|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |  |
|  |  |  |

**1. Propósito**

Establecer criterios estandarizados para el cuidado de los usuarios con quemaduras tratados en el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados.

**2. Alcance**

Aplica a todo el personal de enfermería involucrado en el cuidado de los usuarios hospitalizados en el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados.

**3. Responsabilidades**

**Subdirectora de Enfermería.**

Normar los lineamientos necesarios para la aplicación de los Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería.

**Supervisora**

Evaluar la utilización de los planes de Enfermería en los diferentes servicios.

Mantener una estrecha comunicación con la (el) Jefe de servicio y verificar correcta utilización de los Planes de Cuidado Estandarizado.

**Enfermera Jefe de servicio.**

Asesorar al personal en la utilización de los Planes de Cuidado Estandarizado

Verificar que el manejo de los Planes se realice correctamente en cada paciente

**Enfermera Especialista/General:**

Utilizar correctamente los planes para proporcionar atención de enfermería individualizada

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÒN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Patrón respiratorio ineficaz | Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. | Frecuencia respiratoria.  Ritmo respiratorio.  Profundidad de la inspiración. | 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Quemadura de vía aérea, ansiedad, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, fatiga de los músculos respiratorios. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Alteraciones en la profundidad respiratoria,  uso de los músculos accesorios para respirar, taquipnea, disnea, disminución de la ventilación por minuto |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las vías aéreas** | **INTERVENCIONES (NIC):Monitorización de la vía aérea** |
| **ACTIVIDADES**   * Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede. * Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. * Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial intubación de vías aéreas. * Abordar la vía oral o nasofaríngea si procede. * Eliminar las secreciones fomentando la tos o aspiración. * Fomentar una respiración lenta y profunda. * Realizar aspiración endotraqueal o nasotraqueal si procede. * Administrar oxigeno humidificado si procede. * Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. | ACTIVIDADES  * Observar si se producen ronqueras o cambios de voz cada hora en pacientes con quemaduras faciales. * Vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. * Anotar el movimiento torácico mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. * Observar si se producen respiraciones ruidosas o ronquidos. * Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiración de Kussmaul, respiraciones de Cheyne Stokes, respiración apnéusica y esquema atáxico. * Palpar para observar si la expansión pulmonar es igual. * Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). * Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos. * Cambios de SaO2, SvO2 y CO2, corriente final y los cambios de los valores de gases en sangre arterial si procede. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÒN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA (p):**  Deterioro del intercambio de gaseoso | Estado respiratorio: intercambio gaseoso | Presión parcial de oxígeno (PaO2) y dióxido de carbono (PaCO2) en la sangre arterial.  Ph arterial  Cianosis.  Somnolencia.  Inquietud  Equilibrio entre ventilación y perfusión. | 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Ventilación – Perfusión, cambios de la membrana alveolo-capilar |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Gasometría arterial anormal; pH arterial anormal; Color anormal de la piel; Hipercapnia e hipoxia |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo acido-base** | **INTERVENCIONES (NIC): Oxigenoterapia** |
| **ACTIVIDADES**   * Controlar niveles de electrolitos y gasometría de sangre arterial. * Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO2 bajos y PaCO2 altos y fatiga muscular respiratoria) * Proporcionar apoyo con ventilación mecánica, si fuera necesario. * Determinar el consumo de oxigeno. * Controlar el estado neurológico (niveles de conciencia y confusión) * Administrar medicinas alcalinas prescritas (bicarbonato de sodio), según corresponda, en función de los resultados en gasometría de sangre arterial. | ACTIVIDADES  * Eliminar secreciones, bucales, nasales y traqueales, si procede. * Administrar oxigeno a través de un sistema calefactado y humidificado. * Administrar oxigeno suplementario. * Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (oxímetro de pulso, gasometría arterial). * Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la ministración de oxigeno. * Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de oxigeno. * Proporcionar oxigeno durante los traslados. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA):**  Disminución del gasto cardiaco | Efectividad de la bomba cardíaca | Presión venosa central  Presión arterial  Frecuencia cardiaca  Gasto urinario | 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Alteración del volumen de eyección,  alteración de la frecuencia, alteración del ritmo cardiaco, alteración de la pos carga, alteración de la precarga |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Arritmias; cambios en el ECG; disminución de la presión venosa central; edema; oliguria; prolongación del tiempo de llenado capilar. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de líquidos y electrolitos** | **INTERVENCIONES (NIC):Regulación hemodinámica** |
| **ACTIVIDADES**   * Observar si los niveles de electrolitos son anormales * Obtener muestras para análisis de laboratorio para niveles de líquidos y electrolitos * Lleva un registro preciso de la ingesta y la eliminación * Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos * Observar si existe perdida de líquidos: * Monitorizar el estado hemodinámico | ACTIVIDADES  * Auscultar los pulmones para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios * Auscultar los sonidos cardiacos * Administrar inotrópicos, acorde a prescripción médica. * Realizar sondaje vesical |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Prevención del shock** |
| **ACTIVIDADES**   * Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardiacos, frecuencia y ritmos cardiacos, presencia y calidad de los pulsos periféricos y repleción capilar. * Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada * Comprobar los valores de laboratorio de hemoglobina, hematocrito, perfil de coagulación, niveles de gases y electrolitos en sangre arterial * Observar si se producen respuestas compensatorias precoces a la perdida de líquidos * Determinar las posibles causas de la perdida de líquidos. * Administración de hemoderivados según proceda |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de volumen de líquidos | Equilibrio hídrico | Control de líquidos.  Electrolitos séricos  Presión arterial  Presión venosa central.  Presión arterial media. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Perdida activa de volumen de líquidos, fracaso de los mecanismos reguladores |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Disminución de la presión arterial, disminución de la presión del pulso, disminución de la diuresis, disminución del llenado venoso, sequedad de las membranas mucosas, aumento del hematocrito, aumento de la frecuencia del pulso, aumento de la concentración de la orina, pérdida súbita del peso, debilidad, sed. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de líquidos y electrolitos** | **INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de signos vitales** |
