

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud
Licenciatura en Enfermería

**Estudio de caso de un adulto joven con
colgajo atendido en una institución de
salud de tercer nivel**

Omaña Vázquez Diana Marlene
Romero Méndez Vivian Vanessa
Romero Vázquez Alin Arleth

Asesor interno: Dr. Rivas Espinosa Juan Gabriel

Instituto Nacional de Rehabilitación
Luis Guillermo Ibarra Ibarra

Asesor externo: Dr. Pantoja Herrera Martín

México, CDMX, a 12 de mayo de 2024

Índice

1. Introducción
2. Justificación
3. Objetivos
 - 3.1. General
 - 3.2. Específicos
4. Marco teórico
 - 4.1. Componentes teórico metodológicos
 - 4.1.1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado
 - 4.1.2. Método de enfermería
 - 4.1.3. El cuidado integral de enfermería y su continuidad
 - 4.2. Estudio de caso
 - 4.3. Práctica basada en evidencia
 - 4.4. Diario de campo
5. Marco referencial
 - 5.1. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra
 - 5.2. Caracterización de una persona con quemadura
 - 5.2.1. Quemaduras y clasificación
 - 5.2.2. Quemadura eléctrica
 - 5.3. Abordaje inicial de la persona con quemadura

5.4. Abordaje secuencial de la persona con quemadura

5.4.1. Tratamiento quirúrgico: colgajos

5.4.2. Terapia de oxigenación hiperbárica

5.4.3. Terapia de heridas con presión negativa: sistema VAC

5.4.4. Tratamiento farmacológico

6. Metodología

6.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

6.2. Diseño metodológico

6.2.1. Valoración

6.2.2. Diagnóstico

6.2.3. Planeación

6.2.4. Ejecución

6.2.5. Evaluación

6.2.6. Diario de campo

7. Plan de intervención

7.1. Diseño del Plan de Intervención

7.2. Diagnósticos, Resultados, Intervenciones y Evaluaciones

7.2.1. Etiqueta diagnóstica 1: Deterioro de la integridad tisular

7.2.2. Etiqueta diagnóstica 2: Deterioro de la movilidad física

7.2.3. Etiqueta diagnóstica 3: Déficit de autocuidado en el baño

7.2.4. Etiqueta diagnóstica 4: Temor

7.2.5. Etiqueta diagnóstica 5: Conflicto del rol parental

7.2.6. Etiqueta diagnóstica 6: Riesgo de lesión por presión

7.2.7. Etiqueta diagnóstica 7: Riesgo de infección

7.2.8. Etiqueta diagnóstica 8: Riesgo de disfunción neurovascular periférica

7.2.9. Etiqueta diagnóstica 9: Disposición para mejorar la esperanza

7.2.10. Evaluación global

8. Conclusión

9. Referencias

10. Anexos

10.1. Anexo1: Valoración inicial de Jorge

10.2. Anexo 2: Categorización de los discursos

Índice de tablas

1. **Tabla 1.** *Requisitos de admisión a hospitalización en el CENIAQ*
2. **Tabla 2.** *Clasificación de las quemaduras*
3. **Tabla 3.** *Categorías de análisis establecidas a partir de los discursos registrados y analizados en el diario de campo*
4. **Tabla 4.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 1 – Deterioro de la integridad tisular*
5. **Tabla 5.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 2 – Deterioro de la movilidad física*
6. **Tabla 6.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 3 – Déficit de autocuidado en el baño*
7. **Tabla 7.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 4 – Temor*
8. **Tabla 8.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 5 – Conflicto del rol parental*
9. **Tabla 9.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 6 – Riesgo de lesión por presión en adultos*
10. **Tabla 10.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 7 – Riesgo de infección*
11. **Tabla 11.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 8 – Riesgo de disfunción neurovascular periférica*
12. **Tabla 12.** *Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 9 – Disposición para mejorar la esperanza*
13. **Tabla 13.** *Categorización de los discursos*

Índice de figuras

1. **Figura 1.** *Sistemas de enfermería propuestos por Orem*
2. **Figura 2.** *Requisitos universales de autocuidado propuestos por Orem*
3. **Figura 3.** *Descripción de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)*
4. **Figura 4.** *Niveles de evidencia*
5. **Figura 5.** *Principales elementos para el reporte del diario de campo*
6. **Figura 6.** *Regla de los nueve*
7. **Figura 7.** *Zonas de Jackson en una lesión cutánea por quemadura*
8. **Figura 8.** *Manejo inicial de la persona con quemaduras*
9. **Figura 9.** *Tratamiento farmacológico*
10. **Figura 10.** *Red de relaciones lógicas*
11. **Figura 11.** *Esquema metodológico del modelo implementado*
12. **Figura 12.** *Colgajo marsupializado inguinal en antebrazo izquierdo*
13. **Figura 13.** *Pie derecho*
14. **Figura 14.** *Miembro pélvico izquierdo*
15. **Figura 15.** *Pie izquierdo*
16. **Figura 16.** *Catéter venoso central de inserción periférica (PICC)*
17. **Figura 17.** *Evolución del colgajo marsupializado inguinal*
18. **Figura 18.** *Colgajo liberado*

1. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un diseño de intervención enfocado en el cuidado integral de enfermería para un adulto joven con colgajo marsupializado inguinal vinculando métodos cuantitativos y cualitativos mediante un abordaje disciplinar. Ambos métodos se emplean en la propuesta de una estructura innovadora e integradora que incluye aspectos teóricos y metodológicos actuales desde los cuidados de enfermería.

Dentro del campo de la enfermería el actuar se rige por la aplicación del método científico y se refleja al implementar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este proceso ha evolucionado a lo largo del tiempo y de sus paradigmas, tal como se observa en el modelo Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA) propuesto por Pesut (1990), el cual representa la tercera generación del proceso de enfermería, fomenta el pensamiento crítico en la toma de decisiones y considera los resultados esperados de las intervenciones planificadas y estructuradas. Para esto, hace uso de un lenguaje estandarizado integrado por la taxonomía NANDA – NOC – NIC, que en sí misma representa un marco sólido y completo para una mejor descripción del proceso enfermero, y se implementa como guía para el diseño de intervenciones, sin embargo, no se considera un trabajo concluido ya que está abierto a propuestas de mejora. Es por esto que en esta investigación se toma la posibilidad de adaptarla en función del caso clínico abordado.

A lo largo de cada etapa del proceso enfermero, principalmente en la etapa de la valoración, se emplea un componente teórico, que en este caso fue por medio de la aplicación del *Instrumento para valorar las capacidades de autocuidado* basado en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Por otro lado, la metodología que se usa en este estudio de caso es innovadora y relevante al incluir la tercera generación del PAE, la Enfermería Basada en Evidencia (EBE) para la fundamentación y creación de actividades de enfermería, y el uso del diario de campo como herramienta cualitativa que permite el estudio integral de la respuesta humana al considerar todos los aspectos que

conforman a la persona, así como su dimensión bio – psico – social y espiritual, y posibilitando el registro de experiencias, pensamientos, emociones y reflexiones, del propio autor y de la persona susceptible de cuidado, en torno al cuidado proporcionado.

Finalmente, este trabajo de investigación se estructura en cuatro partes. Inicia con el marco teórico en donde se encuentra la introducción, justificación, objetivos propuestos y los elementos conceptuales y teóricos que sustentan el estudio. En la segunda parte se explica el diseño metodológico, detallando las etapas del proceso enfermero y la implementación del diario de campo como herramienta clave. La tercera parte presenta el plan de intervenciones y se enfoca en el análisis y la descripción de la persona, la determinación de las etiquetas diagnósticas mediante el modelo AREA y la creación de un diseño de intervención adecuado y ajustado a la persona con colgajo marsupializado inguinal a causa de una quemadura eléctrica. Culmina con las conclusiones y una reflexión sobre los objetivos alcanzados y la importancia de emplear herramientas que respondan a las necesidades actuales para la prestación de un cuidado integral.

2. Justificación

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) enfatiza que la práctica basada en la investigación constituye un distintivo primordial de la enfermería profesional ya que permite generar nuevos conocimientos teóricos, favoreciendo un nivel de formación basado en evidencias, y contribuye a la evaluación de la práctica¹. La investigación en enfermería ha permitido definir un cuerpo de conocimientos distintivo y fortalecer la identidad profesional. A pesar de que la trayectoria investigadora en esta disciplina es joven, ha progresado significativamente en áreas como la educación, conceptualización y la creación de metodologías específicas para la profesión².

El estudio de caso se prefiere como estrategia de investigación cuando se tiene poco control sobre los eventos y se busca un enfoque central en un fenómeno actual y real. Se usa en varias situaciones con motivos exploratorios, descriptivos o explicativos, tal como en ciclos de vida individual y organizacional, ya que mantiene la integralidad y la esencia única de las experiencias de la vida cotidiana. Desde el punto de vista de la investigación en enfermería, documentar las experiencias de la práctica cotidiana utilizando la metodología del estudio de caso posibilita abordar de manera integral al individuo, así como evidenciar la eficacia y dificultades afrontadas, y el impacto del cuidado profesional de enfermería en la salud de las personas y comunidades³.

El actuar en la disciplina de enfermería se basa en la aplicación del método científico en su campo de trabajo y está ligado al Proceso de Atención de Enfermería (PAE) o proceso enfermero, el cual a partir de 1975 se rige bajo los supuestos del paradigma de transformación y, a consecuencia de la profesionalización de enfermería, ha integrado distintas herramientas teóricas que clasifican la evolución del proceso enfermero por generaciones, siendo la más actual la propuesta de Pesut (1990) enmarcada como la tercera generación. Aunado a lo anterior, se han desarrollado distintos modelos que ponen en manifiesto la necesidad de considerar una perspectiva no lineal y fomentar el desarrollo de habilidades meta –

cognoscitivas para enfrentarse a un estado en cambio constante y cíclico apegado al cotidiano en la práctica asistencial de enfermería^{4, 5}.

De acuerdo con lo anterior, se vuelve relevante plantear un modelo innovador e integrativo que contemple aspectos teórico – metodológicos actuales y vigentes en el cuidado de enfermería, considerando rasgos de la respuesta humana tanto cuantitativos, abordados bajo instrumentos de valoración en conjunto con la taxonomía NANDA – NOC – NIC; y cualitativos, a través de herramientas como la observación participante y entrevistas semiestructuradas, e instrumentos como el diario de campo, que permiten obtener discursos emitidos durante el acto de cuidado, con la finalidad de mejorar el estado de la persona.

Por otra parte, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las quemaduras constituyen un desafío para la salud pública al causar 180 mil muertes al año, teniendo lugar la mayoría en países en vías de desarrollo⁶. Ante esto y por los diferentes patrones de presentación y gravedad de las quemaduras, el cuidado de la persona quemada representa un reto. En el caso de las quemaduras no mortales, éstas conllevan una hospitalización prolongada, deformidades físicas, cicatrices, o incluso la necesidad de amputaciones, lo que a menudo resulta en una estigmatización y exclusión de la persona; además de implicar costos económicos significativos, tanto directos como indirectos⁷.

En México, cerca de 13 mil personas cada año sufren algún tipo de quemadura⁸. Entre los diferentes tipos de quemaduras se tiene que las eléctricas son relativamente poco frecuentes, sin embargo, suelen ser devastadoras y se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Este tipo de quemaduras se presenta como la cuarta causa principal de muertes traumáticas vinculadas con el trabajo, y como la segunda relacionada con el clima debido a las lesiones por rayos. Su tasa de mortalidad varía según los informes de diferentes países: 2.5% en Irán, 1.6% en China, 2% en Estados Unidos, 3.2% en Francia, 8.1% en Brasil y 23.1% en Ghana; mientras que en México no se cuenta con información publicada acerca de lesiones por quemaduras eléctricas⁹.

El cuidado profesional de enfermería en el manejo de una quemadura es intensivo, y por ello se vuelve relevante la documentación de las intervenciones y experiencias que permita responder el siguiente cuestionamiento:

¿El cuidado proporcionado a través del método de enfermería e integrando elementos cuantitativos y cualitativos permitirá abordar de forma integral los componentes de la respuesta humana de la persona?

3. Objetivos

3.1. General

Desarrollar un diseño de intervención enfocado en el cuidado integral de enfermería para un adulto joven con colgajo marsupializado inguinal vinculando métodos cuantitativos y cualitativos mediante un abordaje disciplinar.

3.2. Específicos

- Realizar una valoración integral a la persona con quemadura eléctrica mediante el uso del *Instrumento para valorar las capacidades de autocuidado* basado en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Orem para obtener datos objetivos y subjetivos de la respuesta humana.
- Elaborar el diseño de intervención con la vinculación taxonómica NANDA – NOC – NIC por medio de la implementación de la Práctica Basada en Evidencia para la aplicación y evaluación del cuidado integral.
- Implementar el diario de campo como herramienta metodológica en conjunto con el método de enfermería para fomentar el análisis, la toma de decisiones, la ejecución y evaluación de la actuación diaria.
- Evaluar el estado de salud de la persona a través de la continuidad del cuidado tras aplicar el diseño de intervenciones establecido considerando los recursos disponibles con la finalidad de determinar la efectividad de las intervenciones aplicadas.

4. Marco teórico

En este apartado se describen los elementos teóricos y metodológicos de la disciplina de enfermería, tales como la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea Orem que indica las bases para brindar cuidado profesional a la persona con déficit en sus capacidades de autocuidado, y el método de enfermería con sus cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Este método se integra y complementa con diversas herramientas metodológicas, como lo son la taxonomía NANDA – NOC – NIC (NNN) que proporciona una guía estandarizada para la estructura del método de enfermería, el modelo propuesto por Pesut (1990) para el Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA), y el diario de campo como herramienta cualitativa para la obtención de discursos que enriquezcan la evaluación del estado de salud actual de la persona.

Aunado a lo anterior se abordan elementos referenciales y conceptuales que conforman las bases para elaborar el presente estudio de caso; éstos corresponden a la caracterización de una persona con quemadura eléctrica hospitalizada en una institución de tercer nivel de atención, la continuidad del cuidado, y la descripción del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR – LGII).

4.1. Componentes teórico metodológicos

En la práctica científica de la enfermería, centrada en el cuidado de individuos sanos o enfermos, se emplea como elemento teórico el modelo de cuidado y como enfoque metodológico se utiliza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Dichos componentes teórico – metodológicos permiten: organizar y analizar de manera crítica las situaciones de la persona atendida, tomar decisiones basadas en el pensamiento crítico, planificar los cuidados y las intervenciones a realizar, predecir los resultados a obtener, y evaluar los cuidados proporcionados; favoreciendo así el desarrollo de la profesión dentro de la comunidad científica^{10, 11}.

4.1.1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado

El referente teórico de la práctica de enfermería está basado en distintos modelos y teorías que han sido desarrolladas desde 1859, con Florence Nightingale, hasta la actualidad; cada una de éstas tiene sus características y se adapta a distintos tipos de población. En el ámbito institucional es común que adopten modelos de acuerdo a los servicios que brindan a su población e implementen instrumentos de valoración validados para ésta misma, tal como es el caso del *Instrumento para valorar las capacidades de autocuidado*, basado en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea Orem¹².

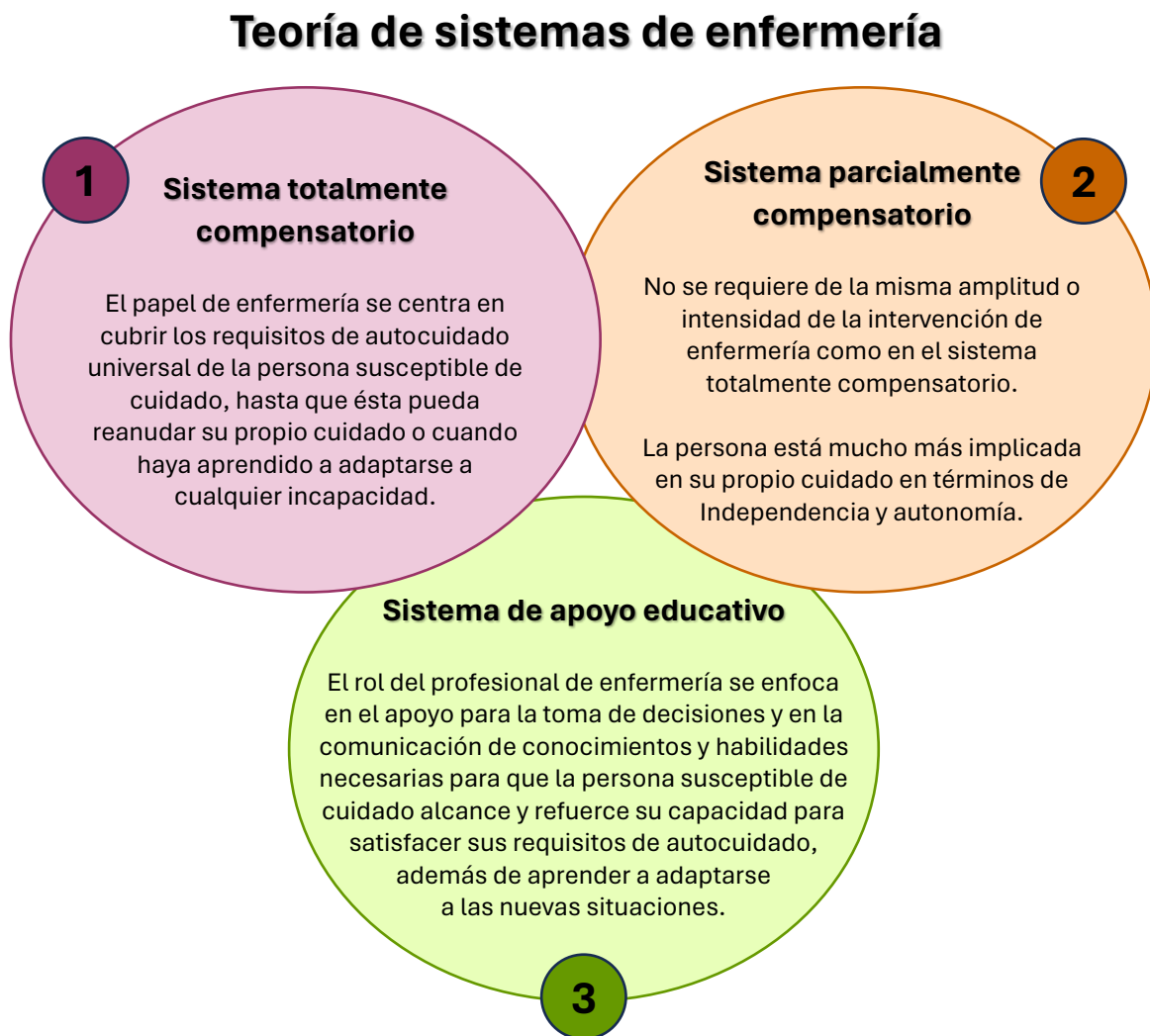
Dorothea Elizabeth Orem es una de las enfermeras estadounidenses más reconocidas debido a su trayectoria, ejercicio de la profesión y publicaciones realizadas, tales como *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses* de 1959 y *Nursing: Concepts of Practice* de 1971. También se destaca por el desarrollo de su propio concepto de enfermería y autocuidado, junto con su Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDA) propuesta en 1973¹³, y en la cual gran parte de su trabajo se ve reflejado.

La TEDA es un modelo teórico compuesto por tres subteorías que se relacionan entre sí¹⁴:

1. Teoría del autocuidado: se centra en cómo y por qué las personas realizan acciones para su propio cuidado.
2. Teoría del déficit de autocuidado: describe la razón del por qué enfermería puede ayudar en situaciones donde la demanda de autocuidado de una persona es mayor a sus capacidades.
3. Teoría de sistemas de enfermería: explica cómo deben establecerse y mantenerse las relaciones para que la enfermería funcione, así como las diversas formas en que los profesionales de enfermería pueden cuidar a la persona o comunidad.

Como parte de la Teoría de sistemas de enfermería, Orem estableció tres sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo ([figura 1](#)). Estos tres sistemas son importantes para enfermería ya que le permite gestionar la ayuda brindada a la persona para su autocuidado.

Figura 1. *Sistemas de enfermería propuestos por Orem*



Descripción breve de los tres sistemas de enfermería establecidos por Orem en su Teoría de sistemas de enfermería.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia¹⁵.

Ante esto, se tiene que el autocuidado implica una responsabilidad donde cada persona tiene que promover, mantener y cuidar de su propia salud mediante acciones intencionadas que la persona realiza, o podría realizar, para gestionar los factores que pueden afectar su vida y desarrollo. El autocuidado también es una conducta que está presente en momentos específicos a lo largo de la vida y que puede ser dirigida por la persona hacia sí mismo, los demás o su entorno, para así regular los elementos internos y externos que influyen en su mismo desarrollo y funcionamiento, en aras de su vida, salud y bienestar¹⁶.

Considerar el autocuidado como un acto consciente es beneficioso, ya que cuando una persona reconoce la necesidad de una acción específica, decide llevarla a cabo, contribuyendo a mejorar el bienestar individual, familiar o comunitario. Relacionado con lo anterior, Orem define los siguientes tres requisitos de autocuidado como los objetivos que deben alcanzarse mediante acciones intencionadas:

1. Requisitos universales de autocuidado: contemplan ocho actividades esenciales que permiten mantener la salud y el bienestar, y que son independientes a factores condicionantes, tales como el estado de salud, la edad, el nivel de desarrollo o el entorno ambiental de la persona¹⁷ ([figura 2](#)).
2. Requisitos de autocuidado en el desarrollo: aborda factores que impiden el desarrollo de las capacidades de autocuidado como los psicológicos, sociales, culturales y espirituales; para valorar estos requisitos se debe tener en cuenta: la etapa específica del desarrollo humano y las condiciones que lo afectan, tales como la inaccesibilidad a la educación, problemas de adaptación social, pérdida de seres queridos, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición social o económica, incapacidad, enfermedad terminal o muerte esperada¹⁸.
3. Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud: son específicos para personas que cursan con alguna enfermedad crónica, incapacidad, lesión, o que están siendo sometidos a un diagnóstico y/o tratamiento médico; estas

personas con cambios en el estado de salud requieren buscar consejo o ayuda de otras personas con las capacidades para dar respuesta a sus propias necesidades de cuidado de la salud¹⁹.

Figura 2. *Requisitos universales de autocuidado propuestos por Orem*



Se enlistan las ocho actividades consideradas por Orem como necesarias para el mantenimiento de la salud y el bienestar mediante el autocuidado.

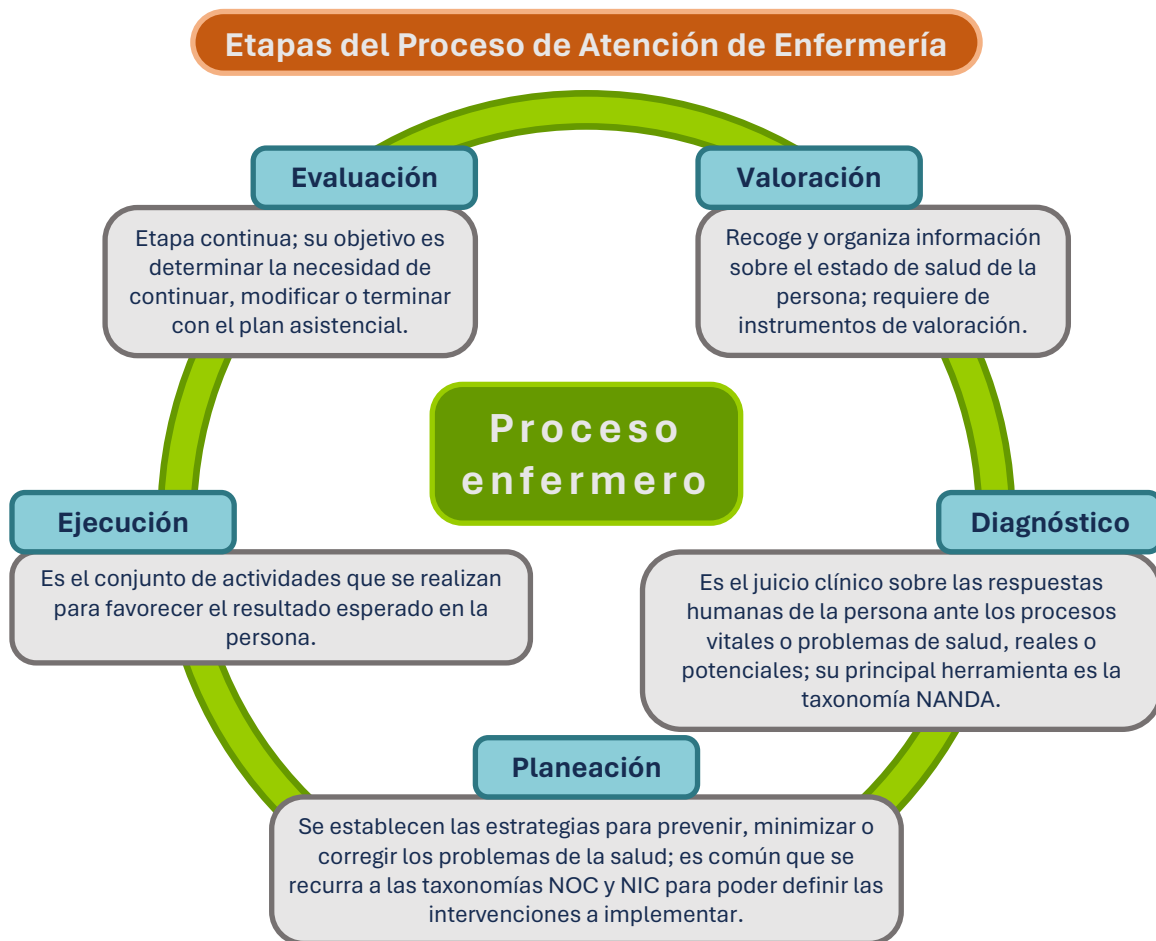
Fuente: Elaboración propia con base en la referencia²⁰.

4.1.2. Método de enfermería

El elemento metodológico de la práctica de enfermería surgió a mediados del siglo XX, siendo Lydia Hall quien consideró por primera vez el conjunto de cuidados enfermeros como un proceso. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, el cual es empleado como herramienta que favorece el pensamiento crítico, y se compone de cinco etapas ([figura 3](#)). El PAE es el método más documentado a nivel internacional,

fundamentado para la resolución de problemas y la toma de decisiones en el campo de enfermería^{21 = 23}.

Figura 3. Descripción de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)



Descripción breve de lo que se realiza en cada una de las cinco etapas que conforman al proceso enfermero, donde la valoración corresponde a la primera etapa.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia²⁴.

Un elemento comúnmente utilizado en el proceso enfermero son las taxonomías de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y la *Nursing Interventions Classification* (NIC), consideradas como un lenguaje estandarizado y organizadas de mayor a

menor nivel de abstracción en dominios, clases y sus respectivos niveles menores, correspondientes a las etiquetas diagnósticas en NANDA, los resultados e indicadores en NOC, y las intervenciones de enfermería en NIC^{25, 26}.

El enlace taxonómico, que es referido como la taxonomía NANDA – NOC – NIC (NNN), presenta diversas ventajas, entre ellas se tiene que la NANDA permite identificar problemas clínicos por medio del reconocimiento de las manifestaciones clínicas definitorias y los factores relacionados en la valoración; mientras que el uso de NOC facilita la planificación de los resultados deseados mediante sus indicadores de medición específicos, valorados de acuerdo a una escala tipo Likert; y finalmente, con el uso de NIC es posible desarrollar intervenciones y actividades específicas en la persona. Es así que la taxonomía NNN ayuda a la planificación de los diagnósticos enfermeros y a darle continuidad a los cuidados en el trabajo diario de los profesionales de enfermería, actuando como un elemento esencial en el cotidiano²⁷.

Para garantizar una adecuada vinculación NNN, diversos autores han propuesto diferentes modelos, como el caso del Dr. Daniel J. Pesut, quien describió el modelo Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA), marcando así el desarrollo de un proceso de enfermería de tercera generación. Dicho modelo se centra en los resultados del estado actual de la persona, y su enfoque principal reside en la identificación de patrones y la comprensión de las relaciones establecidas entre múltiples diagnósticos, gracias a que permite construir una red de razonamiento que fomenta la reflexión sobre la conexión entre los distintos diagnósticos en un contexto clínico²⁸.

Esta red de razonamiento clínico, o red de relaciones, es una herramienta de apoyo para comprender los patrones de comportamiento y las relaciones entre todas las necesidades de atención enfermera que la persona requiere. Al representarse gráficamente, la red muestra las relaciones entre los diagnósticos mediante flechas que los conectan y revelan el cómo y porqué se unen entre sí, mostrando al final, la influencia que cada diagnóstico tiene sobre el resto. De esta forma se visualiza el diagnóstico enfermero que está ejerciendo mayor influencia

sobre el resto en términos de interacción con otros problemas, convirtiéndose así en el diagnóstico principal. Como resultado final, cuando éste se logra resolver, los diagnósticos secuenciales también se podrán solucionar por medio de las intervenciones más adecuadas²⁹.

4.1.3. El cuidado integral de enfermería y su continuidad

Durante el crecimiento profesional de la enfermería se han integrado y desechado diferentes paradigmas, denominados epistemológicamente por Khun como un repertorio de creencias, opiniones, valores, derechos, principios, teorías, metodologías, y formas de aplicación e instrumentación. De acuerdo con Kérouac, la enfermería ha transitado por tres paradigmas: el paradigma de categorización (1860 – 1950), el de integración (1950 – 1975), y finalmente el de transformación (a partir de 1975). Este último es considerado como el más innovador y desarrollado, y se enmarca como un cambio en la mentalidad y actuar de enfermería abriendo las puertas a un cuidado transcultural.

El paradigma de transformación dirige el cuidado al bienestar tal y como la persona lo comprende, busca fomentar su interacción de ésta con el medio, y procura que la intervención de enfermería esté orientada a dar respuesta a las necesidades desde una perspectiva holística³⁰.

Reforzando lo que dicho paradigma pretende incorporar en la práctica diaria de enfermería, se contempla el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la atención centrada en la persona se caracteriza por ser integral y estar adaptada a las necesidades individuales, basada en relaciones colaborativas entre el equipo de salud, la persona, familia y redes de apoyo. Con una perspectiva biopsicosocial de la situación de la persona, busca comprender su experiencia de salud, además de compartir poder y responsabilidad en la toma de decisiones³¹.

Para humanizar las prácticas en salud se debe considerar a toda persona como sujeto de derechos y deben ir en relación con todas sus dimensiones,

refiriéndose a la física, biológica, psicológica, social, espiritual y cultural, ya que éstas intervienen y afectan su vida en un contexto histórico y social en el que se desenvuelve³². También deben regirse bajo los siete principios necesarios para planear e intervenir con una atención centrada en la persona; estos son: autonomía, individualidad, independencia, integridad, participación, inclusión social y continuidad de la atención³³.

En particular, la continuidad del cuidado en la atención a la persona se basa en la conexión y coherencia del cuidado a lo largo del tiempo, resultado de un adecuado flujo de información, gestión y coordinación de las intervenciones, así como del vínculo interpersonal con el equipo de salud³⁴. Entre sus objetivos se encuentra el determinar la respuesta de la persona al propio cuidado e intervenciones desarrolladas, y el realizar los ajustes necesarios en función del progreso observado o las necesidades identificadas para el logro de las metas planteadas y resultados esperados³⁵.

4.2. Estudio de caso

El estudio de caso se concibe como un método cualitativo que no se puede descartar como auxiliar al momento de emplear algún método, procedimiento o técnica de tipo cuantitativa, y cuyo propósito es llevar a cabo un estudio en profundidad acerca de algún problema en particular, previamente determinado³⁶. Tiene un enfoque holístico e intensivo que permite analizar a detalle una instancia única, fenómeno o unidad social específica³⁷.

En referencia a lo previamente establecido, un enfoque fenomenológico de investigación se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida respecto a un suceso desde la perspectiva de la persona. Este enfoque se relaciona con el análisis cualitativo de la experiencia humana, especialmente ante situaciones que afectan el bienestar de la persona. Se centra en comprender la complejidad de la experiencia vivida más allá de lo que se puede cuantificar, buscando tomar conciencia y significado de la situación y la respuesta humana presentada ante ésta. El enfoque fenomenológico suele involucrar métodos de investigación cualitativa,

tales como las entrevistas en profundidad, el análisis de contenido y la observación participante, con el fin de explorar y comprender las experiencias, percepciones y significados subjetivos de las personas involucradas en una situación de interés. De igual forma, en este enfoque se realiza una reducción de análisis fenomenológica que se centra en la percepción y descripción de las peculiaridades de la experiencia de la conciencia y en comprender, de modo sistemático, cómo el fenómeno o la situación están constituidos. Este proceso de conocimiento demanda tanto la descripción como la interpretación analítica, que se apoya de herramientas metodológicas³⁸.

4.3. Práctica basada en evidencia

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) se engloba dentro de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) y se define como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible en torno al conocimiento enfermero, considerando las preferencias y valores individuales de la persona, e integrando la experiencia profesional, para guiar la toma de decisiones³⁹ con relación a los cuidados de enfermería proporcionados. La PBE surgió como una extensión de la Medicina Basada en Evidencia (MBE) con la finalidad de incluir a los demás profesionales de la salud en su conceptualización, y se constituyó como el fundamento de la prestación de atención de calidad y de la transformación del sistema asistencial hacia un enfoque de cuidado personalizado, participativo, preventivo y predictivo⁴⁰.

Durante la década de 1990 la construcción de nuevos conocimientos en la enfermería resultó insuficiente por lo que se decidió que, para lograr mejores resultados, los nuevos conocimientos deberían transformarse en formas clínicamente útiles, implementarse efectivamente en todo el equipo de atención de salud, y evaluar el impacto de su desempeño⁴¹. Una parte importante de las propuestas fue la EBE, cuyo origen se remonta a Florence Nightingale como precursora que, si bien no menciona el concepto, su aporte principal fue el uso de la experimentación y la implementación de una mirada crítica a las intervenciones para influir en el logro de resultados positivos en las personas susceptibles de

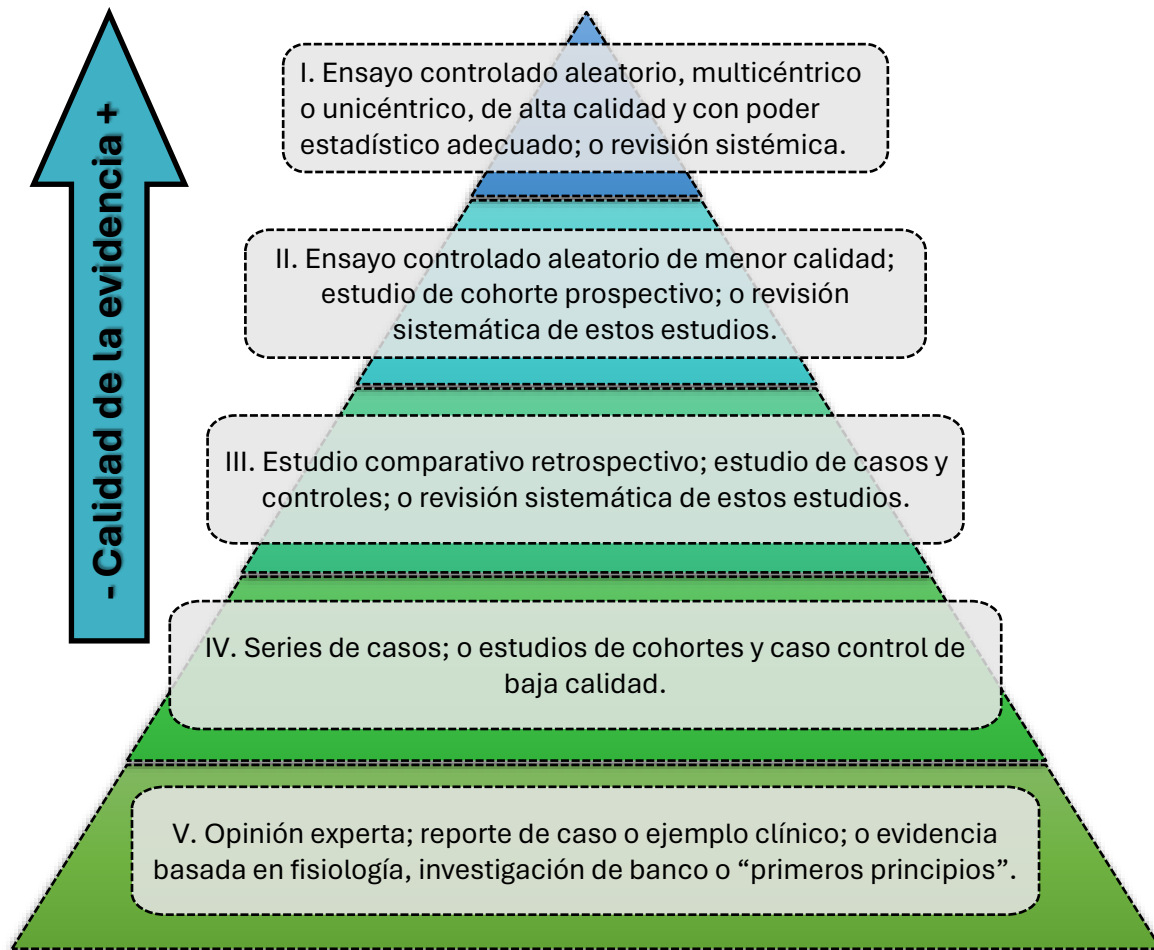
cuidado⁴². En años posteriores, la EBE surgió oficialmente en la Universidad de York en el Reino Unido con la intención de unir la investigación y las necesidades de la práctica; sin embargo, fue hasta 1997 cuando se celebraron en este mismo país las primeras conferencias acerca de la EBE, y posteriormente, en 1998, cuando se publicó por primera vez la revista *Evidence Based Nursing*⁴³.

