teniendo en cuenta el periodo de recuperación.

El paciente permanece intubado conectado a ventilación mecánica y sedoanalgesiado con una perfusión continua de Midazolam y Fentanest para RASS -5 durante un mes. Tras la extubación, mantiene buenas saturaciones con aire ambiental.

Durante el periodo en el que el paciente está intubado solo es posible tratar problemas de colaboración y autonomía debido a la imposibilidad de interactuar o dialogar con él.

Se consideró que el mejor momento para valorar al paciente fue cuando estaba extubado y se pudo obtener información directa con él a través de la entrevista de enfermería.

La valoración que describo a continuación se corresponde con el día 70 del ingreso del paciente. Se realiza tras la intervención quirúrgica en la que se procede a colocar injertos mallados en ambos costados (sobre todo el

derecho), ambas escápulas, nuca, cuello, antebrazo y mano derecha y muñón izquierdo.

### **Valoración por necesidades de Virginia Henderson**

#### **1. Necesidad de respirar normalmente (*independiente*):**

- SatO<sub>2</sub>: 99% con aire ambiental tras retirar gafas nasales.
- Eupneico. FR: 13 rpm. No presenta tos ni secreciones.
- Previo a la hospitalización, el paciente era fumador de 20 cigarrillos al día manifestando en varias ocasiones el deseo de volver a fumar.

#### **2. Necesidad de beber y comer adecuadamente (*dependiente*):**

- Peso: 70 kg / Talla: 1,78 m / IMC: 22,09 kg/m<sup>2</sup>
- No tiene restricciones dietéticas.
- El paciente come todos los alimentos.
- Necesita ayuda para alimentarse porque en la mano izquierda solo tiene el 2º y 3er dedo y en la derecha le faltan todos los dedos. Es diestro.

#### **3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales (*independiente*):**

- A la salida de quirófano, porta sonda vesical permeable que se retira a última hora de la mañana.
- Habitualmente, acude al baño. Requiere ayuda para realizar la higiene tras miccionar/defecar.
- Realiza micciones abundantes de aproximadamente 2000 mL/día.
- Presenta balances normales, aunque se continúa con control de la diuresis.

- Mientras estaba intubado, se administraba lactulosa para promover la eliminación intestinal.
- Ahora, se realizan controles de las deposiciones y, en caso de no realizar tras 48 hrs, se valorará administrar de nuevo lactulosa.
- Durante las dos últimas semanas, no precisó lactulosa.
- No refiere náuseas ni presenta vómitos.

**4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas (*dependiente*):**

- FC: 86 lpm y TA:124/97 mmHg, mantiene unos valores normales.
- El paciente mueve MMSS y MMII. En ambas extremidades presenta rigidez en las articulaciones y una disminución de la amplitud de movimientos por causa de las lesiones. En los brazos tiene más dolor que en los miembros inferiores.
- Es muy colaborador durante las curas y cambios posturales.
- Se moviliza al sillón, utiliza un aparato para ejercitar las piernas y ambula por la unidad con ayuda.
- Realiza actividades con la fisioterapeuta.
- Tras la última intervención quirúrgica, permanece en cama durante 72 hrs. Se recomienda adoptar posturas en decúbito prono o decúbito lateral izquierdo. Evitar decúbito lateral derecho. Se realizan cambios posturales cada 3 horas.

**5. Necesidad de dormir y descansar (*dependiente*):**

- Se administra Lorazepam 1 mg para ayudar a conciliar el sueño. Se despertaba varias veces por la noche.
- Horas de descanso: 8-9 hrs por la noche.
- Manifiesta sentirse descansado.

**6. Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse (*dependiente*):**

- El paciente necesita ayuda para atar y desatar el camisón por la falta de dedos en ambas manos.

**7. Necesidad de mantener la temperatura corporal adecuada (*dependiente*):**

- Habitualmente, se muestra normotérmico.
- A la salida del quirófano, se coloca manta térmica por temperatura corporal de 34°C.
- Se regula la temperatura de la habitación con termostato para evitar hipotermia.

**8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel (*dependiente*):**

- Habitualmente, se realizan aseos en el baño terapéutico, necesitando ayuda para la higiene.
- Los días siguientes a las intervenciones quirúrgicas, los aseos se realizan en cama.
- Tras la última intervención quirúrgica las curas se realizan de la siguiente manera:
  - Zona injertada: se coloca Linitul + compresas impregnadas en Povidona Yodada cubierta por apósitos secundarios y vendaje compresivo cada 48 hrs.
  - Zona dadora: se colocan apósitos hidrocoloides + apósitos secundarios y vendaje compresivo cada 48 hrs y en caso de que haya exudado bastante, se refuerza con apósitos secundarios o se rehace si se considera necesario.
- Se aplica crema hidratante en piel sana y ácidos grasos hiperoxigenados (AGHOS) en prominencias óseas.

**9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (*dependiente*):**

- No AMC.

- Presenta alto riesgo de caídas con una puntuación de 6 siguiendo la escala Downton (anexo II) debido a sus problemas de movilidad.
- Se colocan las barandillas de la cama atendiendo al protocolo de la unidad.
- Manifiesta dolor, especialmente cuando se manipula al realizar las curas. Se valora mediante la escala EVA = 4/5 (anexo I).
- Presenta una PICC con dos luces en el MSI.
- Presenta una neuritis óptica con una pérdida visual periférica corregida con gafas.
- El paciente comenta que consumía drogas previo a su hospitalización, sin embargo, no se observan manifestaciones físicas ni verbales de abstinencia tras no consumir durante todo este periodo excepto el deseo de fumar tabaco.