| **ACTIVIDADES**   * Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. * Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos. * Vigilar ingresos y egresos. * Comprobar niveles de electrolitos en suero y orina, si procede. * Valorar niveles de albúmina y proteína en suero. * Niveles de osmolaridad de orina y suero. * Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración. * Observar color, cantidad y densidad de la orina. * Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito. * Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando este prescrito. * Observar si las venas del cuello están distendidas o regurgitadas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso. * Monitorizar respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita. | ACTIVIDADES  * Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. * Controlar periódicamente presión venosa central y presión arterial media. * Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Administración de productos sanguíneos** | **INTERVENCIONES (NIC):Precauciones con hemorragia** |
| **ACTIVIDADES**   * Verificar indicación médica. * Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado, clasificado, y se ha realizado concordancia de cruce, si correspondiera para el receptor (si correspondiera) * Verificar el paciente correcto, el tipo de sangre, el tipo de RH, el número de la unidad y la fecha de caducidad y registrar según protocolo del centro. * Enseñar al paciente los signos y síntomas de las reacciones a una transfusión (picazón, vértigo, falta de aliento y dolor torácico) * Controlar los signos vitales * Detener transfusión si se producen reacciones sanguíneas y hacer registro según protocolo del centro. * Registrar la duración de la transfusión. * Registrar el volumen transfundido. | **ACTIVIDAES**   * Vigilar de cerca al paciente por si se produce una hemorragia. * Anotar niveles de hemoglobina y hematocrito, antes y después de la pérdida de sangre. * Realizar estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, fibrinógeno, degradación de fibrina/productos de separación y recuento de plaquetas, si procede |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA): (p)**  Desequilibrio nutricional por defecto | Estado nutricional ingestión de nutrientes | Ingestión calórica  Ingestión proteica  Ingestión grasas  Ingestión de calcio  Ingestión de vitaminas | 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Catabolismo metabólico |
| **CARACTERÍSTICAS EFINITORIAS:**  Pérdida de peso, perdida de tono muscular |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Terapia nutricional** | **INTERVENCIONES (NIC): Administración de nutrición parenteral total** |
| **ACTIVIDADES**   * Controlar los alimentos, líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede * Elegir suplementos nutricionales * Fomentar la ingesta de alimentos ricos en proteínas se considera oportuno. * Determinar la necesidad de alimentación enteral. | ACTIVIDADES  * Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones. * Utilizar una bomba de infusión para la administración de las soluciones. * Vigilar niveles de albúmina, proteína total, electrolitos, glucosa en suero y perfil químico. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Alimentación enteral por sonda** | **INTERVENCIONES (NIC): Asesoramiento nutricional** |
| **ACTIVIDADES**   * Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuo gástrico o escuchando durante la eyección y extracción del aire. * Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta. * Observar si hay presencia d sonidos intestinales cada 4 a 8 horas. * Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45º durante la alimentación. | **ACTIVIDADES**   * Observar si hay náuseas y vómitos. * Controlar periódicamente el consumo diario de calorías. * Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico varia. * dos para poder seleccionar algunos. * Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida. * Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Nauseas | Severidad de las náuseas y los vómitos. | Frecuencia de las nauseas  Intensidad de las nauseas  Frecuencia del vómito | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):**  Del tratamiento; fármacos |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Sensación nauseosa, aversión de los alimentos |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las nauseas** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo del vomito** |
| **ACTIVIDADES**   * Identificar factores que pueden contribuir o causar las nauseas. * Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las nauseas siempre que haya sido posible y acorde con la prescripción médica. * Controlar los factores ambientales que pueden provocar las nauseas (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable). * Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las nauseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimientos). * Identificar estrategias exitosas en el alivio de las nauseas. * Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, terapia musical, distracción) para controlar las nauseas. * Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con nauseas. * Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y sin color, según sea conveniente. | **ACTIVIDADES**   * Medir o estimar el volumen de la emesis. * Identificar factores (medicación y procedimientos) que puedan causar o contribuir al vomito. * Asegurarse de que sean administrados antieméticos eficaces para prevenir el vomito siempre que haya sido prescrito. * Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. * Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio del vomito antes de dar líquidos al paciente. * Empezar con líquidos transparentes y no carbonatados. * Valorar color, consistencia, la presencia de sangre, duración y el alcance de la emesis. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la integridad cutánea | Curación de las quemaduras | Porcentaje de zona de la quemadura curada.  Granulación tisular.  Perfusión tisular en la zona de la quemadura  Infección  Piel con flictenas  Drenaje purulento  Olor fétido de la herida  Edema de zona de quemadura  Dolor  Necrosis tisular | 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso 6. Extenso 7. Sustancial 8. Moderado 9. Escaso 10. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Sustancias químicas, factores mecánicos, radiación, factores térmicos, prominencias óseas, deterioro de la sensibilidad, deterioro de la circulación. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie de la piel, invasión de las estructuras corporales |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC):Administración de medicación tópica** | **INTERVENCIONES (NIC):Curación de la piel: tratamiento tópico** |
| **ACTIVIDADES**   * Aplicar los cinco principios de administración de medicamentos. * Conocer las alergias del paciente. * Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de ministración. * Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicara la medicación. * Controlar si se producen efectos locales sistémicos y adversos de la medicación * Documentación de la ministración de medicamento de acuerdo con las normas del centro. * Aplicación de apósitos si está prescrito. | ACTIVIDADES  * Proporcionar soporte a las zonas edematosas (almohada debajo de los brazos y soporte para escroto), si procede. * Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal. * Cambiar acceso venoso, si procede. * Proporcionar higiene y aseo si es necesario. * Mantener la ropa de cama, limpia, seca y sin arrugas. * Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con el programa específico. * Protección de salientes óseas. * Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de la integridad de la misma. * Registrar el grado de afección de la piel. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la piel: zona injerto** | **INTERVENCIONES (NIC):Cuidados de la piel: zona donante** |