Es así como la EBE se convirtió en un puente entre la práctica y la teoría al incorporar la investigación a la actividad cotidiana del cuidado mediante la búsqueda de evidencia con resultados procedentes de investigaciones rigurosas y de calidad, volviéndola esencial para la toma de decisiones. Ante esto, resulta necesario analizar el tipo de información obtenida, su procedencia y nivel de evidencia para poder considerarla como la mejor evidencia científica, y para ello existe una jerarquía de evidencia confiable que toma en cuenta los elementos de diseño metodológico de los estudios ([figura 4](#)) para minimizar el efecto del sesgo en los resultados⁴⁴.

Cabe resaltar que el investigador es quien genera el conocimiento, pero es la comunidad profesional la que tiene que hacerlo práctico utilizando los resultados de la investigación⁴⁵. Políticamente, la EBE se ha convertido en un aspecto esencial debido a su potencial para ahorrar tiempo y mejorar los resultados de las personas al disminuir los costos mediante la estandarización y racionalización de la atención⁴⁶.

Debido a lo anterior, la EBE se caracteriza en este trabajo por ser utilizada para identificar, de acuerdo con los grados de evidencia, la mejor fundamentación disponible descrita en Guías de Práctica Clínica, manuales, artículos de revistas, libros, entre otros, que sustente el diseño de intervenciones realizado. Además, la perspectiva multidisciplinar presente en la EBE proporciona la inserción de elementos que brindan la capacidad de replantearse intervenciones y con ello lograr enriquecer la práctica.

Figura 4. Niveles de evidencia



La escala de calificación de evidencia para estudios terapéuticos es una de las varias escalas que existen y su sistema de clasificación es numérico, del I al V, donde el I corresponde al mayor nivel de evidencia y el V al menor. Aun así, es posible utilizar diferentes niveles de evidencia para desarrollar un diseño de intervenciones, sin dejar de lado que cuanto más riguroso sea éste, mayor será el nivel de evidencia empleada.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁴⁷.

4.4. Diario de campo

Como parte del método de la investigación, principalmente cualitativa, y de los procesos educativos de enseñanza - aprendizaje, se dispone de distintas herramientas que facilitan y permiten una recolección de datos sistematizada. Entre éstas se encuentra el diario de campo, un instrumento de recolección de información cualitativo en el cual el investigador plasma sus observaciones, ideas y hallazgos de manera organizada, permitiéndole entre otras cosas, la reflexión, generación de conocimiento y su análisis. Se considera como una fuente primaria de información y puede ser usado como el instrumento principal de la investigación o como complemento junto con otras técnicas de recolección de información tales como la entrevista y la observación participante⁴⁸.

El diario de campo debe ser metódico con información precisa, obtenida por distintas técnicas, y tiene por objetivo ayudar al investigador a tener un mayor sentido y conocimiento de lo realizado para que éste conozca y pueda entender mejor la realidad en la que está trabajando, profundizar en las situaciones que surgen a lo largo del trabajo, dar un seguimiento y secuencia al proceso de investigación e intervención, y brindar datos que permitan su evaluación posterior⁴⁹.

En áreas como la educativa suele usarse como un instrumento de evaluación cualitativa y una herramienta reflexiva al contribuir con el aprendizaje y la experiencia a través del registro de los procesos de trabajo, razonamientos, decisiones tomadas a partir de lo observado y experimentado, autoreflexiones y autocríticas. Lo anterior también se puede aplicar en los procesos de investigación debido a sus dos elementos principales que son la observación y la reflexión. Además de que permite la inclusión de registros descriptivos, analíticos y críticos de las observaciones, las intervenciones realizadas, conocimientos aplicados, eventos acontecidos y otras situaciones significativas que se presentan en torno a un tema⁵⁰, facilitando así la identificación de posibles lagunas de información que pueden ser corregidas mediante nuevas intervenciones o estrategias⁵¹.

A su vez, cuando las observaciones plasmadas en el diario de campo se complementan con anotaciones que derivan de la aplicación del método científico y la participación directa del investigador en las actividades realizadas, se generan más elementos para la reflexión y vuelve al diario un elemento primordial para el proceso de la investigación. Dentro de los beneficios que ofrece este instrumento en torno al manejo de la información plasmada en él son que permite identificar la situación a investigar o tarea a realizar, observar, recolectar y categorizar la información, estructurarla en categorías, analizarla y evaluarla⁵².

De acuerdo a Newbury, el diario de campo se considera parte de los diversos métodos de apuntes existentes, como lo son las notas de campo, bitácoras, registros de investigación, diarios reflexivos, entre otros⁵³ y se tiene que éste puede tener variantes en función de su objetivo, contexto, participantes y elementos registrados, surgiendo así los diarios de campo científicos o de investigación, mixtos, de clase, o de comunidad⁵⁴, por mencionar algunos. Esta herramienta e instrumento de recolección de información es usada en distintas áreas y disciplinas con diferentes objetivos debido a su versatilidad y capacidad de adaptación a las necesidades específicas de cada especialidad, profesión o contexto investigativo sin perder su cualidad principal que le permite al investigador hacer un registro descriptivo de lo observado y realizado, dar una interpretación de esto mismo y adjuntar evidencia gráfica, fotográfica o audiovisual⁵⁵.

De manera más frecuente se asocia el uso del diario de campo en el área educativa a nivel de formación y evaluación, y con la investigación en áreas sociales y de la salud, con disciplinas como trabajo social, antropología, psicología, biología, e incluso medicina⁵⁶; sin embargo, disciplinas como enfermería aún no incorporan el uso recurrente de esta herramienta cualitativa en sus investigaciones. Con este antecedente, esta investigación conjunta la aplicación del método de enfermería con el uso del diario de campo como herramienta complementaria, generadora de discursos, para la obtención de datos cualitativos que posteriormente son analizados mediante una combinación metodológica desde una perspectiva de

abordaje mixto, permitiendo identificar la evolución de la persona susceptible de cuidado.

Relacionado con lo anterior, el diario de campo representa el componente cualitativo en el presente trabajo, pues metodológicamente es parte de la estrategia técnica – operativa de integración utilizada a lo largo de esta investigación. En tanto que la combinación metodológica es una estrategia que favorece el equilibrio entre ambos enfoques, el cualitativo y cuantitativo, ya que permite fortalecer la validez de los datos obtenidos al subsanar las debilidades del abordaje inicial⁵⁷. En este trabajo esto se logra con el análisis de los resultados y discursos obtenidos tras la realización de las intervenciones de enfermería, consiguiendo combinar datos cuantitativos y cualitativos que provienen, respectivamente, de los indicadores establecidos y los discursos emitidos por la persona susceptible de cuidado en torno a aspectos específicos de su salud.

Para la obtención de un escrito detallado, con descripciones puntuales de todo lo ocurrido en el periodo de tiempo contemplado y en cada uno de los reportes realizados, Spradley y Valverde proponen elementos específicos ([figura 5](#)) que deben considerarse en la recolección sistemática de la información^{58, 59}, y que se emplean como una base; sin embargo, es posible modificarlos y agregar otro tipo de datos en función del área de estudio y objetivo del diario de campo. De igual forma, Carvajal realiza una categorización de los distintos tipos de notas que se pueden incluir en los reportes del diario de campo:

- Notas de observación: el investigador debe evitar incluir su interpretación.
- Notas teóricas: se intenta dar un significado a lo observado, se generan nuevos conceptos y se relacionan varias de las observaciones.
- Notas metodológicas: se pueden dejar recordatorios y críticas sobre el plan, el propio proceso metodológico y del mismo investigador.

Junto a esto, también propone reportes en los que el investigador plasme lo observado desde tres enfoques:

- Descriptivo: se contempla información objetiva que solo describa lo que se observa y realiza.
- Interpretativo: permite plantear las inferencias, deducciones, interpretaciones y conclusiones que el propio investigador se va formando.
- De desahogo: el investigador puede describir sus sentimientos, emociones y reacciones que se generan en las distintas situaciones⁶⁰.

Figura 5. Principales elementos para el reporte del diario de campo



Se presentan los elementos básicos que debe contener cada reporte realizado en el diario de campo, los cuales se deben de adaptar de acuerdo a la situación observada y complementar con otros elementos textuales o gráficos.

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias^{61, 62}.

5. Marco referencial

5.1. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR LGII)

Para 1951 se fundó la Dirección General de Rehabilitación en la Secretaría de Salubridad y Asistencia con el fin de integrar las diversas instituciones encargadas de la atención a personas con cualquier discapacidad musculoesquelética, de la audición, visión, o por deficiencia mental; esto dio lugar a los diversos centros de atención e institutos, que años después se transformaron en institutos nacionales de investigación y en 1989 fueron fusionados en un único Instituto, para más adelante, en 1997, dar paso al Centro Nacional de Rehabilitación. A partir del año 2005, con la modificación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se consolidó la unión de los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana para formar lo que actualmente, y desde 2015, se conoce como el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR LGII), ubicado en la Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, Colonia Arenal de Guadalupe⁶³.

El INR LGII es una institución de salud enfocada en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la persona con discapacidad, empleando la investigación científica, formación de recursos humanos y atención médica especializada con un enfoque humanístico⁶⁴, que ha adquirido renombre y prestigio a nivel nacional como una institución líder en la prestación de atención médica altamente especializada y formación de profesionales de la salud del área de ortopedia, medicina de rehabilitación, audiología y otorrinolaringología⁶⁵.

En 2011, se inauguró el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ) con el propósito de promover el avance de la investigación epidemiológica, básica, clínica y tecnológica especializada en quemaduras. Esta área del INR LGII proporciona atención quirúrgica y rehabilitación a quienes han sufrido alguna lesión severa de este tipo y cumplan con los requisitos de admisión ([tabla 1](#)). El centro cuenta con tecnología de vanguardia y personal altamente capacitado que proporciona atención de calidad, eficiente, segura y con un trato

humano cálido⁶⁶ a través de ocho servicios, que son: unidad de choque, servicio de agudos, servicio de subagudos, quirófano, rehabilitación y cámara hiperbárica, consulta externa, investigación y banco de piel, y se encuentran distribuidos en un edificio de nueve pisos, que además cuenta con un helipuerto y estacionamiento. También mantiene abiertas líneas de investigación en torno a reanimación, infecciones, apósitos, rehabilitación, cicatrización e investigación en enfermería, lo que les permite desarrollar normas para la regulación de la atención a quemados, elaborar guías clínicas y realizar la certificación de servicios⁶⁷.

Tabla 1. *Requisitos de admisión a hospitalización en el CENIAQ*

-
- Cualquier tipo de lesión por quemadura térmica, química (ácido, álcalis o mixtas), eléctrica (conducción eléctrica, arco voltaico, flamazo o mixto) o por radiación, con o sin enfermedades concomitantes.
 - Con quemaduras en áreas especiales: cara, cuello, vías respiratorias superiores o inferiores (lesión por inhalación), genitales, manos, y/o pliegues (codos, muñecas, tobillos, y rodillas).
 - Pediátricos con una superficie corporal total quemada (SCTQ) mayor al 15% con lesiones de 2° mixtas o profundas, o en estado de choque con una SCTQ menor del 5% con lesiones de 3°.
 - Adultos (>18 años) con una SCTQ mayor al 50%, un 25% de SCTQ con lesiones de 2° mixtas o profundas, o una SCTQ mayor al 10% y lesiones de 3°.
 - Todas las quemaduras de 4to grado.
 - Cualquier tipo de secuela de quemadura.
 - De cualquier edad (recién nacidos – adultos mayores) y lugar de origen.
 - Por traslado de otros hospitales al CENIAQ.
-

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia⁶⁸.

5.2. Caracterización de una persona con quemadura

5.2.1. Quemaduras y clasificación

El sistema tegumentario está compuesto por la piel, el cabello, las glándulas sudoríparas y sebáceas, las uñas y los receptores sensitivos; contribuye a la homeostasis a través de la protección del cuerpo, la regulación de la temperatura corporal y proporciona información sensitiva del medio circulante. El componente principal de este sistema es la piel, el cuál es el órgano más expuesto a infecciones, enfermedades y lesiones; de forma general se conforma de tres capas: la epidermis o capa más externa conformada por epitelio estratificado; la dermis dividida en región papilar y reticular, se ubica debajo de la epidermis y contiene vasos sanguíneos, glándulas sudoríparas y sebáceas y folículos pilosos; y la hipodermis o tejido subcutáneo en donde se encuentra el tejido adiposo que proporciona soporte⁶⁹. De esta forma, las quemaduras se definen como lesiones producidas en la piel y tejidos subyacentes, ocasionadas por la transferencia de energía o por acción de diversos agentes físicos, químicos y/o biológicos; pueden provocar alteraciones que van desde un simple eritema hasta la destrucción total de las estructuras dérmicas y subdérmicas, y se clasifican en relación con el agente causal, profundidad y extensión⁷⁰ ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Clasificación de las quemaduras

Agente etiológico				
Térmicas		Químicas	Eléctricas	Radiación
Por calor:	Por frío:			
Fuego	Temperatura	Ácidos (pH < 6)	De bajo voltaje	Rayos UV
Lava	ras < 15 °C	Bases (pH > 8)	(< 1000 V)	Rayos X
volcánica		Medicamentos	De alto voltaje	Radioterapia
Deflagración		citotóxicos	(> 1000 V)	
(explosivos)		Radiofármacos	Arco voltaico	
Escaldadura		Electrolitos	Rayo	
Vapor		...		

Profundidad		
Primer grado (1°)	Segundo grado (2°)	Tercer grado (3°)
Afecta la epidermis, son superficiales y eritematosas, a veces duelen. Seca, eritematosa, palidece con la compresión, muy dolorosa.	Se encuentran subdivididas en relación a la región de la dermis afectada: 2° superficial (papilar): eritematosa, brillante, con ampollas, palidece a la presión, y presenta un alto nivel de dolor.	Abarca desde dermis reticular y el espesor total de la piel hasta hueso, se observa la piel blanca grisácea, seca, no palidece, carbonizada, no duelen y se ha perdido la sensibilidad por completo.

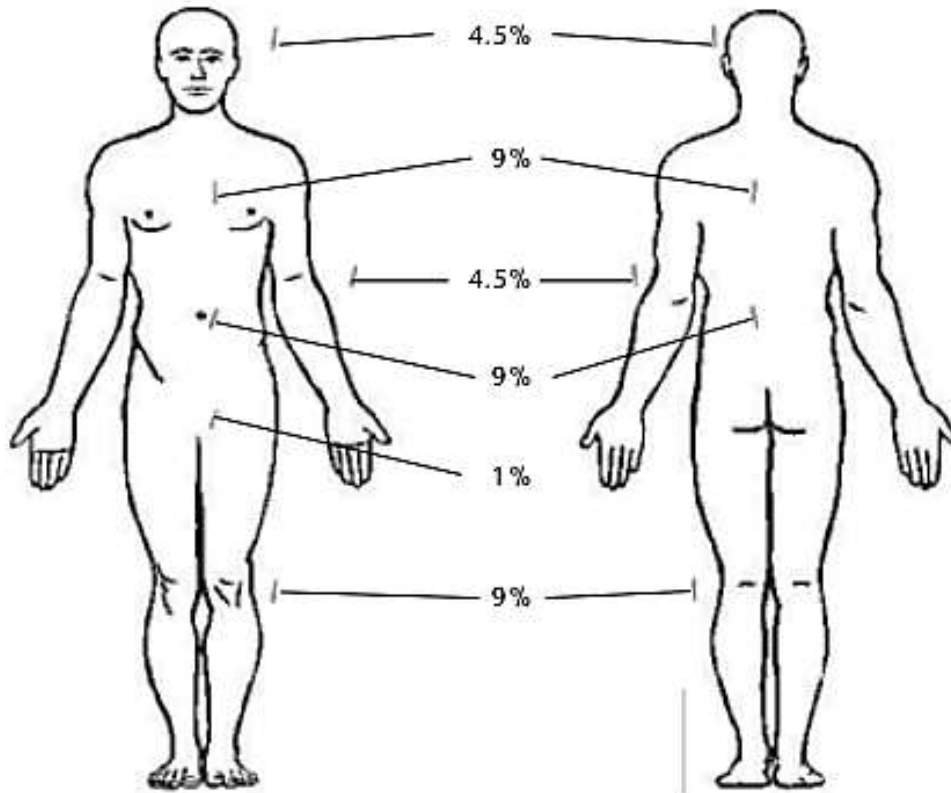
Tabla 2. *Clasificación de las quemaduras (cont.)*

Profundidad
2º profunda (reticular): eritematosa, brillante, presencia de ampollas que se rompen fácilmente, a la presión no palidece, con dolor moderado y ante la presión.

Extensión
<p>Regla de los nueves</p> <p>Este método se usa para una valoración rápida de grandes superficies quemadas en adultos, y consiste en asignar porcentajes parciales de acuerdo a la anatomía y en relación con la extensión corporal (figura 6).</p> <p>Para realizar el cálculo se toma en cuenta que la extensión total corporal equivale al 100%, y de ahí se le asigna a cada extremidad inferior el 18%, a cada extremidad superior el 9%, al tórax anterior y posterior el 18%, al abdomen el 9%, a la región lumbar el 9%, a la cabeza el 9% y a la región genital el 1%.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias⁷¹.

Figura 6. Regla de los nueve



La Regla de los 9 o de Wallace se usa en adultos y sirve para calcular el porcentaje de grandes extensiones de piel quemada; esto se vuelve determinante por la relación que existe con respecto a la probabilidad de supervivencia, siendo mayor el riesgo de mortalidad con una mayor extensión.

Fuente: Elaborado con base en la referencia⁷².

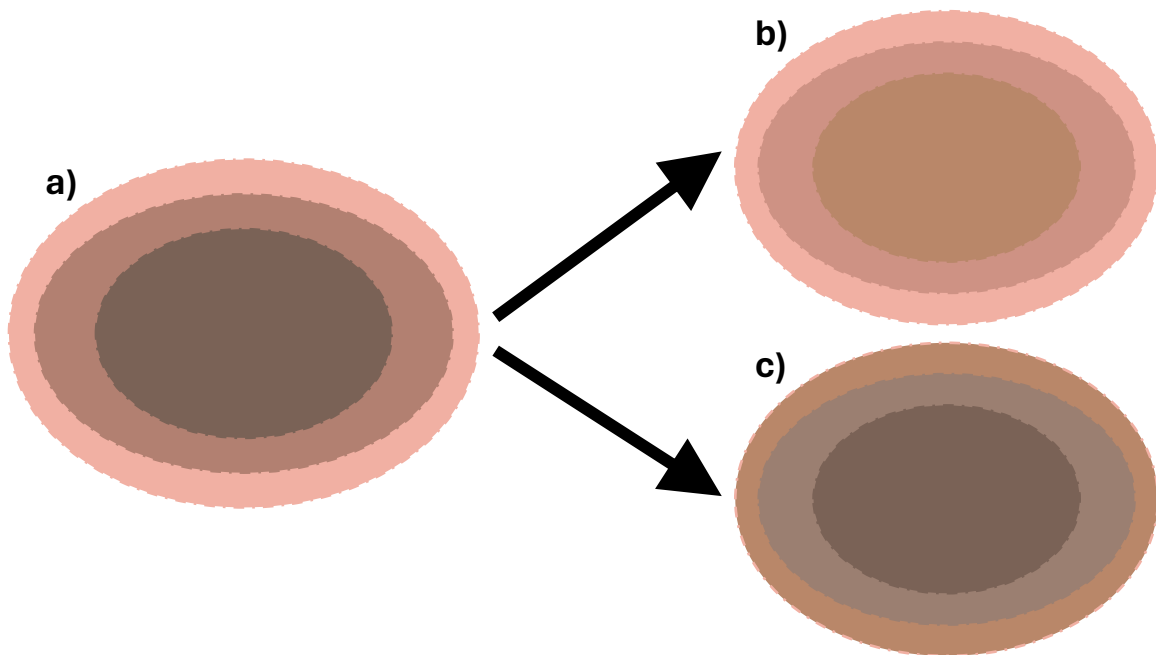
En las lesiones cutáneas generadas por las quemaduras se pueden identificar las tres zonas descritas por Jackson⁷³ (figura 7):

- Zona de coagulación: el área central de la lesión representa una zona de necrosis con daño tisular inmediato e irreversible ocurrido en el momento de la lesión.
- Zona de estasis: rodea la zona de coagulación y está moderadamente dañada con exudado vascular, factores vasoconstrictores elevados, así como reacciones inflamatorias locales, lo que da como resultado una perfusión

tisular alterada; dependiendo del ambiente de la herida esta zona puede recuperarse o sufrir una progresión secundaria al tejido necrótico, también denominada como “conversión de quemado”.

- Zona de hiperemia: con vasos dilatados por inflamación, se caracteriza por un aumento del flujo sanguíneo a los tejidos sanos sin elevado riesgo de necrosis, a menos que haya sepsis grave o hipoperfusión prolongada⁷⁴.

Figura 7. Zonas de Jackson en una lesión cutánea por quemadura



a) Zona de coagulación (zona interna), zona de estasis (zona media) y zona de hiperemia (zona externa).

b) Zona de estasis en proceso de remisión, viable.

c) Zona de estasis con evolución necrótica, no viable.

El tejido necrótico presente en la zona de coagulación se debe remover mediante escisiones, mientras que el tejido aún viable identificado en la zona de estasis y de hiperemia se trata de llevar a un proceso de remisión desde el primer manejo con la resucitación con líquidos.

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias^{75, 76}.

5.2.2. Quemadura eléctrica

Las quemaduras eléctricas se originan por la exposición directa o por contacto a través de un material conductor, con una fuente de corriente eléctrica, en donde el tejido del cuerpo de la persona actúa como una resistencia para la corriente eléctrica, generando un calor de alta intensidad que suele afectar tejidos profundos como músculos, tendones, huesos, articulaciones, arterias, nervios y otros órganos internos, así como extensas proporciones de piel; sin dejar de lado que el verdadero daño interno no siempre se ve reflejado, ni se compara con el daño observado en la superficie corporal, que suele ser menor. Por todo lo anterior, es que se considera a este tipo de quemaduras como las más devastadoras dentro de las lesiones térmicas^{77, 78}.

Las quemaduras eléctricas, de acuerdo al voltaje de la fuente, se clasifican como de bajo o alto voltaje, dependiendo si la intensidad de la corriente eléctrica es menor o mayor de 1000 voltios (V) respectivamente, y su fisiopatología se basa principalmente en dos leyes: la Ley de Ohm, que establece que la corriente es directamente proporcional al voltaje e inversamente proporcional a la resistencia, y la Ley de Joule, en la cual se plantea que el calor o energía térmica generada por la corriente eléctrica es directamente proporcional a la resistencia tisular, de forma que, a mayor resistencia ofrecida por el tejido al paso de la corriente, mayor es el calor generado; y cada órgano presenta un nivel de resistencia distinto. De esta forma se tiene que entre los factores que contribuyen a la gravedad y patrón de la lesión se destacan: el voltaje, la posición del cuerpo respecto a la dirección en la que entra la corriente eléctrica al cuerpo, la resistencia de los tejidos, la humedad y el tiempo de exposición^{79, 80}.

Por a lo anterior, la corriente eléctrica tiene el potencial de causar tres diferentes tipos de lesión: lesión eléctrica verdadera, o directa, por el flujo de corriente a través de dos puntos orgánicos y que suele presentar laceraciones de entrada y salida; lesión por arco eléctrico, cuando la persona entra en contacto con el arco creado entre dos superficies eléctricamente cargadas que no se encuentran en contacto, de forma que la corriente eléctrica del ambiente entra al cuerpo hacia

la tierra y la magnitud de la lesión depende de la temperatura generada por el arco y de la cercanía entre éste y la persona, siendo mayor el daño causado en la superficie cutánea; y lesión por ignición, en donde la quemadura se da por una llama secundaria a la incineración causada por la corriente eléctrica al momento de entrar en contacto con la ropa de la persona o algún producto inflamable cercano⁸¹. Ante esto, se reconocen cuatro principales mecanismos de lesiones producidas por la electricidad:

- Daño tisular directo debido a que se altera el potencial de reposo de la membrana celular dando lugar a una contracción muscular o tetania.
- Transformación de energía eléctrica a térmica, de acuerdo a la Ley de Joule, que da por resultado una destrucción y necrosis coagulativa en los tejidos.
- Lesión mecánica secundaria a traumatismos generados por las fuertes contracciones musculares, caídas, o posteriores al contacto con la corriente eléctrica.
- Teoría de la electroporación donde se menciona que las proteínas de las membranas celulares se alteran provocando una modificación en su función e integridad⁸².

Dentro de la población adulta se tiene que los más afectados por las lesiones eléctricas son los hombres, asociado principalmente a incidentes laborales, y se estima que son la cuarta causa principal de muerte traumática relacionada con el trabajo. La morbilidad y mortalidad vinculadas a este tipo de lesiones son relativamente altas, dejando problemas físicos y psicológicos, así como secuelas, a corto y largo plazo⁸³.

Un adecuado manejo inicial de la persona con quemaduras eléctricas o de otro tipo, partiendo desde su estabilización hasta los manejos quirúrgicos y multidisciplinarios, puede disminuir los riesgos potenciales de morbilidad discapacidad y secuelas como la amputación de extremidades, afectación permanente de órganos, o pérdida de la funcionalidad. A nivel tegumentario, con

grandes áreas cruentas o estructuras nerviosas, vasculares u óseas expuestas, se suelen requerir reconstrucciones complejas anatómicas y funcionales, ante esto, los injertos de piel y, en mayor medida los colgajos, resultan ser una opción viable ya que permiten cubrir y reparar las zonas afectadas con tejido sano y vascularizado, promoviendo así su cicatrización y minimizando el riesgo de infecciones^{84, 85}.

5.3. Abordaje inicial de la persona con quemadura

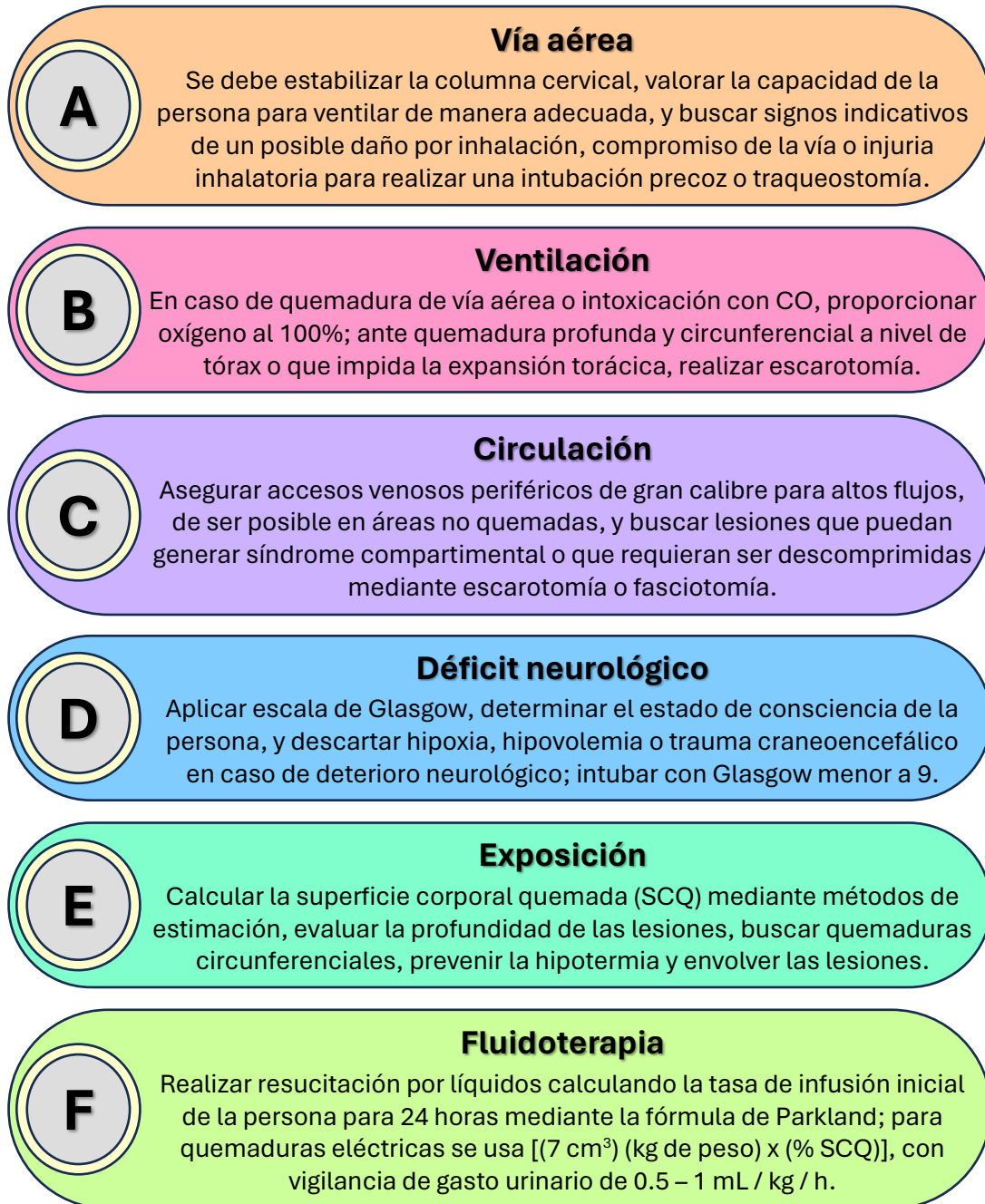
Al sufrir una quemadura se produce un daño en el tejido cutáneo, afectando la barrera protectora que la piel representa, lo que genera, en principio, la pérdida de líquidos y electrolitos, así como alteraciones en la temperatura corporal, en proporción directa a la extensión de superficie afectada. De igual forma, la respuesta fisiológica se vuelve más compleja ya que durante la fase aguda se liberan proteínas que conducen al Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), y se sabe que, ante quemaduras de mayor gravedad y área, la liberación proteica es mayor. A nivel circulatorio también existe un aumento en la permeabilidad vascular, la extravasación del plasma y una disminución del líquido extracelular, y a nivel respiratorio suele presentarse el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA); esto en conjunto hace que se incremente el metabolismo basal y se genere un déficit de inmunidad. En particular, la situación para la persona gran quemado es comprometedor ya que durante y después de las primeras 48 a 72 horas es cuando se presentan complicaciones derivadas de la hipovolemia, el desbalance hidroelectrolítico, el hipermetabolismo, el daño renal, la falla multiorgánica o sepsis, por mencionar algunos⁸⁶.

La gravedad del compromiso vital depende de la profundidad y extensión de la quemadura, mientras que la de la secuela se determina por su profundidad y localización, de ahí que se consideren como áreas especiales por su funcionalidad y/o estética la cara, cuello, pliegues articulares, mamas, manos, pies, periné y genitales. Ante esto, la evaluación y manejo inicial de la persona gran quemada o por quemadura eléctrica se debe basar en los protocolos marcados por el Programa de Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS) ([figura 8](#)), catalogándola como persona con posibles múltiples traumatismos. De manera específica, para la

persona con quemadura eléctrica también se debe mantener un monitoreo cardiaco continuo por al menos 24 horas posteriores al evento, a la admisión hospitalaria y/o a la resolución de alguna alteración cardiaca detectada como arritmias, taquicardia o fibrilación ventricular; y no se debe olvidar que la lesión de entrada y salida puede ser pequeña, pero el daño interno puede ser de mayor gravedad⁸⁷⁻⁸⁹.

Figura 8. Manejo inicial de la persona con quemaduras

Manejo inicial de la persona con quemadura



Estos cinco preceptos del ATLS (ABCDE) se aplican como parte del algoritmo de atención y evaluación primaria y secundaria de la persona con quemaduras; la fluidoterapia se considera como parte de la circulación y se debe adecuar al tipo de quemadura.

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias⁹⁰⁻⁹³.

5.4. Abordaje secuencial de la persona con quemadura

Una vez que se ha estabilizado a la persona a nivel hemodinámico y electrolítico, se debe prevenir la infección y desnutrición. Para esto se necesita evaluar el tratamiento para sustituir, de manera temporal o permanente, las zonas de piel dañadas, tomando en cuenta la extensión y profundidad de la quemadura, y las estructuras dañadas. Las quemaduras de primer grado se pueden tratar con cremas humectantes, en tanto que las quemaduras de segundo grado requieren de apósitos especiales adicionados con plata, cicatrizantes y antimicrobianos, y finalmente, las quemaduras de segundo grado profundo o tercer grado en las que se requiere de un manejo quirúrgico muy variado que abarca desde: aseos y desbridamientos quirúrgicos, para el retiro del tejido necrótico y desvitalizado; escisiones tangenciales o escarotomías, como métodos de remoción de las quemaduras y búsqueda de tejido viable; toma y aplicación de injertos cutáneos para la cobertura de heridas con antecedente de compromiso tisular o con retardo en la cicatrización; y colocación de colgajos, como método reconstructivo^{94, 95}.

5.4.1. Tratamiento quirúrgico: colgajos

Actualmente existen diversas técnicas quirúrgicas para la cobertura cutánea de lesiones por quemaduras, una de éstas son los colgajos pediculados y libres. El primero de éstos consiste en una porción de piel y tejidos subcutáneos que se desplazan de una zona del cuerpo a otra, manteniendo una porción unida al área donante, denominada pedículo o base y por medio de la cual se mantiene irrigado; mientras el segundo se trata de un colgajo que es cortado desde su pedículo nutritivo, quedando completamente separado de su área donante, para luego ser conectado a su sitio receptor mediante una anastomosis realizada a partir de técnicas microquirúrgicas^{96, 97}.

Los colgajos se pueden clasificar de acuerdo al tipo de irrigación, la proximidad entre el sitio donador y receptor del colgajo, o al tipo de composición tisular que lo conforma. Independientemente de esto, existen múltiples factores a tomar en cuenta al momento de elegir el tipo de colgajo más adecuado para cubrir

la lesión respectiva sin comprometer en mayor medida la estética y su funcionalidad; algunos de los que se deben considerar son:

- Características de la lesión: tamaño, localización y profundidad.
- Características del colgajo: color, textura, grosor e irrigación.
- Características de la persona: comorbilidades y edad.
- Habilidades quirúrgicas del cirujano: experiencia, conocimiento y habilidad microquirúrgica⁹⁸.

En el caso particular de un colgajo marsupializado inguinal para la cobertura de una lesión a nivel del antebrazo, la técnica quirúrgica que se utiliza permite posicionar la mano fácilmente en la ingle y utilizar una buena cantidad de tejido para el colgajo sin comprometer el área donante, manteniendo a su vez una irrigación sanguínea de ambas zonas dada, principalmente, por la arteria circunfleja ilíaca superficial. Sin embargo, una de las desventajas que presenta, respecto a los riesgos y comodidad de la persona, es que se requiere mantener una inmovilización estricta que a su vez genera una gran rigidez del hombro y del codo. Esta técnica de reconstrucción permite un adecuado aporte de tejido bien vascularizado que facilita su revascularización en el área receptora, promueve la cicatrización de la lesión, reduce el riesgo de infecciones, y mejora la calidad del resultado estético y funcional de la parte afectada⁹⁹.

5.4.2. Terapia de oxigenación hiperbárica

El tratamiento de oxigenación hiperbárica (TOHB) consiste en administrar oxígeno 100% puro en condiciones de aumento de presión, por encima de la presión atmosférica equivalente a 1 ATA, alcanzando presiones entre 2.5 y 3 ATAs. Con esto se asegura un adecuado suministro de oxígeno a los órganos internos y al suero sanguíneo, varias veces más puro en comparación a cuando se solo se aplica una presión estándar, cobrando relevancia ante casos de tejidos hipóxicos o edematizados¹⁰⁰.

De igual forma, esta terapia genera un aumento en la cantidad de oxígeno en órganos y tejidos, o hiperoxia, que favorece la reepitelización, promueve la angiogénesis y la síntesis de colágeno, previene infecciones y la injuria por isquemia – reperusión, y produce vasoconstricción periférica hiperóxica, aumentando así la probabilidad de éxito de los injertos, implantes o colgajos colocados¹⁰¹.