**10. Necesidad de comunicarse con los demás (*independiente*):**

- Es una persona que no tiene dificultad para la comunicación.
- De manera habitual, se dirige al personal de forma respetuosa y con aquellos que tiene confianza hace bromas.
- Mantiene conversaciones fluidas con el personal sanitario.

**11. Necesidad de reaccionar según creencias y valores (*independiente*):**

- No hay manifestaciones relativas a creencias y valores porque el paciente es reacio a mostrar sus pensamientos con respecto a estos temas.

**12. Necesidad de ocuparse para sentirse realizado (*independiente*):**

- Tiene conocimiento de que la hospitalización es necesaria. Conoce la situación en la que se encuentra porque ve su cuerpo

durante los aseos y las curas. No muestra manifestaciones físicas ni psicológicas de trastorno de la imagen corporal.

- Durante el periodo en el que el paciente permaneció intubado, su padre vino a visitarlo en varias ocasiones y comentó que la relación familiar es complicada.
- Debido a su drogadicción, el paciente vive solo. Está divorciado y su padre se encarga del cuidado de sus dos hijos, los cuales no tienen conocimiento del estado actual su salud.
- Por otro lado, tiene una orden de alejamiento de su madre, aunque ha venido a visitarlo un par de veces.
- Con su único hermano tiene buena relación. Viene a visitarlo tres veces por semana y hablan toda la tarde.
- No ha sido posible recabar información desde el punto de vista del paciente porque este se muestra incómodo y avergonzado hablando de su pasado y su familia.

### **13. Necesidad de recrearse (*independiente*):**

- El paciente ve series en la televisión. Dice que se siente a gusto viéndolas y se distrae. Además, a veces ve programas donde dice que “le ayudan a pensar un poco” como Pasapalabra.
- En ocasiones, refiere que se encuentra aburrido y que todos los días son iguales, pero siente que su situación de salud va mejorando y que algún día podrá irse de alta.

### **14. Necesidad de aprendizaje (*independiente*):**

- En su historia clínica, consta que el paciente presenta una discapacidad mental secundaria al consumo de drogas. Sin embargo, en el diálogo del día a día, no se observan manifestaciones de dificultad de aprendizaje.

- Por otro lado, él presta atención en todo momento a los cuidados que se le realizan, tiene curiosidad y pregunta sobre ellos.

### **Plan de cuidados individualizado**

Con el fin de valorar si los diagnósticos identificados en nuestro caso se corresponden con los descritos en la bibliografía, se ha realizado una búsqueda en las bases de datos de “Google Scholar, Pubmed, ScieLo, MedLine y RUC (Repositorio Institucional de la UDC)”, donde se han encontrado dos artículos de revista, dos trabajos de fin de grado y un libro. De acuerdo con la valoración realizada al paciente, se observa una incapacidad para realizar de manera autónoma sus autocuidados debido a la movilidad reducida y la falta de funcionalidad de ambas manos. Se establecen los diagnósticos de *Déficit de autocuidados: alimentación, baño, vestido e inodoro* y el *Deterioro de la movilidad física*.

Relacionado con las limitaciones de movilidad que presenta, se identificaron dos diagnósticos de riesgo: *Riesgo de caídas* y *Riesgo de estreñimiento*.

Otro diagnóstico de riesgo identificado ha sido el *Riesgo de deterioro de la eliminación urinaria* relacionado con el patrón de eliminación urinaria que presenta el paciente.

Debido a la susceptibilidad de padecer una fluctuación entre la hipotermia e hipertermia las horas posteriores a una intervención quirúrgica, se identificó el *Riesgo de termorregulación ineficaz*<sup>18</sup>.

Por último, relacionado con la presencia de una PICC (catéter central de inserción periférica), se establece el diagnóstico *Riesgo de infección*.

En relación con las lesiones que presenta, el paciente experimenta dolor, por lo que se estableció el diagnóstico *Dolor agudo*, presente en toda la bibliografía consultada<sup>11,12,13</sup>.

El estar ingresado en el hospital fuera de su entorno habitual, supuso dificultades para conciliar el sueño de manera adecuada y precisó de ayuda

farmacológica para poder conseguirlo. Se identificó el diagnóstico *Riesgo de trastorno del patrón del sueño*, aunque está incluido en alguna bibliografía consultada como *Trastorno del patrón del sueño*<sup>13</sup>, consideramos que como riesgo se ajusta más a la situación que presenta el paciente.

El diagnóstico de *Trastorno de la imagen corporal*, que estaba presente en algunos de los artículos<sup>11,13</sup>, no se identificó como un problema de salud ya que no se detectaron manifestaciones de dependencia relativas a una confusión en la imagen mental del yo físico. Asimismo, la actitud reacia del paciente para hablar sobre aspectos personales o familiares imposibilitó la recogida de información desde su punto de vista y no se pudieron establecer diagnósticos como *Relación ineficaz*, *Disposición para mejorar la relación* o *Desempeño ineficaz del rol*, a pesar, de que eran diagnósticos de enfermería que se habían considerado como potenciales.