| **ACTIVIDADES**   * Proporcionar el control adecuado del dolor. * Elevar la zona de injerto hasta que la circulación se active, después permitir otras posiciones durante periodos de tiempo cada vez más prolongados, según protocolo del centro. * Utilizar aspiración con aguja para extraer fluidos debajo del injerto y mantener en contacto directo la zona receptora y el injerto durante el periodo de inoculación. * Evitar fricción de la zona de injerto. * Limitar la actividad del paciente hasta que el injerto se integre. * Enseñar al paciente a mantener tan inmovilizada sea posible la parte afectada durante la curación. * Examinar diariamente los apósitos según protocolo del centro. * Controlar el color, temperatura, llenado capilar y la turgencia del injerto si este no está cubierto. * Controlar si hay signos de infección, como fiebre o dolor, u otras complicaciones postoperatorias. * Incorporar las medidas necesarias para prevenir el desarrollo de neumonía, embolia pulmonar y ulceras por presión durante el periodo de inmovilización. * Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia cuando el injerto no funcione. * Dar apoyo al paciente para poder expresar la ira, hostilidad o frustración si el injerto no funciona. * Enseñar al paciente métodos para proteger la zona de injerto de agresiones mecánicas y térmicas (exposición al sol). * Enseñar al paciente a utilizar medias de compresión almohadillas o fajas para proteger la zona de injerto. * Enseñar al paciente a aplicarse lubricación artificial en la zona del injerto. | ACTIVIDADES  * Proporcionar el control adecuado del dolor. * Realizar curación según protocolo. * Mantener zona donante cubierta con apósitos según protocolo. * Controlar si hay signos de infección, como fiebre o dolor, u otras complicaciones postoperatorias. * Mantener limpia y libre de zona de presión la zona donante * Enseñar al individuo a mantener la zona donante suave y flexible con crema. * Enseñar al individuo a evitar la exposición de la zona donante a temperaturas extremas, traumatismos externos y luz solar. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de las heridas** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de las heridas con dispositivo de presión negativa** |
| **ACTIVIDADES**   * Controlar las características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. * Medir el lecho de la herida. * Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. * Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. * Documentar localización, tamaño, apariencia de la herida así como registro fotográfico. * Realizar curación de quemaduras según protocolo del centro. * Realizar curación de UPP según protocolo del centro. * Realizar curación de herida quirúrgica según protocolo del centro. | ACTIVIDADES  * Colocación de dispositivo de presión negativa según procedimiento. * Vaciar el sistema de drenaje de heridas cerrado de acuerdo con el procedimiento. * Registrar el volumen y características del drenaje a intervalos adecuados. * Obtener muestras si es necesario. * Comprobar permeabilidad de la unidad. * Fijar el aparato del drenaje. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p)**  Hipotermia | Termorregulación | Frecuencia respiratoria  Frecuencia cardiaca | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Traumatismo (Quemadura) |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Temperatura corporal por debajo del rango normal, frialdad de la piel, cianosis de los lechos ungueales, escalofrío, enlentecimiento del llenado capilar |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC):Tratamiento de la hipotermia** |
| **ACTIVIDADES**   * Instaura un dispositivo de monitorización de la temperatura corporal central, si procede. * Observar si se presentan síntomas asociados a la hipotermia, fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, habla con mala articulación, escalofríos y cambio de color de la piel. * Administración de líquidos (37-40°C). * Observar si hay bradicardia. * Monitorizar estado respiratorio**.** |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Hipertermia | Termorregulación | Frecuencia cardiaca apical  Frecuencia del pulso radial  Frecuencia respiratoria | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Aumento de la tasa metabólica Enfermedad |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Piel enrojecida, aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Tratamiento de la fiebre** |
| ACTIVIDADES  * Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno. * Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos. * Establecer un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si procede. * Observar el color de la piel y la temperatura. * Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede. * Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de consciencia. * Administrar medicación antipirética si procede. * Aplicar medios físicos. * Controlar la temperatura de manera continuada para evitar hipotermias inducidas por el tratamiento. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÒN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Estreñimiento | Eliminación intestinal | Patrón de eliminación  Control de movimientos intestinales  Cantidad de heces en relación con la dieta  Dolor con el paso de las heces | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Estrés emocional, deshidratación |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Disminución de la frecuencia; distensión , abdominal; dolor al defecar |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo del estreñimiento** |
| **ACTIVIDADES**   * Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. * Comprobar movimientos intestinales. * Vigilar la existencia de peristaltismo. * Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado. * Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la movilidad en la cama | Posición corporal: autoiniciada | Cambio autónomo de posiciones.  De acostado a sentado.  De un costado a otro costado.  De prono a supino. | 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro del estado físico, falta de fuerza muscular, medicamentos sedantes, dolor. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Deterioro de la habilidad para pasar de la posición supina a sentada/posición sentada a supina/posición prona a supina/posición supina a sentada con las piernas estiradas/posición sentada con las piernas estiras e supina.  Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama: deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cambios de posición** |
| **ACTIVIDADES**   * Animar al paciente a realizar los cambios de posición. * Vigilar el estado de oxigenación antes y después de los cambios de posición. * Colocar en la posición terapéutica necesaria. * Colocar en posición de alineación corporal correcta. * Alineación de segmentos óseos con ayuda de aditamentos si procede. * Protección de salientes óseas con dispositivos preventivos para la aparición de UPP. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deterioro de la ambulación | Ambular | Camina con marcha eficaz  Soporta el peso | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Deterioro del estado físico, deterioro del equilibrio, fuerza muscular insuficiente, resistencia limitada, |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Deterioro de la habilidad para caminar distancias requeridas |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de ejercicios: deambulación** |