Con base en los beneficios anteriores, el INR LGII se reserva la decisión del uso de cámara hiperbárica para las personas que la requieran y se beneficien de este tratamiento, incluyendo a aquellas a quienes se les ha colocado algún colgajo, tienen riesgo de perder algún injerto, o presentan retardo en la cicatrización.

5.4.3. Terapia de heridas con presión negativa: sistema VAC

Uno de los tratamientos utilizados para la curación de heridas es la terapia de presión negativa (TPN), también conocido como cierre asistido por vacío (VAC), terapia de presión negativa tópica o terapia de microdeformación para heridas, y se basa en el uso de un sistema cerrado y sellado que proporciona una presión subatmosférica, continua o discontinua, sobre la superficie de la herida con el objetivo de preparar el lecho de la misma, favorecer su cierre y mejorar la cicatrización¹⁰². Su colocación se realiza mediante un procedimiento en el cual se ajusta e introduce en la herida un apósito de gasa o esponja de poliuretano porosa, conectada a un tubo de drenaje, y se cubre con un apósito semi – oclusivo que sella esta área; una vez colocado, se conecta el tubo de drenaje a la unidad o bomba eléctrica encargada de verificar que no existan fugas y de aplicar la presión subatmosférica¹⁰³. Esta presión debe ser calculada y adaptada de acuerdo al tipo de herida, su superficie y a los factores que pueden afectar la complejidad del tratamiento, como puede ser una herida infectada¹⁰⁴. Sin embargo, y de acuerdo a investigaciones realizadas, se considera que una presión de -125 mmHg es la óptima para obtener una máxima cicatrización, además de que es bien aceptada en las TPN y puede ser utilizada con el modo intermitente o en el continuo; no obstante, aún se siguen realizando más investigaciones sobre los ajustes de presión óptimos y modos de terapia para lograr una adecuada cicatrización de las heridas¹⁰⁵.

Dentro de las ventajas curativas teóricas de la TPN se destacan el aumento del flujo sanguíneo local a la herida, lo que promueve la angiogénesis, y la estimulación y formación de tejido de granulación curativo¹⁰⁶. Y de acuerdo a diversos estudios analizados se observa que la TPN es eficaz para el tratamiento de quemaduras eléctricas, químicas, térmicas, extensas y complicadas, tanto en adultos como en niños¹⁰⁷.

Considerando que las quemaduras son heridas muy traumáticas y complejas, se ha reconocido que el uso de la terapia de heridas con presión negativa es útil y eficaz para el manejo de las quemaduras agudas y sus secuelas crónicas por parte de los equipos quirúrgicos. Numerosos informes de casos publicados respaldan la capacidad de la TPN para mejorar la toma e integración de los injertos de piel de espesor parcial y de espesor total, favoreciendo la movilización temprana de las personas con quemaduras tratadas con este método, ya sea en su fase aguda o tras la extirpación de contracturas por cicatrices o quemaduras¹⁰⁸. Así también, se ha registrado que se tiene una mejor aceptación del injerto cuando se usa la TPN en contraste al uso de un apósito solo, observándose que el llenado sanguíneo capilar de los injertos autóctonos suele producirse al tercer día, mientras que la microcirculación cutánea se restablece casi por completo a través de las interconexiones entre el lecho de la herida y los injertos de piel a partir del quinto día; aunado a esto se tiene que permite eliminar el exceso de exudado, reduciendo así el riesgo de formación de hematomas y previniendo las complicaciones tales como el corte o despegue del injerto. De igual manera, se estima que la TPN reduce la tasa de infección al disminuir la frecuencia de cambio de los apósitos, dejando el sitio de la herida menos expuesto, así como que también puede proporcionar un ambiente positivo para la herida y mejorar la circulación microvascular al reducir la colonización bacteriana y la presencia de exudado en la herida, eliminando con ello los inhibidores de la cicatrización, tales como las metaloproteinasas¹⁰⁹.

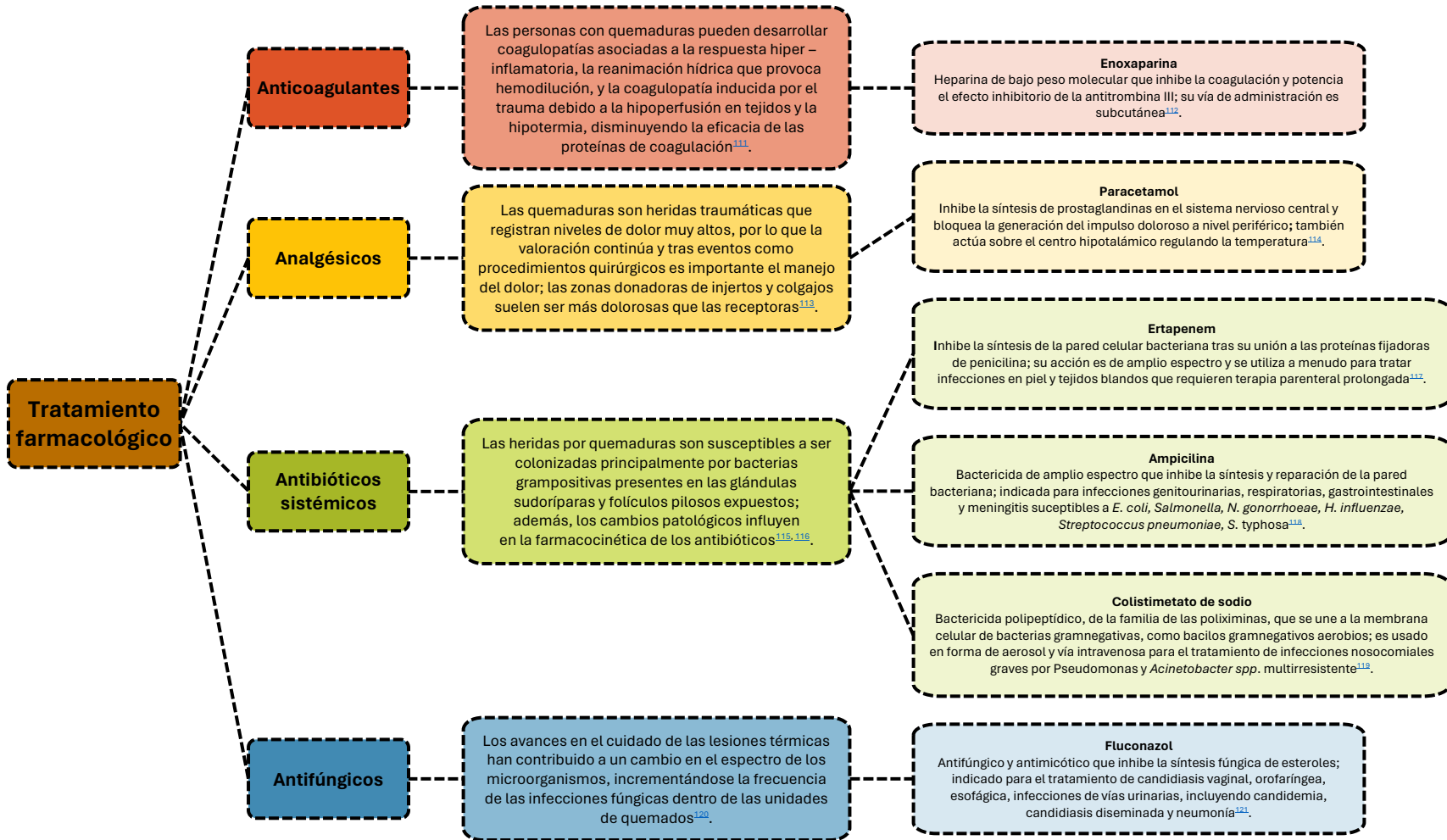
5.4.4. Tratamiento farmacológico

Ante una quemadura, en donde se tiene el riesgo de presentar una progresión secundaria de ésta junto con los riesgos de infección, dolor y otras afecciones que puede conllevar para la persona con quemaduras, es importante brindar un adecuado tratamiento farmacológico.

Respecto a la progresión secundaria, o conversión de quemado, es cuando la zona de estasis se expande hacia la zona necrótica central por efecto de una interrupción de la microcirculación asociada a la coagulación presente en el tejido de esa área provocada por la lesión térmica. Aunado a esto, también se forma un edema que dificulta aún más la perfusión local al reducir oxigenación y el suministro de energía a los tejidos, haciendo que la zona de lesión irreversible aumente. Caso contrario, si se logra restablecer la perfusión adecuada y controlar la inflamación, entonces es factible que la zona de estasis progrese y entre en un proceso de remisión, haciendo que ese tejido se vuelva viable; de ahí la importancia de encontrar agentes farmacéuticos que puedan ralentizar o, incluso, revertir este proceso¹¹⁰.

Por lo anterior, el tratamiento farmacológico se debe personalizar y adecuar al tipo y grado de quemaduras que se tenga, así como a lo requerido por los tratamientos quirúrgicos realizados y a la condición de la persona respecto a su riesgo de infección. En este caso particular, donde se trabajó con una persona con una quemadura eléctrica tratada con un colgajo marsupializado inguinal, se mantuvo un tratamiento a base de analgésicos, anticoagulantes, antibióticos sistémicos y antifúngicos ([figura 9](#)). Cabe destacar que dicho tratamiento estaba más orientado hacia la procuración del colgajo, previniendo el dolor, las infecciones de la herida o el colgajo, y la formación de coágulos que pudieran poner en riesgo su irrigación.

Figura 9. Tratamiento farmacológico



Estos son los medicamentos utilizados en el tratamiento de la persona con un colgajo marsupializado inguinal colocado para el cierre de una herida por quemadura eléctrica, con el objetivo de mantener la vitalidad e integración del colgajo al tratar y prevenir las infecciones locales o sistémicas.

Fuente: Elaboración propia.

6. Metodología

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Respecto a los criterios establecidos para la selección de la persona se tomaron en cuenta lo siguiente:

Inclusión

- Mujer u hombre (sexo y género indistinto)
- Persona mayor de edad en un rango entre los 18 y 59 años de edad
- Nacionalidad mexicana
- Persona con diagnóstico principal de quemadura, ingresada en el servicio de subagudos del Centro Nacional de Investigación y Atención al Paciente Quemado (CENIAQ), con o sin complicaciones derivadas de su diagnóstico principal
- Sin daño o alteración neurológica
- Con capacidad de comunicación oral y/o escrita del dialecto del español
- Con pronóstico favorable para la vida, el desarrollo y la función
- Que cuente con un sistema de apoyo presente, si es posible, con visita de familiar(es)
- Con tiempo estimado de estancia en hospitalización mínima de una semana en el área de subagudos
- Que esté de acuerdo, acepte y firme el consentimiento informado

Exclusión

- Personas ingresadas en el servicio de subagudos por secuelas de quemadura, lesiones por presión o un diagnóstico diferente
- Personas menores de 18 años y mayores de 60 años
- Personas que hablen alguna lengua indígena o extranjera

Eliminación

- Persona que no acepte y/o firme el consentimiento informado
- Persona con una valoración inicial inconclusa o con negativa ante ésta
- Persona con evolución desfavorable o complicaciones por las que tenga que ser trasladada a otro servicio, dentro o fuera del CENIAQ, antes del tiempo mínimo considerado o con una valoración inconclusa
- Persona que solicite su alta voluntaria

Diseño metodológico

El presente estudio de caso único representa una investigación de tipo descriptiva, no experimental y observacional con un abordaje disciplinar en la que se empleó una metodología mixta que combinó el uso de herramientas cuantitativas y cualitativas como estrategias técnico – operativas de integración metodológica. Dentro de las herramientas cuantitativas se consideró a los instrumentos de valoración e indicadores, mientras que la parte cualitativa se desarrolló por medio del diario de campo y la observación participante, lo que permitió, en su conjunto, obtener la información y datos necesarios para el desarrollo de este trabajo.

Al tener un abordaje disciplinar se tiene que el desarrollo y realización de esta investigación se basó en el método de enfermería, de forma que para cada una de sus etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, se aplicaron las ya mencionadas herramientas metodológicas de tipo cuantitativo y cualitativo, y a partir de la información obtenida se desarrolló un plan de cuidado e intervenciones, que buscó darle una continuidad en el cuidado a la persona, y se analizó la respuesta humana junto con los elementos involucrados en la atención y cuidado de la persona hospitalizada con un colgajo marsupializado inguinal abordada para este trabajo, y referida a partir de ahora como *Jorge*.

A continuación, se detalla la metodología particular aplicada en cada etapa.

Valoración

En esta etapa se utilizó como principal herramienta el instrumento validado titulado *Instrumento para valorar las capacidades de autocuidado*, retomado de la *Valoración de la persona adulta mayor con enfoque en el autocuidado*¹²². Este instrumento, como sus autores lo describen, fue diseñado desde la perspectiva de la subteoría de enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, abarcando desde los factores condicionantes básicos hasta los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud; además mantiene una perspectiva de atención centrada en la persona. Lo anterior hace que el instrumento proporcione

datos objetivos y subjetivos de ésta en torno a sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual. Esta herramienta se conforma por preguntas abiertas y cerradas que fueron aplicadas directamente a Jorge mediante una entrevista semiestructurada. Junto con esto, se realizó una exploración física inicial céfalo – caudal completa y otras subsecuentes enfocadas en la valoración del colgajo y la evolución de la persona. Finalmente, para complementar la información recabada, también se mantuvo en observación constante de Jorge, durante y después de la valoración inicial, y cuyo registro se realizó por medio del diario de campo.

El instrumento en cuestión, al ser dirigido a la persona adulta mayor, incluye diversas escalas gerontológicas, sin embargo, al ser aplicado a un adulto joven se optó por modificar y realizar la valoración excluyendo dichas escalas y aquellas que se consideró que no correspondían, tales como la Escala de Apgar familiar, la Escala de Zaritt, la Escala de Katz, la Escala de Lawton y Brody, la Escala Mini Nutricional, el Índice de severidad del insomnio, el *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, el Inventario de ansiedad de Beck, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y los Criterios STOPP / START.

Mientras que las escalas de Braden, para valorar el riesgo de úlceras por presión, la de Mini de Trastorno de Ansiedad Generalizada, la de CAGE de alcoholismo, y la de Mini de Depresión sí se conservaron, y se añadió la escala de Crichton para determinar el riesgo de caídas.

Como ya se mencionó, se realizó una única valoración integral mediante una entrevista directa a Jorge en su unidad mientras se encontraba hospitalizado en el servicio de Subagudos del Centro Nacional de Investigación y Atención al Paciente Quemado (CENIAQ). La información obtenida también se complementó con datos de su expediente clínico y por medio de preguntas estructuradas realizadas en momentos clave, como el inicio de turno, con la finalidad de valorar y evaluar el estado inicial de la persona durante cada turno o ante una situación particular.

Durante el periodo de trabajo con Jorge, él se mantuvo en una situación relativamente calmada y estable, sin cambios significativos en su condición física

durante el período de 21 días. Es por esto que solo se realizó al inicio una valoración integral completa ([Anexo 1](#)) y posteriormente solo se llevaron a cabo valoraciones focalizadas y dirigidas al principal elemento de su cuidado diario, el colgajo y su estado de ánimo.

En la valoración del colgajo se contemplaron indicadores precisos en referencia a datos de compromiso neurovascular o sufrimiento, tales como la coloración y temperatura de la piel, llenado capilar, dolor, sensibilidad y movimiento. Y respecto al estado de ánimo, éste se valoró mediante preguntas abiertas, aplicadas durante la interacción con Jorge, y cuyas respuestas fueron registradas en el diario de campo y consideradas como información cualitativa.

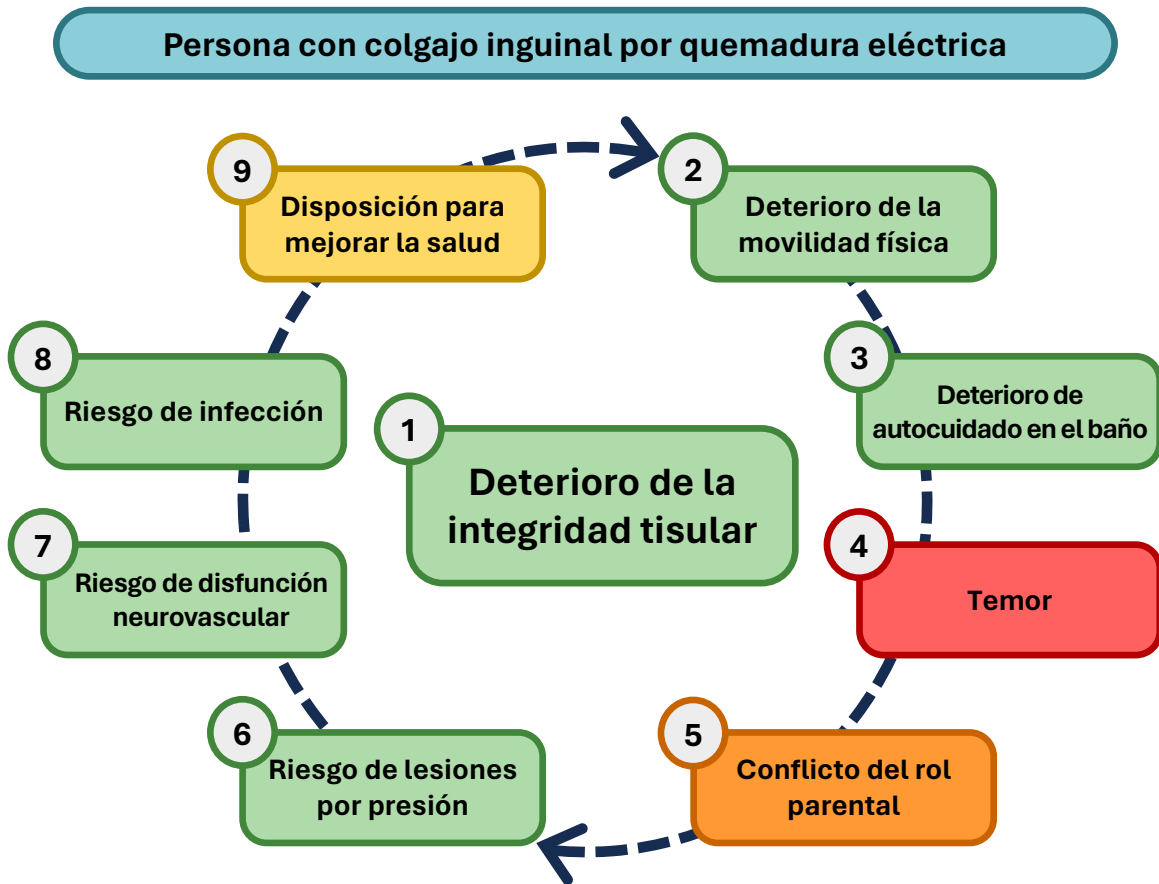
Para el posterior desarrollo y presentación del trabajo se realizó el tratamiento de los datos empíricos, obtenidos en los diversos apartados del instrumento de valoración, en conjunto con las autorreflexiones pautadas en el diario de campo.

Diagnóstico

Una vez realizada la valoración se analizó la información obtenida y se formuló un conjunto de diagnósticos enfermeros con los que se trabajó para el posterior desarrollo del plan de intervenciones. Éstos se determinaron y estructuraron con base en la taxonomía NANDA¹²³, obteniéndose diagnósticos enfocados en el problema, de riesgo y de promoción de la salud.

Después de desarrollar todos los diagnósticos enfermeros se aplicó el Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual, o modelo AREA, para poder integrar el pensamiento y razonamiento crítico en la determinación de los diagnósticos principal y secundarios. Se empleó una herramienta del modelo llamada red de relaciones y para su elaboración se contempló a Jorge como un ser integral compuesto por cuatro esferas, correspondientes a las dimensiones fisiológica, psicológica, social y espiritual que conforman a la persona. La red de relaciones lógicas que se obtuvo ([figura 10](#)) hizo evidente la relación cíclica que existía entre los diagnósticos obtenidos.

Figura 10. Red de relaciones lógicas



En esta red de relaciones lógicas obtenida para Jorge, una persona con colgajo marsupializado inguinal por quemadura eléctrica, se muestra la relación entre las nueve etiquetas diagnósticas planteadas de acuerdo al modelo AREA. Al centro se encuentra la etiqueta diagnóstica del diagnóstico enfermero principal, rodeada por las subsecuentes etiquetas diagnósticas secundarias en una secuencia que sigue el sentido de las manecillas del reloj.

También se le ha asignado un color determinado a cada etiqueta diagnóstica para identificarlo con la esfera con la que se corresponde: esfera fisiológica (verde), esfera psicológica (roja), esfera social (naranja) y esfera espiritual (amarillo).

Fuente: Elaboración propia.

Planeación

En la planeación y diseño de las intervenciones se tomó como primera referencia la taxonomía NOC¹²⁴ (*Nursing Outcomes Classification*) para la identificación de los resultados involucrados y selección de los indicadores aplicables de acuerdo a la información recaba en la valoración y plasmada en los diagnósticos. Así mismo, se determinó la puntuación diana de cada resultado para después poder realizar la evaluación y su análisis; dichas puntuaciones se decidieron con base en los datos cuantitativos obtenidos en la valoración.

Una vez establecidos los resultados se continuó con el diseño de las intervenciones. En esta fase la taxonomía NIC¹²⁵ (*Nursing Interventions Classification*) fue la base para la obtención de las intervenciones específicas para cada uno de los resultados e indicadores planteados. A su vez, estas intervenciones se verificaron y complementaron con acciones propuestas por Guías de Práctica Clínica, protocolos institucionales, artículos científicos en torno al cuidado enfermero y Planes de Cuidado Estandarizado (PLACEs). Así mismo, esta etapa se complementó con el uso del diario de campo y de la Enfermería Basada en Evidencia (EBE), haciendo uso crítico de la mejor evidencia disponible para la selección y justificación de las intervenciones propuestas para el cuidado de Jorge.

En primera instancia el diario de campo permitió hacer una reflexión continua en torno al sentir y al déficit de cuidados identificados en Jorge y/o en los integrantes de su red de apoyo. A partir de dichas reflexiones se derivaron cuestionamientos para los que fue necesario realizar una búsqueda y así poder diseñar intervenciones específicas que pudieran cubrir o subsanar dichas necesidades. Las búsquedas se realizaron acorde con la mejor evidencia disponible en torno al cuidado de colgajos, tratamiento y cuidado de las quemaduras eléctricas, así como de otros tópicos relacionados al cuidado general, y se consultó en los mismos protocolos institucionales disponibles dentro del servicio hospitalario y del sistema interno ISO – 9001 del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR LGII), destacándose el Plan de Cuidado Estandarizado de Enfermería en el

Paciente Quemado, la Guía Clínica con Colgajos en Pacientes Quemados, y las Guías Clínicas de Quemaduras Eléctricas^{126 = 128}.

Para el diseño de las intervenciones también se tomó en cuenta la disponibilidad de recursos, tanto materiales como humanos, y la disposición de servicios clínicos, ya que el principal espacio temporal en el que se llevó a cabo el plan de intervenciones fue durante el turno nocturno, asignado a una de las integrantes del equipo de investigación.

Ejecución

A lo largo de todo el proceso, con un mayor énfasis en esta etapa de la ejecución, se mantuvo una observación participante y se realizó un diario de campo.

Una vez diseñadas y planeadas las intervenciones, la mayoría se ejecutaron durante el turno nocturno, sin dejar de tener el control de aquellas realizadas en otros turnos y una constante comunicación con el resto del personal implicado en el cuidado de Jorge, de los diferentes servicios y turnos, para mantener y procurar la continuidad de su cuidado.

Como estrategia se les solicitó a los encargados del servicio de Subagudos que dieran las facilidades necesarias para que a las integrantes del equipo de investigación se les hiciera parte y/o quedaran encargadas del cuidado de Jorge para ejecutar el plan establecido.

La principal interacción que se mantuvo, respecto al personal parte del equipo multidisciplinario involucrado en su atención, fue con los profesionales de enfermería y médicos residentes de primer año (R1), sin embargo, también se buscó la interacción con los profesionales de otros turnos y áreas relacionadas para obtener más información en torno a las intervenciones aplicadas, y directamente con Jorge, a través de preguntas detonadoras que se le realizaban para conocer su pensar y sentir, y así poder entender el proceso de cuidado por el que estaba cursando desde su propia perspectiva. Estas preguntas estaban pensadas para evaluar cada una de las cuatro esferas, previamente establecidas.

Evaluación

Durante esta etapa se evaluó la efectividad de las intervenciones realizadas de acuerdo a las necesidades de autocuidado, antes identificadas, y se realizó de forma continua y a la par de las otras cuatro etapas.

Mediante la valoración general inicial y de acuerdo a las escalas e indicadores establecidos en la taxonomía NOC, específicos para cada diagnóstico de enfermería, se obtuvieron los puntajes diana iniciales (PI) que describían el estado inicial por el que cursaba Jorge al inicio y previo a la aplicación de las intervenciones. Posteriormente, con base a la evaluación del estado de Jorge en ese momento y el tiempo estimado disponible, se determinaron los puntajes diana esperados (PE), y tras llevar a cabo las intervenciones seleccionadas de la taxonomía NIC se realizó una evaluación posterior a la ejecución de las intervenciones, obteniendo los puntajes diana post – intervención (PPI).

La evaluación total de todas las intervenciones asociadas a un diagnóstico se conformó por dos componentes, el cuantitativo y el cualitativo. Para evaluar al primero de éstos se sumaron, por separado, los puntos asignados a cada indicador en cada puntuación diana: inicial (PI), esperada (PE) y post – intervención (PPI). Luego, mediante una regla de tres entre la PE y la PPI, se obtuvo el porcentaje alcanzado tras la realización de las intervenciones. Mientras que para el segundo componente se tomaron en cuenta los datos cualitativos registrados en el diario de campo, correspondientes a respuestas de Jorge ante alguna situación y otras observaciones ahí descritas. Es así que en la evaluación de cada diagnóstico se hizo una descripción y discusión de ambos datos.

Aunado a las evaluaciones para cada diagnóstico, se realizó una evaluación global en donde se reflejaron los puntajes de manera general y se discutieron los diagnósticos que fueron resueltos durante el proceso de atención junto con aquellos que permanecieron vigentes, pero bajo el supuesto de que tendrían una resolución pronta fuera del ámbito hospitalario y en un tiempo futuro cercano.

Lo anterior también permitió mostrar un panorama global del bienestar que se logró percibir en Jorge luego de las intervenciones y a su salida del hospital.

Diario de campo

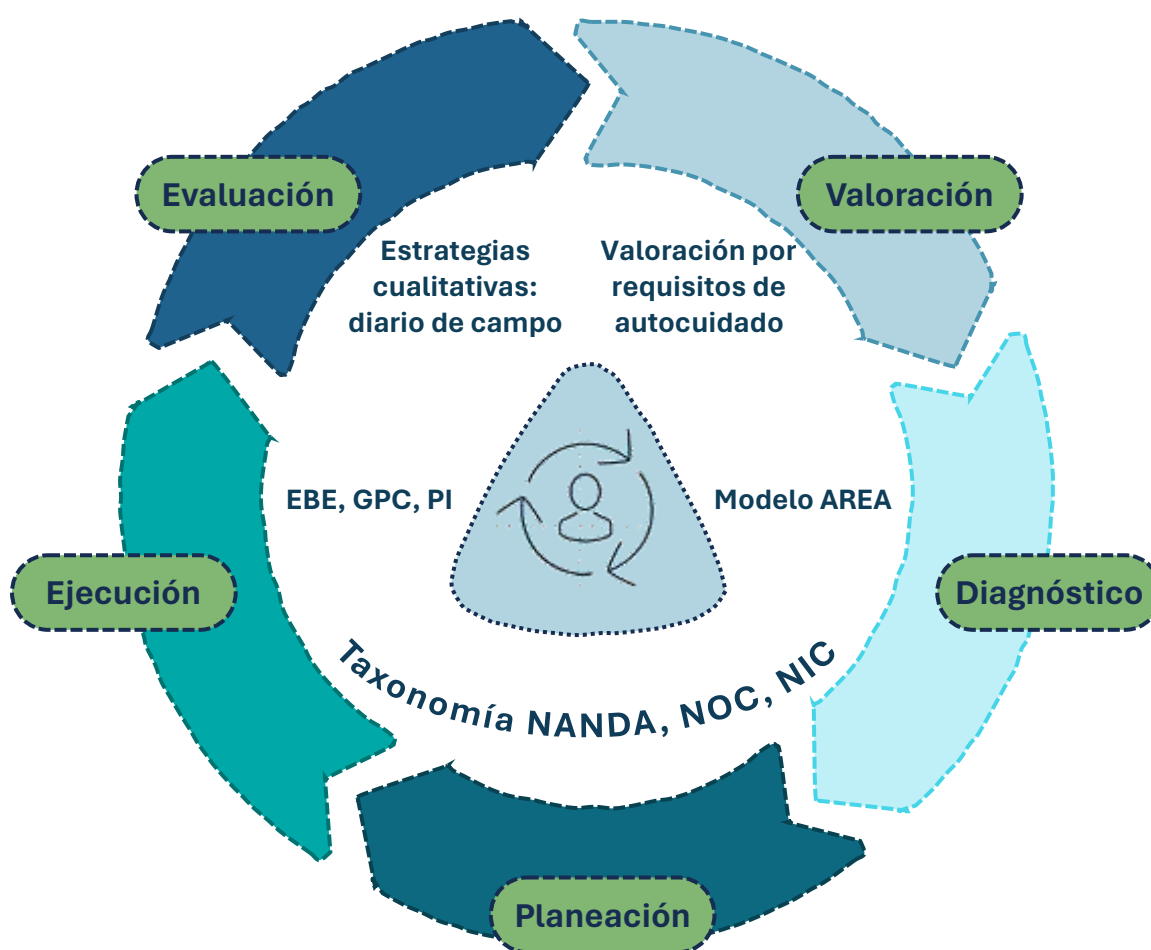
Se coloca al diario de campo después de todas las etapas del proceso de atención de enfermería ya que los registros que se realizaron en éste abarcan desde sucesos acontecidos y observaciones realizadas antes, durante y después de la valoración, pasando por las dificultades enfrentadas y modificaciones realizadas durante el proceso del diseño de las intervenciones, hasta el registro de las reacciones comentadas y observadas en Jorge ante el cuidado brindado, las intervenciones realizadas y su evolución clínica, junto con otras anotaciones en torno al equipo multidisciplinario, fenómenos y acontecimientos considerados relevantes para el desarrollo de este trabajo y la evaluación del plan de intervenciones a partir de una perspectiva cualitativa.

El uso del diario de campo como herramienta de mejora en la práctica asistencial se implementó mediante la observación participante y preguntas detonadoras realizadas a lo largo del período de tiempo comprendido entre el 22 de junio y el 17 de julio de 2023 durante el turno nocturno en las guardias de lunes, jueves y sábado. Los registros del diario de campo se realizaron bajo un esquema en donde la integrante del equipo de investigación, prestadora del cuidado y asignada al servicio, tomaba nota de observaciones, comentarios y acontecimientos relevantes alrededor de Jorge, para luego, al salir de la guardia, realizar un reporte electrónico más detallado con el resto de las observaciones, reflexiones e información sobre el cuidado de Jorge recabada a lo largo del turno. Lo anterior se socializaba y comentaba con el resto del equipo de investigación para así: identificar datos emergentes, complementar las reflexiones, analizar la información en pro de mejorar, cambiar o adaptar las intervenciones contempladas en el plan inicial, y visualizar el progreso de Jorge, con los cuidados brindados, y su conformidad con éstos mismos.

Posteriormente, como parte del proceso de evaluación y análisis, se seleccionaron los discursos más representativos ([Anexo 2](#)) para la fundamentación de las evaluaciones, y a partir de estos mismos discursos fue que se establecieron cuatro categorías de análisis ([tabla 3](#)).

De esta forma quedó establecida la metodología del modelo implementado para esta investigación ([figura 11](#)).

Figura 11. Esquema metodológico del modelo implementado



Modelo AREA: Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual; EBE: Enfermería Basada en Evidencia; GPG: guías de práctica clínica; PI: protocolos institucionales.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. *Categorías de análisis establecidas a partir de los discursos registrados y analizados en el diario de campo*

<p><i>Categoría 1:</i> <i>Esfera fisiológica</i></p>	<p>Considera a las manifestaciones de los procesos físicos y biológicos esenciales para mantener la vida. Se plantea desde un abordaje que incluya a los estados fisiológico y patológico del organismo. El primero, representado por las funciones del cuerpo, tales como las de relación (locomoción y funciones sensoriales) y las nutricionales, y el segundo, dado por las anomalías en el funcionamiento (infecciones, dolor, fiebre, malestar, entre otros).</p>
<p><i>Categoría 2:</i> <i>Esfera psicológica</i></p>	<p>Se enfoca en los aspectos de comprensión y aproximación al bienestar mental que envuelve a la persona ante la delicada situación en la que se encuentra. Aborda aspectos puramente mentales como el estado de ánimo, la productividad, la concentración, la motivación, el temor.</p>
<p><i>Categoría 3:</i> <i>Esfera social</i></p>	<p>Busca aquellos aspectos determinantes en las relaciones humanas, la capacidad de socializar, la posibilidad de empatizar, la toma de decisiones asertivas, el uso del lenguaje calmado. Trata la relación social del mismo con el entorno que le rodea: personal de salud, cuidadores principales, familia nuclear (esposa e hija).</p>
<p><i>Categoría 4:</i> <i>Esfera espiritual</i></p>	<p>Se interesa por los aspectos más profundos e íntimos de la persona, en donde deje ver su propio autoconocimiento y aquello que le da sentido a su mismo ser y existencia. Se contemplan necesidades como: el ser reconocido como persona, la relectura de la propia vida, la reconciliación, la búsqueda de sentido, la liberación de culpa, la esperanza auténtica, o la expresión de sentimientos y vivencias espirituales y/o religiosas¹²⁹.</p>

Fuente: *Elaboración propia.*

7. Plan de intervención

7.1. Diseño del Plan de Intervención

A continuación, se hace la presentación de Jorge y la descripción de su caso con la información obtenida a partir de la valoración inicial y su expediente clínico.

Jorge, adulto joven masculino de 20 años de edad proveniente de Guerrero, refiere haber sufrido un accidente por quemadura eléctrica el día 16 – 05 – 2023 alrededor de las 16 horas; tras estar realizando sus actividades laborales entra en contacto y manipula unos cables de alta tensión sufriendo una descarga eléctrica que le ocasiona la pérdida del conocimiento y una caída desde su propia altura sin traumatismo. De acuerdo a la nota de referencia, Jorge fue trasladado en ambulancia al hospital Adolfo Prieto (Chalco, Guerrero) con quemaduras de segundo y tercer grado en miembros torácicos y pélvicos; permaneció internado una semana, presentando una evolución no favorable con datos clínicos de síndrome compartimental en miembro torácico izquierdo por lo que se le realiza una fasciotomía ante – cubital en S en antebrazo izquierdo el día 18 – 05 – 2023, y posteriormente, el día 19 – 05 – 2023 se le realiza un aseo quirúrgico de antebrazo izquierdo. El día 23 – 05 – 2023 es trasladado al Instituto Nacional de Rehabilitación LGII (INR) por necesidad de colocación de injertos en el área del antebrazo izquierdo, llegando al Servicio de Urgencias del Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) del mismo Instituto en donde se le diagnostica con una quemadura eléctrica del 4% de superficie corporal total en manos y pies. A su llegada se refiere que no presentó lesión renal durante su hospitalización previa, y se mantiene hemodinámicamente estable, asintomático al reposo, con dolor a la movilización y manipulación de los sitios con quemadura, sin datos de bajo gasto o vasoespasmo, y tolerando la vía oral.

A su ingreso se registran quemaduras de antebrazo circunferenciales con fasciotomía ante – cubital izquierda, arcos de movilidad de músculos intrínsecos y extrínsecos de la mano izquierda limitados por edema; quemadura de tercer grado en tobillo izquierdo a nivel de primer y segundo metacarpiano, de aproximadamente

5 x 5 cm, y otra quemadura a nivel de hueso calcáneo de aproximadamente 3 x 3 cm; quemadura en tobillo derecho a nivel de primer metacarpiano de aproximadamente 3 x 2 cm; y presencia de isla en región tenar de mano derecha de aproximadamente 2 x 2 cm.

Es ingresado al área de Subagudos en donde se le realizan los siguientes procedimientos:

24 – 05 – 2023: Aseo quirúrgico, escisión tangencial y exploración quirúrgica de antebrazo izquierdo y ambos pies, más colocación de sistema VAC a 125 mmHg.

29 – 05 – 2023: Desbridamiento escisional más toma y aplicación de injerto (TAI) en antebrazo izquierdo y ambos pies, con área donante en muslo izquierdo, y colocación de sistema VAC.

06 – 06 – 2023: Realización de colgajo radial reverso (fallido), con exploración de herida de antebrazo izquierdo y reparación de arteria braquial con injerto de vena safena, más TAI.