Por último, debo mencionar que hubo diagnósticos que, a pesar de aparecer en la bibliografía, como ansiedad, desequilibrio nutricional o déficit de conocimientos, no los identifiqué en mi plan de cuidados ya que el paciente no presentaba manifestaciones de las características definitorias ni de los factores de riesgo<sup>11,12,18</sup>.

Los diagnósticos de enfermería que se establecieron fueron:

- **Déficit de autocuidado en la alimentación r/c** ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda *m/p* deterioro de la habilidad para abrir recipientes y cortar la comida.
- **Riesgo de estreñimiento r/c** actividad física inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- **Riesgo de deterioro de eliminación urinaria r/c** micciones frecuentes y abundantes.
- **Déficit de autocuidado en el uso del inodoro r/c** ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano

izquierda **m/p** deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación.

- **Deterioro de la movilidad física r/c** dolor, disminución de la fuerza muscular, pérdida de la condición física, rigidez articular... **m/p** disminución de la amplitud de movimientos.
- **Riesgo de trastorno del patrón del sueño r/c** hospitalización.
- **Déficit autocuidado en el vestido r/c** ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda **m/p** deterioro de la habilidad para abrocharse y ponerse diferentes piezas de ropa.
- **Riesgo de termorregulación ineficaz r/c** procedimiento quirúrgico.
- **Déficit de autocuidado en el baño r/c** ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda **m/p** deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.
- **Dolor agudo r/c** intervención quirúrgica y quemaduras **m/p** autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor y expresión facial de dolor.
- **Riesgo de caídas r/c** deterioro de la movilidad física.
- **Riesgo de infección r/c** presencia de catéter central periférico.

Como complicaciones potenciales se establecieron *Infección de la herida quirúrgica* relacionado con la última intervención del paciente y *Quemadura* por las lesiones que presenta. Para el cuidado de las heridas, en la bibliografía consultada<sup>11,13,18</sup> se estableció el diagnóstico *Deterioro de la integridad cutánea* o *Deterioro de la integridad tisular* en lugar de una complicación potencial. Sin embargo, consideramos identificarlos como problemas de colaboración porque la enfermera no puede establecer todas las actividades necesarias de forma independiente:

- **Infección de la herida quirúrgica.**
- **Quemadura.**

A continuación, se describen los diagnósticos de enfermería junto con los NOC, los indicadores seleccionados junto con su puntuación y las actividades e intervenciones planificadas:

Tabla 1: Plan de Cuidados		
<b>DdE: Déficit de autocuidado en la alimentación</b>		
<i>NOC: 0303 Autocuidados: comer</i>		
<i>Indicadores</i>	Evaluación inicial	Evaluación esperada
30302 Abre envases	2	3
30303 Maneja utensilios	3	4
30304 Coge comida con los utensilios	4	4
30316 Corta la comida	1	2
<i>Escala Likert: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
<i>NIC: 1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación</i>		
Identificar la dieta prescrita.		
Abrir los alimentos empaquetados.		
Proporcionar ayuda física, si es necesario.		
Proteger con un babero, según corresponda.		
Proporcionar una pajita de beber, si es necesario o se desea.		
Proporcionar dispositivos adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo, si es necesario.		
Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, según corresponda.		

Tabla 2: Plan de cuidados		
<b>DdE: Riesgo de estreñimiento</b>		
<i>NOC: 0501 Eliminación intestinal</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
50101 Patrón de eliminación	5	5

50104 Cantidad de heces en relación con la dieta	5	5
50110 Estreñimiento	5	5
50121 Eliminación fecal sin ayuda	5	5
<b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido		
<b>NIC: 0430 Control intestinal</b>		
Anotar la fecha de la última defecación.		
Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.		
Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.		
Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.		
Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.		

Tabla 3: Plan de cuidados		
<b>DdE: Riesgo de deterioro de la eliminación urinaria</b>		
<b>NOC: 0503 Eliminación urinaria</b>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
50303 Cantidad de la orina	3	4
50307 Ingesta de líquidos	5	5
<b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido		
50331 Micción frecuente	3	4
50333 Nicturia	5	5
<b>Escala Likert:</b> 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno		
<b>NIC: 0590 Manejo de la eliminación urinaria</b>		
Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.		

Tabla 4: Plan de cuidados		
<b>DdE: Déficit de autocuidado en el uso del inodoro</b>		
<i>NOC: 0310 Autocuidados: uso del inodoro</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
31005 Se coloca en el inodoro o en el orinal	4	5
31007 Se limpia después de orinar	1	2
31009 Se ajusta a ropa después de usar el inodoro	3	3
31013 Entra y sale del cuarto de baño	4	5
<i><b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
<i>NIC: 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación</i>		
Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.		
Disponer intimidad durante la eliminación.		
Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación.		
Controlar la integridad cutánea del paciente.		

Tabla 5: Plan de cuidados		
<b>DdE: Deterioro de la movilidad física</b>		
<i>NOC: 0208 Movilidad</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
20801 Mantenimiento del equilibrio	4	4
20802 Mantenimiento de la posición corporal	4	4
20804 Movimiento articular	3	4
20806 Ambulación	4	4
20809 Coordinación	4	4
<i><b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		

<i>NIC: 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular</i>
Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función.
Colaborar con la fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
Enseñar al paciente a realizar de forma sistemática los ejercicios pasivos o activos o de amplitud de movimientos.
Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.
Fomentar la deambulación, si resulta oportuno.