| **ACTIVIDADES**   * Vestir al paciente con prendas cómodas. * Aconsejar un calzado que facilite la ambulación y evite lesiones. * Animar al paciente a sentarse en la cama, en silla, según tolerancia. * Instruir acerca del uso de órtesis. * Ayudar al paciente en la ambulación si es necesaria * Fomentar una ambulación independiente, dentro de los límites de seguridad. * Instruir al paciente y cuidador sobre la ambulación segura |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Deficit de autocuidado: baño/higiene | Autocuidados: Baño | Entra y sale del cuarto de baño.  Se lava la parte superior del cuerpo.  Se lava la parte inferior del cuerpo.  Seca el cuerpo | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):**  Deterioro musculoesqueletico, debilidad |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Incapacidad para acceder al cuarto de baño; incapacidad para secarse el cuerpo; incapacidad para regular el agua del baño; incapacidad para lavarse el cuerpo |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: baño/higiene** |
| **ACTIVIDADES**   * Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama/ en el baño. * Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño). * Facilite que el paciente se cepille los dientes si el caso. * Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede. * Comprobar la limpieza de unas, según la capacidad de autocuidados del paciente * Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. * Propiciar un ambiente seguro. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (P):**  Déficit de autocuidado de alimentación | Autocuidado: comer | Maneja utensilios  Agarra comida con utensilios.  Agarra tazas o vasos.  Se lleva la comida a la boca con utensilios. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Deterioro musculo esquelético |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca, incapacidad para coger los alimentos con los utensilios, Incapacidad para coger la taza o el vaso |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidado de la alimentación** |
| **ACTIVIDADES**   * Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne. * Abrir los alimentos empaquetados. * Colocar al paciente en una posición cómoda * Proporcionar un popote de beber, si es necesario. * Anotar la ingesta. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de autocuidado: vestido. | Autocuidados: Vestir | Toma la ropa.  Se viste la parte superior del cuerpo.  Se viste la parte inferior. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**  Malestar, fatiga, deterioro musculoesquelético, dolor, debilidad |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo, incapacidad para ponerse la ropa en parte superior del cuerpo |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: vestir /arreglo personal** |
| **ACTIVIDADES**   * Identificar áreas en las que el paciente necesita ayuda * Observar la capacidad del paciente para vestirse. * Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar * Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (pie de cama) * Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario. * Facilitar el peinado el cabello del paciente, si es el caso. * Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. * Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario. * Enseñanza de uso de las prendas de presión, si es el caso. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de autocuidado: uso del inodoro | Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) | Usa el inodoro | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Deterioro cognitivo, fatiga, deterioro de la movilidad, dolor, debilidad |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación, incapacidad para limpiar el inodoro o el orinal, incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal, incapacidad para manipular la ropa para la evacuación, incapacidad para levantarse del inodoro o del orinal, incapacidad para sentarse en el inodoro o el orinal. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: aseo** |
| **ACTIVIDADES**   * Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. * Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad. * Disponer intimidad durante la eliminación. * Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. * Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Déficit de actividades recreativas | Participación en actividades en ocio y juego | Participar en actividades de ocio que requieran poco esfuerzo físico  Expresión de satisfacción con las actividades de ocio. | 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Entorno desprovisto de actividades recreativas |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**  Afirmaciones del paciente de que se aburre: los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de entretenimiento** |
| **ACTIVIDADES**   * Ayudar al paciente/familia a identificar los déficits de la movilidad. * Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. * Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en las actividades recreativas. * Incluir al paciente en la planeación de las actividades recreativas. * Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa. * Proporcionar un equipo recreativo seguro. * Tomar en cuenta las precauciones de seguridad. * Supervisar las sesiones recreativas. * Establecer nuevas actividades recreativas, adecuadas a la edad y la capacidad del paciente. * Comprobar la respuesta física y social a la actividad recreacional |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÒN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Trastorno de la percepción sensorial: auditiva | Función sensitiva: auditiva | Agudeza auditiva  Acufenos | 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Alteración de la recepción sensorial |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Deterioro de la comunicación, cambio en las respuestas usuales a los estímulos |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Mejorar la comunicación: déficit auditivo** | **INTERVENCIONES (NIC): Administración de medicación: ótica** |
| **ACTIVIDADES**   * Dar instrucciones sencillas de una en una. * Escuchar atentamente. * Abstenerse de gritar al paciente con problemas de comunicación. * Acercase al oído menos afectado. * Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso. * Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede. * Aumentar el volumen de voz si procede. * No cubrirse la boca, hablar con la boca llena o masticar chicle al hablar. * Llamar la atención del paciente mediante el contacto físico. * Comprobar la comprensión de los mensajes pidiendo al paciente que repita lo que se ha dicho. * Utilizar papel, lápiz o comunicación por ordenador cuando sea necesario. | ACTIVIDADES  * Seguir los cinco principios de administración de mediación. * Tomar nota del historial médico de alergias del paciente. * Determinar el conocimiento de la medicación la comprensión acerca del método de administración por parte del paciente. * Colocar al paciente en decúbito lateral con el oído que debe tratarse hacia arriba, o el paciente sentado en una silla. * Poner recto el canal auditivo tirando del pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás (niños) o hacia arriba y hacia atrás (adultos) * Instilar la medicación sujetando el cuentagotas 1 cm por encimar del canal auditivo. * Enseñar al paciente que debe permanecer en la misma posición entre 5 y 10 minutos. * Realizar una suave presión o masajear el oído con el dedo. * Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente. * Documentar la administración de medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas de la institución. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de los oídos** |