09 – 06 – 2023: Toma de biopsia cuantitativa de muñeca izquierda con presencia de *Klebsiella pneumoniae BLEE* (resistente a quinolonas, ref, gen), *Escherichia coli BLEE* (resistente a gen y nn), y *Candida albicans* (pansusceptible).

12 – 06 – 2023: Toma de urocultivo con presencia de *Pseudomonas aeruginosa* (pendiente de susceptibilidad).

14 – 06 – 2023: Realización de colgajo radial reverso (fallido), aseo quirúrgico, desbridamiento y TAI en antebrazo izquierdo, con área donante en pierna izquierda, más colocación de sistema VAC.

16 – 06 – 2023: Colocación de catéter central de inserción periférica (PICC) de 5 Fr, bilumen, fijado en 34 cm en miembro torácico derecho.

22 – 06 – 2023: Aseo quirúrgico, desbridamiento de muñeca izquierda, realización de colgajo marsupializado inguinal e injerto en antebrazo izquierdo y

colocación de sistema VAC a 100 mmHg; colocación de sonda vesical (Silicón, 14 Fr); inicia el periodo de trabajo con Jorge con la valoración integral y la elaboración del diario de campo.

27 – 06 – 2023: Retiro de sistema VAC.

13 – 07 – 2023: Liberación de colgajo y colocación de drenaje Drenovac.

17 – 07 – 2023: Retiro de Drenovac y alta hospitalaria; queda pendiente seguimiento en Consulta Externa.

Durante el total de su estancia también se le realizaron 20 sesiones en cámara hiperbárica de 60 minutos aproximadamente, con último ciclo de terapia del 26 de junio al 12 de julio de 2023.

Cuando se inició el período de trabajo, el día 22 – 06 – 2023, Jorge se encontraba en su día número 30 de hospitalización, egresando el día 17 – 07 – 2023 tras 55 días de estancia hospitalaria, y concluyendo así el periodo de trabajo con él.

Valoración

A continuación, se presenta una reducción de análisis en la cual se sintetizan y exponen los resultados más relevantes de la valoración general realizada a Jorge el día 22 – 06 – 2023 con el instrumento descrito en el diseño metodológico, abordándose sistemáticamente sus conceptos centrales: factores condicionantes básicos, requisitos universales, requisitos de desarrollo y requisitos de desviación de la salud, para integrar datos objetivos y subjetivos de la persona.

Factores condicionantes básicos

Se presenta a Jorge, adulto joven masculino en su tercera década de la vida con 20 años de edad, nacido en diciembre de 2002, con una estatura de 1.70 m y último peso conocido de 72 kg, con tipo de sangre O Rh +.

Mexicano mestizo, sin asociación étnica, de habla hispana, católico no practicante, que cuenta con estudios básicos y preparatoria trunca. Previo a su accidente laboraba como electricista asalariado, junto con su suegro, en un negocio familiar, lo que le permitía cubrir sus necesidades básicas; no recibe ningún otro tipo de apoyo económico. Actualmente lleva viviendo dos años en unión libre con su pareja AMJ de 16 años con quien tiene una hija de 11 meses. Reside en casa de su suegro, ubicada en el Municipio de Taxco (Zacatecolotla), Guerrero en una zona suburbana, que cuenta con todos los servicios básicos a excepción de alumbrado público y mantenimiento de áreas verdes, y se encuentra equipada con estufa de gas, televisión, baño, regadera y teléfono celular. Para su movilidad dispone de un automóvil, no propio, y de transporte público del municipio. Niega convivencia con mascotas.

Respecto a su sistema familiar, éste se encuentra integrado por su madre, dos hermanas, varios tíos, sus dos suegros, dos cuñados, su pareja y su hija, conviviendo de manera cotidiana e inmediata con sus suegros, cuñados, pareja e hija al vivir en la misma casa, en tanto que a su familia de consanguinidad la ve, aunque menos seguido. Su sistema de apoyo ante un accidente, enfermedad o

crisis, como la que vive en este momento, se integra principalmente por la madre, quién acude a las visitas hospitalarias y está al pendiente de su tratamiento, tíos maternos, quienes facilitan la estancia de la madre en el Estado de México, y de sus suegros, quienes lo apoyan en la parte económica y cuidado de su pareja e hija, y en ocasiones también el suegro acude a la visita hospitalaria. Es así que afirma mantener una buena relación con los miembros de su familia y es capaz de aceptar la ayuda que le ofrecen en casos como el actual, con alteraciones en el estado de salud; aun así, él se considera y percibe como una persona independiente, autónoma y autosuficiente, y dice no contar propiamente con un cuidador primario asignado pues no lo había requerido.

Acostumbra bañarse y cambiarse de ropa todos los días, así como lavarse los dientes en dos ocasiones, aunque en el hospital depende del personal de enfermería para recibir los baños de esponja en cama debido a que su condición de salud requiere que permanezca en cama y con cierto grado de inmovilización. Cuenta con todas sus piezas dentarias y durante su hospitalización él acostumbra lavarse por su cuenta los dientes siempre que le apoyen acercándole lo necesario. Tras su cirugía de colocación de colgajo, en la noche, se rehúsa a lavarse los dientes por sentirse muy cansado y sin ganas de moverse más.

Se define como un hombre activo, principalmente por el trabajo que solía realizar, que también disfruta la convivencia con su familia, pero al momento, su actividad física se ha visto reducida considerablemente al tener que mantenerse en cama, y tras colocarle su colgajo debe mantener una inmovilización terapéutica. Es así que su deseo de retomar su trabajo, su vida que tenía, y el poder cuidar y estar de nuevo cerca de su pareja e hija se han vuelto su principal motivación para seguir adelante, apegarse y tolerar los tratamientos, y mantenerse lo más autosuficiente y sano posible para tener una pronta y adecuada recuperación, y así salir pronto del hospital. Aun así, él se percibe como sano ya que aún puede valerse por sí mismo y considera que se encuentra bastante estable y fuera de peligro, sin tomar en cuenta las limitantes que al momento le representa tener un colgajo ya que sabe que se puede recuperar y que cuando termine el tiempo de inmovilización y

cuidados podrá volver a mover y usar su mano, con el respectivo apoyo de rehabilitación y terapia física, entre otros. Lo anterior no lo ha eximido de altibajos a lo largo de su estancia, pues refiere haber tenido, y aún al momento, tener miedo de perder su mano en caso de que no tenga éxito el colgajo, ya que según lo que le han dicho los médicos, no funcionaron los injertos y si el colgajo tampoco tiene éxito entonces tendrían que amputar una parte de su brazo. No obstante, dentro del hospital busca mantenerse lo mejor posible mediante acciones y actitudes que queden dentro de su control, tales como no dejar de comer, mantener una adecuada hidratación y consumo de líquidos, cooperar con sus tratamientos, hacer caso de las indicaciones de acuerdo a lo que le digan los profesionales de la salud y los que están involucrados en su atención, o mantener su higiene dentro de lo que él puede y participar cuando le tienen que ayudar, como en los baños en cama, los cambios de ropa y ropa de cama, o cuando requiere que lo trasladen para algún tratamiento, estudio o intervención. Y se confirma al momento, cuando se muestra comprometido a cumplir con la inmovilización que le han indicado y aceptando todo su tratamiento farmacológico y quirúrgico, así como su rehabilitación física.

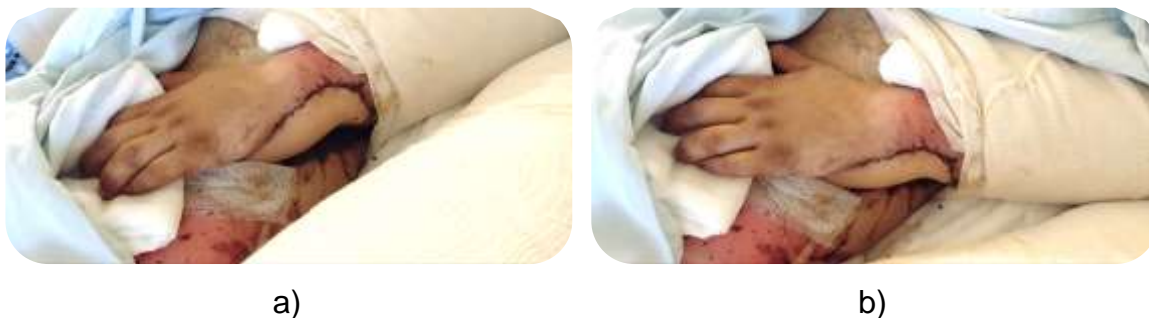
Con lo anterior se puede decir que los factores condicionantes básicos que actualmente se encuentran comprometidos son su sistema familiar, la higiene oral y corporal, y el patrón de vida, al limitar el desarrollo de sus actividades de la vida diaria.

A la inspección general se encuentra encamado, consciente con un Glasgow de 17 puntos, orientado en sus tres esferas, alerta y cooperador al tratamiento. Se mantiene hemodinámicamente estable, afebril, con adecuada coloración e hidratación mucho – tegumentaria, tolerando la vía oral, y sin datos de compromiso respiratorio, ni gastrointestinal. Presenta un catéter central de inserción periférica (PICC) bilumen funcional y permeable a soluciones en miembro torácico derecho, en tanto que el miembro torácico izquierdo se encuentra inmovilizado con un vendaje abdominal por colgajo inguinal a nivel de la muñeca, con herida quirúrgica cubierta con gasa vaselinada ([figura 12](#)); con sensibilidad distal y movilidad de los dedos presente, adecuada coloración y temperatura del colgajo, con llenado capilar

menor a dos segundos, sin dolor, edema distal (+), sin presencia de exudado ni datos de sangrado activo, ni datos de compromiso neurovascular distal. En el pie derecho presenta herida de salida con área injertada en proceso de integración (90%) cubierta con vendaje elástico ([figura 13](#)), y en el miembro pélvico izquierdo presenta área donante en pantorrilla en proceso de reepitelización, cubierta con gasa y vendaje elástico, aún con presencia de sangrado escaso ([figura 14](#)), y heridas de salida en pie con áreas injertadas totalmente integradas ([figura 15](#)). Continúa con sonda transuretral permeable, a derivación, con adecuado gasto urinario y orina con características macroscópicas normales; presentando evacuaciones espontáneas con normalidad, y mantiene movilización limitada dentro de cama.

Al momento, Jorge se mantiene con indicación de una dieta normal, recibe diario baño de esponja en cama por las mañanas, terapia física y ocupacional dos veces al día de lunes a viernes, terapia con psicología de quemados entre semana, acude por las mañanas de lunes a viernes a tratamiento en cámara hiperbárica, y se mantiene con tratamiento farmacológico analgésico (Paracetamol), anticoagulante (Enoxaparina), antifúngico (Fluconazol) y antibiótico (Ampicilina, Ertapenem y Colistimetato de sodio).

Figura 12. Colgajo marsupializado inguinal en antebrazo izquierdo



Colgajo marsupializado inguinal en antebrazo izquierdo con cinco días de evolución, inmovilizado con vendaje abdominal y herida quirúrgica cubierta con gasa vaselinada.

Fuente: Archivo fotográfico del equipo de investigación.

Figura 13. Pie derecho



Herida de salida por quemadura eléctrica en pie derecho, aún en proceso de cicatrización, cubierta con vendaje elástico simple. Fuente: Archivo fotográfico del equipo de investigación.

Figura 14. Miembro pélvico izquierdo



a)



b)

a) Zona donante de injerto en pantorrilla izquierda, aún con gasto hemático, cubierta con apósito de gasa y vendaje elástico, y b) muslo izquierdo con área de zona donante ya cicatrizada.

Fuente: Archivo fotográfico del equipo de investigación.

Figura 15. Pie izquierdo



a)



b)

a) Herida de salida por quemadura eléctrica en zona plantar izquierda y b) vista lateral con áreas injertadas totalmente integradas. Fuente: Archivo fotográfico del equipo de investigación.

Requisitos de autocuidado universal

Orem identifica y describe ocho actividades que son fundamentales para mantener la salud y el bienestar a través del autocuidado, independientemente de los factores condicionantes básicos de cada persona. Estas actividades, por ser de carácter imprescindible, son llamadas Requisitos Universales de Autocuidado y están formados por aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cada uno de estos requisitos corresponde a ocho abstracciones de funciones sistémicas que interactúan con la persona durante el proceso de vida. La ausencia o alteración de alguno de ellos detonará en un déficit de autocuidado, por lo que la interacción armónica de ellos es determinante para el bienestar de la persona¹³⁰.

Valoración pulmonar

Sin antecedentes personales ni heredofamiliares de enfermedades del sistema respiratorio. Presenta antecedente de tabaquismo con inicio a la edad de 16 años y duración de dos años; índice tabáquico de 1.2 (10 - 14 cigarrillos diarios), actualmente sin consumo.

Tórax normal con respiración torácica normal, vías aéreas permeables sin presencia de tos, expectoración, estertores ni crepitaciones. Amplexión y amplexación normal, sin puntos dolorosos, contracturas ni sensibilidad alterada.

Durante las primeras 24 horas de evolución posteriores a su última intervención quirúrgica requirió apoyo de O₂ suplementario con puntas nasales a 1 L/min (24%), progresando a su retiro sin incidentes y saturando por arriba del 94% al medio ambiente.

Exploración cardiaca

Refiere antecedente de hipertensión arterial por parte de abuela paterna y niega antecedentes patológicos personales.

Tórax sin presencia de panículo adiposo, deformidades ni lesiones dérmicas. Palpación del latido cardíaco con intensidad y duración normal, sin dolor a la palpación o presión precordial. Ritmo cardíaco normal, cercano al límite superior normal, sin presencia de soplos ni frotos pericárdicos. Cuenta con una valoración previa de electrocardiograma sin alteraciones; sin más estudios recientes.

Exploración vascular

Niega antecedentes heredofamiliares y patológicos vasculares, con excepción de abuela materna quien sufre de venas varicosas, sin diagnóstico.

Presenta acceso venoso periférico con catéter central de inserción periférica bilumen (PICC), permeable y funcional a soluciones parenterales, instalado el día 16 – 06 – 2023 en miembro torácico derecho, con seguimiento y manejo por parte de la Clínica de catéteres y sin datos de infección ([figura 16](#)). El miembro torácico izquierdo se encuentra fijo e inmovilizado por medio de un vendaje elástico con soporte inguinal por presencia de colgajo marsupializado inguinal a nivel del antebrazo izquierdo. El colgajo se observa con adecuada coloración, llenado capilar menor a 2 segundos, sin presencia de exudado ni datos de sangrado activo, no refiere dolor y mantiene sensibilidad y capacidad motriz de los dedos; no se observan datos de compromiso neurovascular distal periférico ([figura 17](#)).

Figura 16. *Catéter venoso central de inserción periférica (PICC)*



Catéter PICC bilumen en miembro torácico derecho, con curación y monitorización por parte de la Clínica de catéteres del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII.

Fuente: Archivo fotográfico del equipo de investigación.

Figura 17: *Evolución del colgajo marsupializado inguinal*



Colgajo marsupializado inguinal en antebrazo izquierdo con 18 días de evolución.

Fuente: Archivo fotográfico del equipo de investigación.

Aporte de líquidos

En relación a su consumo de líquidos Jorge procura ingerir de dos a tres litros de agua al día; y bajo actividades normales de su vida diaria 1.5 L de refresco, ½ litro de agua de frutas, dos tazas de café y un promedio de veinte cervezas de 355 ml semanalmente. Conoce cuántos litros de agua debe ingerir diariamente y no presenta rechazo al sabor, consistencia o temperatura de ésta. En su hospitalización suele consumir más de dos litros de agua y otros líquidos claros incluidos en las comidas, sin embargo, refiere que hay ocasiones en las que limitan el agua y se debe ajustar a eso, o solicitar que le consigan alguna botella extra. Tras la exploración, presenta tegumentos y mucosas orales hidratadas.

Ingesta de alimento

Refiere antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus II por parte de su abuelo paterno y tío. Niega antecedentes patológicos personales. Su peso es de 77 kg y talla de 1.73 m, con un IMC de 25.7, categorizado como sobrepeso, siendo su peso ideal de 70 kg. Se encuentra abdomen plano y depresible sin signos de distensión ni presencia de dolor o cólicos, peristalsis normal y matidez, con lesiones dérmicas y cicatrices resultado de su diagnóstico principal.

Desconoce sus requerimientos calóricos, y bajo condiciones de su vida diaria realiza dos comidas, mientras que en el hospital se le proporcionan tres al día y

cuando tiene sesión en cámara hiperbárica se le agrega una colación previa a ésta. Estas comidas incluyen líquidos claros, harinas (pan blanco y/o dulce), proteína animal o vegetal, frutas y verduras. Por su cuenta comenta que no maneja una dieta especial, niega intolerancia o alergias alimentarias, y tampoco presenta problemas para consumir algún grupo de alimentos en particular.

Eliminación y excreción

Niega antecedentes patológicos tanto heredofamiliares como personales. En los últimos tres meses indica que sus evacuaciones se han estado prolongando, aun así, una vez que retoma su ciclo tras alguna cirugía refiere evacuaciones diarias matutinas, normales y sin problemas; requiriendo del cómodo debido a la inmovilización prescrita. Niega alteraciones miccionales, aunque al momento de la valoración se encuentra con una sonda transuretral (STU) colocada el día 22 de junio al momento de su cirugía, permeable, a derivación, con un adecuado gasto urinario y orina de características macroscópicas sin alteraciones, de color amarillo claro. No presenta molestia ni datos de infección.

Actividad y descanso

Sin antecedentes patológicos personales ni heredofamiliares. Al día se cumple un mes de estancia, mayoritariamente encamado con mínimos cambios al reposet. Por el momento presenta inmovilización total de su miembro torácico y pélvico izquierdos por colgajo marsupializado inguinal en antebrazo izquierdo. Debido al tiempo tan prolongado en cama se identifica una pérdida de masa y fuerza muscular, dificultando la bipedestación autónoma, por lo que se trabaja con los terapeutas físicos para su movilización y prevención del progreso de la debilidad muscular en miembros inferiores, principalmente. Debido a la inmovilización se procura trabajar, en su mayoría, con las extremidades derechas, así como movimientos pasivos de los dedos de la mano izquierda, a medida de lo posible, y movimientos leves con parte de la extremidad pélvica izquierda.

Jorge considera su actividad física como sedentaria al compararla con la actividad que solía realizar antes de su accidente. Actualmente se despierta desde las siete de la mañana, o más temprano, desayuna a las nueve o un poco antes si tiene sesión en cámara hiperbárica, recibe terapia física dos veces por día, en la mañana y tarde, centrada en la movilización de extremidades y ejercicios de fuerza; y por parte de rehabilitación quienes están al pendiente de sus férulas y elevadores. Al momento, y tras su cirugía del colgajo, los profesionales de enfermería y los residentes de cirugía plástica mantienen una valoración continua y monitorización estricta del colgajo cada dos horas, además de que estos últimos también se encargan de realizar sus curaciones una vez al día con cambio de apósitos y/o vendajes, además de hacer los lavados de la zona donante del injerto en la pantorrilla izquierda, para evitar la formación de costras, y colocar Ulcoderma, un ungüento desbridante enzimático tópico.

De acuerdo con la Escala de Braden aplicada al momento para la valoración del riesgo de formación de lesiones por presión (LPP) se obtuvo un puntaje de 17 puntos asociado a un riesgo bajo a pesar de su condición actual, y de acuerdo con la Escala de Funcionalidad de Crichton para la evaluación del riesgo de caída se tiene un riesgo alto con 5 puntos.

Por lo general duerme en las noches aproximadamente 6 horas, aunque a veces por el ruido, el movimiento y las luces le cuesta un poco de trabajo conciliar el sueño, aun así, considera que su tiempo de sueño es de calidad y que por lo general no se siente cansado. Al momento indica y se le observa agotado, tras más de 12 horas de haber salido de su intervención quirúrgica y aún estar bajo efectos residuales de la anestesia. No refiere dolor, se mantiene con un EVA de 0.

Evaluación neurológica

No refiere antecedentes heredofamiliares y personales relacionados con trastornos neurológicos.

Al momento Jorge se encuentra en estado de vigilia, presenta un tono muscular normal sin trofismo. Se realiza medición de perímetros obteniendo para el muslo derecho 58 cm, muslo izquierdo de 57 cm, pierna derecha 39 cm y pierna izquierda 38 cm. Sin embargo, él percibe y refiere una ligera disminución de fuerza en sus extremidades, principalmente en las inferiores, debido a la inmovilización prescrita de la pierna y brazo izquierdo por el colgajo, manteniendo únicamente algunos ligeros movimientos del tobillo y pie; en tanto que en la pierna derecha presenta movilidad mínima y limitada ya que al momento de movilizarla reciente el movimiento en la zona del colgajo, percibiendo una sensación de estiramiento. Respecto al brazo derecho, conserva su capacidad de movimiento total, sin que ésta se vea afectada por la presencia del catéter PICC.

Para los nervios craneales y reflejos osteotendinosos se tiene que éstos últimos fueron evaluados en las extremidades libres, encontrándose dentro de los parámetros normales; los reflejos estilorrádial, bicipital y tricipital del miembro torácico izquierdo no fue posible valorarlos por presencia de colgajo marsupializado inguinal e inmovilización de la muñeca izquierda, así como los reflejos rotuliano y aquiliano del miembro pélvico izquierdo por la misma razón.

No usa anteojos para ninguna actividad de la vida cotidiana y niega alguna dificultad para ver, escuchar o deglutir.

Evaluación cognitiva

Niega antecedentes heredofamiliares y personales relacionados con trastornos psiquiátricos. Describe sus relaciones sociales como muy buenas y refiere que la mayor interacción la realiza a través de sus redes sociales, sin dejar de reunirse en persona con sus conocidos y amigos; también se lleva bien con sus vecinos ya que son familia de su esposa. Dentro de las personas que él considera como más significativas son su pareja, hija, mamá y sus hermanas, por el apoyo que le han dado y por lo que representan para él.

De los diferentes roles que desempeña, no puede sobreponer a un rol sobre otros, pero considera muy importante su rol como pareja y padre, simplemente porque tiene la sensación de que a esos dos son a los que les debe prestar más atención y porque son ellas con quienes está iniciando otra faceta de su vida.

En los últimos seis meses se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a que se ha planteado diversos objetivos, pero por distintas razones no los ha logrado cumplir; entre algunas de ellas está el independizarse de su suegro y vivir por su cuenta con su pareja e hija, así como también le gustaría salir a conocer otros lugares. Sin embargo, estas preocupaciones no se presentan todos los días ni es algo que lo limite, por el contrario, le da una razón para seguir adelante y mantenerse motivado. Al momento indica que, por razones muy obvias, relacionadas con su condición actual, sus prioridades se han modificado un poco y comenta que ahora deberá concentrarse en su recuperación, para poder salir pronto y volver con su familia, y una vez que ya salga enfocarse en su rehabilitación para que pueda trabajar de nuevo y rehacer su vida lo más parecido a la que antes tenía.

Respecto a los antecedentes para la prevención, Jorge presenta el cuadro básico de vacunación completo, niega alergias y polifarmacia, y tampoco acompaña la ingesta de medicamentos con algún tipo de alimento, bebida u otros medicamentos que puedan generar algún efecto adverso.

Salud sexual y reproductiva

Refiere no tener conocimiento de alguien en la familia con antecedentes patológicos reproductivos, ni a nivel personal. Se identifica como una persona heterosexual, con una vida sexual activa y solo una pareja sexual. Hasta el momento nunca se ha realizado por su cuenta estudios de antígeno prostático, prueba VDRL (sífilis) o prueba ELISA VIH. Previo al accidente mantenía una vida sexual activa, indicando como principal método anticonceptivo el condón. Al momento no le han diagnosticado ninguna infección de transmisión sexual y no considera que tenga dificultades relacionadas con la actividad sexual.

Detección y control de adicciones

Niega antecedentes heredo familiares relacionados con él consumo de drogas y presencia de adicciones, y respecto a sus antecedentes personales comenta que ingiere alcohol ocasionalmente en fiestas o reuniones. Tras aplicar la *Escala CAGE de alcoholismo* el resultado fue negativo, al igual que salió negativo en el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses como método para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo.

Requisitos de autocuidado en el desarrollo

Este requisito promueve las condiciones necesarias para la vida y la maduración, buscando prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones¹³¹. Principalmente se tratan factores que impiden el desarrollo de las capacidades de autocuidado como los psicológicos, sociales, culturales y espirituales, que tienen un efecto importante en cómo las personas ven y manejan su perspectiva de vida¹³².

Respecto a los factores biológicos que impiden desarrollar su autocuidado, Jorge declara que la colocación del colgajo marsupializado inguinal lo limita para mover su miembro torácico y pélvico izquierdo, pero a pesar de eso aún es capaz de realizar diversas tareas de la vida diaria por su cuenta, y en caso de enfrentarse con alguna limitación o dificultad, tras primero haberlo intentado, solicita y acepta la ayuda externa hasta que él es capaz de hacerlo por su cuenta. También está la parte asociada al tiempo prolongado en cama, junto con la limitación física y la disminución en su fuerza muscular, que le han hecho perder la capacidad de soportar su propio peso.

Por otra parte, los factores psicológicos, más que limitarlo, expresa que ha tiene miedo a perder alguna parte de su cuerpo, principalmente su mano, ya que según lo que le han dicho los médicos, al no funcionar los injertos previos y en caso se fracasar con el colgajo, la siguiente intervención sería la amputación de la mano.

A raíz de esto se ha esforzado para ser más cooperador y paciente, tener un buen apego a su tratamiento, cumplir con las indicaciones, y luchar por seguir adelante.

En cuanto a los factores sociales, culturales y espirituales no se observa un problema evidente o mayores dificultades.

Al preguntarle sobre su perspectiva de vida, él comenta que se siente estable, y dentro de lo posible, sano. Sin embargo, la preocupación que le genera el riesgo latente de perder parte de su brazo lo mantiene pensativo y un tanto inquieto, aunque no lo demuestra todo el tiempo, pero refiere que no le es fácil dejar de pensar en dicha posibilidad. Ante esto, ha recibido ayuda por parte del servicio de psicología de quemados y ha sentido el apoyo y motivación por parte de otros profesionales como enfermería, y también desde su red social y de apoyo, conformada principalmente por su madre, tíos y suegros. Aun así, confía en que tendrá buenos resultados y que se recuperará pronto para volver a su casa con su familia y poder trabajar de nuevo, cosa que le agradaría mucho y que se ha vuelto una prioridad para él.

Uno de sus objetivos a corto plazo es estar presente en el primer cumpleaños de su hija y estar más tiempo con ella, pues teme que no lo reconozca al volver a casa, tras varias semanas sin verlo y por ser aún muy pequeña. Y en cuanto a su ámbito familiar, le gustaría vivir por separado con su pareja y su hija, y espera que más adelante las pueda llevar de viaje a conocer otros lugares, y puedan hacer otro tipo de actividades juntos.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud trabajo interprofesional

Los requisitos de autocuidado en desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza la persona con incapacidad o enfermedad crónica¹³³. Se prefiere abordar dichos autocuidados como un fenómeno complejo y con un enfoque interdisciplinario lo cual ampliará las fuentes de obtención de evidencias para la práctica¹³⁴.

Actualmente Jorge cuenta con un diagnóstico médico inicial de quemadura eléctrica del 4% de SCT, con una colocación de colgajo marsupializado inguinal y un manejo farmacológico a base de tratamiento analgésico, antifúngico, antibioticoterapia y anticoagulante, indicado de la siguiente forma:

Paracetamol 1 gr IV (sol. inyectable) c/ 8 h	(02 – 10 – 18 h)
Fluconazol 400 mg IV c/ 24 h	(16 h)
Ampicilina 2 gr IV c/ 6 h	(02 – 08 – 14 – 20 h)
Ertapenem 1 gr IV c/ 8 h	(07 – 15 – 23 h)
Colistimetato de Sodio 150 mg IV c/12 h	(07 – 19 h)
Enoxaparina 40 mg SC (sol. Inyectable) c/ 24 h	(07 h)

Su apego al tratamiento se considera adecuado al permanecer hospitalizado y bajo vigilancia del personal de salud, además de mostrarse cooperativo y contar con el apoyo de su madre en caso de alguna negativa.

Las pruebas de laboratorio y gabinete no se encuentran actualizadas al momento de la valoración por lo que se toman en cuenta para ésta los últimos resultados de laboratorio, con fecha del día 19 – 05 – 2023, encontrados en el expediente clínico electrónico:

Leucocitos: 6.9	Hemoglobina: 14.2	Hematocrito: 41.6
Plaquetas: 163×10^3	Urea: 10	Creatinina: 1.07

En conjunto con el tratamiento médico Jorge recibe terapia psicológica cuando existe algún asunto específico o de relevancia que se considere necesario trabajarlo, así como antes y después de alguna cirugía, tratamiento o noticia de importancia. También recibe terapia física y ocupacional dos veces al día de lunes a viernes, y tiene programado reiniciar con sesiones diarias de 60 minutos, de lunes a viernes, en cámara hiperbárica hasta la liberación del colgajo.

Dentro del grupo multidisciplinario de salud que trabaja con Jorge también se contempla su nutrición vigilada por el área de nutrición y dietología, y la participación de trabajo social en conjunto con su red de apoyo o familiar y el resto del equipo de profesionales involucrados en su atención.

7.2. Diagnósticos, Resultados, Intervenciones y Evaluaciones

Etiqueta diagnóstica 1: Deterioro de la integridad tisular

Tabla 4: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 1 – Deterioro de la integridad tisular

Dominio 11: Seguridad / Protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Deterioro de la integridad tisular relacionado con herida quirúrgica por colocación de colgajo inguinal manifestado por enrojecimiento, calor local y tejido cicatricial.

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Coloración	4	5	5
	Temperatura de la piel	4	5	5
	Integridad de la piel	3	5	4
		11	15	14
Mantener a: 11 (73.3%)	Aumentar a: 15 (100%)	Total alcanzado: 14 (93.3%)		

Escala de medición Integridad tisular – piel y membranas mucosas:

Gravemente comprometido - 1; Sustancialmente comprometido - 2; Moderadamente comprometido - 3; Levemente comprometido - 4; No comprometido - 5.

Intervención (NIC)

Cuidados de la piel: zona del colgajo

Actividad

Tomar signos vitales poniendo énfasis en la tensión arterial (T/A) y la temperatura.

Fundamento

La toma de signos vitales se ha establecido en el cuidado enfermero como una práctica habitual, sin embargo, su monitorización tiene un propósito específico al considerar que las lesiones por quemadura y la destrucción de las capas de la piel tiene consecuencias directas en la termorregulación, aumentando la pérdida de temperatura. Por eso es necesario que las personas que las sufren generen más calor para mantener la neutralidad térmica y para compensar la pérdida se busca que la temperatura de las unidades se mantenga por encima de lo habitual y se evita el uso de vendajes oclusivos¹³⁵. Por otro lado, la medición de la presión arterial ayuda a estimar la presión arterial media (PAM) y así mantener vigilada la presión de la perfusión de los tejidos; ante esto, diversos estudios proponen mantener los valores de la PAM en 65 mmHg dado que, en personas sanas, la vasculatura pierde su capacidad de autorregulación a partir de valores de PAM menores a esta cifra¹³⁶.

Monitorizar el color, la temperatura, el relleno capilar y la turgencia del colgajo, y brindar la educación correspondiente a Jorge para la detección temprana y notificación de algún dato de alarma.

Valorar visualmente en cada turno los apósitos o curaciones colocadas en la zona receptora del colgajo y herida quirúrgica.

Posterior al procedimiento quirúrgico reconstructivo uno de los aspectos más importantes es que el colgajo se mantenga vital, por lo que la evaluación constante se convierte en una de las principales intervenciones a realizar. Periódicamente se debe evaluar la coloración del colgajo, en comparación con la piel aledaña, utilizando una adecuada iluminación. Un colgajo que presenta un aporte sanguíneo inadecuado se observa de color pálido con un leve tinte azul – gris, contrario a cuando se encuentra sano y mantiene una coloración rosada. Respecto a la temperatura del colgajo, ésta se debe evaluar por medio de la palpación¹³⁷, así como la perfusión tisular por medio de la compresión digital, para medir la velocidad que tarda el colgajo en recuperar su color y, a su vez, la reperfusión. A pesar de que la técnica anterior es la más común y sencilla, es posible emplear otros recursos, pues de ser necesario, es posible perforar el colgajo y la piel adyacente con una aguja o una hoja de bisturí, procurando que sea a la misma profundidad. El sangrado obtenido de un colgajo sano debe ser del mismo tono que el de la piel aledaña y en la misma cantidad, pero si existe un compromiso del flujo arterial, entonces el sangrado puede ser unos tonos más oscuro y persistir durante más tiempo^{138, 139}.

El objetivo principal de la curación e inspección intrahospitalaria es evaluar la vitalidad del colgajo y determinar si existe insuficiencia arterial o venosa¹⁴⁰; la revisión continua de las curaciones ayuda a monitorizar la herida y/o colgajo, y determinar si se requiere realizar algún cambio.

Controlar si hay signos de infección o alguna otra complicación postoperatoria.

Asegurar una alternancia entre la elevación de la zona del colgajo y su declive, de forma progresiva en cuanto a tiempos, y motivar a Jorge para que realice movimientos pasivos de las extremidades y áreas libres (no inmovilizadas).

Entre las complicaciones que pueden surgir después de una cirugía de colgajo reconstructivo se incluyen dehiscencias de la herida, rechazo de tejido, cicatrización, hematoma, edema, coagulación sanguínea, fístulas, e infección del sitio quirúrgico. En particular, esta última puede incrementar el tiempo de la estancia hospitalaria, retrasar la cicatrización de la herida o causar una reparación deficiente del tejido, y con ello la necrosis del colgajo y su fracaso¹⁴¹. Los signos de infección más comunes suelen incluir: dolor, tumefacción, enrojecimiento, calor y/o presencia de drenaje purulento en la zona, así como fiebre mayor a 38 °C¹⁴².

Cuando la persona tiene un riesgo conocido, asociado a intervenciones quirúrgicas o encamamientos prolongados, se debe mantener la extremidad elevada para evitar la formación de trombos y su desprendimiento, además de que facilita el drenaje de la extremidad¹⁴³. Lo anterior puede causar algún tromboembolismo venoso (TEV), que a su vez contempla la formación de trombos venosos profundos (TVP), en las piernas, pelvis o brazos, y después viajar y producir una embolia pulmonar (EP) o evento cerebrovascular, según el sitio donde se aloje éste¹⁴⁴. Ante esto es posible dar una trombopprofilaxis que combine métodos mecánicos, para restaurar el flujo venoso desde el sitio de formación, y fármacos antitrombóticos, ya que resulta la más efectiva para reducir la morbi – mortalidad¹⁴⁵. Eventualmente, cuando la persona está consciente y su condición física lo permite, se procura una movilización de las extremidades activo – asistida en todos sus arcos de movilidad, y

que sea progresiva hasta superar las complicaciones y lograr la independencia de la persona. La falta de movilización provoca una disminución de la capacidad aeróbica y alteraciones musculares importantes que se reflejan, a corto y largo plazo, en el aparato locomotor¹⁴⁶.

Evitar la fricción y el cizallamiento entre la zona receptora del colgajo y la ropa de cama o algún otro elemento.

El colgajo debe ser inmovilizado para evitar lesiones por cizallamiento en las áreas en curación o sensibles, ya que un corte en el colgajo puede interrumpir o evitar su neovascularización, y causar la muerte de éste¹⁴⁷.

Asegurar la asistencia de Jorge al tratamiento con cámara hiperbárica, siguiendo las pautas establecidas, políticas de operación y normas de la guía de procedimientos *Atención del paciente en cámara hiperbárica* del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII.

La terapia de oxigenación hiperbárica (TOHB) consiste en inhalar cerca del 100% de oxígeno en sesiones de entre 60 y 120 minutos, tres a cuatro veces por semana, según las pautas clínicas. Busca garantizar una ventana terapéutica en la que se alcance el umbral mínimo requerido para la realización de funciones celulares vitales, y que no exceda el límite de concentración para así evitar los efectos tóxicos de una producción excesiva de especies reactivas de oxígeno. Se utiliza con mayor frecuencia en la cirugía plástica, estética y reconstructiva, donde está indicada para el manejo de injertos de piel comprometidos, colgajos y quemaduras térmicas¹⁴⁸. Por otra parte, resulta esencial para evitar su rechazo, que el profesional de enfermería brinde educación y cuidado a la persona en caso de presentarse, durante o después de las sesiones, algún tipo de efecto secundario, entre los que se describen náuseas, vómitos, miopía, sensación de claustrofobia, fatiga y/o dolor de cabeza¹⁴⁹.

Brindar a Jorge educación y las herramientas necesarias para que acepte y mantenga la zona inguinal y miembro torácico izquierdo inmovilizados tanto como sea posible.

Mantener la zona del colgajo en reposo por un tiempo aproximado de dos semanas va a favorecer la integración del tejido de las regiones donde está colocado el colgajo quirúrgico; después de este tiempo es posible iniciar con las movilizaciones¹⁵⁰.

