



Nombre del Alumno FRANCISCO AGUSTIN CANTORAL ALVAREZ

Nombre del tema PAE QUEMADURAS

2DO Parcial

Nombre de la Materia URGENCIAS Y DESASTRES

Nombre del profesor CECILIA DE LA CRUZ SANCHEZ

Nombre de la Licenciatura

Cuatrimestre

Pichucalco, Chiapas; 13 de octubre del 2023

CLASIFICACION DE QUEMADURAS



Quemaduras de primer grado (superficiales)

Las quemaduras de primer grado afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel. El sitio de la quemadura es rojo, doloroso, seco y sin ampollas. Las quemaduras leves del sol son un ejemplo. Es raro el daño de largo plazo al tejido y generalmente consiste de un aumento o disminución del color de la piel.



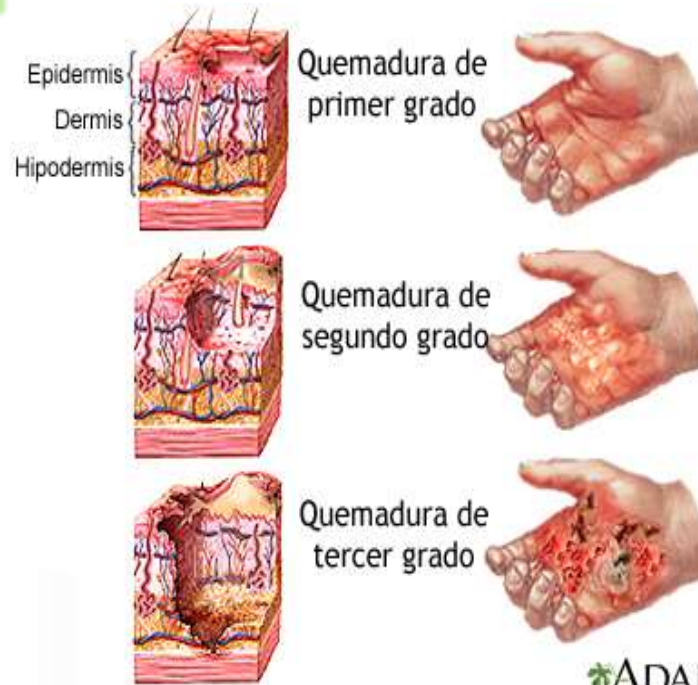
Quemaduras de segundo grado (espesor parcial)

Las quemaduras de segundo grado involucran la epidermis y parte de la capa de la dermis de la piel. El sitio de la quemadura se ve rojo, con ampollas y puede estar inflamado y ser doloroso.



Quemaduras de tercer grado (espesor total)

Las quemaduras de tercer grado destruyen la epidermis y dermis y pueden dañar el tejido subcutáneo. La quemadura puede verse blanca o carbonizada. La zona afectada pierde sensibilidad.



Quemaduras de cuarto grado

Las quemaduras de cuarto grado también dañan los huesos, los músculos y los tendones subyacentes. No hay sensación en la zona, ya que las terminales nerviosas han sido destruidas.



QUEMADURAS

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Dolor agudo

Factores relacionados (causas) (E)

Agentes lesivos (físicos)

Características definitorias (signos y síntomas)

Conducta expresiva, máscara facial, observación de evidencia del dolor, informe verbal del dolor.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Control del dolor	<p>Reconoce el comienzo del dolor.</p> <p>Reconoce factores causales.</p> <p>Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.</p> <p>Reconoce síntomas asociados al dolor.</p> <p>Refiere dolor controlado.</p>	<p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.- Raramente demostrado</p> <p>3.- A veces demostrado</p> <p>4.- Frecuentemente demostrado</p> <p>5.- Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

ACTIVIDADES

1. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
2. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
3. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales.
4. Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
5. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
6. Establecer expectativas positivas respecto a la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
7. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración.
8. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

INTERVENCIONES (NIC): ESCUCHA ACTIVA

ACTIVIDADES

1. Establecer el propósito de la interacción.
2. Mostrar interés en el paciente.
3. Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
4. Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
5. Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la posición física expresa mensajes no verbales).
6. Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
7. Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DEL DOLOR

ACTIVIDADES

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
2. Observar claves no verbales de molestias.
3. Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
4. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
5. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
6. Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
7. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
8. Enseñar los principios de control de dolor.

Dominio 11:
Seguridad/protección

Clase 2: Lesión física

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
(NANDA)**

Etiqueta (problema) (P)

Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

Factores relacionados (causas) (E)

Quemaduras

Características definitorias (signos y síntomas)

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Estado neurológico: periférico	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilidad en la extremidad superior derecha. -Sensibilidad en la extremidad superior izquierda. -Sensibilidad en la extremidad inferior derecha. -Sensibilidad en la extremidad inferior izquierda. -Función motora en la extremidad superior derecha. -Función motora en la extremidad superior izquierda. -Función motora en la extremidad inferior derecha. -Función motora en la extremidad inferior izquierda. 	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Gravemente comprometida. 2.- Sustancialmente comprometida. 3.- Moderadamente comprometida. 4.- Levemente comprometida. 5.- No comprometida. 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p><u>Am</u> <u>bo</u>s <u>pu</u>ntajes <u>so</u>lo <u>pu</u>eden <u>se</u>r <u>de</u>terminados <u>e</u>n <u>la</u> <u>at</u>ención <u>in</u>dividualizada <u>a</u> <u>la</u> <u>pe</u>rsona, <u>fa</u>milia <u>o</u> <u>co</u>m <u>un</u>idad <u>ex</u>presada <u>e</u>n <u>lo</u>s <u>re</u>gistros <u>cl</u>ínicos <u>de</u> <u>e</u>nfermería.</p>

INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA SENSIBILIDAD PERIFERICA ALTERADA

ACTIVIDADES

1. Comprobar la discriminación filo/romo o calor/frío.
2. Observar si hay parestesia. Entumecimiento, hormigueos, hiperestesia o hipoestesia.
3. Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para determinar la temperatura de la comida, líquidos, agua del baño, etc.
4. Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para identificar la localización y la textura de los objetos.
5. Enseñar al paciente o familia a vigilar la posición de la partes corporales durante el baño, al sentarse, al acostarse o cambiar de posición.
6. Evitar o vigilar atentamente el uso de calor o frío.
7. Proteger las partes corporales de cambios de temperatura extremos.
8. Administrar analgésicos, si es necesario.
9. Observar si hay tromboflebitis o trombosis venosa profunda.
10. Comentar o identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad.
11. Enseñar al paciente a comprobar visualmente la posición de las partes corporales.

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

ACTIVIDADES

1. Examinar si en las extremidades hay edema.
2. Examinar el color, la temperatura, la hidratación de la piel.
3. Determinar el estado de movilidad.
4. Controlar el estiramiento del músculo en el tobillo y en el pie.
5. Examinar si en el piel hay evidencia de presión (presencia de enrojecimiento localizado, aumento de la temperatura, ampollas).
6. Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo, quemazón).
7. Palpar los pulsos pedios y tibial posterior.
8. Determinar el tiempo de llenado capilar.
9. Observar la movilidad articular (dorsiflexión del tobillo y movimiento de la articulación subtalar).

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACION NEUROLOGICA

ACTIVIDADES

1. Comprobar la fuerza de aprehensión.
2. Comprobar la respuesta a los estímulos: táctil.
3. Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.

INTERVENCIONES (NIC): FOMENTO DEL EJERCICIO

ACTIVIDADES

1. Explorar las barreras para el ejercicio.
2. Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
3. Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
4. Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
5. Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

INTERVENCIONES (NIC): TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR

ACTIVIDADES

1. Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
2. Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
3. Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
4. Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comentar el ejercicio de las articulaciones.
5. Ayudar al paciente a colocarse en posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.
6. Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
7. Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.
8. Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.
9. Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de arco de movimiento.
10. Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.
11. Determinar el progreso hacia la meta fijada.
12. Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

Dominio 11: Seguridad/protección	Clase 6: Termorregulación
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) (P)	
Termorregulación ineficaz	
Factores relacionados (causas) (E)	
Traumatismo (de la piel, quemadura)	
Características definitorias (signos y síntomas)	
Friedad de la piel, piel caliente al tacto, fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal, aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal, escalofríos leves, reducción de la temperatura corporal por debajo del rango normal.	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Termorregulación.	Presencia de piel de gallina con el frío. Tiritera con el frío. Comodidad térmica referida.	1.- Gravemente comprometido. 2.- Sustancialmente comprometido. 3.- Moderadamente comprometido. 4.- Levemente comprometido. 5.- No comprometido.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación idealmente aumentaría.
	Temperatura cutánea aumentada. Disminución de la temperatura cutánea. Hipertermia. Hipotermia.	1.- Grave. 2.- Sustancial. 3.- Moderado. 4.- Leve. 5.- Ninguno	Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.

INTERVENCIONES (NIC): REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

ACTIVIDADES

1. Favorecer la ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
2. Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.
3. Administrar medicamentos antipiréticos, si procede.
4. Utilizar cobertores para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede.
5. Utilizar baños o paños tibios para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede.

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

ACTIVIDADES

1. Controlar periódicamente la temperatura, respiración, tensión arterial y respiración, si procede.
2. Anotar tendencias y fluctuaciones de temperatura.
3. Observar periódicamente la humedad de la piel.
4. Comprobar la temperatura cada dos horas, si procede.
5. Observar el color y la temperatura de la piel.
6. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia.
7. Observar si hay cianosis central y periférica.
8. Observar si hay relleno capilar normal.
9. Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

INTERVENCIONES (NIC): TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

ACTIVIDADES

1. Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos.
2. Vigilar por si hubiera descenso del nivel de conciencia.
3. Vigilar por si hubiera actividad de ataques.
4. Controlar ingresos y egresos.
5. Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre, si procede.
6. Administrar un baño tibio con una esponja, si procede.
7. Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales, si procede.
8. Administrar líquidos i.v. si procede.
9. Aumentar la circulación de aire mediante un ventilador.
10. Administrar oxígeno, si procede.
11. Controlar la temperatura de manera continua para evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.

INTERVENCIONES (NIC): TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA

ACTIVIDADES

1. Quitar la ropa fría, mojada y cambiarla por ropa seca y cálida.
2. Observar si se presentan síntomas asociados con la hipotermia: fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, habla con mala articulación, escalofríos y cambios de color de la piel.
3. Cubrir con cobertores.
4. Administrar líquidos i.v. calentados (37° C).
5. Administrar oxígeno calentado, si procede.
6. Dar líquidos orales calientes al paciente, si se encuentra alerta y es capaz de tragar.
7. Observar si hay bradicardia.