| **ACTIVIDADES**   * Observar si hay drenaje de los oídos si es el caso. * Irrigar el oído, si está indicado. * Evitar introducir objetos con punta en el oído. * Explicar la relación entre el equilibrio y el oído interno si procede. * Observar si hay episodios de mareo asociados como problemas de oídos si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Trastorno de la percepción sensorial: visual | Función sensitiva: visión | Agudeza visual  Responde a estímulos visuales | 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Alteración de la recepción sensorial.  Alteración de la transmisión sensorial. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Cambio en las respuestas a los estímulos, cambio en la agudeza sensorial |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Administración de medicación: oftálmica** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de los ojos** |
| **ACTIVIDADES**   * Seguir los cinco principios de administración de medicamentos * Tomar nota del historial médico y de alergias de paciente. * Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente. * Instilar la medicación en el saco conjuntival utilizando técnicas asépticas. * Ejercer una suave presión en el conducto naso lagrimal si la medicación tiene efectos sistemáticos. * Enseñar al paciente a cerrar los ojos suavemente para ayudar a distribuir la medicación * Controlar si hay efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación. * Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente. * Documentar la administración de medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas de la institución. | **ACTIVIDADES**   * Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración. * Informar al paciente de que no se toque los ojos. * Observar el reflejo corneal. * Tapar los ojos con parches si es necesario. * Aplicar gotas lubricantes, si procede. * Aplicar ungüento lubricante, si corresponde. * Bajar el párpado y fijar con esparadrapo, cuando esté indicado. * Aplicar cámara de humedad, si procede. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo ambiental** |
| **ACTIVIDADES**   * Crear un ambiente seguro para el paciente. * Eliminar los factores de peligro del ambiente. * Retirar los objetos que sean peligrosos. * Colocar objetos de uso frecuente cerca del paciente. * Utilizar aditamentos de apoyo para la marcha. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Trastorno de la percepción sensorial: táctil | Función sensitiva: cutánea | Parestesias  Hiperparestesias  Hormigueo  Pérdida de sensación | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Alteración de la integración sensorial,  alteración de la recepción sensorial |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Cambio en la respuestas usuales a los estímulos |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC):Manejo de la sensibilidad periférica** |
| **ACTIVIDADES**   * Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia. * Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para determinar la temperatura de la comida, líquidos, agua de baño, etc. * Evitar o vigilar atentamente el uso de calor o frío, como compresas calientes, bolsas de agua caliente y paquetes de hielo. * Enseñar al paciente o a la familia a vigilar la posición de las partes corporales durante el baño, al sentarse, al acostarse o cambiar de posición. * Utilizar dispositivos de alivio de la presión, si procede. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Trastorno de la percepción sensorial: olfatoria | Función sensitiva: gusto | Discrimina olores | 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Alteración de la integración sensorial, alteración de la recepción sensorial |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Cambio en la agudeza sensorial, distorsiones sensoriales |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Administración de medicación nasal** |
| **ACTIVIDADES**   * Seguir los cinco correctos * Tomar nota de alergias del paciente. * Enseñar al paciente a sonarse con suavidad antes de administrar la medicación nasal, a menos que esté contraindicado. * Enseñar a paciente a colocarse en posición supina y a colocar la cabeza adecuadamente, en función del seno que debe ser medicado cuando se administren las gotas nasales. * Enseñar al paciente a respirar por la boca durante la administración de las gotas nasales. * Colocar el gotero 1cm por encima de las fosas nasales e instalar el número de gotas prescritas. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p)**  Deprivación del sueño | Sueño | Horas de sueño  Patrón del sueño  Calidad del sueño.  Pesadillas.  Dolor. | 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):**  Pesadillas, malestar prolongado |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Ansiedad, malestar, agitación. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Mejorar el sueño** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo ambiental: confort** |
| **ACTIVIDADES**   * Comprobar el esquema del sueño y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. * Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. * Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede. * Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción al sueño. * Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. | ACTIVIDADES  * Evitar interrupciones necesarias y permitir periodos de reposo. * Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes. * Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. * Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para las partes dolorosas del cuerpo). * Evitar exponer la piel o membranas mucosas a factores irritantes. * Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Síndrome postraumático | Afrontamiento de problemas | Identifica patrones de superación eficaces  Verbaliza sensación de control  Refiere disminución de estrés  Verbaliza aceptación de la situación. | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Desastres, acontecimientos fuera de la gama de experiencias humanas habituales, accidentes graves, lesión grave a personas queridas, acontecimiento trágico que implica múltiples muertes. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**:  Agresión, alteración del estado de humor, rabia, ansiedad, evitación, conducta compulsiva, negación, depresión, desvinculación, enuresis (niños), respuesta de alarma exagerada, temor, Flashbacks (imágenes mentales retrospectivas), duelo, culpa, desesperanza, horror; hipervigilacia, sueños inquietantes, ataques de pánico, amnesia psicógena; cólera; vergüenza, abuso de substancias. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC):Aumentar los sistemas de apoyo** | **INTERVENCIONES (NIC):Facilitar el perdón** |