Cuidados de la piel: zona donante

Actividad

Inspeccionar por turno los apósitos colocados en la zona donante, observando y registrando si existen cambios en su apariencia, el tipo de exudado, signos de infección, o alguna otra complicación postoperatoria.

Mantener limpia y libre de presión la zona donante.

Fundamento

Optimizar el microambiente de la herida es esencial para la curación ya que factores como la temperatura, presión (positiva o negativa), hidratación, gases (suministro de O₂ y CO₂), pH, contenido microbiano y tratamiento antimicrobiano afectan el resultado de la reepitelización de una herida¹⁵¹. Por esto es importante identificar de manera oportuna los signos de infección o algún otro cambio en la zona donante, tal como se describió en las actividades de la intervención anterior *Cuidados de la piel: zona del colgajo*.

La limpieza y reconstrucción temprana de la herida se consideran parte importante de los factores protectores externos contra la infección de sitio quirúrgico que se han informado. Y al igual que se mencionó en las actividades de la intervención pasada, *Cuidados de la piel: zona del colgajo*, se debe evitar en la zona donante lesiones por cizallamiento, fricción o presión que puedan hacer que la reepitelización fracase¹⁵².

Cuidados de las heridas: terapia de presión negativa (TPN)

Actividad

Vigilar la permeabilidad, hermeticidad y estabilidad del sistema de TPN, así como la integridad y estado de las suturas, evitar el acodamiento del tubo de drenaje, y registrar el volumen y características del exudado en la persona con tratamiento de TPN.

Fundamento

La terapia de presión negativa para heridas, o cierre asistido por vacío (VAC), es un método mecánico que genera una presión inferior a la atmosférica para favorecer un entorno húmedo y hermético, creando así un microambiente que elimina el exceso de humedad y promueve la reepitelización de la herida. El sistema se integra por un apósito de gasa o esponja de poliuretano unida a un tubo de drenaje que se une con la bomba de vacío, y se fija mediante un apósito adherible¹⁵³.

Los cuidados de enfermería brindados a la persona con TPN incluyen:

- Mantener el apósito íntegro, sin compresiones y correctamente colocado en las estructuras vitales expuestas.
- Comprobar el correcto sellado del apósito sobre la zona de la herida.
- Vigilar el tiempo y duración del tratamiento, y valorar la respuesta fisiológica que se ha tenido para reconsiderar su uso cuando no se observe mejoría alguna.
- Prevenir el riesgo de lesiones por presión (LPP) o por adhesivo cutáneo (MARSI) en las zonas aledañas a la herida por causa de la

presión ejercida por el tubo de drenaje, si es aplastado, o por el adhesivo del apósito adherible.

- Mantener la presión en parámetros mayores a 50 mmHg, y en caso de que la persona refiera dolor se puede disminuir la presión del vacío de 25 en 25 mmHg.
- Vigilar las características del exudado y registrar en el contenedor o canister la cantidad drenada por turno, cambiándolo de manera semanal o cuando éste llegue a su capacidad máxima^{154, 155}.

Las principales ventajas del uso de la TPN se deben a su funcionamiento multifacético que aumenta el flujo sanguíneo en la herida, la síntesis de colágeno y los mecanismos que promueven la angiogénesis; favorece la granulación y epitelización; disminuye la inflamación local y reduce el riesgo de infección¹⁵⁶.

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 1 – Deterioro de la integridad tisular

Con la primera valoración Jorge obtuvo un puntaje diana inicial de 11 puntos (73.3%), y tras realizar las actividades tenían como finalidad mejorar la integridad tisular en la zona de la herida quirúrgica y las manifestaciones clínicas que presentaba en ese momento de la valoración, el puntaje diana post – intervención aumentó a 14 puntos (93.3%).

Respecto a esto se encontró, por los registros en el diario de campo, que a Jorge constantemente se le realizaban valoraciones, en su mayoría observacionales, por parte de enfermería o multidisciplinarias, del área de la herida quirúrgica; esto dio paso a intervenciones que propiciaron, en su conjunto, la correcta adherencia del colgajo.

Dentro de la Categoría 1: Esfera fisiológica se identificó el deseo y compromiso de Jorge para adherirse al tratamiento, teniendo en cuenta que un trauma como el que supone una quemadura suele tener repercusiones en la conciencia del autocuidado. Sin embargo, en este caso se percibió una adecuada adaptación de la condición actual¹⁵⁷, aunque esto implicara poner límites temporales, tales como negarse a forzar o realizar movimientos que pusieran en riesgo la adherencia del colgajo y el proceso reconstructivo, o realizarlos de manera progresiva, tal y como lo verbalizó:

D1: “[...] incluso cuando muevo mi otra pierna siento un poco de tensión en el colgajo, prefiero empezar con movimientos más leves, pero lo intentaré poco a poco (realizar movimientos pasivos) para no afectar al colgajo.”

Etiqueta diagnóstica 2: Deterioro de la movilidad física

Tabla 5: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 2 – Deterioro de la movilidad física

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 2: Actividad / Ejercicio

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Deterioro de la movilidad física relacionado con inmovilización terapéutica por colgajo marsupializado inguinal, manifestado por la limitación de movimientos con sus extremidades izquierdas para realizar sus actividades básicas de autocuidado y cambios de posición en cama (supinación – sedestación).

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
Posición corporal: autoiniciada	Se mueve de acostado a sentado	3	4	4
	Se mueve de sentado a acostado	3	4	4
Movilidad	Movimiento articular (cadera y miembro torácico izquierdo)	2	4	4
	Ambulación	2	5	5
		10	17	17
Mantener a: 10 (58.8%)	Aumentar a: 17 (100%)	Total alcanzado: 17 (100%)		

Escala de medición Posición corporal – autoiniciada y Movilidad:

Gravemente comprometido - 1; Sustancialmente comprometido - 2; Moderadamente comprometido - 3; Levemente comprometido - 4; No comprometido - 5.

Intervención (NIC)

Cambio de posición

Actividad

Explicar a Jorge la importancia de los cambios de posición, enseñarle a cómo realizarlos por su cuenta o con ayuda externa, enfocándose en el cambio de posición de decúbito supino a semifowler, y animarlo a que participe en éstos durante los primeros días post cirugía.

Fundamento

Los cambios de posición son fundamentales para la prevención de LPP, y se realizan como parte del protocolo interno de su prevención, mientras que la educación a la persona, en este caso, sepa y se sienta con la confianza de realizar los cambios posturales, o participar en ellos, sin poner en riesgo la integridad del colgajo. Así también, las alteraciones a nivel musculo – esquelético en la persona con quemaduras son una de las complicaciones que vale la pena mencionar al ser muy frecuentes, presentándose en forma de contracturas, pérdida ósea, osificación heterótrofa, escoliosis, cifosis y artritis séptica. Son una consecuencia directa o indirecta de la lesión por quemadura y tienen efectos sobre huesos, músculos y tendones. La atrofia profunda del músculo esquelético es el sello distintivo de las quemaduras masivas que dificultan la recuperación y requieren de un período más prolongado de rehabilitación y convalecencia¹⁵⁸. Ante esto, la capacidad de adaptación es un recurso indispensable de la persona, pero existen situaciones que

le exigen más allá de su capacidad, haciendo que requiera ayuda profesional y de sus redes de apoyo y/o familiares.

Apoyar a Jorge en la movilización activo – asistida durante los cambios de ropa de cama, asistencia en la alimentación, y uso de orinal.

Dorothea Orem describe en su Teoría del déficit de autocuidado al sistema parcialmente compensatorio en donde la persona está mucho más implicada en su propio cuidado respecto a la toma de decisiones y acción, mientras que el profesional de enfermería actúa de manera compensadora¹⁵⁹, permitiendo preservar así, en la medida posible, la independencia de la persona para realizar sus actividades de autocuidado. El apoyo que brinda el profesional de enfermería para la movilización, asistencia para en la alimentación o alcance de objetos, entre otros, forma parte de dicho sistema al ofrecer una ayuda y permitir que la persona se mantenga siempre involucrada en sus actividades.

Enseñar al familiar sobre cómo apoyar a la persona en la realización de sus distintas actividades de autocuidado.

Para la Teoría del déficit de autocuidado los sistemas de enfermería tienen elementos básicos: la enfermera, la persona o grupo de personas a la que va dirigida el cuidado y los acontecimientos ocurridos, incluyendo en éstos a las interacciones con familiares y amigos. Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorio y el de apoyo educativo se adecuan a personas que necesitan adquirir conocimientos o habilidades. Desde esta premisa, la educación en salud juega un rol principal para regular la comunicación y enseñanza entre la persona y la enfermera¹⁶⁰.

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 2 – Deterioro de la movilidad física

En la primera valoración Jorge obtuvo un puntaje diana inicial de 10 puntos (58.8%) y después de realizar las actividades descritas se observó un resultado favorable que continuó mejorando hasta su egreso, con un puntaje diana post – intervención de 17 puntos (100%).

Tras la cirugía de toma y colocación de colgajo se le indicó a Jorge una inmovilización terapéutica en el lado izquierdo de su cuerpo, de forma que solo podía mover sus extremidades derechas y permanecer en posición semifowler, con un ángulo no mayor a 30°, y en decúbito supino o lateral derecho. Además de esto, la zona del colgajo se encontraba inmovilizada con un vendaje abdominal. Las actividades se dirigieron a Jorge y a su familiar con el fin de preservar la integridad del colgajo, y fueron de tipo asistencial y educativas en relación a la realización y apoyo en sus cambios de posición y actividades de autocuidado. A pesar de que en la última valoración se observaron resultados positivos, se puede identificar que el progreso de movilización fue pausado para minimizar los riesgos. Fue hasta la cuarta semana cuando el colgajo fue liberado ([figura 18](#)), permitiéndole a Jorge tener una mayor libertad de movimiento y acomodo, haciéndolo notar al decir que:

D2: “Ya me había acostumbrado a no tener una mano, pero ahora me siento mucho mejor, me siento agradecido de volver a mover mis dos manos, solo que ahora me siento un poco adolorido cuando me muevo...ya se desacostumbro mi brazo, pero me comentaron que con el movimiento se me va a quitar, la verdad es que esa molestia ya no es nada.”

Estos comportamientos descritos se englobaron dentro de la Categoría 1: Esfera fisiológica, donde se sigue observando la capacidad de adaptación de Jorge y su deseo de participar e involucrarse en su recuperación a pesar del dolor que llegó a experimentar, que solía ser mínimo o nulo, y del del esfuerzo físico que le implicó el tener inmovilizado parte de su cuerpo.

Figura 18: Colgajo liberado



a)



b)

Vista anterior del antebrazo izquierdo con el colgajo ya liberado, bien adherido, y áreas injertadas totalmente integradas.

Fuente: Archivo fotográfico del equipo de investigación.

Etiqueta diagnóstica 3: Déficit de autocuidado en el baño

Tabla 6: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 3 – Déficit de autocuidado en el baño

Dominio 4: Actividad / Reposo

Clase 5: Autocuidado

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Déficit de autocuidado en el baño relacionado con inmovilización del miembro superior izquierdo por colocación de colgajo marsupializado inguinal, manifestado por la incapacidad de movilizar partes de su cuerpo de manera independiente para lavar y secar la totalidad de su cuerpo por sí mismo.

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
Autocuidados: higiene	Mantiene higiene oral	4	5	5
	Se lava las manos	4	5	5
	Se lava la zona perineal	3	5	5
		11	15	15
Mantener a: 11 (73.3%)	Aumentar a: 15 (100%)	Total alcanzado: 15 (100%)		

Escala de medición Autocuidados - higiene:

Gravemente comprometido - 1; Sustancialmente comprometido - 2; Moderadamente comprometido - 3; Levemente comprometido - 4; No comprometido - 5.

Intervención (NIC)

Ayuda con el autocuidado: baño / higiene

Actividad

Determinar la cantidad y tipo de ayuda que Jorge necesita para proporcionársela hasta que él se sienta seguro y se considere capaz de asumir su autocuidado de manera adecuada.

Fundamento

La Teoría del autocuidado de Orem identifica a los requisitos universales como parte de ella y dentro de éstos se contempla a la higiene corporal, actividad que también se encuentra estrechamente ligada a los cuidados de enfermería ya que se considera parte esencial del ser humano para preservar su integridad¹⁶¹.

Como intervención la higiene proporciona bienestar y comodidad, actúa como medio de prevención contra infecciones y LPP, y contribuye a la valoración clínica de la persona sobre su estado general de la piel, la cavidad oral, el nivel de dependencia, el dolor y el estado de ánimo. Y es importante considerar que la higiene es un proceso que requiere de intimidad, por lo que dos de los principales retos de enfermería son preservar la privacidad de la persona e involucrarla en dicho acto de autocuidado para asegurar su bienestar y dignidad¹⁶².

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 3 – Déficit de autocuidado en el baño

En la primera valoración el puntaje diana obtenido fue de 11 puntos (73.3%) y luego de realizar las intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar la capacidad de autocuidado de Jorge, enfocándose en la higiene personal, se obtuvo un puntaje diana post – intervención de 15 puntos (100%).

Como parte de los registros del diario de campo, se destaca como el mismo día de su cirugía, en el postoperatorio mediato, Jorge se rehusó a lavarse los dientes porque estaba muy cansado y no quería reacomodarse para hacerlo, asegurando que se los lavaría a la mañana siguiente. Esto resaltó ya que siempre tenía buena disposición para realizar su higiene bucal, y tal como lo dijo, en los días posteriores Jorge volvió a lavarse los dientes por su cuenta como solía hacerlo.

Retomando la Categoría 1: Esfera fisiológica, es claro que la necesidad de higiene fue superada por otros proceso y sentimientos derivados de su cirugía. El someterse a un procedimiento quirúrgico implica una contradicción de emociones; por un lado, la persona que pasa por todo el proceso perioperatorio se anima con la idea de la pronta recuperación y a su vez es susceptible a la preocupación, el estrés y el cansancio. Por ello, el equipo debe ser consciente de las dimensiones emocional, social y humana del cuidado, y no priorizar únicamente los aspectos biológicos¹⁶³. En el momento post – operatorio descrito anteriormente Jorge sí se hubiera beneficiado de mantener la higiene bucal, sin embargo, anímicamente era mejor que tomará tiempo para descansar.

Respecto a la higiene corporal, ésta se realizaba por las mañanas con baños de esponja en cama. Y a pesar de que a la semana tres de haberse colocado el colgajo ya se encontraba indicado el baño en regadera, y por lo tanto la movilización fuera de cama a reposit o baño, la decisión tomada por parte de enfermería de realizar el baño de esponja se debió a una alta carga de trabajo, falta de personal, y riesgo de comprometer la integridad del colgajo.

En México datos del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería muestran que en 2022 se registraron 315 mil empleados de este gremio a nivel nacional, lo equivalente a 2.6 enfermeras por cada mil habitantes¹⁶⁴, dejando un déficit de personal que genera una constante carga de trabajo y orilla al personal a optar por intervenciones que lo aminoren, anteponiendo al trabajo antes que al cuidado integral de la persona. Sin embargo, el baño que Jorge requería se realizó, además de que se le animó y proporcionó la ayuda y herramientas necesarias para que pudiera realizar actividades específicas, casi por su cuenta, tales como cepillarse los dientes, lavarse las manos o la zona perineal.

Con relación a lo anterior Jorge mencionó lo siguiente:

D3: “No me han movido como tal al reposet, mis baños siguen siendo en cama por las mañanas; de hecho, si no mal recuerdo, no me he levantado desde que ingrese al hospital, si acaso fueron como dos veces las que me pasaron al reposet y fue antes de esta cirugía (colocación del colgajo).”

Etiqueta diagnóstica 4: Temor

Tabla 7: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 4 – Temor

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Temor relacionado con una disfunción latente del colgajo que lleve a la amputación del miembro torácico izquierdo manifestado verbalmente por Jorge al declarar que *“mi mayor miedo es perder parte de mi brazo”*.

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
Nivel de miedo	Temor verbalizado por el riesgo de pérdida de una parte de su miembro torácico	3	5	5
	El familiar expresa deseo de apoyar a la persona	4	5	5
Apoyo familiar durante el tratamiento	El familiar expresa verbalmente sentimientos y emociones de preocupación respecto a la persona	3	4	4
	El familiar anima a la persona	4	5	5
		14	19	19
Mantener a: 14 (73.7%)	Aumentar a: 19 (100%)	Total alcanzado: 19 (100%)		

Escala de medición Nivel de miedo:

Grave - 1; Sustancial - 2; Moderado - 3; Leve - 4; Ninguno - 5.

Escala de medición Apoyo familiar durante el tratamiento:

Nunca demostrado - 1; Raramente demostrado - 2; A veces demostrado - 3; Frecuentemente demostrado - 4; Siempre demostrado - 5.

Intervención (NIC)

Apoyo emocional

Actividad

Explorar con Jorge las razones que desencadenan su temor a perder parte de su brazo, y favorecer la expresión verbal y no verbal como medio para disminuir la respuesta emocional.

Fundamento

Las quemaduras son formas de traumatismo agudo, impredecibles y devastadoras que afectan tanto a la salud física como psicológica de la persona. Con la mejora de la atención médica, muchas personas quemadas sobreviven la fase aguda de recuperación, pero deben lidiar con sus efectos psicológicos a largo plazo, considerados como complejos y cambiantes de una persona a otra¹⁶⁵. En la práctica de enfermería es fundamental atender en su totalidad los mensajes que se reciben, prestando mayor atención a los elementos no verbales y paraverbales, y dedicando el tiempo necesario para entender al lenguaje como un todo complejo que puede mejorar la calidad de atención, o lo que comúnmente se describe como la escucha activa¹⁶⁶.

Comentar con los profesionales de psicología lo observado en Jorge para que ellos puedan trabajar con él en esos aspectos específicos y otros más que consideren necesarios.

Los problemas psicológicos más comunes que enfrentan las personas con lesiones por quemaduras son dolor, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, aislamiento social, y preocupación por la desfiguración corporal y la carga financiera asociada a las prolongadas y recurrentes estancias hospitalarias, y a los tratamientos requeridos. Por lo tanto, es imperativo que todas las personas con quemaduras sean valoradas por un equipo multidisciplinario que incluye a profesionales de psicología para la detección de posibles morbilidades psiquiátricas. Junto con esto, también se hace imprescindible la sensibilización del personal que labora en las áreas de quemados sobre las necesidades psicológicas de estas personas¹⁶⁷.

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 4 – Temor

En la valoración general realizada a Jorge se obtuvo una puntuación diana inicial de 14 puntos (73.3%) que se logró llevar a una puntuación diana post – intervención de 19 puntos (100%) mediante la aplicación de intervenciones enfermeras dirigidas a la disminución del temor y la carga emocional que el tratamiento quirúrgico le estaba generando a Jorge.

Dentro de la Categoría 2: Esfera psicológica se identificó al temor y la preocupación como sentimientos constantes que Jorge experimentó en torno a la integridad física y funcional de su brazo, a la posible pérdida de este ante el fracaso del tratamiento quirúrgico, y a las posibles consecuencias que esto último tendrían para él y su familia. Esto se ve reflejado cuando externa que:

D4: “[...] mi mayor miedo es perder parte de mi brazo, los injertos no funcionaron como se esperaba y, según me comentaron los médicos, si este colgajo no queda entonces lo siguiente sería la amputación, y no quiero llegar a eso.”

Al respecto Cázares menciona que el duelo es una respuesta emocional ante la pérdida real, percibida o anticipada de algo a lo que se le asigna una importancia especial en la vida¹⁶⁸, como fue el caso de Jorge con su brazo.

Por otra parte, se tiene al duelo anticipado que se desarrolla en una situación reversible que no está aconteciendo en la realidad, sino en un futuro virtual que resulta de la suposición de un determinado desenlace.

Si bien, resulta complejo y fuera del alcance profesional de enfermería posicionar a Jorge en alguna de las cinco etapas del duelo propuestas por Kübler – Ross en 1998, sí se pudo identificar su respuesta emocional ante la posible pérdida y canalizarlo al servicio de psicología para que lo ayudaran a desarrollar herramientas, que le permitan llevar a cabo un duelo anticipado

exitoso, y otros mecanismos de adaptación que se ajustaran a su nueva realidad¹⁶⁹. Sin embargo, el desarrollo del duelo anticipado se logró detener gracias al trabajo que los profesionales de psicología hicieron con Jorge para el control de la respuesta emocional ante el riesgo de disfunción del colgajo.

Lo anterior también se puede apreciar en su evolución registrada en el diario de campo, al pasar de un Jorge que, si bien, rara vez expresaba de manera verbal su temor y preocupación, pero que sí lo comentaba con su madre y lo reflejaba con el compromiso que mostraba hacia sus tratamientos, a uno que evidentemente se observaba más feliz, relajado y adaptado a la situación, y que además se escuchaba más animado, optimista y con esperanzas de cara a un futuro en el que sí se veía.

Etiqueta diagnóstica 5: Conflicto del rol parental

Tabla 8: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 5 – Conflicto del rol parental

Dominio 7: Rol y relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Conflicto del rol parental relacionado con la interrupción en la vida familiar a causa del régimen terapéutico manifestado por la alteración de sus rutinas y preocupación por la pérdida de algunas de sus capacidades físicas para retomar su trabajo de manera inmediata, refiriendo que *“me estoy perdiendo una etapa en la vida de mi hija que no se volverá a repetir y me gustaría ya salir para estar con ella en su primer cumpleaños”*.

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
	Descripción de los cambios de rutina con relación a las capacidades físicas	3	4	4
Desempeño del rol	Desempeño de las conductas del rol parental	4	4	4
	Expresa verbalmente preocupación por la pérdida temporal de su rol como padre	4	5	5
		11	13	13
Mantener a: 11 (84.6%)	Aumentar a: 13 (100%)	Total alcanzado: 13 (100%)		

Escala de medición Desempeño del rol:

Inadecuado - 1; Ligeramente adecuado - 2; Moderadamente adecuado - 3; Sustancialmente adecuado - 4; Completamente adecuado - 5.

Intervención (NIC)

Fomentar el rol parental

Actividad

Escuchar los problemas y preocupaciones de Jorge respecto a su rol como padre, y a la vez de su rol laboral, para proveer a su familia de los recursos básicos.

Animar a Jorge a mantener un apego a su tratamiento y rehabilitación para que tenga una mejor adaptación a su nuevo rol parental temporal, o permanente, de acuerdo a sus capacidades físicas y en concordancia con las recomendaciones derivadas de sus consultas con psicología.

Fundamento

Enfermería mantiene una relación estrecha entre el cuidado humanizado y la comunicación terapéutica, lo que le permite al profesional de enfermería reconocer algunas de las necesidades de la persona e intentar comprenderlas para así convertirse en un medio de apoyo y favorecer su recuperación. Es indispensable que el cuidado implique una cercanía y vinculación entre el profesional de enfermería y la persona susceptible de cuidado, y así se facilite la colaboración de la persona en su proceso de atención para la búsqueda de su recuperación¹⁷⁰.

Se entiende como conflicto a la oposición de comportamientos, valores, metas o puntos de vista. Cuando éste se aborda de manera adecuada puede convertirse en una oportunidad de desarrollo y crecimiento personal, en tanto que el conflicto sea resuelto de una manera constructiva. Por su parte, el rol parental suele causar conflictos entre los miembros debido a que su desarrollo se ve condicionado por la seguridad que se tiene al ejercerlo y la carga social de lo que se espera realice cada rol. Sin embargo, toda persona desempeña dichos roles desde su posición, bajo sus dinámicas y recursos disponibles¹⁷¹.

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 5 – Conflicto del rol parental

El puntaje diana inicial obtenido tras la primera valoración de Jorge fue de 11 puntos (84.6%) y mediante intervenciones dirigidas, ejecutadas en la continuidad del cuidado, y que incluían la escucha activa y la participación multiprofesional con el apoyo de los profesionales de psicología, se logró apoyarlo de forma que el puntaje diana post – intervención aumentó a 13 puntos (100%).

De nuevo, lo que se identificó dentro de la Categoría 2: Esfera psicológica es la angustia de Jorge ante el tiempo transcurrido de hospitalización y la separación con su familia, en especial con su pareja e hija a quienes no vio en un largo período de tiempo y por quienes deseaba volver para estar presente en sus vidas. Lo anterior dejó ver que Jorge experimentó un cambio en su rol como padre y que esto también le preocupaba.

Al respecto, en un estudio realizado en personas hospitalizados en Brasil, se describe que, ante una estancia prolongada en los centros de quemados, donde existen restricciones sobre la visita del familiar, pueden surgir sentimientos de soledad, angustia, ansiedad y frustración, además de aflicciones relacionadas con su vida fuera del espacio hospitalario, su trabajo y su familia. Relacionado a lo anterior, en México durante mucho tiempo se consideró como ideal la familia nuclear, conformada por un padre proveedor, cuya prioridad se centraba en el bienestar de todos los integrantes, y una madre encargada del cuidado y educación de los hijos. Sin embargo, ese ideal se ha ido transformando a través de los años con la entrada de las mujeres al mundo laboral en busca de un ingreso económico estable y como un apoyo para el sustento, influyendo directamente en la dinámica familiar y en la modificación de sus roles y funciones asignadas¹⁷².

También, resulta relevante mencionar que la concepción del ideal de familia es una construcción meramente social que depende de la cultura y costumbres propias de cada localidad¹⁷³, lo que puede explicar el origen de la preocupación de Jorge

respecto al cambio en su rol parental que él percibe. A pesar de tener una sólida red de apoyo familiar que lo apoyó en todo momento durante su recuperación y estancia hospitalaria, él nunca dejó de percibirse como el padre de familia proveedor, sin embargo, esta percepción entraba en conflicto con el hecho de que llevaba semanas sin ver a la familia de la cual él se sentía responsable, sabiendo que su lugar estaba siendo ocupado por otros familiares, como el suegro, y que además había dejado de estar presente, en particular, para su hija. Más allá de pensarlo como algo negativo, aceptó y agradeció la ayuda proporcionaba, y era consciente que al regresar a casa no iba a poder desarrollar como antes su rol parental, principalmente el de proveedor principal, pero sí podía seguir siendo el padre de su hija, una pareja, y los demás roles que tenía.

Ante esta situación, se le permitió a su red de apoyo proporcionarle fotografías de su familia, para que pudiera, de esta forma, sentirse cercano a su hija; y como motivación extra él sabía que al salir del hospital podría estar nuevamente con su hija y, posiblemente, estar a tiempo para celebrar su primer cumpleaños, tal y como lo refleja en los siguientes discursos:

D5: *“[...] es mucho el tiempo que he estado aquí, extraño a mi esposa e hija, y en general mi vida antes de mi accidente y de estar en el hospital.”*

D6: *“[...] me estoy perdiendo una etapa en la vida de mi hija que no se volverá a repetir y me gustaría poder, al menos, estar con ella en su primer cumpleaños.”*

D7: *“[...] me lo trajeron ayer (mostrando un llaverito con una fotografía de su familia), esta foto nos la tomaron justo un día antes de mi accidente...fue una salida familiar. Aquí mi hija tenía como ocho meses, y espero salir pronto para verla...espero sea antes de que cumpla su primer año.”*

Etiqueta diagnóstica 6: Riesgo de lesión por presión en adultos

Tabla 9: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 6 – Riesgo de lesión por presión en adultos

Dominio 11: Seguridad / Protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Riesgo de lesión por presión relacionado con la estancia prolongada en cama por técnica quirúrgica de colgajo marsupializado inguinal.

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Hidratación	4	5	5
	Integridad de la piel	5	5	5
	Déficit nutricional: porcentaje de ingesta de líquidos y alimentos	5	5	5
		14	15	15
Mantener a: 14 (93.3%)	Aumentar a: 15 (100%)	Total alcanzado: 15 (100%)		

Escala de medición Integridad tisular – piel y membranas mucosas:

Gravemente comprometido - 1; Sustancialmente comprometido - 2; Moderadamente comprometido - 3; Levemente comprometido - 4; No comprometido - 5.

Intervención (NIC)

Prevención de lesiones por presión (LPP)

Actividad

Utilizar la Escala de Braden para valorar los factores de riesgo de Jorge.

Fundamento

La escala de Braden evalúa la vulnerabilidad de la persona a los factores estresantes, e incluye seis factores de riesgo diferentes:

- Percepción sensorial: capacidad para responder significativamente al malestar relacionado con la presión.
- Humedad: grado en que la piel está expuesta a la humedad.
- Actividad: grado de actividad física.
- Movilidad: capacidad para controlar la posición del cuerpo.
- Nutrición: patrón habitual de ingesta de alimentos.
- Fricción y cizallamiento.

Una puntuación total de 23 no revela ningún riesgo para el desarrollo de una lesión por presión, mientras que una puntuación menor a 16 indica que debe haber una recomendación para una consulta de nutrición y/o fisioterapia. En diversos estudios esta escala demostró ser útil para predecir lesiones graves en personas con quemaduras¹⁷⁴.

Disminuir el exceso de humedad en la piel a causa de la transpiración y el exudado de las heridas.

La exposición continua a la humedad (orina, sudor, etc.) y el incremento del pH de la piel tiene como consecuencia el daño directo de la ésta. El mecanismo más usual y complejo se desarrolla a través de la acción de enzimas digestivas, microorganismos y otros irritantes químicos que existen en las heces y exudados. Éstos descomponen la urea en amoníaco, alcalizan la piel y, por lo tanto, destruyen la barrera dermolipídica. Al formarse estas discontinuidades en dicha barrera se facilita la entrada de irritantes químicos, desencadenando una respuesta inflamatoria en la que se liberan histaminas, lo que incrementa aún más el daño causado al tejido¹⁷⁵.

Aplicar el protocolo para prevención de LPP establecido por el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII.

Este protocolo contempla cambios posturales cada dos horas; el uso de aditamentos de espuma para la liberación de zonas de presión; un plan de actividades y movimientos de la persona; la conservación de una posición fisiológica; la movilización de la persona sin arrastrarla para evitar la fricción y los movimientos de cizalla; el mantenimiento de la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado; y el posicionamiento de la persona en decúbito lateral sin exceder un ángulo de 30° de inclinación.

Se tiene que la presión continua de la piel, por más de dos horas, sobre una superficie de apoyo que sobrepase la presión capilar media (28 a 32 mmHg), disminuye o bloquea la irrigación sanguínea del tejido, lo que lleva a un daño progresivo que puede llegar incluso a la muerte celular¹⁷⁶.

Con la finalidad de disminuir el riesgo, ya mencionado, se recomienda realizar cambios de posición continuamente cada dos horas, sin embargo, la frecuencia será determinada por el estado de salud general, el nivel de actividad demostrado por la persona, y de acuerdo a los objetivos del tratamiento¹⁷⁷.

Diversas investigaciones también han estudiado el rol de los apósitos para la prevención de LPP. Los apósitos hidrocoloides y de espuma se consideran como los principales, sin embargo, son los segundos los que han tenido un mayor respaldo científico¹⁷⁸.

Mantener la ropa de cama limpia, seca, y sin arrugas.

Se ha demostrado una relación directa entre el desarrollo de LPP y la técnica de tendido de cama; si ésta no se realiza conforme a la técnica de tipo cartera y se deja por fuera la atención a las arrugas formadas, entonces se incrementará la fuerza de fricción y cizallamiento¹⁷⁹.

Evitar el agua caliente y utilizar jabón neutro, sin alcohol, para los baños de esponja, y posteriormente humectar la piel seca intacta.

La constante exposición a la humedad y fuerzas de presión, cizalla o de roce – fricción, incrementa el riesgo de lesiones en la piel, por lo que se deben intensificar los cuidados para evitar las condiciones mencionadas. Entre las intervenciones a realizar se recomienda el uso de jabones o soluciones limpiadoras con bajo potencial irritativo y un pH cercano al de la piel. Mientras que el uso de cualquier producto que contenga alcohol para la higiene de la piel se encuentra contraindicado¹⁸⁰.

Asegurar una nutrición adecuada alta en proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías.

La ingesta nutricional de las personas con lesiones graves, especialmente las personas con quemaduras extensas, suele estar reducida y, por lo tanto, se debe reforzar la suplementación nutricional¹⁸¹. El aumento en la ingesta de proteínas se ha relacionado con la eficacia para reducir la incidencia de LPP en un 25% en personas con riesgo. Las proteínas son indispensables para la reparación de los tejidos, y se necesitan para mantener un equilibrio positivo del nitrógeno; todas las etapas de la cicatrización de heridas, incluida la proliferación de fibroblastos; la síntesis de colágeno; la angiogénesis, y la función inmune. La vitamina A, por su parte, promueve la agregación de monocitos y macrófagos; aumenta la cantidad de macrófagos y monocitos en la herida; sostiene las superficies mucosas y epiteliales, y aumenta la formación de colágeno. Mientras que la vitamina C incrementa la absorción de hierro y la resistencia a las infecciones; promueve la migración de los glóbulos blancos a la herida, y estimula la actividad de neutrófilos y fibroblastos necesaria para la angiogénesis. Finalmente, la vitamina K resulta fundamental para la producción de protrombina y otras proteínas de coagulación, producidas en el hígado y necesarias para las fases iniciales de la cicatrización de heridas¹⁸².

La preparación de las dietas no se encuentra a cargo de enfermería, sin embargo, es posible llevar el control de toda su ingesta alimentaria y explicarle la importancia y beneficios de una adecuada alimentación.

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 6 – Riesgo de lesión por presión en adultos

Der la valoración inicial de Jorge se obtuvo una puntuación diana inicial de 14 puntos (93.3%), que se transformó al momento de su egreso en un puntaje diana post intervención fue de 15 puntos (100%). El riesgo de LPP se mantuvo latente durante su estancia, sin embargo, nunca llegó a convertirse en un diagnóstico real gracias al conjunto de intervenciones realizadas.

De acuerdo con lo registrado en el diario de campo, la implementación del protocolo institucional para la prevención de lesiones por presión, en conjunto con el resto de las intervenciones y el uso adecuado de los dispositivos terapéuticos disponibles, como la cama Progressa® que permitía programar cambios posturales que alternaran la presión y otros aditamentos que aliviaban la presión, contribuyeron a mantener la situación como un riesgo sin que evolucionara a un problema real. No sin dejar de lado que, la otra parte del trabajo la realizó, en gran medida, Jorge al mostrar disposición para realizar de manera independiente sus cambios de posición dentro de sus límites posibles y con los recursos disponibles.

Jorge nunca mencionó directamente algo relacionado con los aspectos de riesgo y/o prevención de lesiones por presión (LPP), lo que dio paso a un análisis que partió de dos supuestos: la autoconsciencia del riesgo y la educación para la salud. En la autoconsciencia del riesgo, no lo manifestó verbalmente durante las guardias, pero sí a través de su lenguaje corporal y su misma independencia para realizar por su cuenta los cambios posturales que consistían en la movilización de sus extremidades derechas, así como ligeras lateralizaciones derechas del cuerpo para liberar presión. También influyeron sus factores básicos condicionantes, resaltando su edad, estado de desarrollo y capacidad de razonamiento, que fueron favorables para evitar que el riesgo evolucionara. Por otro lado, en la educación para la salud brindada por enfermería para la prevención de LPP, Jorge no resaltó ninguna de las actividades realizadas con este fin durante las valoraciones diarias, suponiendo con esto que no se tuvo un impacto significativo en él para que desarrollara una autoconsciencia sobre este riesgo, y lo asumía como algo rutinario.

Etiqueta diagnóstica 7: Riesgo de infección

Tabla 10: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 7 – Riesgo de infección

Dominio 11: Seguridad / Protección

Clase 1: Infección

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Riesgo de infección relacionado con presencia de catéter venoso central de inserción periférica (PICC), sonda transuretral (STU) y colgajo marsupializado inguinal susceptibles a la entrada de agentes patógenos.

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
Control del riesgo: proceso infeccioso	Identifica los factores de riesgo de infección	5	5	5
	Identifica signos y síntomas de infección	5	5	5
	Uso de precauciones universales	5	5	5
Severidad de la infección	Fiebre	5	5	5
	Conteo leucocitario de 6.9 mm^3	5	5	5
	Drenaje purulento	5	5	5
	Características macroscópicas de diuresis	5	5	5
		35	35	35
Mantener a: 35 (100%)	Aumentar a: 35 (100%)	Total alcanzado: 35 (100%)		

Escala de medición Control del riesgo – proceso infeccioso:

Nunca demostrado - 1; Raramente demostrado - 2; A veces demostrado - 3; Frecuentemente demostrado - 4; Siempre demostrado - 5.

Escala de medición Severidad de la infección:

Grave - 1; Sustancial - 2; Moderado - 3; Leve - 4; Ninguno - 5.

Intervención (NIC)

Control de infecciones

Actividad

Aplicar las medidas estándar para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y protocolos establecidos por el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII y el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ).