Tabla 6: Plan de cuidados

<b>DdE: Riesgo de trastorno del patrón del sueño</b>		
<i>NOC: 0004 Sueño</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
401 Horas de sueño	5	5
404 Calidad del sueño	5	5
418 Duerme toda la noche	5	5
<i>Escala Likert: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
417 Dependencia de las ayudas para dormir	4	5
<i>Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno</i>		
<i>NIC: 1850 Mejorar el sueño</i>		
Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.		

Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.
Ajustar el ambiente (luz, ruido, etc.) para favorecer el sueño.
Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.
Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.

Tabla 7: Plan de cuidados

<b>DdE: Déficit de autocuidado en el vestido</b>		
<i>NOC: 0302 Autocuidados: vestir</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
30204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	3	4
30205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	3	4
30207 Se abrocha la ropa	1	2
30210 Se pone los zapatos	3	4
30211 Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo	3	4
30214 Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo	3	4
<i><b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
<i>NIC: 1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal</i>		
Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.		
Mantener la intimidad cuando el paciente se viste.		
Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.		
Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.		

Tabla 8: Plan de cuidados		
<b>DdE: Riesgo de termorregulación ineficaz</b>		
<i>NOC: 0800 Termorregulación</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
80001 Temperatura cutánea aumentada	3	5
80007 Cambios de coloración cutánea	3	5
80019 Hipertermia	4	5
80020 Hipotermia	3	5
<i>Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno</i>		
<i>NIC: 3900 Regulación de la temperatura</i>		
Observar el color y la temperatura de la piel.		
Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.		
Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.		
Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.		

Tabla 9: Plan de cuidados		
<b>DdE: Déficit de autocuidado en el baño</b>		
<i>NOC: 0301 Autocuidados: baño</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
30111 Se seca el cuerpo	2	3
30112 Se limpia después de defecar	1	2
30113 Se lava la cara	3	4
30114 Se lava la parte superior del cuerpo	3	4
30115 Se lava la parte inferior del cuerpo	3	4
<i>Escala Likert: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
<i>NIC: 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</i>		
Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.		
Facilitar que el paciente se bañe él mismo, según corresponda.		

Comprobar la integridad cutánea del paciente.

Tabla 10: Plan de cuidados

<b>DdE: Dolor agudo</b>		
<i>NOC: 2102 Nivel del dolor</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
210201 Dolor referido	4	5
210206 Expresiones faciales de dolor	4	5
210208 Inquietud	5	5
210221 Frotarse el área afectada	5	5
210223 Irritabilidad	5	5
<b>Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno</b>		
<i>NIC: 1410 Manejo del dolor: agudo</i>		
Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación.		
Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.		
Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.		
Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.		

Tabla 11: Plan de cuidados

<b>DdE: Riesgo de caídas</b>		
<i>NOC: 1934 Entorno seguro de asistencia sanitaria</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
193401 Provisión de iluminación	5	5
193404 Sistema de llamada de la enfermera al alcance	5	5
193405 Cama en posición baja	5	5

193407 Regulación de la temperatura ambiental	5	5
193408 Eliminación de niveles de ruido perjudiciales	5	5
<i><b>Escala Likert:</b> 1. Inadecuado; 2. Ligeramente adecuado; 3. Moderadamente; 4. Sustancialmente adecuado; 5. Completamente adecuado</i>		
<i><b>NIC: 6490 Prevención de caídas</b></i>		
Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.		
Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.		
Ayudar a la deambulaci3n de las personas inestables.		
Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia del paciente.		
Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.		
Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.		
Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda cuando el cuidador est3 ausente.		

Tabla 12: Plan de cuidados		
<b>DdE: Riesgo de infecci3n</b>		
<i><b>NOC: 0703 Severidad de la infecci3n</b></i>		
Indicadores	Evaluaci3n inicial	Evaluaci3n esperada
70303 Supuraci3n f3tida	5	5
70305 Drenaje purulento	5	5
70311 Malestar general	5	5
70320 Colonizaci3n del hemocultivo	5	5
70333 Dolor	5	5
<i><b>Escala Likert:</b> 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno</i>		
<i><b>NIC: 6540 Control de infecciones</b></i>		

Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.

Tabla 13: Plan de cuidados

<b>CP: Infección de la herida quirúrgica</b>		
<i>NOC: 0703 Severidad de la infección</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
70303 Supuración fétida	5	5
70305 Drenaje purulento	5	5
70311 Malestar general	5	5
70320 Colonización del hemocultivo	5	5
70332 Pérdida de apetito	5	5
<i>Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno</i>		
<i>NIC: 6550 Protección contra las infecciones</i>		
Observar signos y síntomas de infección sistémica o localizada.		
Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.		
Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y mucosas.		
Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.		
Obtener muestras para cultivo, si es necesario.		