| **ACTIVIDADES**   * Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. * Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. * Determinar el grado de apoyo familiar. * Determinar el grado de apoyo económico familiar. * Determinar el sistema de apoyo actualmente en uso. * Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo. * Observar la situación familiar actual. * Animar al paciente a participar en las actividades intrahospitalarias. * Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. | ACTIVIDADES  * Identificar las opiniones del paciente que pueden dificultar/ayudar a salir de un problema. * Identificar la fuente de culpabilidad y/o ira, cuando sea posible. * Escuchar con énfasis sin moralizar o recurrir a tópicos. * Ayudar al paciente explorar sus sentimientos de ira, odio y resentimiento. * Ayudar al paciente a examinar la dimensión saludable y curativa del perdón. * Comentar con el equipo multidisciplinario, actitudes, conductas así como observaciones que puedan ayudar al proceso de resolución de conflictos del paciente. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p)**  Trastorno de la imagen corporal | Imagen corporal | Adaptación a cambios en el aspecto físico.  Adaptación a cambios en la función corporal.  Adaptación a cambios en el estado de salud.  Adaptación a cambios corporales por lesión.  Adaptación a cambios corporales por cirugía. | 1. Nunca positivo. 2. Raramente positivo. 3. A veces positivo. 4. Frecuentemente positivo. 5. Siempre positivo. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Lesión, cirugía. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Respuesta no verbal a cambios corporales reales,verbalización de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo, cambio real en el funcionamiento y la estructura, ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo, no mirar o tocar una parte del cuerpo, temor a la reacción de los otros, sentimientos negativos sobre el cuerpo. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Potenciación de la imagen corporal** | **INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional** |
| **ACTIVIDADES**   * Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la quemadura o cirugía, si procede. * Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. * Observar si el paciente puede mirar la parte corporal afectada. * Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas o cosméticos, si procede. * Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares. | ACTIVIDADES  * Comentar la experiencia emocional con el paciente. * Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. * Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. * Animar al paciente a que exprese sentimientos de ansiedad ira o tristeza. * Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. * Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Ansiedad | Nivel de ansiedad | Trastornos del sueño  Tensión muscular  Ataque de pánico  Preocupación exagerada por eventos vitales | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Cambio en el estado de salud, amenaza para la función del rol, estrés |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, agitación, temor, tensión facial, excitación cardiovascular, trastornos del sueño. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Disminución de la ansiedad** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la demencia: baño** |
| **ACTIVIDADES**   * Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se la de experimentar durante el procedimiento. * Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. * Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. * Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. * Proporcionar objetos que simbolicen seguridad. * Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado. * Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista. * Crea un ambiente que facilite la confianza. * Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si estas prescritos. | ACTIVIDADES  * Utilizar un acercamiento flexible permitiendo elecciones y control sobre el momento del día y el tipo de limpieza (ducha, baño o limpieza con esponja). * Si es posible evitar los términos baño y ducha para disminuir la ansiedad. * Proporcionar un entorno confortable. * Dar un motivo para el baño. * Evitar un traslado rápido hacia el cuarto de baño. * Dar tiempo suficiente, sin precipitaciones. * Asegurarse de que el agua este a la temperatura adecuada. * Ver al paciente como una persona global centrándose en ella más que en la tarea. * Animar al paciente a colaborar en el baño en función de sus capacidades. * Si el movimiento resulta doloroso, antes del baño administrar medicación para el dolor. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Duelo | Adaptación a la discapacidad física | Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad.  Se adapta a limitaciones funcionales.  Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad.  Utiliza un sistema de apoyo personal.  Informa de la disminución de los sentimientos negativos.  Informa de la disminución de la imagen corporal | 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Anticipación de la pérdida de un objeto significativo |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Alteraciones en el patrón de los sueños, dolor,  sufrimiento, distrés psicológico |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Facilitar el duelo** | **INTERVENCIONES (NIC): Estimulación de la integridad familiar** |
| **ACTIVIDADES**   * Identificar la pérdida. * Escuchar las expresiones del duelo. * Animar al paciente que manifiesta verbalmente los recuerdos de la pérdida. * Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto a la pérdida. * Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones. * Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas. * Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida. * Responder a las peguntas de los niños relacionadas con la perdida. * Animar a los niños a discutir los sentimientos. * Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda para el niño, escribiendo, dibujando o jugando. * Ayudar al niño a clarificar los conceptos erróneos. * Instruir en fases del proceso de aflicción, si procede. * Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de aflicción. | ACTIVIDADES  * Escuchar a los miembros de la familia. * Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. * Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irreales de culpa o responsabilidad, si está justificado. * Comprobar las relaciones familiares actuales. * Facilitar la armonía dentro de la familia. * Ayudar a la familia en la resolución de conflictos. * Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia. * Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones. * Acordar la realización de los cuidados que han de prestarse al paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta óptimo. * Remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimenten problemas similares. * Remitir a terapia familiar, si es preciso. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Dar esperanza** |
| **ACTIVIDADES**   * Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. * Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye en estadio temporal. * Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente. * Evitar disfrazar la verdad. * Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente. * Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados * Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta más complejas. * Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. * Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y reflejen el amor y la necesidad del paciente). |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Afrontamiento ineficaz | Aceptación: estado de salud. | Se adapta al cambio del estado de salud.  Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. | 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Crisis situacionales, falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación**.** |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:**  Incapacidad para satisfacer las expectativas de rol, empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa, expresión de incapacidad para el afrontamiento. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Aumentar el afrontamiento** |