Fundamento

De acuerdo a las acciones esenciales establecidas por el Consejo de Salubridad General, se tiene que los índices en aumento de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) representan una preocupación importante, tanto para las personas hospitalizadas como para los profesionales de la salud. Entre las IAAS más comunes se encuentran las infecciones de vías urinarias, infecciones asociadas al uso de catéteres, infecciones de sitio quirúrgico, bacteriemias y neumonía, entre otras¹⁸³. Es así que la prevención y control de infecciones y contaminación cruzada resulta indispensable, por lo que toda persona hospitalizada durante su estancia en el INR debe ser identificadas según el protocolo de atención, como: pacientes con precauciones estándar (tarjeta roja) para personas sin datos de infección infectocontagiosa;

pacientes con precauciones de contacto (tarjeta amarilla) para personas con infecciones por transmisión directa; pacientes con precauciones por gotas (tarjeta verde) para personas con infecciones transmisibles por gotas; pacientes con precauciones por microgotas (tarjeta azul) para personas con infecciones transmisibles por microgotas; pacientes inmunocomprometidos (tarjeta gris) para personas que tienen alterado uno o varios mecanismos de defensa por lo que son susceptibles a infecciones oportunistas; pacientes con precauciones por colonización de agentes multi – drogo resistentes o de interés epidemiológico (tarjeta naranja)¹⁸⁴.

Las precauciones estándar se deben aplicar en todo momento e incluyen el lavado higiénico de manos en sus cinco momentos, el uso de equipo de protección personal (EPP) (guantes, bata, lentes, cubrebocas) y el manejo adecuado de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) de acuerdo al protocolo institucional¹⁸⁵.

Para la atención de la persona con quemadura, dentro del CENIAQ, se agrega el uso obligatorio del uniforme quirúrgico y del gorro como parte del EPP, y se asignan cuartos aislados para una o dos personas máximo, conservando una separación mayor a un metro de distancia, y cada unidad equipada con material de consumo y contenedores de RPBI individuales, y una bata limpia, no estéril, por persona hospitalizada que se cambia cada turno o cuando se ha tenido contacto con secreciones o

Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la manipulación de los dispositivos invasivos que Jorge emplea: catéter venoso central de inserción periférica (PICC) y sonda transuretral (STU).

Administrar el tratamiento antibiótico (Ertapenem, Ampicilina, Colistimetato de sodio) y antifúngico (Fluconazol) indicado como medio profiláctico.

superficies contaminadas. Así mismo el equipo y material médico se limita al uso individual por persona o, en su caso, la desinfección de éste previo y posterior a su uso.

Para hacer frente a las principales IAAS, diversos organismos han diseñado programas de control denominados “paquetes de medidas de atención” o *bundles*¹⁸⁶ dentro de los cuales se incluye al Programa Integral de Seguridad (CUSP) de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud de los EE. UU.¹⁸⁷. Sin embargo, cada centro institucional suele recurrir a sus propios protocolos e implementarlos con base en las necesidades requeridas.

Las heridas por quemaduras son rápidamente colonizadas por microorganismos de origen endógeno y exógeno, especialmente bacterias grampositivas, como los estafilococos, que a menudo están presentes en las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos expuestos¹⁸⁸. El uso de profilaxis antibiótica sistémica en quemaduras es controvertido; en el contexto agudo se recomienda que esta profilaxis podría usarse en pacientes que necesitan cirugía invasiva, pero no en aquellos que solo requieran cambios de apósito¹⁸⁹.

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 7 – Riesgo de infección

Tras realizar la valoración inicial se calculó una puntuación diana inicial de 35 puntos (100%) y tras la aplicación de las intervenciones revisadas se logró evitar algún proceso infeccioso en los dispositivos invasivos, en el sitio quirúrgico o a nivel sistémico, manteniendo así la puntuación diana post – intervención en 35 puntos (100%).

Dentro de la Categoría 1: Esfera fisiológica también se percibió como Jorge se mantenía al pendiente de los cuidados que le realizaban a los dispositivos invasivos que mantenía, como su catéter PICC, y a la explicación del porqué de las diferentes intervenciones que se le realizaban en éstos mismos y en sus heridas. No hubo una verbalización directa de los signos y síntomas de infección, pero sí denotaba una consciencia sobre la importancia de identificar datos tempranos de una posible infección y de trabajar en conjunto con el equipo de atención de salud durante las curaciones y revisiones, mostrando disposición y avisando sobre cualquier cosa no que consideraba normal, tal y como se puede apreciar en sus respuestas:

D8: “Sí, ayer solo lo vinieron a revisar (el catéter PICC) y dijeron que seguía bien la curación, que creo, la cambiaron hace como tres o cuatro días [...], y ya no se me ha regresado la sangre como con las otras que me ponían (accesos venosos periféricos) [...], ya solo cuido de no aplastar la vía para que no empiece a sonar la bomba (de infusión).”

D9: “Me la retiraron hoy en la mañana (la sonda transuretral), ya me había acostumbrado a tenerla y ya no me molestaba, [...] me dijeron que solo había sido para la cirugía y ya no era necesario que la tuviera [...], igual y ya puedo moverme un poco más para usar el pato [...].”

El trabajo preventivo, realizado a través de las intervenciones seleccionadas, se aplicó de manera continua e involucró a todo el equipo multidisciplinario de salud, a Jorge, y a su familiar con la intención de que el riesgo no se convirtiera en algo real.

Etiqueta diagnóstica 8: Riesgo de disfunción neurovascular periférica

Tabla 11: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 8 – Riesgo de disfunción neurovascular periférica

Dominio 11: Seguridad / Protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionado con tratamiento quirúrgico enfocado a la vascularización del colgajo marsupializado inguinal.

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
Perfusión tisular: periférica	Llenado capilar en zona de colgajo	5	5	5
	Parestesia	5	5	5
	Edema en la zona del colgajo (periférico)	3	5	5
Curación de las quemaduras	Porcentaje de zona del colgajo adherida	4	5	5
		17	20	20
Mantener a: 17 (85%)	Aumentar a: 20 (100%)	Total alcanzado: 20 (100%)		

Escala de medición conjunta adaptada Perfusión tisular – periférica:

Desviación grave del rango normal - 1; Desviación sustancial del rango normal - 2; Desviación moderada del rango normal - 3; Desviación leve del rango normal - 4; Sin desviación del rango normal - 5.

Escala de medición Curación de las quemaduras:

Ninguno – 1; Escaso - 2; Moderado - 3; Sustancial - 4; Extenso - 5.

Intervención (NIC)

Manejo de la sensibilidad periférica alterada

Actividad

Indagar si existe parestesia o alguna sensación de entumecimiento, hormigueo, hiperestesia o hipoestesia, y/o dolor, y brindar la educación necesaria para que Jorge pueda expresarlo prontamente en caso de presentar alguno de los síntomas.

Fundamento

La perfusión tisular de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo humano aporta los sustratos indispensables para el metabolismo de las células; este aporte sanguíneo puede tener alteraciones y al mismo tiempo no contar con los mecanismos compensadores suficientes. Por esto, la valoración de enfermería está enfocada en identificar los signos y síntomas de cuando dicho aporte se encuentra afectado, sin embargo, los parámetros habituales como la tensión arterial o la frecuencia cardíaca suelen ser insuficientes para un seguimiento terapéutico adecuado, ya que éstos se alteran una vez que los mecanismos compensatorios ya han fracasado en su totalidad. Por lo tanto, se debe mantener vigilado el estado cardiovascular (gasto cardíaco y perfusión tisular) mediante la valoración de la presión venosa central, el estado de conciencia, la diuresis, el llenado capilar y la coloración de la piel¹⁹⁰, así como también recurrir a la propia persona para que describa sus sensaciones.

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 8 – Riesgo de disfunción neurovascular periférica

EL puntaje diana inicial obtenido en la valoración general de Jorge fue de 17 puntos (85%) y por medio de las intervenciones realizadas se alcanzó una puntuación diana post – intervención de 20 puntos (100%), logrando mantener un adecuado estado neurovascular periférico (ENVP) y evitando que se presentara algún dato de compromiso o disfunción del colgajo. Se mantuvo un seguimiento estrecho del estado neurovascular del colgajo mediante la valoración continua, en cada turno por parte de enfermería, de los siguientes elementos clave: coloración, sensibilidad, temperatura, llenado capilar, presencia de pulsos y dolor. Así mismo, también se le explicaron a Jorge los datos de alarma para que pudiera dar aviso en caso de presentar alguno o identificar algo fuera de lo normal en su colgajo.

La monitorización del ENVP del colgajo se realizó durante las tres semanas que se mantuvo adherido, teniendo un mayor cuidado en la primera semana del postoperatorio al ser considerado como un período crítico para la identificación de signos de alarma que pudieran indicar algún problema que afectara o impidiera la adherencia del colgajo. Durante el postoperatorio inmediato la valoración fue parcial, al seguir bajo efectos residuales de la anestesia (movilidad y sensibilidad distal disminuida) y al mantenerse cubierto el sitio del colgajo, pero 24 horas después, y durante todo su periodo de evolución, sí fue posible valorar cada uno de los elementos de interés del colgajo. Estas intervenciones concluyeron con la liberación del colgajo adherido exitosamente tras tres semanas de evolución.

Al igual que en evaluaciones anteriores, esta se ubica dentro de la Categoría 1: Esfera fisiológica en donde se hizo evidente la consciencia que Jorge tenía sobre la importancia de una monitorización estrecha a su colgajo y la detección oportuna de datos de alarma, manteniéndose también él muy atento a la aparición de éstos y a todo lo que le decían y realizaban, tal como se puede apreciar en sus siguientes comentarios a lo largo de su evolución postquirúrgica:

D10: *“Aún no siento nada ni me duele tampoco (en la zona del colgajo del antebrazo izquierdo), todavía tengo la anestesia, pero creo que ya empiezo a mover los dedos ¿no? ¿Si los estoy moviendo?”*

D11: *“Sí, han estado viniendo todo el día a revisarlo (el colgajo), me piden que mueva los dedos, lo observan y lo tocan para sentir su temperatura [...], me dijeron que esta primera semana es la más importante para ver si sí funcionara el colgajo [...], me dicen que va evolucionando muy bien.”*

D12: *“Ya en esta semana me liberan el brazo, ¡esta vez sí funcionó, todo salió bien y seguiré con mi brazo [...], me han dicho que quedó muy bien!”*

Etiqueta diagnóstica 9: Disposición para mejorar la esperanza

Tabla 12: Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 9 – Disposición para mejorar la esperanza

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

Disposición para mejorar la esperanza manifestado verbalmente por Jorge respecto al apego al tratamiento y la voluntad de alcanzar sus objetivos personales ante la adversidad que se le ha presentado.

Resultado (NOC)	Indicador	Puntuación diana		
		PI	PE	PPI
Esperanza	Expresión de optimismo	3	4	4
	Establecimiento y seguimiento de objetivos	4	5	5
Afrontamiento de problemas	Obtiene ayuda de un profesional sanitario	5	5	5
		12	14	14
Mantener a: 12 (85.7%)	Aumentar a: 14 (100%)	Total alcanzado: 14 (100%)		

Escala de medición Esperanza y Afrontamiento de problemas:

Nunca demostrado - 1; Raramente demostrado - 2; A veces demostrado - 3; Frecuentemente demostrado - 4; Siempre demostrado - 5.

Intervención (NIC)

Mejorar el afrontamiento

Actividad

Proporcionar a Jorge información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Ayudar a Jorge a identificar o replantear sus objetivos y a evaluar los recursos con los que dispone para alcanzarlos.

Fundamento

En el entorno hospitalario la comunicación se convierte en un factor clave para crear una relación integral y de calidad entre el profesional de enfermería y la persona¹⁹¹. La orientación terapéutica forma parte de la comunicación y la cadena del buen trato, su objetivo principal es disminuir la ansiedad de las personas frente a los procesos clínicos al responder a sus preguntas, explicar las consecuencias respecto a su situación clínica, y brindar apoyo para resolver problemas relativos a la toma de decisiones terapéuticas¹⁹².

Enfermar suele ser una experiencia de ruptura y desencadenar crisis, haciendo referencia a la transformación en torno a todos los aspectos que integran a la persona, desde lo físico, psicológico, social hasta lo espiritual. Las enfermedades además alteran el entorno que rodea a una persona y sus relaciones interpersonales, modifica su estilo de vida y sus roles al obligarlo a estar aislado, trunca los proyectos, y el centro de atención se dirige a la enfermedad, de forma que, lo que se consideraba urgente ahora pasa a un segundo plano, y lo prioritario ahora es la recuperación, obligando a la persona a replantearse sus objetivos¹⁹³.

Evaluación

Plan de intervención para la etiqueta diagnóstica 9 – Disposición para mejorar la esperanza

A partir de la valoración inicial se obtuvo una puntuación diana inicial de 12 puntos (85.7%) que se logró elevar hasta alcanzar una puntuación diana post – intervención a 14 puntos (100%).

El objetivo de las intervenciones seleccionadas fue que Jorge reforzara y encaminara sus objetivos para que mejorara su bienestar psicológico y social, e identificara sentimientos y emociones que pudieran interferir con su apego al tratamiento o retrasar su recuperación para que pudieran ser trabajadas. Las intervenciones se realizaron desde el inicio del período de trabajo con Jorge y se reforzaban ante eventos o señales que fueron interpretadas por el equipo de trabajo como decaídas y amenazas para su recuperación.

Como se ha visto, dentro de la Categoría 2: Esfera psicológica fue notorio el temor que Jorge presentó ante el riesgo de perder una parte de su cuerpo, junto con la preocupación y angustia por el tiempo que llevaba hospitalizado, lejos de casa y separado de su familia. Ante esta situación se empezó a trabajar con él, en diferentes momentos, para establecer objetivos que estuvieran a su alcance dentro del instituto y que lo mantuvieran con un ánimo adecuado que le permitiera seguir trabajando, en conjunto con el personal, para conseguir su objetivo mayor inmediato que era el de no perder su colgajo y poder irse de alta lo más pronto posible. A pesar de todo, Jorge se mostró la mayor parte del tiempo con una buena disposición, atento a toda la información que se le brindaba sobre su condición y evolución, con una actitud participativa y cooperadora para su tratamiento, sin minimizar la participación e intervención por parte de los profesionales de enfermería que fue indispensable para su progreso, aunque ésta pudiera no haber sido reconocida directamente por Jorge. Al respecto, Zambrano comenta que el perfil del profesional de enfermería que brinda cuidados a personas en áreas críticas, y en general dentro de un contexto intrahospitalario, debería ser un perfil integrador en el que exista la sensibilidad y empatía mientras se proporciona un cuidado humanizado e integral, que no solo se oriente hacia una visión biomédico – biologicista enfocado únicamente en los sistemas

que conforman el cuerpo humano. El apoyo y acompañamiento social y espiritual que brinda enfermería no se limita al turno, sino que es continuo, y complementa la asistencia biológica y psicológica que también se otorga, obteniendo así un sustento para las intervenciones que se realizan. También se tiene que las relaciones personales que se desarrollan entre la persona y el profesional ejercen un efecto terapéutico que puede ser determinante en el éxito de los cuidados y tratamiento de la persona, al disminuir el sentimiento de aislamiento, físico y social, y de soledad¹⁹⁴, que puede ser aún mayor en áreas como las terapias intensivas e intermedias en donde la estancia del familiar se limita al tiempo de visita establecido por la institución, reduciendo aún más la comunicación e interacción de la persona con aquellas cercanas a ésta. Un poco de esto se puede ver reflejado en lo que comentó Jorge tras una semana con su colgajo:

D13E: "[...] no me queda de otra (refiriéndose a la inmovilización), ya me hice a la idea de que estaré varios días así e incluso ya me he adaptado a los ligeros cambios de posición que puedo hacer por mi cuenta, [...] sé que es necesario para que pueda tener éxito el colgajo, no pierda mi mano, y pueda volver con mi familia y a trabajar...es por eso que trato de seguir todas las indicaciones."

Por otra parte, durante un proceso de enfermedad la persona presenta sentimientos negativos o preocupaciones que llegan a interferir en su proceso de recuperación y progreso, y es ahí donde se requiere que los profesionales de enfermería tengan un acercamiento con la persona para poder comprender los significados que le asignan a su padecimiento, sentimientos y comportamientos. El hecho de brindarle una información objetiva a Jorge y de trabajar de manera conjunta por sus objetivos le ayudó a sobrellevar su prolongada estancia y a disminuir los sentimientos de angustia y preocupación, de tal forma que al ser dado de alta salió con una perspectiva de vida y objetivos acorde a su situación actual que le permitirían retomar y continuar con su desarrollo en los ámbitos relevantes para él, como lo era el familiar, social y laboral. Además, durante todo su proceso fue capaz de recapacitar sobre su estado de salud e identificó todo el apoyo que estaba recibiendo. Esto lo ayudó a generar y fortalecer su disposición para su propio autocuidado y así poder retomar más adelante sus actividades diarias y, dentro de lo posible, su rol como padre, pareja, jefe de familia e hijo.

Esto último fue lo más sobresaliente dentro de la Categoría 3: Esfera social y Categoría 4: Esfera espiritual, donde la persona al ser un ser social necesita de aquellos que lo rodean y aprecian, como en este caso su familia, y a la vez son éstos mismos, junto con otras razones, quienes le brindan una motivación a la cual aferrarse para continuar y superar su proceso de enfermedad. Lo anterior concuerda con estudios de percepción y motivaciones en personas hospitalizadas en unidades de terapia intensiva donde se observa un interés de la persona para recuperarse y seguir con sus actividades, teniendo como principal motivación el trabajo, su familia y la reincorporación a la vida¹⁹⁵, tal como se percibe en la recapitulación que hace Jorge sobre su proceso de recuperación por la colocación del colgajo, y en lo mencionado por su mamá luego de la liberación de su colgajo y previo a su salida del instituto:

D14: “Al principio fue difícil estar con el brazo inmovilizado, pero después de unos días me fui acostumbrando y al final valió la pena... ¡logré conservar mi mano, ya la puedo mover un poco y ya pronto me podré ir [...], tan pronto me quiten el Drenovac dijeron que me darán de alta [...]!Espero poder retomar la vida que tenía antes de este accidente (quemadura); bueno, sé que no será la misma, pues esta experiencia me hizo pensar muchas cosas sobre el valor de la vida y me cambió la perspectiva, pero estoy dispuesto a seguir trabajando en mi rehabilitación para poder recuperar la mayor parte de la movilidad y funcionalidad de mi brazo.”

D15: “[...] vamos a seguir trabajando para que se recupere, estaremos viniendo aquí a sus consultas y veremos que siga con sus terapias para que pueda salir adelante y se pueda recuperar lo mejor posible.” – Mamá de Jorge.

Evaluación global

De acuerdo con el diseño de intervención y vinculación taxonómica se obtuvieron cinco diagnósticos enfocados en el problema, tres de riesgo y uno de promoción de la salud, obteniendo un puntaje diana inicial total de 135 puntos (82.8%). De acuerdo con la valoración y los tiempos de trabajo contemplados, se estimó un puntaje diana esperado total de 163 puntos (100%), y tras realizar las intervenciones seleccionadas el puntaje diana post – intervención total fue de 162 puntos (99.4%). Este último es un reflejo de las intervenciones seleccionadas para el cuidado de Jorge, que previo a su egreso ayudaron a la resolución de la mayoría de los diagnósticos establecidos durante su estancia hospitalaria. Con lo anterior, y retomando la Teoría de sistemas de Orem, se puede apreciar como Jorge se mantuvo dentro del sistema parcialmente compensatorio al conservar la independencia en su autocuidado y desarrollando las capacidades que le permitieron adaptarse a su nueva situación. A la vez, transitó y progresó hacia el sistema de apoyo educativo al recibir una educación sobre su cuidado y las intervenciones que le realizaban, así como también en torno a las necesidades que se le presentaron previo a su alta hospitalaria.

Aquellos diagnósticos cuya resolución se logró durante su estancia son los correspondientes a las etiquetas diagnósticas: deterioro de la integridad tisular, deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado en el baño, temor, riesgo de lesión por presión, riesgo de infección y riesgo de disfunción neurovascular periférica. Por otra parte, los diagnósticos que se mantuvieron vigentes a su egreso debido a que implicaban un proceso psicosocial complejo fueron: conflicto de rol parental y disposición para mejorar la esperanza, los cuales se espera tuvieran una resolución posterior a su egreso mediante el seguimiento que brindado por parte del servicio de psicología de quemados.

Respecto a las cuatro categorías de análisis contempladas para la combinación metodológica de las evaluaciones, se tiene que existió un mayor número de discursos que hacían referencia a la Esfera fisiológica, con ocho en total, mientras que aquellos en los que se podían distinguir sentimientos y emociones asociados a

la Esfera psicológica fueron cinco, y finalmente, elementos de la Esfera social y la Esfera espiritual únicamente fueron identificados en un discurso respectivamente.

La diferencia del número de elementos identificados en las Categorías 1 y 2: Esfera fisiológica y psicológica, con respecto a las Categorías 3 y 4: Esfera social y espiritual, se explica porque el foco de atención de Jorge se centraba en el progreso de su colgajo y en la recuperación de la funcionalidad de su brazo, en conjunto con las implicaciones psicológicas que derivaron de su prolongada estancia hospitalaria y del riesgo latente de pérdida de una parte de su cuerpo. En tanto que los elementos relacionados a su familia, seres queridos, creencias y propósito de vida, no fueron cosas que surgieran en primer plano por parte de Jorge, a menos que se hiciera una indagación más profunda. Esto en parte a que son situaciones que las personas suelen reservarse para sí mismas y que se piensa que no suelen ser “curadas o tratadas” dentro de un espacio clínico, pero también porque no es algo que los profesionales de enfermería acostumbren tomar en cuenta como parte de su valoración cotidiana. Entonces, si la pregunta no es común para la persona, tampoco la respuesta será expresada de una forma espontánea, a diferencia del dolor, malestar o limitaciones físicas que sin preguntar pueden ser manifestadas.

8. Conclusión

Para este estudio de caso se desarrolló un diseño de intervención enfocado en el cuidado integral de enfermería, para un adulto joven con un colgajo marsupializado inguinal, vinculando métodos cuantitativos y cualitativos mediante un abordaje disciplinar, empleando herramientas teórico metodológicas del método de enfermería, la Enfermería Basada en Evidencia y datos cualitativos, obtenidos a través de los reportes del diario de campo, que permitieron la realización de las intervenciones correspondientes de una manera óptima y consciente. Ante esto, se obtuvieron cinco diagnósticos enfermeros enfocados en el problema, tres de riesgo y uno de promoción de la salud, y a través de la vinculación taxonómica NANDA – NOC – NIC el puntaje diana post – intervención total fue de 162 puntos (99.42%), demostrando con ello resultados favorables que dejan ver la adecuada evolución que tuvo el estado de salud de Jorge y el desarrollo de sus capacidades de autocuidado desde el momento de la valoración inicial hasta su egreso.

Durante la aplicación del proceso enfermero y el diseño de un plan de intervenciones se identificó que el cuidado integral puede estar limitado por el escenario hospitalario, debido a que las personas, estando en un ámbito distinto al que suelen desenvolverse, experimentan cambios en torno a aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, dificultando atender cada uno de ellos con la misma premura. La mayor atención se centra en la parte fisiológica, mientras que los aspectos sociales y culturales pueden estar presentes de una forma limitada, en tanto que cuestiones psicológicas y espirituales son minimizadas, no porque no se consideren trascendentales dentro del cuidado enfermero, sino por la falta de herramientas y condiciones en las que se contemple su atención. Así mismo, se observaron restricciones relacionadas a la falta de personal para brindar los cuidados necesarios a la persona y para el registro clínico, pues aspectos como el psicológico, social y espiritual quedan fuera de la continuidad del cuidado al no ser transmitidos ni considerados con la misma importancia que las cuestiones fisiológicas, además de una inadecuada comunicación entre todo el equipo interprofesional para dar seguimiento a dichos aspectos que presenta la persona.

Por otro lado, la evolución de enfermería como ciencia constituida, la adaptación de su propio método, así como la vinculación directa con otras profesiones, marcó pautas para mejorar la toma de decisiones en el cuidado. Sin embargo, ante las necesidades actuales no resulta suficiente y es imprescindible que se incorporen modificaciones sustanciales en el actuar profesional mediante nuevas técnicas teóricas y prácticas que se incorporen al modelo de enfermería.

El presente trabajo parte de la tercera generación del método de enfermería y busca implementar un modelo en el cual se hace uso de la taxonomía NANDA – NOC – NIC y del modelo AREA, e incorpora el uso del diario de campo como herramienta para el registro información, tales como los discursos emitidos, la respuesta obtenida y las observaciones hechas por el investigador en torno a la persona durante su hospitalización, tratamiento y tras la aplicación de cada intervención. También se incluye a éste como una forma de autoevaluación y autoaprendizaje que ayuda a mejorar la práctica y el desarrollo profesional de enfermería al fomentar la deconstrucción de prácticas rígidas y “rutinarias” en el cotidiano del cuidado. Es por esto que el empleo de aspectos puramente cualitativos, como la redacción del diario de campo, brinda al investigador la oportunidad de obtener datos emergentes que permiten analizar la respuesta humana de una persona ante los cuidados proporcionados, y con ello realizar una combinación metodológica con datos cuantitativos, mediante los puntajes diana post - intervención, y cualitativos, obtenidos de los discursos, para construir una evaluación integral que contemple la perspectiva desde el profesional de enfermería e incluya la propia visión de la persona susceptible de cuidado, permitiendo así analizar el actuar de enfermería.

Por lo anterior, se propone realizar un diseño de intervenciones para el cuidado de enfermería con un enfoque integral de la persona que considere el uso de herramientas cualitativas que le permitan hacer un análisis de los discursos, tal como se realizó en este trabajo con el diario de campo, y que contribuyan al desarrollo de este nuevo modelo mediante la investigación – acción – reflexión.

9. Referencias

- 1 Aguilera – Rivera M, García – Jiménez MA, Rivero Rodríguez LF (Coord.). Aportes de enfermería UAM Xochimilco: un enfoque desde la docencia, investigación y servicio. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2022.
- 2 Barrios – Gómez E, Sánchez – Hernández E, Rocha – López L, Viveros – Gómez M. Resultados del proceso de atención en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. Rev Sanid Milit Mex [Internet]. 2016 [Consultado el 14 de enero de 2024]; 70 (3): 244 – 253. Disponible en: <https://edss.uam.elogim.com/eds/detail/detail?vid=12&sid=74d86dd8-1ce8-4ed8-aadb-49e0e4ae5ec7%40redis&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=lth&AN=119800896>
- 3 Yin, RK. Investigación de estudio de casos: Diseño y Métodos. 2ª ed. Publicaciones SAGE; 2009.
- 4 Rivas – Espinosa JG, Vargas – Esquivel LM. Formación de enfermería a través de tres corrientes pedagógicas y los paradigmas de enfermería propuestos por Kérouac. Vertientes. [Internet]. 2013 [Consultado el 14 de enero de 2024]; 8 (1 – 2). Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/32950>
- 5 González – Castillo MG, Monroy – Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 [Consultado el 14 de enero de 2024]; 13 (2): 124 – 129. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00124.pdf>
- 6 Organización Mundial de la Salud (OMS). Quemaduras. [Nota descriptiva en Internet]. Washington, DC. 2023 [Consultado el 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- 7 Visoso – Palacios P, García – Reyes MA. Revisión descriptiva de la epidemiología de las quemaduras a nivel mundial. Revista Médica de Petróleos Mexicanos [Internet]. 2018 [Consultado el 14 de enero de 2024]; 2 (9). Disponible en: <https://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/BoletinSalud/Documents/Revista%209/3.-%20Revisi%C3%B3n%20descriptiva%20de%20la%20epidemiolog%C3%ADa.pdf>
- 8 Secretaría de Salud. Cuenta México con centro de alta especialidad para atender quemaduras graves. [Internet]. Ciudad de México. 2021. [Consultado el 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/170-cuenta-mexico-con-centro-de-alta-especialidad-para-atender-quemaduras-graves>

- 9 López – Jácome LE, Chávez – Heres T, Becerra – Lobato N, García – Hernández ML, Vanegas – Rodríguez ES, Colin – Castro CA, *et al.* Microbiology and Infection Profile of Electric Burned Patients in a Referral Burn Hospital in Mexico City. *Journal of Burn Care & Research* [Internet]. 2020 [Consultado el 31 de marzo de 2024]; 41 (2): 390 – 397. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jbcr/irz177>
- 10 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo, Dirección general de Calidad y Educación en Salud. Modelo del cuidado en enfermería. [Internet]. México: Secretaría de salud; 2018 [Consultado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- 11 Uc – Chi NM, Cauich – Cob RH, Vázquez - Cauich SG, López – Navarro NE. Congruencia entre valoración cefalocaudal y certeza de los diagnósticos de enfermería. *Rev Enferm IMSS* [Internet]. 2015 [Consultado el 14 de abril de 2023]; 23 (2): 75 – 82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim152d.pdf>
- 12 Rivas – E pinosa JG, Correa – Argueta E, Bailón – Baltazar EJ, Feliciano – León MA, Gómez – Romero MD. Valoración de la persona adulta mayor con enfoque en el autocuidado. [Internet]. México: Universidad Autónoma Metropolitana. 2020 [Consultado el 13 de abril de 2023] Disponible en: <https://casadelibrosabiertos.uam.mx/pub/media/wysiwyg/pdf/valoracion-de-la-persona-adulta-mayor.pdf>
- 13 Berbiglia VA, Banfield B. Teoría del deficit de autocuidado. En: Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Barcelona: Elsevier; 2011. 265 – 285.
- 14 Sillas – González DE, Jordán Jinez ML. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm* [Internet]. 2011 [Consultado el 13 de abril de 2023]; 19 (2): 67 – 69. Disponible en: <https://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- 15 Naranjo HY, Concepción PJA, Rodríguez LM. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana* [Internet]. 2017 [Consultado el 13 de abril de 2023]; 19 (3): 89 – 100. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
- 16 Opus citatum (15), pág. 4
- 17 Opus citatum (12), pág. 21
- 18 Opus citatum (12), pág. 46
- 19 Opus citatum (12), pág. 47

- 20 Opus citatum (17)
- 21 Opus citatum (11), pág. 76
- 22 Ponti LE, Castillo RT, Vignatti RA, Monaco ME, Núñez JE. Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. Educación Médica Superior [Internet]. 2017 [Consultado el 14 de abril 2023]; 31 (4) Disponible en: <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1006/577>
- 23 Núñez S, Ramírez P, Gil M, Abarca ML & Solís JF. El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores [Internet]. 2023 [Consultado el 14 de abril de 2023]; (2) Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticaayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3555/3507>
- 24 Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Modelo del Cuidado de Enfermería. [Internet]. 2ª ed. México; 2023 [Consultado el 20 de abril de 2023] Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- 25 Morales JL. Uso y utilidad de planes de cuidados estandarizados con taxonomía NANDA – NIC – NOC en unidades de hospitalización de adultos. Nure Inv. [Internet]. 2022 [Consultado el 15 de abril de 2023]; 19 (117) Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2226/1004>
- 26 García – Rangel K, Rivas – Espinosa JG. Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC con respecto al porcentaje de sobrevida en pacientes politraumatizados. [Tesis de Licenciatura en Enfermería en internet]. México: Facultad de Estudios Superiores (FES – UNAM); 2010 [Consultado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000671814/3/0671814_A1.pdf
- 27 Miguel – Sacristán G, López – Vallecillo M. Percepción del uso de NANDA – I, NOC y NIC (NNN) en el Proceso de Atención de Enfermería. [Tesis de pregrado de Enfermería en internet]. España: Universidad de Valladolid – Facultad de Enfermería de Valladolid; 2021 [Consultado el 15 de abril de 2023]. Disponible en <https://uvadoc.uva.es/10324/47807>
- 28 Cruz GMC, Mata CMM. Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente adulto con aneurisma cerebral de la arteria comunicante anterior. Enf Neurol (Mex). [Internet]. 2011 [Consultado el 15 de abril de 2023]; 10 (3): 153 – 158 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113h.pdf>

- 29 Aguiar LL, Cordeiro – Eloia SM, Alencar – Melo GA, Alves Silva R, Cavalcante – Guedes MV, Caetano JA. Juicio clínico en diagnósticos de enfermería de pacientes renales crónicos en hemodiálisis. *Enferm Global*. [Internet]. 2020 [Consultado el 15 de abril de 2023]; 19 (58): 162 – 197. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-162.pdf>
- 30 Opus citatum (4), pág. 48 – 56
- 31 Martín – Zurro A. Capítulo 3: Atención centrada en la persona (Dimensiones clave de la atención centrada en la persona). [Internet]. En Martín – Zurro A, Cano – Pérez JF, Gené – Badia J (Eds.). *Compendio de Atención Primaria – Conceptos, organización y práctica clínica en Medicina Familiar*. 5ª ed. España: Elsevier; 2021 [Consultado el 20 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/atencion-primaria-dimensiones-clave-de-la-atencion-centrada-en-la-persona>
- 32 Cacace PJ, Giménez – Lascano G. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Rev Mex Med Fam* [Internet]. 2022 [Consultado el 30 de enero de 2023]; 9: 63 – 72. Disponible en: https://www.revmexmedicinafamiliar.org/files/rmmf_22_9_2_063-072.pdf
- 33 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Atención Integrada y Centrada en la Persona para el nuevo envejecimiento. [Internet]. México: 2022 [Consultado el 23 de abril de 2023]. Disponible en <https://www.gob.mx/inapam/articulos/atencion-integrada-y-centrada-en-la-persona-para-el-nuevo-envejecimiento>
- 34 Villalon GE. Continuidad del cuidado. *Evid actual práct ambul* [Internet]. 2021 [Consultado el 20 de abril de 2023]; 24 (1): e002112. Disponible en: <https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/6922/4524>
- 35 Opus citatum (27), pág. 1
- 36 Soto – Ramírez ER, Escribano – Hervis E. El método estudio de caso y su significado en la investigación educativa. [Internet]. En Arzola – Franco DM (coord.). *Procesos formativos en la investigación educativa. Diálogos, reflexiones, convergencias y divergencias*. Chihuahua, México: Red de Investigadores Educativos Chihuahua AC; 2019 [Consultado el 15 de abril de 2023]; 203 – 221. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=736410>
- 37 Urra – Medina E, Núñez – Carrasco R, Retamal – Valenzuela C, Jure – Cares L. Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2014 [Consultado el 15 de abril de 2023]; XX (1): 131 – 142. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441815012.pdf>

- 38 Fuster – Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propós. y Represent. [Internet]. 2019 [Consultado el 20 de abril de 2023]; 7 (1): 201 – 229. Disponible en: <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/267/615>
- 39 Opus citatum (27), pág. 11
- 40 Zabalegui A. Practica basada en la evidencia. Nursing [Internet]. 2017 [Consultado el 20 de abril de 2023]; 34 (1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-practica-basada-evidencia-S0212538217300055>
- 41 Stevens KR. The impact of Evidence – Based Practive in Nursing and the Next Big Ideas. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. 2013 [Consultado el 28 de marzo de 2024]; 18 (2): Manuscrito 4. Disponible en: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04>
- 42 Silva – Galleguillos A, Beneit – Montesinos JV, Velasco – Sanz TR, Rayón – Valpuesta E. Enfermería Basada en la Evidencia: Revisión de alcance. Cienc enferm [Internet]. 2021 [Consultado el 28 de marzo de 2024]; 27. Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/7072/6404>
- 43 Alcolea – Cosín MT, Oter – Quintana C, Martín – García A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure inv [Internet]. 2011 [Consultado el 28 de marzo de 2024]; (52). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538/527>
- 44 Cañón – Montañez W, Rodríguez – Acelas AL. Contribuciones de las revisiones sistemáticas y los metaanálisis en la educación, la investigación y la práctica de la Enfermería. Aquichan [Internet]. 2021 [Consultado el 30 de marzo de 2024]; 21 (4). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17587/6667>
- 45 Opus citatum (27), pág. 12
- 46 Scott K, McSherry R. Evidence – based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2009 [Consultado el 28 de marzo de 2024]; 18 (8): 1085 – 1095. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2008.02588.x>
- 47 Swanson JA, Schmitz D, Chung KC. How to practice Evidence – Based Medicine. Plast Reconstr Surg [Internet]. 2010 [Consultado el 30 de marzo de 2024]; 126 (1): 286 – 294. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4389891/pdf/nihms676637.pdf>

- 48 Valverde – Obando LA. El Diario de Campo. Rev Trab Soc CCSS [Internet]. 1993 [Consultado el 25 de marzo de 2024]; 18 (39): 308 – 319. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v18n391993/art1.pdf>
- 49 Luna – Gijón G, Nava – Cuahutle AA, Martínez – Cantero DA. El diario de campo como herramienta formativa durante el proceso de aprendizaje en el diseño de información. ZCR [Internet]. 2022 [Consultado el 25 de marzo de 2024]; 6 (11): 245 – 264. Disponible en: <http://148.202.248.171/zincografia/index.php/ZC/article/view/131/453>
- 50 Martínez – González A, Soto – Estrada G. Capítulo 32: Diario de campo. [Internet]. En Sánchez – Mendiola M, Martínez – González A (Eds.). Evaluación y aprendizaje en educación universitaria: estrategias e instrumentos. Ciudad de México: UNAM; 2022. [Consultado el 25 de marzo de 2024]; 527 – 541. Disponible en: <https://cuaieed.unam.mx/publicaciones/libro-evaluacion/pdf/ELibro-Evaluacion-y-Aprendizaje-en-Educacion-Universitaria-ISBN-9786073060714.pdf>
- 51 Opus citatum (48), pág. 309
- 52 Opus citatum (49), pág. 251
- 53 Opus citatum (49), pág. 248
- 54 Opus citatum (50), pág. 531
- 55 Rincón – Barajas L. El Diario de Campo como instrumento de recolección de información en el marco del Diplomado en Construcción de Redes Sociales de Comunicación. [Ensayo de Diplomado de profundización para grado en internet]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD; 2023. [Consultado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/54480/lrinconba.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- 56 Opus citatum (50), pág. 527
- 57 Blanco N, Pirela J. La complementariedad metodológica: Estrategia de integración de enfoques en la investigación social. Espacios Públicos [Internet]. 2016 [Consultado el 10 de abril de 2024]; 19 (45): 97 – 111. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/676/67646966005/html/>
- 58 Opus citatum (50), pág. 528

- 59 Opus citatum (48), pág. 313
- 60 Opus citatum (55), pág. 7
- 61 Opus citatum (58)
- 62 Opus citatum (59)
- 63 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Antecedentes. [Internet]. México: 2018 [Consultado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/g20.html>
- 64 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Nuestra Misión. [Internet]. México: 2018 [Consultado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/g21.html>
- 65 Opus citatum (63)
- 66 Secretaría de Salud. Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, a la vanguardia. [Internet]. México: 2019 [Consultado el 20 de abril de 2023] <https://www.gob.mx/salud/articulos/centro-nacional-de-investigacion-y-atencion-de-quemados-a-la-vanguardia>
- 67 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Subdirección del Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ). [Internet]. México: 2022 [Consultado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/ceniaq01.html>
- 68 Opus citatum (67)
- 69 Tortora GJ, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 15ª ed. Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana; 2018. Capítulo 5: Sistema tegumentario; 144 - 170.
- 70 Subdirección de Quemados – Instituto Nacional de Rehabilitación LGII. Guía clínica de atención al paciente gran quemado. [Internet]. Ciudad de México: 2020 [Consultado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SQ-01.pdf>
- 71 Opus citatum (70), pág. 6
- 72 Sosa – Rojano M. Estudio experimental para la clasificación del grado de una quemadura. Capítulo 2: Caracterización clásica de quemaduras; 7 – 12. Disponible en: <https://biblus.us.es/bibing/proyectos/abreproy/11162/fichero/Proyecto+Manuel+Sosa%252F+Cap%C3%ADtulo+2.pdf>

- 73 Gorordo – Del Sol LA, Hernández – López GD, Zamora – Gómez SE, García – Román MTA, Jiménez – Ruiz A, Tercero – Guevara BI. Atención inicial del paciente quemado en UCI: revisión y algoritmo. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2015 [Consultado el 30 de marzo de 2024]; 82 (1): 43 – 48. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2015/ju151g.pdf>
- 74 Żwieretło W, Piorun K, Skórka – Majewicz M, Maruszewska A, Antoniewski J, Gutowska I. Burns: Classification, Pathophysiology, and Treatment: A Review. Int J Mol Sci [Internet]. 2023 [Consultado el 20 de abril de 2023]; 24 (4), 3749. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms24043749>
- 75 Radzikowska – Büchner E, Łopuszyńska I, Flieger W, Tobiasz M, Maciejewski R, Flieger J. An Overview of Recent Developments in the Management of Burn Injuries. Int J Mol Sci [Internet]. 2023 [Consultado el 24 de enero de 2024]; 24 (22), 16357. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms242216357>
- 76 Opus citatum (74), pág. 4
- 77 Velasco – Cargua AE, Díaz – Chávez AK, Espín – Jiménez JA, Ruíz – Satán JF. Manejo de quemaduras eléctricas. RECIMUNDO [Internet]. 2020 [Consultado el 20 de abril de 2023]; 4 (1) esp: 133 – 142. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/787/1218>
- 78 Bounds EJ, Khan M, Kok SJ. Electrical Burns. StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing; 2023 [Consultado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519514/>
- 79 Opus citatum (77), pág. 135
- 80 González – Castro LF, Ávila – Vargas SV, Quezada – Rueda JT, Vivas – García SM. Fisiopatología de las quemaduras eléctricas: artículo de revisión. Rev Chil Anest [Internet]. 2019 [Consultado el 21 de abril de 2023]; 48 (2): 115 – 122. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv48n02.05.pdf>
- 81 Friedstat J, Brown DA, Levi B. Chemical, Electrical, and Radiation Injuries. Clin Plasti Surg [Internet]. 2017 [Consultado el 21 de abril de 2023]; 44 (3): 657 – 669. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5488710/pdf/nihms857767.pdf>
- 82 Opus citatum (80), pág. 118
- 83 Shih JG, Shahrokhi S, Jeschke MG. Review of adult electrical burn injury outcomes worldwide: An analysis of low – voltage versus high – voltage electrical injury. J Burn Care [Internet].