Tabla 14: Plan de cuidados

<b>CP: Quemadura</b>		
<i>NOC: 1106 Curación de las quemaduras</i>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
110601 Porcentaje de zona del injerto curada	3	4

110602 Porcentaje de zona de la quemadura curada	3	4
110603 Granulación tisular	3	4
<b>Escala Likert: 1. Ninguno; 2. Escaso; 3. Moderado; 4. Sustancial; 5. Extenso</b>		
110606 Dolor	5	5
110610 Olor fétido de la herida	5	5
<b>Escala Likert: 1. Extenso; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Escaso; 5. Ninguno</b>		
<b>NOC: 1107 Recuperación de las quemaduras</b>		
Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación esperada
110707 Capacidad de cuidados personales	2	3
110708 Movimiento articular de las extremidades	3	4
110709 Tolerancia a la ambulación	4	4
<b>Escala Likert: 1. Ninguno; 2. Escaso; 3. Moderado; 4. Sustancial; 5. Extenso</b>		
110715 Necesidad de medicación para el dolor	4	5
110719 Infección	5	5
<b>Escala Likert: 1. Extenso; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Escaso; 5. Ninguno</b>		
<b>NIC: 3583 Cuidados de la piel: zona del injerto</b>		
Aplicar apósitos de algodón o gasa para mantener la tensión adecuada en la zona del injerto, según el protocolo del centro.		
Proporcionar el control adecuado del dolor.		
Evitar la fricción y cizallamiento en la zona del injerto.		
Limitar la actividad del paciente a un reposo en cama hasta que el injerto se adhiera.		
<b>NIC: 3582 Cuidados de la piel: zona donante</b>		
Proporcionar el control adecuado del dolor.		
Después de la cirugía, tapar la zona donante de autoinjertos cutáneos con alginato y un apósito transparente semioclusivo, según el protocolo del centro.		
Inspeccionar diariamente el apósito, según el protocolo del centro.		

El paciente no fue dado de alta antes de la finalización del Prácticum, pero se mantuvo con este plan de cuidados haciendo las modificaciones necesarias hasta ese día.

Durante las 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica, el paciente mantuvo una temperatura corporal dentro de los valores normales, por lo que el diagnóstico *Riesgo de termorregulación ineficaz* se consideró innecesario mantenerlo al desaparecer el factor de riesgo. Esto supuso una serie de modificaciones en el plan de cuidados.

A continuación, muestro el plan de cuidados rectificado del paciente:

Tabla 15: Plan de cuidados		
<b>DdE: Riesgo de termorregulación ineficaz r/c</b> procedimiento quirúrgico.		
<i>NOC: 0800 Termorregulación</i>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
80001 Temperatura cutánea aumentada	5	5
80007 Cambios de coloración cutánea	5	5
80019 Hipertermia	5	5
80020 Hipotermia	5	5
<b>Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno</b>		

En los siete días posteriores a la cirugía, es cuando se valora si los injertos se adhieren a la piel, qué aspecto tienen y si existe infección. Al desarrollar tejido de granulación en zonas cruentas y no haber signos y/o síntomas de infección, la complicación potencial "*Infección de la herida quirúrgica*" se considera que no es necesario mantenerla.

Tabla 16: Plan de cuidados
<b>CP: Infección de la herida quirúrgica</b>
<i>NOC: 0703 Severidad de la infección</i>

Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
70303 Supuración fétida	5	5
70305 Drenaje purulento	5	5
70311 Malestar general	5	5
70320 Colonización del hemocultivo	5	5
70332 Pérdida de apetito	5	5
<b>Escala Likert:</b> 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno		

A continuación, se describen los diagnósticos de enfermería que hacen referencia a problemas de riesgo. La mayoría de los indicadores se mantuvieron en una puntuación de cinco exceptuando los correspondientes a los diagnósticos *Riesgo de deterioro de la eliminación urinaria* y *Riesgo de trastorno del patrón del sueño*. Debido a que los factores de riesgo de estos diagnósticos continúan estando presentes, es necesario seguir vigilando al paciente ingresado.

Tabla 17: Plan de cuidados		
<b>DdE: Riesgo de estreñimiento r/c</b> actividad física inferior a la recomendada según el sexo y la edad.		
<i>NOC: 0501 Eliminación intestinal</i>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
50101 Patrón de eliminación	5	5
50104 Cantidad de heces en relación con la dieta	5	5
50110 Estreñimiento	5	5
50121 Eliminación fecal sin ayuda	5	5
<b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido		
<b>DdE: Riesgo de deterioro de la eliminación urinaria r/c</b> micciones frecuentes y abundantes.		
<i>NOC: 0503 Eliminación urinaria</i>		

Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
50303 Cantidad de la orina	4	3
50307 Ingesta de líquidos	5	5
<i>Escala Likert: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
50331 Micción frecuente	4	3
50333 Nicturia	5	5
<i>Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno</i>		
<b>DdE: Riesgo de trastorno del patrón del sueño r/c hospitalización.</b>		
<i>NOC: 0004 Sueño</i>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
401 Horas de sueño	5	5
404 Calidad del sueño	5	5
418 Duerme toda la noche	5	5
<i>Escala Likert: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
417 Dependencia de las ayudas para dormir	5	4
<i>Escala Likert: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno</i>		
<b>DdE: Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física.</b>		
<i>NOC: 1934 Entorno seguro de asistencia sanitaria</i>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
193401 Provisión de iluminación	5	5
193404 Sistema de llamada de la enfermera al alcance	5	5
193405 Cama en posición baja	5	5
193407 Regulación de la temperatura ambiental	5	5

193408 Eliminación de niveles de ruido perjudiciales	5	5
<b>Escala Likert:</b> 1. Inadecuado; 2. Ligeramente adecuado; 3. Moderadamente; 4. Sustancialmente adecuado; 5. Completamente adecuado		
<b>DdE: Riesgo de infección r/c</b> presencia de catéter central periférico.		
<b>NOC: 0703 Severidad de la infección</b>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
70303 Supuración fétida	5	5
70305 Drenaje purulento	5	5
70311 Malestar general	5	5
70320 Colonización del hemocultivo	5	5
70333 Dolor	5	5
<b>Escala Likert:</b> 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno		

Los diagnósticos de enfermería que se describen a continuación muestran los problemas de salud que continúa presentando el paciente.