| **ACTIVIDADES**   * Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. * Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. * Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio del papel. * Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. * Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. * Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. * Disponer un ambiente de aceptación. * Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. * Ayudar a identificar la información que más le interese obtener. * Proporcionar información objetiva, respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. * Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería. * Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. * Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. * Animar al paciente a desarrollar relaciones. * Favorecer las situaciones que fomenten la autonomía del paciente. * Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. * Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. * Ayudar al paciente a identificar objetivos a corto y largo plazo. * Determinar el riesgo del paciente para hacerse dañó. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz | Perfusión tisular: cerebral | Presión arterial media.  Nivel de conciencia disminuido.  Reflejos neurológicos alterados. | 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación Leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Fibrilación auricular, embolismo, traumatismo cerebral. |
|  |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Mejora de la perfusión cerebral** |
| ACTIVIDADES  * Inducir la hipertensión con la expansión del volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según prescripción para mantener los parámetros hemodinamicos y mantener/mejorar la presión de perfusión cerebral (CPP). * Administrar fármacos vasoactivos, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicas. * Administrar agentes que expandan el volumen intravascular, si procede (coloides, productos sanguíneos y cristaloides). * Administrar expansores de volumen para mantener los parámetros hemodinámicos, según prescripción. * Monitorizar los tiempos de protrombina (PT) y tromboplastina parcial (PTT) si se utilizara hetalmidon como expansor de volumen. * Administrar agentes neológicos (manitol en dosis bajas o dextrano de bajo peso molecular LMD), según prescripción. * Mantener el nivel de hematocrito alrededor del 33% para la terapia de hemodilución hipervolémica. * Mantener el nivel de glucosa en suero dentro del margen normal. * Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de cadera / rodilla. * Mantener el nivel de pCO2 a 25 mm Hg o superior. * Administrar bloqueadores del canal de calcio, según prescripción. * Administrar medicamentos anticoagulantes plaquetarios, si están prescritos. * Administrar fármacos trombolíticos, según prescripción. * Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (CPP). * Monitorizar la presión intracraneal y la respuesta neurológica a las actividades de cuidado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Monitorización neurológica** |
| **ACTIVIDADES**   * Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. * Vigilar el nivel de conciencia. * Vigilar las tendencias en la escala de coma de Glasgow. * Vigilar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones. * Vigilar el reflejo corneal. * Comprobar el reflejo tusígeno y de nausea. * Explorar el tono muscular, el movimiento motor, el paso y la propiocepción. * Observar si hay movimiento pronador. * Comprobar la fuerza de aprehensión. * Observar si hay temblores. * Observar la existencia de simetría facial. * Comprobar la respuesta de tracción. * Observar los movimientos oculares extra y características de la forma de mirar. * Observar si hay trastornos visuales: diplopía, nistagmo, cortes del campo visual, visión borrosa y agudeza visual. * Observar la existencia de quejas por jaquecas. * Vigilar las características del habla: fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras. * Comprobar la respuesta de los estímulos: verbal, táctil y dañinos. * Verificar la discriminación de filo/romo o calor/frío. * Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos. * Comprobar el sentido del olfato. * Observar la forma de la sudación. * Vigilar la respuesta de Babinski. * Observar si hay respuesta de Cushing. * Instaurar protocolos de emergencia, si es necesario. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiopulmonar | Perfusión tisular: cardiopulmonar | Taquicardia.  Bradicardia.  Frecuencia respiratoria.  Presión arterial sistólica.  Presión arterial diastólica.  Presión arterial media.  Saturación de oxígeno.  Hallazgos en electrocardiograma.  Diaforesis profusa.  Dolor torácico.  Hemoptisis.  Ansiedad inexplicable. | 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Hipovolemia, hipoxia, hipoxemia, hiperventilación, dolor. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC):Cuidados cardiacos** | **INTERVENCIONES (NIC):Monitorización Respiratoria** |
| **ACTIVIDADES**   * Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores de alivio). * Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades). * Registrar disrritmias cardiacas. * Tomar nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardiaco. * Observar signos vitales con frecuencia. * Observar si hay disrritmias cardiacas, incluyendo trastornos tanto de ritmo como de conducción. * Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardiacas, niveles de electrolitos). * Evaluar la respuesta del paciente a la ectopia o a las disrritmias. * Disponer terapia antiarritmica según política del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversión o desfibrilación), si procede. * Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarritmicos. * Observar la tolerancia del paciente a la actividad. * Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. | ACTIVIDADES  * Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. * Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. * Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. * Anotar la ubicación de la tráquea. * Observar si hay fatiga diafragmática (movimiento paradójico). * Auscultar los sonidos pulmonares, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. * Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitaciones o roncus en las vías aéreas principales. * Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados. * Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. * Observar si hay disnea y sesos que la mejoran y empeoran. * Observar si se producen ronqueras o cambios de voz cada hora en pacientes con quemaduras faciales. * Establecer esfuerzos de resucitación, si es necesario. |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de perfusión renal ineficaz | Función renal | Equilibrio de la ingesta y el gasto en 24 horas.  Color de la orina.  Proteínas de la orina.  pH de la orina.  Electrolitos de la orina.  Bicarbonato arterial.  pH arterial.  Glucosuria.  Hematuria  Cetonas de la orina. | 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Síndrome compartimental abdominal, quemaduras, hipovolemia, infección, acidosis metabólica, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de líquidos** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de líquidos /electrolitos** |