- 2017 [Consultado el 21 de abril de 2023]; 38 (1): e293 – e298. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5179293/pdf/nihms783300.pdf>
- 84 Gómez J, Rondón C, Tamayo W, Pinzón N, Bermúdez LE, Galán R. Manejo del gran quemado eléctrico y uso de colgajos musculares en hospital de IV nivel. Rev Col Cirugía Plástica y Reconstructiva [Internet]. 2020 [Consultado el 22 de abril de 2023]; 26 (2): 39 – 44. Disponible en: <https://ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/viewFile/152/pdf>
- 85 Opus citatum (77), pág. 139
- 86 Salazar – Pierotic V, Mercandino A, Vallejos M, Villalón J. Quemaduras. Contacto Científico - Rev Electr Cient Acad Clin Alem [Internet]. 2021 [Consultado el 20 de abril de 2023]; 11 (1): 24 – 28. Disponible en: https://d51h1y0hva8v.cloudfront.net/docs/default-source/revista-contacto-cient%C3%ADfico/47-71-pb.pdf?sfvrsn=c4d8b1da_0
- 87 Opus citatum (70), pág. 12
- 88 Opus citatum (80), pág. 121
- 89 Opus citatum (87)
- 90 Opus citatum (86)
- 91 Ministerio de Salud. Guía Clínica – Manejo del paciente gran quemado. [Internet]. 2ª ed. Santiago, Colombia: Minsal; 2016. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf
- 92 Opus citatum (88)
- 93 Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Paciente “Gran Quemado”. [Internet]. México: IMSS; 2009. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/040GER.pdf>
- 94 Opus citatum (70), pág. 22 – 23
- 95 Opus citatum (77), pág. 139 – 141
- 96 Avellaneda – Oviedo EM, González – Rodríguez A, González – Porto SA, Palacios – García P, Rodríguez – Pérez E, Bugallo – Sanz JI. Injertos en heridas. Heridas y Cicatrización [Internet]. 2018 [Consultado el 22 de abril de 2023]; 2 (8): 6 – 15. Disponible en:

https://heridasycicatrizacion.es/images/site/2018/junio2018/Revision_SEHER%2025_Junio_2018.pdf

- 97 Duquennoy – Martinot V, Barry L, Guerreschi P. Colgajos: generalidades. EMC – Cirugía plástica reparadora y estética [Internet]. 2023 [Consultado el 21 de abril de 2023]; 31 (1): 1 – 12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1634214323476686>
- 98 Arciénega – Llano ER, Ovando – Arciénega DI, Soliz – Alconz HV. Colgajo toracoabdominal para la cobertura de lesión traumática de mano. Gac Med Bol [Internet]. 2019 [Consultado el 20 de mayo de 2023]; 42 (1): 65 – 69. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v42n1/v42n1a11.pdf>
- 99 Márquez – Camayd E, Márquez – Torres C, Márquez – Torres C, Cruz – Aldana Y. Colgajo pediculado al hemiabdomen superior para salvar un pulgar lesionado. CCM [Internet]. 2017 [Consultado el 20 de mayo de 2023]; 21 (2): 577 – 582. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n2/ccm24217.pdf>
- 100 Piotrowska A, Zych M, Oliwa J. Application of Hyperbaric Oxygen Therapy in Skin Diseases Treatment. Med Rehabil [Internet]. 2021 [Consultado el 26 de enero de 2024]; 25 (3): 31 – 37. Disponible en: <https://rehmed.pl/resources/html/article/details?id=221616&language=en>
- 101 Mercedes PM. Uso terapéutico de Oxigenación Hiperbárica para quemaduras especiales. En Cir Plast Sacnti Spíritus [Internet]. Primera Jornada Virtual Provincial del Capítulo Espirituano de Cirugía Plástica y Caumatología; 2020 [Consultado el 26 de enero de 2024]; Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus. Cuba. Disponible en: <http://www.cirplasantisspiritus2020.sld.cu/index.php/crplass/jvccss2020/paper/view/74/0>
- 102 Jiang ZY, Yu XT, Liao XC, Liu MZ, Fu ZH, Min DH, Guo GH. Negative – pressure wound therapy in skin grafts: A systematic review and meta – analysis of randomized controlled trials. Burns [Internet]. 2021 [Consultado el 24 de enero de 2024]; 47 (4): 747 – 755. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.02.012>
- 103 Chau – Ramos EA. Funcionalidad del miembro inferior con exposición ósea con el uso de terapia con presión negativa VAC® vs. colgajo de gemelo medial. Horiz Méd [Internet]. 2023 [Consultado el 26 de enero de 2024]; 23 (2): e2192. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2192/1506>
- 104 Opus citatum (75), pág. 29

- 105 Lin DZ, Kao YC, Chen C, Wang HJ, Chiu WK. Negative pressure wound therapy for burn patients: A meta – analysis and systematic review. *Int Wound J* [Internet]. 2021 [Consultado el 24 de enero de 2024]; 18 (1): 112 – 123. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/iwj.13500>
- 106 Opus citatum (102), pág. 748
- 107 Martínez – Pizarro S. Terapia de presión negativa para tratar quemaduras. *NPunto* [Internet]. 2020 [Consultado el 24 de enero de 2024]; 3 (30): 121 – 122. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5f69a93a811e5Art8.pdf>
- 108 Wang Y, Beekman J, Hew J, Jackson S, Issler – Fisher AC, Parungao R, Lajevardi SS, Li Z, Maitz PKM. Burn injury: Challenges and advances in burn wound healing, infection, pain and scarring. *Adv Drug Deliv Rev* [Internet]. 2018 [Consultado el 24 de enero de 2024]; 123: 3 – 17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.addr.2017.09.018>
- 109 Opus citatum (105), pág. 119
- 110 Hamblin MR. Novel pharmacotherapy for burn wounds: what are the advancements. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2019 [Consultado el 24 de enero de 2024]; 20 (3): 305 – 321. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6364296/pdf/nihms-1009249.pdf>
- 111 Ravichandran P, Pruskowski KA. Pharmacologic Considerations for Antimicrobials and Anticoagulants after Burn Injury. *Eur Burn J* [Internet]. 2023 [Consultado el 26 de enero de 2024]; 4 (4): 573 – 583. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-1991/4/4/38>
- 112 VADEMECUM. Enoxaparina. [Monografía en Internet]. Madrid, España: Vidal Vademecum Spain; 2018 [Consultado el 29 enero 2024]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-enoxaparina-b01ab05>
- 113 Cruz – Nocelo EJ, Zúñiga – Carmona VH, Serratos – Vázquez MC. Tratamiento del dolor en pacientes con quemaduras severas. *Rev Mex Anesthesiol* [Internet]. 2021 [Consultado el 29 de enero de 2024]; 44 (1): 55 – 62. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rma/v44n1/0484-7903-rma-44-01-55.pdf>
- 114 VADEMECUM. Paracetamol. [Monografía en Internet]. Madrid, España: Vidal Vademecum Spain; 2022 [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-paracetamol-n02be01>
- 115 Opus citatum (75), pág. 40

- 116 Mokline A, Gharsallah L, Rahmani I, Gaies E, Tabela S, Messadi AA. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of Linezolid in burn patients. *Ann Burns Fire Disasters* [Internet]. 2018 [Consultado el 12 de diciembre de 2023]; 31 (2): 118 – 121. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6199010/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-31-118.pdf>
- 117 Qureshi ZA, Syed A, Doi Y. Safety and Efficacy of Long – Term Outpatient Ertapenem Therapy. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* [Internet]. 2014 [Consultado el 29 de enero de 2024]; 58 (6): 3437 – 3440. Disponible en: <https://journals.asm.org/doi/epdf/10.1128/aac.02721-14>
- 118 Facultad de Medicina UNAM. Ampicilina. [Ficha técnica en Internet]. México: FacMed, UNAM; s.f. [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmd/gj_2k8/prods/PRODS/Ampicilina.htm
- 119 Asociación Española de Pediatría. Colistina. [Ficha técnica en Internet]. España: AEP; 2020 [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/colistina>
- 120 Badino – Varela MG, Snitman GV, Landaburu MF, Mujica MT. Identificación fúngica en pacientes quemados. Un estudio retrospectivo y factores de riesgo. *Medicina* [Internet]. 2021 [Consultado el 29 de enero de 2024]; 81 (5): 780 – 785. Disponible en: <https://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol81-21/n5/780.pdf>
- 121 Facultad de Medicina UNAM. Fluconazol. [Ficha técnica en Internet]. México: FacMed, UNAM; s.f. [Consultado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmd/gj_2k8/prods/PRODS/Fluconazol.htm
- 122 *Opus Citatum* (12), pág. 176 – 205
- 123 Herdman TH, Kamitsuru S (Eds.). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018 - 2020*. 11ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019.
- 124 Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML (Eds.). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. 6ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019.
- 125 Butcher HK, Bulechek GM, Faan PR, Dochterman JM, Wagner C, Mba RP (Eds.). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019.

- 126 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Plan de Cuidado Estandarizado de Enfermería en el Paciente Quemado. [Internet]. Ciudad de México, México; 2014. [Consultado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/Formatos/Plan_de_cuidado_estandarizado_de_enfermeria_en_paciente_quemado.docx
- 127 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Guía Clínica con Colgajos en Pacientes Quemados [Internet]. Ciudad de México, México; 2015. [Consultado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/MG-SQ-27.pdf>
- 128 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Guías Clínicas de Quemaduras Eléctricas. [Internet]. Ciudad de México, México; 2015. [Consultado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/MG-SQ-10.pdf>
- 129 López – Tarrida AC, Ruiz – Romero V, González – Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [Consultado el 2 de enero de 2024]; 94: 202001002. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v94/1135-5727-resp-94-e202001002.pdf>
- 130 Opus citatum (12), pág. 21
- 131 Marcos – Espino MP, Tizón – Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 [Consultado el 22 de abril de 2023]; 24 (4): 168 – 177. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05_notas.pdf
- 132 Opus citatum (12), pág. 46
- 133 Opus citatum (16)
- 134 Martínez - Trujillo CN, Torres – Esperón M. La interdisciplinariedad en enfermería y sus oportunidades de aplicación en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 [Consultado el 22 de abril de 2023]; 40 (1): 85 – 95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100010&lng=es&tlng=es.
- 135 Garnica – Escamilla MA, Lemus – Sandoval J, Ramírez – Martínez BN, Tamez – Coyotzin EA, Marín – Landa OM. Hipermetabolismo en el paciente quemado. Med Crít [Internet]. 2021 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 35 (4): 194 – 199. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v35n4/2448-8909-mccmmc-35-04-194.pdf>

- 136 Ochagavía A, Baigorri F, Mesquida J, Ayuela JM, Ferrándiz A, García X, Monge MI, Mateu L, Sabatier C, Clau – Terré F, Vicho R, Zapata L, Maynar J, Gil A, Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la SEMICYUC. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Med Intensiva [Internet]. 2014 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 38 (3): 154 – 169. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569113002234>
- 137 Opus citatum (136), pág 71
- 138 Otormín G, Novello G, Gambini JP, Juri HJ. Evaluación de la perfusión de colgajos mediante indocianina verde. Cir Plást Iberolatinoam [Internet]. 2018 [Consultado el 2 de noviembre de 2023]; 44 (3): 303 – 309. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v44n3/0376-7892-cpil-44-3-303.pdf>
- 139 Opus citatum (136), pág 72
- 140 Ruiz – Riquelme P, Urrutia – Hoppe E. Cobertura de partes blandas del Pulgar. Guía en la toma de decisiones. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2021 [Consultado el 2 de noviembre de 2023]; 35 (1): 67 – 73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-pdf-S0120884521000110>
- 141 Hassan B, Abou – Koura A, Makarem A, Abi – Mosleh K, Dimassi H, Tamim H, Ibrahim A. Predictors of surgical site infection following reconstructive flap surgery: A multi – institutional analysis of 37,177 patients. Front Surg [Internet]. 2023 [Consultado el 2 de noviembre de 2023]; 10: 1080143. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9923723/pdf/fsurg-10-1080143.pdf>
- 142 Rodríguez – Nájera GF, Camacho – Barquero FA, Umaña – Bermúdez CA. Factores de riesgo y prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2020 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 5 (4): e444. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/444/808>
- 143 López – Farré A, Macaya – Miguel C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. [Internet]. España: Fundación BBVA; 2009 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=429356>
- 144 Alsheikh K, Hilabi A, Aleid A, Alharbi KG, Alangari HS, Alkhamis M, Alzahrani F, AlMadani W. Efficacy and Safety of Thromboprophylaxis Post – Orthopedic Surgery. Cureus [Internet].

- 2021 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 13 (11): e19691. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.19691>
- 145 O'Donnell M, Weitz JI. Thromboprophylaxis in surgical patients. *Can J Surg* [Internet]. 2003 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 46 (2): 129 – 135. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211697/>
- 146 Tinajero M. C. La Importancia De La Rehabilitación En El paciente Quemado. *Boletín Médico e Informativo del Instituto Nacional de Rehabilitación*. [Internet]. Ciudad de México: Instituto Nacional de Rehabilitación LGII, 2022. [Consultado el 2 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/Descargas/boletin/092Boletin.pdf>
- 147 Elseth A, Nunez – Lopez O. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing; 2022 [Consultado el 2 de noviembre de 2023]. *Wound Grafts*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564382/>
- 148 Ríos – Gómez M, Gómez – Ortega V, Cardona C, De la Hoz – Valle JA. Hyperbaric Oxygen Therapy in Plastic, Aesthetic, and Reconstructive Surgery: Systematic Review. *Surg Tech Dev* [Internet]. 2023 [Consultado el 2 enero de 2024]; 12 (1): 43 – 52. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2038-9582/12/1/3>
- 149 Sen S, Sen S. Therapeutic effects of hyperbaric oxygen: integrated review. *Med Gas Res* [Internet]. 2021 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 11 (1): 30 – 33. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/2045-9912.310057>
- 150 Opus citatum (146), pág. 5
- 151 Nuutila K, Eriksson E. Moist Wound Healing with Commonly Available Dressings. *Advances in wound care* [Internet]. 2021 [Consultado el 2 de noviembre de 2023]; 10 (12): 685 – 698. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/wound.2020.1232>
- 152 Opus citatum (141), pág. 8
- 153 Markiewicz – Gospodarek A, Koziol M, Tobiasz M, Baj J, Radzikowska – Büchner E, Przekora A. Burn Wound Healing: Clinical Complications, Medical Care, Treatment, and Dressing Types: The Current State of Knowledge for Clinical Practice. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [Consultado el 2 de noviembre de 2023]; 19 (3): 1338. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1338>
- 154 Valero – Barrios S, Marco – Villacampa E, Añaños Blázquez L, Morant – Pablo A, Alcubierre Iriarte S, Terrén Portolés SI. Uso de terapia V.A.C veraflo en herida quirúrgica infectada,

- cuidados enfermería. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 3 (12); 9. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/uso-de-terapia-v-a-c-veraflo-en-herida-quirurgica-infectada-cuidados-enfermeria/#google_vignette
- 155 Ormazabal – Aznárez E. Abordaje de heridas crónicas mediante Terapia de Presión Negativa. [Trabajo de fin de grado para optar por un Grado en Enfermería]. España: Universidad Pública de Navarra; 2022 [Consultada el 2 de enero de 2024]. p. 79. Disponible en: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/43071/PDF_Ormazabal_%20Eduarne_TFG%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 156 Opus citatum (154), pág. –
- 157 Eiroa – Orosa FJ, Tasqué – Cebrián R, Fidel – Kinori S, Giannoni – Pastor A, Argüello – Alonso JM. Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar. Acción Psicol [Internet]. 2013 [Consultado el 2 de enero de 2024]; 9 (2): 47 – 58. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/4103>
- 158 Opus citatum (154), pág. –
- 159 Opus citatum (15), pág. 7
- 160 Opus citatum (15), pág. 8
- 161 Moreno – Martínez FJ, Gómez – García CI, Hernández – Susarte AM. Evolución histórica de la higiene corporal: desde la edad antigua a las sociedades modernas actuales. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2016 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 20 (46): 115 – 126. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61778/1/CultCuid_46_11.pdf
- 162 Carvajal – Carrascal G, Montenegro – Ramírez JD. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enf Global [Internet]. 2015 [Consultado el 3 de enero de 2024]; 14 (40): 340 – 350. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf>
- 163 Salazar – Maya AM. Cirugía: entre la angustia y la alegría a la vez. Aquichán [Internet]. 2011 [Consultado el 2 de enero de 2024]; 11 (2): 187 – 198. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n2/v11n2a06.pdf>
- 164 Dirección General de Comunicación Social. La enfermería estableció la gran diferencia en los momentos más complicados de la pandemia. [Boletín en Internet]. Ciudad de México,

- México: UNAM; Mayo 2022 [Consultado el 2 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2022_379.html
- 165 Wisely JA, Wilson E, Duncan RT, Tarrier N. Pre – existing psychiatric disorders, psychological reactions to stress and the recovery of burn survivors. *Burns* [Internet]. 2010 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 36 (2): 183 – 191. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2009.08.008>
- 166 Subiela – Garcia JA, Abellón – Ruiz J, Celdrán – Baños AI, Manzanares – Lazaro JA, Satorres – Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enf Global* [Internet]. 2014 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 13 (2): 276 – 292. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.2.178261/160601>
- 167 Jain M, Khadilkar N, De Sousa A. Burn – related factors affecting anxiety, depression and self – esteem in burn patients: an exploratory study. *Ann Burns Fire Disasters* [Internet]. 2017 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 30 (1): 30 – 34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5446905/pdf/Ann-Burns-and-Fire-Disasters-30-30.pdf>
- 168 Cázares – Blanco R. El impacto del duelo anticipado en las actitudes reactivas de sanción. *Revista de Filosofía* [Internet]. 2022 [Consultado el día 5 de noviembre de 2023]; 47 (1): 213 – 230. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RESF/article/view/69122/4564456559926>
- 169 Cemin TM, Einsfeld P. El duelo anticipado: implicaciones y percepciones culturales. *Rev Psicol Divers Saúde* [Internet]. 2022 [Consultado el 5 de noviembre de 2023]; 11: e4074. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2022.e4074>
- 170 Saavedra – Chinchayán ME, León – Montoya GB, Dávila – Guerrero AE. Comunicación terapéutica del enfermero, desde la perspectiva del hospitalizado en el hospital General Jaén, Perú. *Enf Global* [Internet]. 2021 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 20 (1): 363 – 394. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/417451/297581>
- 171 Martínez – González RA, Álvarez – Blanco L, Pérez - Herrero MH. La percepción de padres y madres en el ejercicio del rol parental. *INFAD Revista de Psicología* [Internet]. 2014 [Consultado el 30 de diciembre de 2023]; 6 (1): 47 – 56. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/716/653>
- 172 Delfín – Ruiz C, Saldaña – Orozco C, Cano – Guzmán R, Peña – Valencia EJ. Caracterización de los roles familiares y su impacto en las familias de México. *Revista de Ciencias Sociales*

- (Ve) [Internet]. 2021 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 27 (3): 128 – 138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28068276012>
- 173 Balam – Aguilar JM, Valdes – Santiago AG, Ramírez – Marmolejo A, Padilla – Gámez N. Significado psicológico, roles y expectativas de la paternidad en adolescentes mexicanos: Estudio exploratorio. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2018 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 26 (1): 42 – 52. Disponible en: <https://psicologiaiberoamericana.ibero.mx/index.php/psicologia/article/view/32/111>
- 174 Zhu Z, Xu B, Shao J, Wang S, Jin R, Weng T, Xia S, Zhang W, Yang M, Han C, Wang X. Use of the Braden Scale to Predict Injury Severity in Mass Burn Casualties. *Med Sci Monit* [Internet]. 2022 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 28: e934039. Disponible en: <https://medscimonit.com/abstract/full/idArt/934039>
- 175 García – Fernández FP, Rodríguez – Palma M, Soldevilla – Agreda JJ, Verdú – Soriano J, Pancorbo – Hidalgo PL. Modelo teórico y marcos conceptuales de las lesiones por presión y otras heridas crónicas. *Historia y desarrollo. Gerokomos* [Internet]. 2022 [Consultado el 3 de diciembre de 2023]; 33 (2): 105 – 110. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v33n2/1134-928X-geroko-33-02-105.pdf>
- 176 Mariné M, Covarrubias C, Soto M (Eds.). *Heridas, Úlceras y Ostomías: Evaluación y prevención*. 1ª ed. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2018.
- 177 Teixeira – Moraes J, Nogueira – Cortez D, Cristina – Souza G, Oliveira L, de Oliveira Torga R. Riesgo de aparición y prevalencia de lesiones por presión en atención primaria. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 30 (2): 93 – 97. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n2/1134-928X-geroko-30-02-93.pdf>
- 178 Chaparro J, Oñate M. Prevención de lesiones por presión en pacientes sometidos a cirugía traumatológica prolongada, un desafío para enfermería. *Rev Méd Clín Condes* [Internet]. 2021 [Consultado el 3 de noviembre de 2023]; 32 (5): 617 – 623. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000948?via%3Dihub>
- 179 Ramírez – Cortes A. Técnica de tendido de cama institucional y su asociación con el desarrollo de úlceras por presión. *CuidArte* [Internet]. 2017 [Consultado el 12 de diciembre de 2023]; 6 (11): 16 – 23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2017/cui1711c.pdf>
- 180 Jara - Sagñay MA, García – Silva DA, Loja – Muzha FD, Vasconez Chusino AI. Prevención de las úlceras por presión (UPP). *RECIMUNDO* [Internet]. 2019 [Consultado el 12 de diciembre

- de 2023]; 3 (3): 47 – 67. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3\).septiembre.2019.47-67](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.47-67)
- 181 Opus citatum (75), pág. 32
- 182 Hadi – Saghaleini S, Dehghan K, Shadvar K, Sanaie S, Mahmoodpoor A, Ostadi Z. Pressure Ulcer and Nutrition. Indian J Crit Care Med [Internet]. 2018 [Consultado el 30 de noviembre de 2023]; 22 (4): 283 – 289. Disponible en: https://www.ijccm.org/doi/pdf/10.4103/ijccm.IJCCM_277_17
- 183 Consejo de Salubridad General. Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente del CSG [Internet]. México; 2017. [Consultado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf
- 184 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles y pacientes inmunocomprometidos [Internet]. Ciudad de México, México, 2020. [Consultado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PR-DQ-20.pdf>.
- 185 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Medidas estándar para prevención de infecciones asociadas a la atención en salud [Internet]. Ciudad de México, México; 2020. [Consultado el 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PR-DQ-19.pdf>
- 186 Figueroa L. Estrategias para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Rev Hosp Emilio Ferreyra [Internet]. 2020 [Consultado el 12 de diciembre de 2023]; 1 (2): e35 – e44. Disponible en: <https://revista.deiferreyra.com/index.php/RHEF/article/view/24/75>
- 187 Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Tools To Reduce Hospital – Acquired Conditions. Rockville; 2024 [Consultado el 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/hai/hac/tools.html>
- 188 Opus citatum (75), pág. 40
- 189 Ramos G, Cornistein W, Torres – Cerino G, Nacif G. Systemic antimicrobial prophylaxis in burn patients: systematic review. J Hosp Infect [Internet]. 2017 [Consultado el 29 de enero de 2024]; 97 (2): 105 – 114. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.06.015>

- 190 Duque - Ortiz C. Monitoria hemodinámica en el cuidado de enfermería de los pacientes en estado crítico con perfusión tisular inefectiva. [Trabajo de grado de especialización en Enfermería]. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2010 [Consultado el 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/1355>
- 191 Yanchapanta – Analuisa EP, Analuisa – Jiménez EI. Comunicación asertiva y su relación enfermero – paciente por el uso constante de la mascarilla. Ciencia Latina [Internet]. 2022 [Consultado el 12 de diciembre de 2023]; 6 (1): 2054 – 2067. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1633/2287>
- 192 Davis – Toledo G, Bustamante – Muñoz W, López – Caja I. La buena enfermera según las personas mayores: "que sea amable, dedicada y que me explique". Index Enferm [Internet]. 2020 [Consultado el 12 de diciembre de 2023]; 29 (3): 117 – 121. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200004&lng=es&tlng=es
- 193 Gómez – Londoño E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Pers Bioét [Internet]. 2008 [Consultado el 12 de diciembre de 2023]; 12 (2): 145 – 157. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v12n2/v12n2a06.pdf>
- 194 Amaya – Casas MM, Moncada – Mazo DC, Ramírez – Saldarriaga IC. El acompañamiento: esperanza del paciente para aferrarse a la vida en un espacio árido. [Trabajo de grado de especialización en Enfermería]. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2016 [Consultado el 25 de enero de 2024]. Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/22552/1/AmayaMonica_2016_Acompa%c3%b1amientoPacienteVida.pdf
- 195 Zambrano – Plata GE, Ferreira – Cardona JC, Lindarte – Clavijo AA, Niño – Bayona CJ, Ramírez – Rodríguez NR, Rojas – Bautista LY. Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Rev Cienc Cuidad [Internet]. 2016 [Consultado el 12 de febrero de 2024]; 7 (1): 52 – 60. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/493/509>

10. Anexos

10.1. Anexo 1: Valoración inicial de Jorge

Instrumento para valorar las capacidades de autocuidado, aplicado el día 23 de junio de 2023.

1. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Datos generales

Nombre completo: ----- Jorge -----

Fecha de nacimiento: -- de diciembre de 2002 Edad actual: 20 años

Sexo: Hombre (X) Mujer () Identidad de género: M (X) F ()

Estatura: 1.70 m Peso: 72 kg

Grupo sanguíneo: (O) Factor Rh: (Positivo (+)) Desconoce: ()

Lugar de procedencia: Zacatecolotla, Guerrero.

Domicilio actual: Taxco

Teléfono local: ----- Celular: -- ----

En caso de emergencia, ¿a quién podemos localizar?

Nombre y parentesco: J----- F----- (Madre) Tel: -----

Dado de alta en seguridad social: Si () No (X) Matrícula: -----

¿Qué tipo de seguro? -----

Unidad médica correspondiente: Instituto Nacional de Rehabilitación – Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

Orientación sociocultural

Nacionalidad: Mexicana (X) Extranjera () Cuál: -----

¿Pertenece a alguna etnia? Si () No (X) Especificar: -----

¿Habla alguna lengua indígena u otro idioma? Si () No (X) Cuál: -----

Raza: Indígena () Mestizo (X) Extranjero ()

Religión: Católico (X) Cristiano () Testigo de Jehová () Ninguna ()

Otras: -----

Nivel educativo:

Sin estudios () Primaria () Secundaria () Medio superior ()

Licenciatura () Técnico () Prepa trunca (X) Analfabeto ()

Especifique: Terminó el 1er año de prepa.

Disponibilidad y adecuación de los recursos

¿Trabaja?: Si (X) No () Especifique: Electricista (con su suegro)

Horario: 9:00 – 18:00 h de lunes a sábado Turno: -----

¿Está satisfecho con su trabajo? Sí (X) No ()

¿Usted cree que su salario cubre sus necesidades básicas? Sí (X) No ()

Especifique: Cosas para la bebé, comida, pasajes, gasolina, pago de servicios, ...

¿Se considera independiente económicamente? Sí (X) No ()

Especifique: Considera que puede hacerse cargo por sí mismo de sus responsabilidades.

¿Trabaja para usted o contribuye al gasto familiar? Solo él aporta al gasto familiar.

¿Recibe algún apoyo económico extra? Sí () No (X)

¿De quién recibe apoyo económico?

Familiar () Apoyo social del gobierno () Otro ()

Explique para qué lo utiliza: -----

En su localidad, ¿cuenta con los siguientes servicios?

Agua (X la toman de un pozo) Luz (X) Drenaje (X fosa)

Gas (X tanque estacionario) Teléfono (X celular, no fijo)

Alumbrado público (X) Transporte público (X combis)

Vialidades (X) Pavimentación (X empedradas)

Mantenimiento de áreas verdes ()

Su vivienda es: Propia () Rentada () Prestada (X por su suegro)

Su vivienda tiene: Una planta () Dos plantas (X) Más ()

¿Existen escalones, escaleras o desniveles dentro de su hogar? Sí (X) No ()

¿Cuentan con apoyo para subirlos o bajar? Sí (X) No ()

En su vivienda cuenta con:

Auto (X del suegro) Computadora () Televisión (X) Estufa (X)

Baño (X) Regadera (X) Teléfono celular (X)

Número de focos: aprox 20.

Número de habitaciones: 3 habitaciones + 1 cocina + 1 sala + 1 comedor + 2 baños.

Tipo de piso: Firme, de cemento.

¿Tiene acceso a transporte público desde su hogar? Sí (X) No ()

¿Quién es el jefe de familia en su hogar? Él (Jorge)

Último año de estudios del jefe de familia: Preparatoria trunca

Nivel socioeconómico: E () D (x) D+ () C () C+ () A – B ()

Factores ambientales

Área donde se encuentra su vivienda: Urbano (X) Suburbano () Rural ()

Mascota que tiene en casa: Felinos () Caninos () Aves () Ninguno (X)

Otros: ----- ¿Cuántos?: -----

En su localidad hay presencia de:

Fábricas () Canales de aguas negras () Basureros () Cerros (X)

Fallas geológicas () Acantilados () Faldas de volcán ()

Rellenos sanitarios () Despeñaderos () Funerarias () Otros: Iglesia

Sistema familiar

Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre (X lleva 2 años)

Divorciado () Viudo ()

¿Cuenta con algún confidente con quien hablar de sus problemas? Sí (X) No ()

Con su pareja A----

¿Con cuántas personas vive y su parentesco?

Con 6 personas: sus dos suegros, dos cuñados, su pareja y su hija.

En caso de accidente o enfermedad, ¿cuenta con el apoyo de su familia?

Sí (X) No ()

(Considera que ha recibido más apoyo por parte de sus tíos maternos y su suegro en la parte económica, y de su mamá para las visitas al hospital.)

¿Cómo está compuesto su núcleo familiar?

Además de su familia, convive con sus tíos (6), su madre, y aún tiene a sus dos abuelas, aunque casi no las ve, y sus dos hermanas.

¿Cómo considera su relación con los miembros de su familia?

Buena (X) Media () Mala ()

¿Recibe algún tipo de ayuda por parte de su familia? (económica, apoyo en hogar, cuidados de salud, recreación, ...)

Sí () No (X)

(No de manera cotidiana, solo en casos muy específicos como el actual que lo apoyan a él y a su familia – hospitalización o por enfermedad.)

¿Cómo considera su postura respecto a la ayuda brindada?

Acepta ayuda (X) No la acepta ()

¿Cuenta con un cuidador primario? Sí () No (X) Parentesco:

(Refiere que sí al momento mientras se encuentra hospitalizado, pero él aún se considera independiente y autónomo y no tiene, ni requiere, a alguien que cuide de él).

Cuidados de la salud

De las siguientes prácticas higiénicas, ¿cuáles realiza y cuántos días a la semana?

Baño 7 / 7

Lavado de manos antes y después de ir al sanitario:

Siempre (X) En ocasiones () Nunca ()

Cambio de ropa 7 / 7

Higiene bucal

¿Cuántas veces al día cepilla su dentadura? 1 () 2 (X) 3 o más ()

¿Cuenta con todas sus piezas dentarias? Sí (X) No ()

¿Qué piezas dentarias le faltan? 0

¿Usa prótesis dental? Sí () No (x)

¿Cuántas veces realiza la limpieza de la prótesis dental al día?

0 () 1 () 2 o más ()

¿Cuántas veces acude a valoración odontológica durante el año?

0 (X) 1 () 2 o más ()

Higiene de pies

¿Realiza alguna rutina para el cuidado de sus pies? Sí () No (X)

(Hasta el momento no le han dicho nada en específico acerca del cuidado de sus heridas en los pies.)