En cuanto a su capacidad para realizar los cuidados personales y su deterioro de la movilidad física, el paciente no logró alcanzar la independencia. Su proceso de recuperación es de evolución lenta y a pesar de que desde el día de su ingreso ha progresado, no se han observado cambios significativos suficientes para reducir las actividades planificadas de estos diagnósticos de enfermería.

Se indica la variación en la puntuación de los indicadores comparando la evaluación esperada y la final:

Tabla 18: Plan de cuidados
<b>DdE: Déficit de autocuidado en la alimentación r/c</b> ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda <b>m/p</b> deterioro de la habilidad para abrir recipientes y cortar la comida.
<b>NOC: 0303 Autocuidados: comer</b>

Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
30302 Abre envases	3	2
30303 Maneja utensilios	4	3
30304 Coge comida con los utensilios	4	4
30316 Corta la comida	2	1
<b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido		
<b>DdE: Déficit de autocuidado en el uso del inodoro r/c</b> ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda <b>m/p</b> deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación.		
<b>NOC: 0310 Autocuidados: uso del inodoro</b>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
31005 Se coloca en el inodoro o en el orinal	5	4
31007 Se limpia después de orinar	2	1
31009 Se ajusta a ropa después de usar el inodoro	3	3
31013 Entra y sale del cuarto de baño	5	4
<b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido		
<b>DdE: Deterioro de la movilidad física r/c</b> dolor, disminución de la fuerza muscular, pérdida de la condición física, rigidez articular... <b>m/p</b> disminución de la amplitud de movimientos.		
<b>NOC: 0208 Movilidad</b>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
20801 Mantenimiento del equilibrio	4	4
20802 Mantenimiento de la posición corporal	4	4
20804 Movimiento articular	4	3
20806 Ambulación	4	4

20809 Coordinación	4	4
<i>Escala Likert: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
<b>DdE: Déficit de autocuidado en el vestido r/c</b> ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda <b>m/p</b> deterioro de la habilidad para abrocharse y ponerse diferentes piezas de ropa.		
<i>NOC: 0302 Autocuidados: vestir</i>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
30204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	4	3
30205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	4	3
30207 Se abrocha la ropa	2	1
30210 Se pone los zapatos	4	3
30211 Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo	4	3
30214 Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo	4	3
<i>Escala Likert: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido</i>		
<b>DdE: Déficit de autocuidado en el baño r/c</b> ausencia de todos los dedos en la mano derecha y tener solo el 2º y 3º en la mano izquierda <b>m/p</b> deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.		
<i>NOC: 0301 Autocuidados: baño</i>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
30111 Se seca el cuerpo	3	2
30112 Se limpia después de defecar	2	1
30113 Se lava la cara	4	3
30114 Se lava la parte superior del cuerpo	4	3

30115 Se lava la parte inferior del cuerpo	4	3
<b>Escala Likert:</b> 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido		

Con respecto al dolor agudo, algunos de los indicadores aumentaron su puntuación alcanzando la evaluación esperada. Sin embargo, durante la hospitalización, se mantuvieron igualmente todas las actividades para el control del dolor al considerar que el tratamiento de este es esencial para el bienestar de esta persona.

Tabla 19: Plan de cuidados		
<b>DdE: Dolor agudo r/c</b> intervención quirúrgica y quemaduras <b>m/p</b> autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor y expresión facial de dolor.		
<b>NOC: 2102 Nivel del dolor</b>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
210201 Dolor referido	5	4
210206 Expresiones faciales de dolor	5	5
210208 Inquietud	5	5
210221 Frotarse el área afectada	5	5
210223 Irritabilidad	5	5
<b>Escala Likert:</b> 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno		

En lo relacionado con la complicación potencial, se puede observar una mejoría como se muestra en la puntuación de algunos indicadores. Esto originó una reducción en las actividades de las intervenciones *Cuidados de la piel: zona del injerto* y *Cuidados de la piel: zona donante*, planificándose las que se describen a continuación:

Tabla 20: Plan de cuidados
<b>CP: Quemadura</b>
<b>NOC: 1106 Curación de las quemaduras</b>

Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
110601 Porcentaje de zona del injerto curada	4	4
110602 Porcentaje de zona de la quemadura curada	4	4
110603 Granulación tisular	4	4
<b>Escala Likert: 1. Ninguno; 2. Escaso; 3. Moderado; 4. Sustancial; 5. Extenso</b>		
110606 Dolor	5	5
110610 Olor fétido de la herida	5	5
<b>Escala Likert: 1. Extenso; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Escaso; 5. Ninguno</b>		
<b>NOC: 1107 Recuperación de las quemaduras</b>		
Indicadores	Evaluación esperada	Evaluación final
110707 Capacidad de cuidados personales	3	3
110708 Movimiento articular de las extremidades	4	4
110709 Tolerancia a la ambulación	4	4
<b>Escala Likert: 1. Ninguno; 2. Escaso; 3. Moderado; 4. Sustancial; 5. Extenso</b>		
110715 Necesidad de medicación para el dolor	5	5
110719 Infección	5	5
<b>Escala Likert: 1. Extenso; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Escaso; 5. Ninguno</b>		
<b>NIC: 3583 Cuidados de la piel: zona del injerto</b>		
Aplicar apósitos de algodón o gasa para mantener la tensión adecuada en la zona del injerto, según el protocolo del centro.		
Proporcionar el control adecuado del dolor.		
<b>NIC: 3582 Cuidados de la piel: zona donante</b>		
Proporcionar el control adecuado del dolor.		
Inspeccionar diariamente el apósito, según el protocolo del centro.		

## 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La valoración se realiza el día 70 del ingreso del paciente y, aunque este no se haya dado de alta, podemos observar una mejoría en el periodo que fue valorado.

La realización de un plan de cuidados individualizado y el uso de las taxonomías NANDA<sup>15</sup>, NOC<sup>16</sup> y NIC<sup>17</sup> permitieron, por un lado, registrar de manera sistemática la planificación de cuidados y mejorar la calidad de los cuidados realizados.

Para evaluar la eficacia de las intervenciones se comparó la puntuación inicial de los resultados con la final, establecida el último día antes de finalizar el Prácticum.

Como podemos observar en los resultados, algunos indicadores continuaron con la misma puntuación, mientras que, en otros, se produjo una mejoría. Con ello, podemos decir que las intervenciones seleccionadas han sido efectivas para mejorar la situación de salud del paciente.

Los únicos problemas de salud que se han podido solucionar fueron como diagnóstico de enfermería el *Riesgo de termorregulación ineficaz* y como complicación potencial la *Infección de la herida quirúrgica*.

En cuanto a los diagnósticos de riesgo, destacar que no hubo cambios en la puntuación de los indicadores, lo que indica que se han prevenido adecuadamente los problemas de salud identificados con las actividades planificadas.

Cabe mencionar que, en la bibliografía consultada, se recogen todos los diagnósticos de riesgo exceptuando *Riesgo del deterioro de la eliminación urinaria* y *Riesgo del trastorno del patrón del sueño*. El *Riesgo de estreñimiento* solo se ha encontrado en uno de los artículos de la bibliografía<sup>20</sup>.

Los déficits de autocuidados y el deterioro de la movilidad física no han experimentado una gran mejoría; la ausencia de dedos en ambas manos supone una discapacidad importante para el paciente que va a seguir teniendo incluso cuando sea dado de alta. Los indicadores nos muestran que la dependencia es diferente para el autocuidado en el baño o alimentación que para aquellos como el vestido que requieren menos habilidad.

Asimismo, el problema de movilidad física no ha mejorado sustancialmente, pero se valora como positivo que no ha empeorado en ninguno de los indicadores. Los ejercicios que realiza con la fisioterapeuta y las actividades que realizan las enfermeras de manera habitual le ayudan a disminuir la rigidez articular y ampliar los movimientos.

El *Dolor agudo* mejoró según la puntuación de algunos de los indicadores hasta el punto de no precisar analgésicos. Considero que las actividades realizadas han sido eficaces para conseguir estos resultados, pero, a pesar de que el paciente en este momento no muestre manifestaciones de dolor, creo que es necesario continuar valorándolo y tratándolo.

Las actividades dirigidas al cuidado de las lesiones por quemadura han sido eficaces para promover la regeneración de la piel y evitar infecciones, esto puede observarse en la puntuación de todos los indicadores.

Las intervenciones y resultados planificados coinciden, en general, con los descritos en la bibliografía para situaciones clínicas similares, aunque la mayoría empleaban *Deterioro de la integridad cutánea* para el tratamiento de la alteración de la piel y, en nuestro caso, lo hemos tratado como complicación potencial *Quemadura* al considerar que en el tratamiento se incluyen actividades de colaboración.

La realización de este trabajo me ha permitido confirmar que los resultados de enfermería son adecuados para evaluar intervenciones realizadas en pacientes con quemaduras en la unidad de quemados.

A pesar de que cada persona responde de forma individual a un problema de salud, en nuestro caso, como los diagnósticos de enfermería identificados se correspondían con la esfera fisiológica son comunes a personas en situaciones de salud similares<sup>11,12,13,18,20</sup>.

Entiendo que, debido a las características personales de este paciente, no se han podido trabajar aspectos relacionados con la esfera de la autorrealización, del rol y de las relaciones a pesar de que se intuía que presentaba problemas. Al no observar manifestaciones ni factores de riesgo específicos, no se pudieron establecer los diagnósticos que son fundamentales para el desarrollo de la actividad de enfermería. Tampoco se han podido realizar intervenciones que permitiesen potenciar una mayor capacidad de adaptación psicosocial posterior y la aceptación de la desfiguración y/o discapacidad si la hubiese<sup>25</sup>.

Por último, a nivel personal, tengo que añadir que he tenido la suerte de realizar el Prácticum en la unidad de quemados y conocer esta situación patológica más en profundidad. Las situación que viven los pacientes grandes quemados son complejas, siempre me han interesado y ahora he podido aprender sobre los cuidados que se les proporcionan a estos pacientes y tener un conocimiento más amplio y profundo sobre ello.