| **ACTIVIDADES**   * Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación. * Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardiaca, diaforesis, disfunción hepática, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea). * Vigilar ingresos y egresos, y llevar un registro preciso de los mismos. * Comprobar los niveles de electrolitos en suero y orina, si procede. * Valorar niveles de albumina y proteína total en suero. * Observar niveles de osmolaridad de orina y suero. * Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración. * Vigilar parámetros hemodinámicos invasivos, si procede. * Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina. | ACTIVIDADES  * Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales. * Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (niveles de hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), si procede. * Administrar líquidos, si es necesario. * Reponer líquidos por vía nasogastrica, si está prescrito, en función de la eliminación, si procede. * Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa (o transfusión de sangre) adecuado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN**  **DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal | Termorregulación | Frecuencia cardiaca  Frecuencia respiratoria | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Alteración de la tasa metabólica, traumatismo que afecta a la regulación de la temperatura, sedación |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados postanestesia/sedación** | **INTERVENCIONES (NIC): Regulación de la temperatura** |
| **ACTIVIDADES**   * Administrar oxigeno. * Comprobar la oxigenación. * Administrar medidas de calor (mantas calientes, mantas de convección), si es necesario. | ACTIVIDADES  * Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas * Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede. * Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. * Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente entre 37ºC-40ºC, si es preciso. * Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de infección | Curación de quemadura | Infección | 1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):**  Enfermedad crónica, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, procedimientos invasivos, traumatismo, destrucción tisular |
|  |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Protección contra las infecciones** |
| ACTIVIDADES  * Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. * Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. * Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales. * Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. * Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. * Inspeccionar el estado de cualquier incisión/ herida quirúrgica. * Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. * Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si procede. * Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Control de infección** |
| **ACTIVIDADES**   * Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro. * Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. * Mantener técnicas de aislamiento, si procede * Limitar el número de las visitas, si procede * Poner en práctica precauciones universales * Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. * Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso * Usar guantes estériles, si procede * Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede. * Afeitar y preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugías. * Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama. * Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parenteral total. * Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva. * Cambiar los sitios de línea IV periférica y de línea central según protocolo del centro. * Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV * Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. * Fomentar una respiración y tos profunda, si procede * Fomentar una ingesta nutricional adecuada. * Fomentar la ingesta de líquidos, si procede. * Fomentar el reposo. * Administrar terapia de antibióticos, si procede * Administrar un agente de inmunización, si procede |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**  Riesgo de glicemia inestable | Nivel de glicemia | Concentración sanguínea de glucosa  Glucosa en orina  Hemoglobina glucosilada  Cetonas en orina | 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada el rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):**  Respuesta metabólica al trauma |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hiperglucemia** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hipoglucemia** |
| **ACTIVIDADES**   * Vigilar los niveles de glucosa en sangre. * Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia. * Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación. * Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrólito según disponibilidad * Valorar la ministración de insulina, según prescripción. * Realizar balance hídrico * Administración de potasio, según prescripción. | ACTIVIDADES  * Identificar paciente con riesgo de hipoglucemia * Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia. * Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si ésta indicado. * Vigilar si hay signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia etc.) * Administrar glucosa intravenosa, si ésta indicado. * Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO**  **(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÒN DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA):**  Riesgo de disfunción neurovascular periférica | Perfusión tisular: periférica | Llenado capilar distal  Temperatura de extremidades  Fuerza de pulsos según extremidad  Hormigueo  Palidez  Dolor localizado | 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):**  Quemaduras, obstrucción vascular. Traumatismos, inmovilización |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la sensibilidad periférica alterada** | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados circulatorios: Insuficiencia arterial** |
| **ACTIVIDADES**   * Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia. | ACTIVIDADES  * Realizar una valoración global de la circulación periférica ( comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) * Administrar medicación antiplaquetaria o anticoagulante, previa aplicación de protocolo de seguridad para el manejo y aplicación de medicamentos de alto riesgo. * Animar al paciente a realizar ejercicio conforme a su tolerancia. * Controlar el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa** |
| **ACTIVIDADES**   * Realizar una valoración global de la circulación periférica (comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). * Evaluar los edemas y los pulsos periféricos. * Examinar los miembros inferiores en busca de solución de continuidad del tejido. * Realizar los cuidados de la herida (desbridamiento, terapia antimicrobiana), si es necesario. * Aplicar apósitos adecuados al tamaño y al tipo de la herida, según sea conveniente. * Observar el grado de incomodidad o dolor. * Enseñar al paciente la importancia de la terapia de comprensión, según necesidades del paciente. * Elevar la pierna afectada 20° o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente. * Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de las extremidades inferiores, mientras esté en cama. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUEMADO** |

|  |
| --- |
| **BIBLIOGRAFÍA** |
| * NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elservier-Mosby; 2012 * Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª, ed. Madrid: Elservier-Mosby; 2013 * McCloskey D,J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª ed. Madrid: Elservier-Mosby; 2013 |

**Control de cambios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisión** | **Descripción del cambio** | **Fecha** |
| 00 | Inicio en el Sistema de Gestión de Calidad | Julio 2014 |
| 01 | Actualización de la imagen institucional | JUN 15 |
| 02 | Actualización de Imagen Institucional | DIC 20 |