¿Cuántas veces acude con el podólogo al año? 0 (X) 1 () 2 o más ()

¿Usa algún tipo de calzado en especial? Sí () No (X) (Tennis; botas con casquillo)

¿Su calzado tiene suela antiderrapante? Sí (X) No ()

Patrón de vida

Describe las actividades que realiza en su vida diaria:

Se despertaba a las 7 h, iba al baño, se lavaba los dientes, veía la tele unos minutos en lo que su pareja le hacía su almuerzo, se iba a trabajar como a las 8:30 h, tomaba el almuerzo entre las 11 y 12 del día, regresaba a casa como a las 19 h, se bañaba, cenaba como a las 20:30 h, veía otro rato la tele y se dormía como a la 1 am. Los domingos luego salían a “dar la vuelta” o a comer a algún lugar dentro de su región.

¿Cómo percibe su estado de salud actual?

Adecuado, con buena salud y estable. Al principio se sentía con más miedo e incertidumbre sobre cómo podrían evolucionar sus Hx y qué es lo que le podría pasar, si podría perder alguna parte de su cuerpo o quedar con algún daño. Actualmente se siente más tranquilo ya que ha visto cómo ha ido avanzando, su cirugía para la colocación del injerto no tuvo complicaciones, y hasta el momento ha tenido una recuperación favorable. Se siente saludable pues aún mantiene su capacidad para hacer sus necesidades fisiológicas, y a pesar de que tiene el colgajo sabe que se va a recuperar, solo espera que sí funcione (se adhiera) y que no tengan que quitarle parte de su brazo.)

¿Qué actividades considera adecuadas para mantener una buena salud?

Mantén una vida muy activa por su trabajo en donde caminaba mucho y subía muchas escaleras; en cuanto dieta procuraba comer de todo con medida sin tener una dieta especial.

Estado de salud

Inspección general:

A la inspección general se encuentra en cama, consciente con un Glasgow de 15 puntos, orientado en sus tres esferas, alerta y cooperador al tratamiento. Se mantiene hemodinámicamente estable, afebril, con adecuada coloración e hidratación mucotegumentaria, tolerando la vía oral, y sin datos de compromiso respiratorio, ni gastrointestinal. Presenta catéter PICC bilumen funcional y permeable a soluciones en miembro torácico derecho, en tanto que el miembro torácico izquierdo se encuentra inmovilizado con un vendaje abdominal por colgajo inguinal a nivel de la muñeca, con herida quirúrgica cubierta con gasa vaselinada; con sensibilidad distal y movilidad de los dedos presente, adecuada coloración y temperatura del colgajo, con llenado capilar menor a 2 segundos, sin dolor, edema distal (+), sin presencia de exudado ni datos de sangrado activo, ni datos de compromiso neurovascular distal. En el miembro pélvico derecho presenta herida de salida con área injertada en proceso de integración (90%) cubierta con vendaje elástico, y en el miembro pélvico izquierdo presenta área donante en pantorrilla en proceso de reepitelización, cubierta con gasa y vendaje elástico, aún con presencia de sangrado leve, y heridas de salida con áreas injertadas totalmente integradas. Continúa con STU permeable, a derivación, con adecuado gasto urinario y orina con características macroscópicas normales; presentando evacuaciones espontáneas con normalidad, y mantiene movilización limitada dentro de cama.

Temp: 36.2 FC: 99 lpm T/A: 113/76 mmHg PAM: 88 mmHg FR: 18 rpm SpO2: 95%

Temp: 36.1 FC: 89 lpm T/A: 117/86 mmHg PAM: 96 mmHg FR: 19 rpm SpO2: 95%

Temp: 36.0 FC: 98 lpm T/A: 122/77 mmHg PAM: 92 mmHg FR: 15 rpm SpO2: 96%

Temp: 36.1 FC: 86 lpm T/A: 115/80 mmHg PAM: 92 mmHg FR: 16 rpm SpO2: 96%

EVA: 0 / 10

Vacunas aplicadas para prevención

Neumococo: Si () No () Fecha de última aplicación: -----

Influenza: Si (X) No () Fecha de última aplicación: No recuerda cuando se aplicó.

Tétanos: Si (X) No () Fecha de última aplicación: Cree que se la aplicaron después de su accidente en el Hospital General Adolfo Prieto, Guerrero.

COVID – 19: Sí (X) () Fecha de última aplicación: No recuerda las fechas en que se las puso, pero tiene 2 dosis, la 1ª dosis fue con Cansino y la 2ª no recuerda.

2. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Valoración pulmonar

Aporte de aire

Antecedentes heredofamiliares:

Asma () Cáncer broncopulmonar () Rinitis () Ninguno (X) Otras: -----

Inspección

Frecuencia respiratoria:

Normal 18 a 22 rpm (X) Taquipnea mayor de 20 () Bradipnea menor de 12 ()

Tipo de respiración: Torácica (X) Abdominal o diafragmática ()

Tipo de tórax: Normal (X) Enfisematoso () Cifoescolótico ()

Pectus excavatum () Pectus carinatum ()

Características de la respiración:

Normal (X) Superficial () Profunda () Ruidosa () Paradójica () Obstrucción bronquial () Aleteo nasal () Obstrucción de la vía aérea alta ()

Vías aéreas altas permeables: Sí (X) No ()

Tos: Seca () Húmeda () Bitonal () Ronca () Quintosa ()

Emetizante () Psicógena () No presenta (X)

Expectoración: Esputos serosos () Esputos mucosos ()

Esputos purulentos () Hemoptoico () Ninguno (X)

Consume tabaco: Sí () No (X)

(Actualmente no fuma, pero a los 16 años, y durante 2 años, sí lo hizo con un aproximado de 10 a 14 cigarrillos diarios; lo deja por petición de su pareja y lo refuerza con la llegada de su hija.)

¿Cuántos cigarrillos al día consume?

0 a 2 () 3 a 5 () 5 a 10 () más de 10 (X) Ocasional ()

Índice tabáquico: -----

Saturación de oxígeno: > 94%

Antecedentes patológicos: Negados.

Palpación

Expansión torácica:

Amplexión normal (X) Alterada () Amplexación normal (X) Alterada ()

Vibraciones vocales: Disminuida () Aumentada () Normal (X)

Puntos dolorosos: Sí () No (X)

Sensibilidad: Normal (X) Aumentada () Disminuida ()

Contractura: Sí () No (X)

Percusión

Ruido pulmonar: Sonoro (X) Hipersonoridad () Timpánico () Submate ()

Mate () Claro pulmonar ()

Auscultación

Hallazgos: Normales (X) Anormales ()

En caso de ser anormal, especificar:

Soplo pleural () Soplo cavernoso o cavitario () Soplo anfórico ()

Ruidos agregados:

Sibilancias o roncus () Estertores () Frote pleural () Ninguno (X)

Características del murmullo vesicular:

Normal (X) Aumentado () Disminuido o abolido ()

Observaciones: -----

Número de eventos respiratorios importantes al mes: Es raro que se enferme, por lo general se enferma 1 vez al año en temporada de frío o lluvias.

Uso de oxígeno suplementario o fisioterapia pulmonar: No por lo regular, pero al momento de la valoración se mantiene con apoyo de O₂ suplementario por puntas nasales a 1 L/min.

Exploración cardíaca

Antecedentes heredofamiliares:

Hipertensión (X abuela paterna) Hipotensión () IAM () Soplos ()

Angina de pecho () Arritmias () Otro () Ninguno ()

Antecedentes patológicos: Negados.

Inspección

Pared del tórax:

Panículo adiposo: Sí () No (X) Deformidades: Sí () No (X)

Lesiones dérmicas: Sí (X) No ()

Palpación

Intensidad y duración del latido cardíaco:

Normal (X) Aumentado () Disminuido ()

Sensibilidad

Dolor a la presión precordial: Sí () No (X)

Hiperestesias cutáneas: Sí () No (X)

(Refiere haber sentido “piquetitos” o punciones en la pantorrilla luego de su Qx, el jueves por la noche, pero al momento de la valoración refiere ya no percibirlo tanto.)

Percusión

Sonido: Matidez absoluta (X) Matidez relativa ()

Auscultación

Ritmo: Normal (X) Alterado ()

Alterado: Taquicardia () Bradicardia () Arritmias () De galope ()

Intensidad de los ruidos cardiacos: Normal (X) Aumentada () Disminuida ()

Ruidos cardiacos: Normal (X) Desdoblamiento () Reforzamiento ()

Atenuación () Ruidos agregados ()

Presencia de soplos: Sí () No (X)

Presencia de frotos pericárdicos: Sí () No (X)

Observaciones: -----

Electrocardiograma: No valorado al momento; previos sin alteraciones.

Exploración vascular

Antecedentes heredofamiliares:

Insuficiencia arterial () Insuficiencia venosa ()

Otro (X Varices – abuela materna) Ninguno (X)

Antecedentes patológicos: Negados.

Inspección, palpación, percusión y auscultación

Circulación de las venas yugulares de cabeza y brazos:

Normales (X) Dilatadas ()

Pulso venoso observable: Sí () No (X)

Presencia de flebitis: Sí () No (X)

Pulso arterial: Normal (X) Taquicardia () Bradicardia ()

Tensión arterial: Normal (X) Hipotensión () Hipertensión ()

Hipertensión estadio 1 () Estadio 2 () Estadio 3 ()

Llenado capilar de manos, pies y uñas: Inmediato, < 2 s en manos y uñas.

Pies fríos: Sí () No (X) Manos frías: Sí () No (X)

Uso de medias de compresión: Sí () No (X)

(Se mantiene al momento con enoxaparina de 40 mg.)

Observaciones: Presenta acceso venoso periférico con catéter central de inserción periférica bilumen (PICC), permeable y funcional a soluciones parenterales.

Aporte de líquidos

De los siguientes líquidos, ¿cuáles y con qué frecuencia los consume al día?

Agua simple: Abundante; en hospitalización 2 a 3 L aprox. y cuando trabaja igual toma aprox. 3 L.

Refrescos: Ocasionalmente; 3 veces al día, diario, aprox. 1.5 L; en hospitalización no toma nada.

Agua de frutas: 1/2 L ocasionalmente; 2 a 3 vasos de 200 mL en hospitalización, al día.

Jugos: En ocasiones; en hospitalización 1 o 2 jugos de 230 mL al día.

Café: 2 tazas, una por la mañana y otra por la noche, a veces lo toma con leche; en hospitalización en ocasiones les mandan café con leche.

Té: No los suele consumir; en hospitalización los toma a diario 1 o 2 veces al día.

Agua carbonatada: -----

Cerveza: Ocasional; semanalmente con amigos y en casa, con un promedio de 20 a la semana.

¿Sabe cuánta agua debe ingerir diariamente? Sí (X) No ()

¿Cuántos litros de agua bebe al día aproximadamente? Entre 2 y 3 litros.

Al ingerir agua siente rechazo por:

Sabor () Consistencia () Temperatura () Otro ()

Características de la piel en relación al aporte hídrico: tegumentos y mucosas orales hidratadas.

Observaciones: -----

Ingesta de alimento

Exploración abdominal

Antecedentes heredofamiliares:

Diabetes mellitus T1 () T2 (X – tío y abuelo paterno) Gastroenteritis ()

Cáncer gástrico () Úlceras gástricas () Cálculos biliares ()

Hígado graso () Hipercolesterolemia () Esplenomegalia ()

Hepatomegalia () Otro ()

Antecedentes patológicos: Negados.

IMC: 25.7

Bajo peso () Normal () Sobrepeso (X) Obesidad () Grado de obesidad:

Peso: 77 kg

Altura: 1.70 m

Circunferencia de cintura: --- cm

Circunferencia de brazo: --- cm

Circunferencia de pierna: --- cm Peso ideal: 70 kg

Inspección

Características de la piel:

Normal (X) Cicatrices (X) Lesiones dérmicas (X)

(Por cirugías recientes relacionadas a su accidente.)

Forma: Globoso () Plano (X) Excavado () Abultado ()

Auscultación

Peristalsis: Normal (X) Disminuida () Aumentada ()

(Refiere su última evacuación el día miércoles 21 – 06 – 2023, un día antes de su Qx, sin presentar molestias al momento)

Palpación

Presenta abdomen blando y depresible, sin signos de distensión ni presencia de dolor o cólicos.

Percusión

Sonido normal: Timpánico () Matidez (X)

Observaciones: -----

Hábitos alimenticios

¿Conoce sus requerimientos calóricos? Sí () No (X)

Número de comidas que realiza al día: Usualmente 2, almuerzo y cena; en hospitalización recibe 3 comidas, desayuno, comida y cena, y si tiene sesión de Tx en cámara hiperbárica se le agrega una colación antes del desayuno.

Frecuencia con la que consume los siguientes alimentos:

Carnes rojas (7 / 7 puerco) Lácteos (2 – 3 / 7) Carnes blancas (2-3 / 7)

Comida rápida (1 / 7) Huevo (2 / 7) Sopes (- / 7) Verduras (2 / 7)

Gorditas (- / 7) Frutas (2 / 7) Quesadillas (- / 7) Legumbres (3 / 7)

Tortas (- / 7) Leguminosas (3 / 7) Pambazos (/ 7) Cereales (/ 7)

Frituras (7 / 7) Pan (3 / 7) Helado (- / 7)

¿Maneja algún tipo de dieta especial? Sí () No (X)

¿Cuál? -----

Problema que tenga para consumir algún grupo de alimento: Sí () No (X)

¿Cuál y por qué? No recuerda algo que no le guste; en general come de todo.

Eliminación y excreción

Antecedentes heredofamiliares:

Cáncer de vejiga () Cáncer de próstata () Incontinencia ()

Cáncer de colon () Hemorroides () Estreñimiento () Estomas ()

Ninguno (X) Otro:

Antecedentes patológicos: Negados; en hospitalización refiere estreñimiento ocasional.

Evacuación intestinal

¿Ha presentado cambios en sus evacuaciones en los últimos tres meses?

Sí () No (X)

(No refiere cambios en su aspecto, pero sí en los tiempos ya que en ocasiones deja de evacuar diario, y puede tardar uno o dos días en volver a evacuar, aunque no le ha causado molestias.)

¿Cuántas veces al mes presenta los siguientes padecimientos?

Colitis () Colon irritado () Diarrea ()

Especificar: -----

Dolor al evacuar: Intenso () Moderado (X) Leve () Sin presencia (X)

(Durante su hospitalización sí ha tenido un poco de dolor por el mismo estreñimiento.)

Características de las heces:

Pastosas () Líquidas () Blandas () Duras (X) Formadas (X)

Color: Marrón – amarillento () Negro () Verde () Claras ()

Rojas / sanguinolentas () Acompañadas de moco () Café (X)

¿Cuántas veces excreta al día y de qué forma lo hace?

2 veces al día, mañana y tarde; de color café, formadas generalmente y abundante; hospitalizado suele hacer diario, pero tras cirugía llega a presentar estreñimiento.

¿Cuántas veces a la semana presenta estreñimiento?

0; son raras las ocasiones en que presenta estreñimiento.

¿Cuántas veces a la semana presenta cuadros diarreicos?

0; solo cuando se llega a enfermar y es raro que lo haga.

Especificaciones: -----

Micción

Características de la orina:

Clara (X) Turbia () Ámbar () Hemática () Sedimentosa ()

¿Cuántas veces orina al día?

10 veces aproximadamente con micción espontánea; al momento de la valoración se encuentra con STU colocada el día 22 – 06 – 2023, al momento de su Qx.

Alteraciones miccionales: Negadas.

¿Ha presentado infecciones urinarias en este año? Sí () No (X)

¿Cuántas?

Problemas de incontinencia urinaria

¿Pierde usted orina cuando no lo desea? (al dormir, al hacer algún esfuerzo, no logra llegar al baño) Sí () No (X)

Especifique: Durante el sueño () No llega al baño ()

Con algún esfuerzo físico () No aplica (X) Otros:

¿Usa pañal? Sí () No (X)

Especifique: Durante las noches () Durante el día () Siempre ()

Sudor

¿Considera que suda más que otras personas? Sí () No (X)

(En general no, pero hubo días con mucho calor en los que sí sudaba más de lo normal.)

En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, ¿en qué situaciones ocurre?

En la actividad física (X) En cualquier momento ()

(Al momento de trabajar también refiere sudar mucho debido a la temperatura que genera la soldadura o por trabajar al aire libre.)

Actividad y descanso

Antecedentes heredofamiliares:

Insomnio () Hiperactividad () Narcolepsia () Migraña ()

Artritis (X – Abuela materna) Epilepsia () Osteoporosis () Ninguno (X) Otro:

Antecedentes patológicos: Negados.

¿Presenta problemas ortopédicos? Sí (X) No ()

¿Cuáles?

Actualmente se mantiene únicamente en cama, por lo que al retomar la marcha puede presentar algún problema de equilibrio, debilidad muscular o la molestia generada por las Hx de salida en ambos pies. Aún el pronóstico de su mano izquierda está como reservado ya que se vio expuesto el tendón; aunque al momento si es capaz, dentro de lo posible, de movilizar sus dedos de la mano.

Presencia de escoliosis: Sí () No (X)

Marcha:

Al momento está cumpliendo 1 mes de estancia, encamado durante el mismo tiempo sin posibilidad de ambulación o traslación; antes de la última Qx ya presentada movilización más libre dentro de cama; actualmente debe mantener inmovilización extrema de miembros torácico y pélvico izquierdos por colgajo marsupializado inguinal a muñeca izquierda. Una vez se le pasó a reposit, pero le fue imposible caminar y sostenerse por su cuenta.

Posturas a la marcha: No valorable al momento.

Dismetría de extremidades:

Dentro de sus actividades, ¿cómo considera su rutina diaria de actividad física, relacionado con los recursos?

Actualmente se despierta, desayuna como a las 9 am, recibe terapia física dos veces por día, en la mañana y tarde, en la cual realiza movilización de extremidades y ejercicios de fuerza; y por parte de rehabilitación, quienes están al pendiente de sus férulas y elevadores. Al momento y tras su Qx únicamente se han presentado los residentes de Qx para valoración y monitorización de colgajo varias veces al día y realización de curación una vez al día (lavado de la Hx para evitar formación de costras y colocación de Ulcoderma).

¿Cómo considera su actividad? Activa () Media () Sedentaria (X)

(Lo percibe así al compararse con la actividad antes de su accidente y porque al momento no puede salir de su cama y tiene una reducción considerable de su movilidad por el colgajo.)

Riesgo de úlceras por presión (Braden)

Muy alto () Alto () Medio () Mínimo o sin riesgo (X) Puntaje: 17 puntos

Escala de Braden				
Indicador / Puntaje	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones

Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	
Puntaje total: 17		Nivel de riesgo: Riesgo bajo		
Niveles de riesgo: Alto riesgo ≤ 12 Riesgo moderado ≤ 14 Riesgo bajo ≤ 16				

¿Practica de algún deporte? Sí () No (X)

¿Cuál y con qué frecuencia?

Riesgo de caídas: Bajo () Medio () Alto (X) Puntaje: 5 puntos (Crichton).

Escala de Crichton		
Valoración del riesgo		Puntuación
Limitación física		2
Estado mental alterado		3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo		2
Problemas de idioma o socioculturales		2
Problemas sin factores de riesgo evidentes		1
Total		10
Puntaje total: 5		Nivel de riesgo: Alto riesgo
Riesgo de caída		
Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo
4 a 10 puntos	2 a 3 puntos	0 a 1 puntos

Horas que duerme al día: 6 / 24

(Por lo general duerme en las noches, aunque a veces por el ruido, el movimiento y las luces le cuesta un poco de trabajo conciliar el sueño; al momento refiere sentirse cansado tras más de 12 horas de haber salido de Qx.)

Horas que reposa - / 24

¿Considera que su sueño es de calidad? Sí (X) No ()

¿Utiliza algún fármaco o alguna medida especial para conciliar el sueño?

Sí () No (X)

¿Cuál?

Impedimentos que afectan su descanso: Sí (X) No ()

Especificar: La posición o inmovilización por el colgajo, el frío o ruido que luego hace el aire acondicionado, las luces, el ruido externo, el dolor que muy rara vez se llega a presentar, y más bien se siente molestia, o también si llega a presentar fiebre.

Impedimentos que afectan la actividad: Sí (X) No ()

Especificar: Actualmente se encuentra con un colgajo inguinal por lo que tiene inmovilización total prescrita de los miembros torácico y pélvico izquierdos, lo que limita su libertad de movimiento y reduce el tipo de movimientos que sí puede hacer, además de que el movimiento, aún siendo de las extremidades derechas, lo resiente en el colgajo al sentir que se estira demás la piel. También recibe terapia física (rehabilitación) quienes determinaron los ejercicios que tiene que realizar, estimulando la flexión de las extremidades y partes libres.

Impedimentos para poder conciliar el sueño: Sí () No (X)

Especificar: Son los mismos, o muy similares, a los elementos que le impiden su descanso, pero gran parte de los días sí ha podido conciliar el sueño y descansar.

Nivel de dolor referido:

0 (X) 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

(No refiere dolor en general, pero al movilizar (flexionar) pierna derecha siente que también se jala la parte de su colgajo.)

Evaluación neurológica

Antecedentes heredofamiliares:

Epilepsia () Parkinson () Demencia () Esclerosis Múltiple ()

Cáncer cerebral () Ninguno (X)

Otros:

Antecedentes personales patológicos: Negados.

Nivel de conciencia: Vigilia (X) Somnoliento () Estupor () Coma ()

Motricidad

Trofismo muscular: Muslo derecho: 58 cm Muslo izquierdo: 57 cm

Pierna derecha: 39 cm Pierna Izquierda: 38 cm

Tono muscular: Normal (X) Hipertonía () Hipotonía ()

Fuerza:

Pierna derecha: Normal. Pierna izquierda: Normal.

Brazo derecho: Normal. Brazo izquierdo: Normal.

(Percibe una leve disminución de su fuerza y masa muscular en brazos y piernas, sin ser muy evidente aún. Respecto a la pierna derecha mantiene movilidad mínima y limitada por sensación de movimiento de colgajo; la pierna izquierda se mantiene

con inmovilización prescrita por colgajo, con movimientos leves de tobillo y pie; en el brazo derecho tiene un catéter PICC, pero conserva su capacidad de movimiento total, y el brazo izquierdo se encuentra totalmente inmovilizado por el colgajo.)

Nervios craneales

Nervio olfatorio (✓) Reflejo óptico – cutáneo – pupilar (✓)

Nervio trigémino (✓) Nervio facial (✓) Reflejo glossofaríngeo (✓)

Nervio espinal (✓) Nervio hipogloso (✓) Nervio vago (✓) Reflejo auditivo (✓)

Reflejo tusígeno (✓) Reflejo nauseoso (✓) Otros: -----

Reflejos osteotendinosos

Bicipital (✓) Tricipital (✓) Estilorradial (✓) Rotuliano (✓) Aquiliano (✓)

(Reflejos estilorradial, bicipital y tricipital de MT izquierdo no es posible su valoración por colgajo inguinal e inmovilización de la mano, así como reflejos rotuliano y aquiliano del MP izquierdo por la misma razón.)

Sensibilidad

Normal (X) Alterada () Especificar: -----

Observaciones: -----

Problemas de audición y visión

¿Tiene dificultad para ver la televisión, leer o para ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? Sí () No (X)

¿Usa anteojos para mejorar su vista? Sí () No (X)

¿Cuál es la última graduación actualizada de sus anteojos?

¿Tiene dificultad para oír? Sí () No (X)

Observaciones: -----

Evaluación cognitiva

Soledad e interacción social

Trastornos psiquiátricos

Antecedentes heredofamiliares:

Oligofrénico () Neurosis () Bipolaridad () Esquizofrenia ()

Depresión () Ansiedad () Ninguno (X) Otros: -----

Antecedentes patológicos: Negados

¿Cómo son sus relaciones sociales?

Muy buenas (X) Buenas () Malas () Muy malas ()

Explique por qué: La mayor interacción la realizan a través de sus redes sociales, en ocasiones se reúnen en persona; también se lleva bien con sus vecinos ya que son familia de su pareja (esposa).

Personas que considera significativas, explique por qué: A su pareja, su hija, su mamá y a sus hermanas por el apoyo que le han dado y por lo que representan para él.

De los diferentes roles que desempeña (hermano, hijo, trabajador, estudiante, etc.).
¿Cuál considera el más importante?

No puede sobreponer a un rol sobre otros, pero si le da mucha importancia a su rol como pareja y padre (simplemente tiene la sensación de que a esos dos son a los que les debe prestar más atención).

¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? Sí (X) No ()

(Se ha sentido así debido a que ha planeado cosas, pero por diferentes razones no las logra cumplir; entre algunas de ellas está el independizarse de su suegro y vivir por su cuenta con su familia (pareja e hija), así como también le gustaría salir a conocer otros lugares. Expresa que algo que sí lo ha mantenido preocupado en los últimos días, respecto a su condición actual, es que el tratamiento del colgajo pueda fallar y tengan que cortar parte de su brazo.)

¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? Sí () No (X)

¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? Sí () No (X)

(Refiere si sentirse decaído por ratos debido a que aún está en riesgo de perder su mano (amputación) si es que no funciona el colgajo, ya que antes fallaron los injertos.)

¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? Sí () No (X)

Prevención de peligros para la vida

Antecedentes para la prevención

Cuadro básico de vacunación: Completo (X) Incompleto () Desconoce ()

Alergias conocidas: Negadas.

Polifarmacia: Sí () No (X)

¿Acompaña la ingesta de sus medicamentos con algún alimento, bebida o con otros medicamentos? Sí () No (X)

Especifique: -----

Salud sexual y reproductiva

Antecedentes heredofamiliares:

Cáncer de Cérvix () Cáncer de mama () Cáncer de ovario ()

Cáncer de endometrio () Cáncer de próstata () Cáncer testicular ()

Ninguno (X) Otro: -----

Antecedentes patológicos: Negados.

Antecedentes gineco – obstétricos y andrológicos

Menarca: FUM: __ / _____ / ____

Gestas: Paras: Abortos: Cesáreas:

Legrados: Episiotomías: Óbitos:

Hijos con bajo peso al nacer: ---

Hijos con malformaciones congénitas: ---

Hijos con patología neonatal: ---

Edad materna o paterna en primer embarazo: 19 años (padre)

Inicio de vida sexual activa (IVSA): -- años

Número de parejas sexuales: 1

Ginecólogo o Urólogo de cabecera: Sí () No (X)

Motivo y fecha de la última consulta al ginecólogo / urólogo: -----

Pruebas de laboratorio y gabinete realizadas: Sí () No (X)

Resultados: -----

Mastografía () Fecha de realización y resultado: -----

Papanicolaou () Fecha de realización y resultado: -----

Antígeno prostático () Fecha de realización y resultado: Nunca se lo ha realizado.

Prueba VDRL (--) Fecha de realización y resultado: -----

ELISA VIH (--) Fecha de realización y resultado: -----

Otro: -----

Vida sexual: Activa (X) Inactiva ()

¿Conoce todos los métodos anticonceptivos? Sí (X) No ()

¿Utiliza alguno? Sí () No (X) Cuál: -----

¿Qué métodos ha utilizado? Condón.

¿Ha utilizado el método de emergencia? Sí () No (X)

¿Le han diagnosticado alguna infección de transmisión sexual? Sí () No (X)

Especificar: -----

Existencia de dificultades relacionadas con la actividad sexual: Sí () No (X)

En caso afirmativo especificar cuáles: -----

Preferencia o inclinación sexual: Heterosexual (X) Bisexual () Homosexual ()

DetECCIÓN Y CONTROL DE ADICCIONES

Antecedentes heredofamiliares:

Tabaquismo () Alcoholismo () Cirrosis hepática () Farmacodependencia ()

Consumo de sustancias no legales () Ninguno (X) Otros: -----

Antecedentes patológicos:

Alcoholismo

Escala CAGE de alcoholismo		
¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?	Sí ()	No (X)
¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándolo(a) por su forma de beber?	Sí ()	No (X)
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su costumbre de beber?	Sí ()	No (X)
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o librarse de una resaca?	Sí ()	No (X)

Sustancias psicoactivas

En los últimos 12 meses, ¿tomó alguna sustancia, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? Sí () No (X)

Observaciones: -----

3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN EL DESARROLLO

De los siguientes factores, ¿cuáles le impiden desarrollar su autocuidado?:

Factores biológicos: La colocación del colgajo inguinal le limita la motricidad de su pierna y brazo, pero a pesar de eso aún es capaz de realizar con su mano derecha diversas tareas de la vida diaria por su cuenta o con ayuda mínima. También está la parte asociada al tiempo en cama por lo que ha perdido la capacidad de soportar su propio peso; limitación física – motriz por colgajo y pérdida de fuerza.

Psicológicos: Más que limitarlo, considera que el miedo a perder alguna parte de su cuerpo, principalmente su mano, le ha hecho comprometerse aún más con su Tx, ser más cooperador, conservar la paciencia, y luchar por seguir adelante.

Sociales: -----

Culturales: -----

Espirituales: -----

¿Cuál es su perspectiva de vida?

En este momento de su vida Jorge menciona sentirse estable, y dentro de lo posible, sano. Sin embargo, la preocupación por la situación que está atravesando también lo pone pensativo. Antes de la última cirugía se sentía con más miedo e incertidumbre sobre cómo podría evolucionar de sus heridas y qué es lo que le podría pasar. Le es imposible dejar de pensar en la posibilidad de perder alguna parte de su cuerpo. A pesar de ello, confía en que tendrá buenos resultados; le agradecería recuperarse pronto y volver a su casa, por el momento eso es lo más importante para él, volver a estar con su familia y trabajar. En particular, le gustaría estar presente en el primer cumpleaños de su hija, y estar más tiempo con ella pues teme que no lo vaya a reconocer por el tiempo que ha estado lejos de ella y que no lo ha podido ver. Es por esto que intenta no desesperarse y tomar las cosas con calma, para que salgan bien y pueda estar pronto con su hija más tiempo. Quiere vivir por separado con su pareja y su hija, y espera que más adelante las pueda llevar de viaje a conocer otros lugares, y puedan hacer otro tipo de actividades juntos, además de ver crecer a su hija y poderle dar otras oportunidades.

4. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Tiene algún diagnóstico médico (actuales o pasados)? Sí (X) No ()

Especifique: Quemadura eléctrica con 4% de SCT.

Otros: -----

¿Actualmente tiene algún tratamiento? Sí (X) No ()

Especifique: Analgésico, antifúngico, antibioticoterapia, y anticoagulante.

Paracetamol 1 gr IV (sol. inyectable) c/ 8 h. (02:00 – 10:00 – 18:00 h)
Fluconazol 400 mg IV c/24 h. (16:00 h)
Ampicilina 2 gr IV c/6 h. (8:00 – 14:00 – 20:00 – 2:00)
Ertapenem 1 gr IV c/8 h. (15:00- 23:00- 7:00)
Colistimetato de sodio 150 mg IV c/12 h. (19:00- 7:00)
Enoxaparina 40 mg SC (sol. Inyectable) c/ 24 h. (07:00 h)

Otros: -----

Apego al tratamiento: Bueno (X) Regular () Malo ()

Fecha de última visita médica:

Pruebas de laboratorio y gabinete:

Función hepática

Bilirrubinas totales: ----- Bilirrubina indirecta: ----- Bilirrubina directa: -----

AST: ----- ALT: ----- FA: ----- GGT: -----

Proteínas totales: ----- Albúmina: -----

LDH: ----- Amilasa: ----- Lipasa: -----

Función renal (creatinina sérica y bun)

Cr: ----- BUN: -----

Cálculo de función renal (Cockcroft – Gault): -----

Perfil de lípidos

Colesterol total: ----- Triglicéridos: ----- C – HDL: ----- C – LDL: -----

Niveles de glucosa en sangre

Hb – glicosilada: ----- Glucemia al azar: -----
Glucemia en ayuno: ----- (-- / -- / ----)

Hemograma

Hb: 14.2 g/dL Hto: ----% VCM: ---- fL HCM: ---- pg

Leu: ---- x 10³ Plq: ---- K/uL (-- / -- / ----)

Examen general de orina

Color: ----- Aspecto: ----- Glucosa: ----- Densidad: -----

pH: ----- Proteínas: ----- Nitritos: ----- Leucocitos: -----

(-- / -- / ----)

10.2. Anexo 2: Categorización de los discursos

Tabla 13: Categorización de los discursos

Categoría 1: Esfera fisiológica

D1: “[...] incluso cuando muevo mi otra pierna siento un poco de tensión en el colgajo, prefiero empezar con movimientos más leves, pero lo intentaré poco a poco (realizar movimientos pasivos) para no afectar al colgajo.”

D2: “Ya me había acostumbrado a no tener una mano, pero ahora me siento mucho mejor, me siento agradecido de volver a mover mis dos manos, solo que ahora me siento un poco adolorido cuando me muevo...ya se desacostumbro mi brazo, pero me comentaron que con el movimiento se me va a quitar, la verdad es que esa molestia ya no es nada.”

D3: “No me han movido como tal al reposet, mis baños siguen siendo en cama por las mañanas; de hecho, si no mal recuerdo, no me he levantado desde que ingresé al hospital, si acaso fueron como dos veces las que me pasaron al reposet y fue antes de esta cirugía (colocación del colgajo).”

D8: “Sí, ayer solo lo vinieron a revisar (el catéter PICC) y dijeron que seguía bien la curación, que creo, la cambiaron hace como tres o cuatro días [...], y ya no se me ha regresado la sangre como con las otras que me ponían (accesos venosos periféricos) [...], ya solo cuido de no aplastar la vía para que no empiece a sonar la bomba (de infusión).”

D9: “Me la retiraron (la sonda transuretral) hoy en la mañana, ya me había acostumbrado a tenerla y ya no me molestaba, [...] me dijeron que solo había sido para la cirugía y ya no era necesario que la tuviera [...], igual y ya puedo moverme un poco más para usar el pato [...].”

Tabla 13: *Categorización de los discursos (cont.)*

Categoría 1: Esfera fisiológica

D10: *“Aún no siento nada ni me duele tampoco (en la zona del colgajo del antebrazo izquierdo), todavía tengo la anestesia, pero creo que ya empiezo a mover los dedos ¿no? ¿Si los estoy moviendo?”*

D11: *“Sí, han estado viniendo todo el día a revisarlo (el colgajo), me piden que mueva los dedos, lo observan y lo tocan para sentir su temperatura [...], me dijeron que esta primera semana es la más importante para ver si sí funcionará el colgajo [...], me dicen que va evolucionando muy bien.”*

D12: *“Ya en esta semana me liberan el brazo, ¡esta vez sí funcionó, todo salió bien y seguiré con mi brazo [...], me han dicho que quedó muy bien!”*

Categoría 2: Esfera psicológica

D4: *“[...] mi mayor miedo es perder parte de mi brazo, los injertos no funcionaron como se esperaba y, según me comentaron los médicos, si este colgajo no queda entonces lo siguiente sería la amputación, y no quiero llegar a eso.”*

D5: *“[...] es mucho el tiempo que he estado aquí, extraño a mi esposa e hija, y en general mi vida antes de mi accidente y de estar en el hospital.”*

D6: *“[...] me estoy perdiendo una etapa en la vida de mi hija que no se volverá a repetir y me gustaría poder, al menos, estar con ella en su primer cumpleaños.”*

D7: *“[...] me lo trajeron ayer (mostrando un llaverito con una fotografía de su familia), esta foto nos la tomaron justo un día antes de mi accidente...fue una salida familiar. Aquí mi hija tenía como ocho meses, y espero salir pronto para verla...espero sea ante de que cumpla su primer año.”*

Tabla 13: *Categorización de los discursos (cont.)*

Categoría 2: Esfera psicológica

D13: "[...] no me queda de otra (refiriéndose a la inmovilización), ya me hice a la idea de que estaré varios días así e incluso ya me he adaptado a los ligeros cambios de posición que puedo hacer por mi cuenta, [...] sé que es necesario para que pueda tener éxito el colgajo, no pierda mi mano, y pueda volver con mi familia y a trabajar...es por eso que trato de seguir todas las indicaciones."

Categoría 3: Esfera social

D15: "[...] vamos a seguir trabajando para que se recupere, estaremos viniendo aquí a sus consultas y veremos que siga con sus terapias para que pueda salir adelante y se pueda recuperar lo mejor posible." – Mamá de Jorge.

Categoría 4: Esfera espiritual

D14: "Al principio fue difícil estar con el brazo inmovilizado, pero después de unos días me fui acostumbrando y al final valió la pena... ¡logré conservar mi mano, ya la puedo mover un poco y ya pronto me podré ir [...], tan pronto me quiten el Drenovac dijeron que me darán de alta [...]!Espero poder retomar la vida que tenía antes de este accidente (quemadura); bueno, sé que no será la misma, pues esta experiencia me hizo pensar muchas cosas sobre el valor de la vida y me cambió la perspectiva, pero estoy dispuesto a seguir trabajando en mi rehabilitación para poder recuperar la mayor parte de la movilidad y funcionalidad de mi brazo."

Se presentan los discursos extraídos del diario de campo más representativos de cada una de las cuatro categorías que se establecieron previamente para su análisis.

Fuente: Elaboración propia.