Además, quiero agradecer a la supervisora y al personal de la unidad su disposición para poder trabajar con ellos y ayudarme en la realización de este trabajo.

## 5. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como se ha garantizado la confidencialidad de los datos del paciente según contempla la Ley 3/2018, del 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales y la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Pablo A. Gómez Morell, Oriol Vernetta Rubio, Ricardo Palao Doménech. (2009). Fisiopatología local y sistémica. Diagnóstico y clínica. Mecanismo y epidemiología de las quemaduras. En Marge Medica Books-València, 558, ático 2º - 08026 Barcelona (España) (Ed.), *Quemados. Valoración y criterios de actuación* (pp. 13–23).
2. Oubel MCE. La piel. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, ACIS; 2009.
3. Castro Prado J. Clasificación y valoración de las quemaduras. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia: ACIS; 2009.
4. Oubel MCE. Epidemiología, etiopatogenia y fisiopatología de las quemaduras. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia: ACIS; 2011.
5. módulo 2 – zonas concéntricas
6. *PROSPECTO CYMBALTA 60 MG CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES*. (n.d.). Aemps.Es. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/04296002/P\\_042](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/04296002/P_042)
7. *FICHA TECNICA ELONTRIL 150 mg COMPRIMIDOS DE LIBERACION MODIFICADA*. (n.d.). Aemps.Es [citado el 30 de mayo de 2022].

- Disponible en:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/68615/FT\\_68615.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/68615/FT_68615.html)
8. *FICHA TECNICA ACFOL 5 mg COMPRIMIDOS*. (s. f.). Aemps.es. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/11265/FichaTecnica\\_11265.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/11265/FichaTecnica_11265.html)
  9. *PROSPECTO ACOMICIL 200 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG*. (s. f.). Aemps.es. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/69662/Prospecto\\_69662.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/69662/Prospecto_69662.html)
  10. *PROSPECTO EFFICIB 50 mg/1000 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA* [Internet]. Aemps.es. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/08457010/P\\_08457010.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/08457010/P_08457010.html)
  11. *PROSPECTO SYCREST 5 MG COMPRIMIDOS SUBLINGUALES* [Internet]. Aemps.es. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en:  
[https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/10640002/P\\_10640002.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/10640002/P_10640002.html)
  12. Tapia, F. L. (2008). *Cuidados enfermeros en la Unidad de Quemados*. Publicaciones Vértice SL. [citado el 13 de mayo de 2022] Disponible en:  
<https://books.google.es/books?id=M92IRgsClgoC&lpg=PA74&ots=bbg6h1b4Ye&dq=cuidados%20enfermeria%20quemado&lr&hl=es&pg=PA230#v=onepage&q&f=false>
  13. Investigación RS. Proceso de atención de enfermería en la fase de rehabilitación de un paciente quemado [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-la-fase-de-rehabilitacion-de-un-paciente-quemado/>
  14. De La Fuente Peláez A, Críticos; *Cuidados De Enfermería En La Unidad De Quemados*. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS CRÍTICOS - Trabajo de fin de grado. 2020

15. *Quemaduras*. (n.d.). Who.int. [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
16. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones & Clasificación, 2018-2020*. Herdman TH, editor. 2017.
17. Moorhead S, Johnson M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4a ed. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Elsevier España; 2009.
18. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de resultados de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier; 2013.
19. Meneghetti RAS, Rossi LA, Barruffini R de C de P, Dalri MCB, Ferreira E. Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras: relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005;39(3):268–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342005000300004>
20. Enríquez Rodríguez, N. (2016). *Plan de cuidados a un paciente quemado: a propósito de un caso*.
21. Ramírez CE, Ramírez B. CE, González LF, Ramírez N, Vélez K. Fisiopatología del paciente quemado. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2010 [citado el 25 de mayo de 2022];42(1):55–65. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072010000100007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072010000100007&lng=en)
22. Whittle P C, Baldassare P G. Ultrasonografía DE Piel y anexos. *Rev chil radiol* [Internet]. 2004 [citado el 2 de junio de 2022];10(2):81–8. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-93082004000200007&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-93082004000200007&script=sci_arttext)

- 23.** Freddi O, Kestens G. Quemaduras graves. [citado el 2 de junio de 2022].  
Disponibile en: <https://urgenciasmedicas.webnode.es/files/200000136-44df345db6/Quemaduras%20graves.pdf>
- 24.** El Khatib A, Jeschke MG. Contemporary aspects of burn care. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2021;57(4):386 [citado el 2 de junio de 2022]  
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina57040386>
- 25.** del Caz M. D. \*\* Vivó-Benlloch C. \*\*\* G-SE\*. P. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. CIRUGÍA PLÁSTICA IBERO-LATINOAMERICANA. 2015;427–36.

## 7. ANEXOS

### Anexo I

Escala visual analógica (EVA)



### Anexo II

Escala de riesgo de caídas (J.H. Downton)

Escala de riesgo de caídas (riesgo alto>2)		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (amputación)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Seguro con ayuda	1
	Inseguro con/sin ayuda	1
	Imposible	1
<b>TOTAL PUNTUACIÓN</b>		<b>6</b>