



CLÍNICA

UNIDAD DE TRATAMIENTO DE QUEMADOS: RELATO DE UNA EXPERIENCIA DE CONSTRUCCIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

UNIDADE DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS: RELATO DE EXPERIENCIA SOBRE A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

***Renata Rocha, D. e **Abreu Freitas, M^a. E.**

*Discente do 9º período de Enfermagem Universidade Federal Minas Gerais. Estagiária voluntária no Hospital João XXIII/FHEMIG. **Doutora em Enfermagem. Docente da E. E. Universidade Federal Minas Gerais. Brasil.

Palabras chave: protocolo, quemados, plano de cuidados de enfermagem.

Palabras clave: protocolo, quemados, plan de cuidados de enfermería.

Key Words: protocol, burnt, plan of cares of nurse.

SUMMARY

This story is about a proposal of protocol did show to the Burnt Unit of Treatment of a big hospital of of Belo Horizonte, that care the urgencies and emergencies of all state. The objectives of the protocol are to systemize the treatment and accompaniment of the burnt patient, for to help the supervision of nurse in the Unit of Treatment of Burnt and to subsidize the education in service of academics of nurse and just-admitted nurses. The importance of the protocol for plan of cares of nurse about the benefits that the same will be able to bring for the nurse, the patient and the Nurse, in special.

RESUMEN

Se trata de una propuesta de protocolo presentado en la Unidad de Tratamiento de Quemados de un hospital público de gran tamaño en Belo Horizonte, que atiende urgencias y emergencias de todo el estado. Los objetivos del protocolo son sistematizar el tratamiento y acompañamiento del paciente quemado, instrumentalizar la supervisión de enfermería en la Unidad de Tratamiento de Quemados y ayudar a la formación en el servicio de estudiantes de enfermería y de enfermeros recién admitidos. La importancia del protocolo

para el plan de cuidados de enfermería se basa en los beneficios que éste tendrá para el enfermero, para el paciente y para la Enfermería, en general.

1. INTRODUCCIÓN

La iniciativa de elaboración de este protocolo se debe a una práctica profesional voluntaria extracurricular en la Unidad de Tratamiento de Quemados de un hospital público de gran tamaño especializado en urgencias y emergencias en Belo Horizonte. Estas prácticas tuvieron una duración de tres meses en cada clínica, donde el alumno en prácticas de enfermería cumplía una jornada semanal de doce horas. En contraprestación, la institución avalaba el trabajo del alumno a través de la supervisión del enfermero de la unidad, resultando que al final de las prácticas el estudiante se comprometía a presentar al enfermero y a la coordinación general de enfermería un trabajo escrito de su experiencia y una propuesta para una mejora de la asistencia de enfermería.

Teniendo en cuenta la gravedad y las peculiaridades del paciente quemado a causa del sufrimiento físico, de la incertidumbre de su recuperación y también por la presencia constante del miedo a quedar desfigurado para toda su vida, el presente trabajo presenta una propuesta de implantación e implementación de protocolo para plan de cuidados al paciente quemado de la Unidad de Tratamiento de Quemados (UTQ) de un hospital público de gran tamaño en Belo Horizonte, el cual atiende urgencias y emergencias de todo el estado.

La UTQ es una unidad de referencia en la asistencia a personas víctimas de quemaduras y atiende las exigencias de la Disposición nº 1273/2000 del Ministerio de Salud ⁽¹⁾ :

“Entiendense por centros de referencia en asistencia a Quemados, aquellos hospitales, servicios, debidamente acreditados como tal, que disponiendo de un mayor nivel de complejidad, condiciones técnicas, instalaciones físicas, equipamientos y recursos humanos específicos para la atención a pacientes con quemaduras, sean capaces de constituir la referencia especializada en la red de asistencia a quemados.”

Según Smeltzer y Bare ⁽²⁾ aproximadamente 2,5 millones de personas en los EUA son víctimas anualmente de por lo menos una lesión por quemaduras al día. De este grupo, 200.000 reciben tratamiento ambulatorio y 100.000 son hospitalizados. Cerca de 12.000 personas mueren por quemaduras y lesiones relacionadas con inhalación y 1.000.000 de días de trabajo se pierden cada año.

Según Gomes et al ⁽³⁾ los accidentes por quemaduras ocupan el segundo lugar en el mundo, por detrás solamente de las fracturas.

Para asistir a pacientes quemados que padecen de gran sufrimiento físico y consecuentemente psicológico por secuelas resultantes del terror del accidente y/o de las marcas severas en su cuerpo, la UTQ cuenta con un cuerpo clínico multiprofesional compuesto por médicos clínicos de medicina interna, cirugía plástica y clínica del dolor, equipo de enfermería, nutricionista, fisioterapeutas, psicólogos y una asistente social.

De acuerdo con la ley 7498/86 que legisla sobre el Ejercicio Profesional de Enfermería, cabe al enfermero particularmente “la planificación, organización, coordinación, ejecución y evaluación de los servicios de enfermería y también la prescripción de la asistencia de enfermería” ⁽⁴⁾ .

Hay por tanto una necesidad de sensibilización y posicionamiento de los enfermeros para la implantación e implementación del protocolo en la asistencia. Por ello, se hace necesario que estos profesionales sean transmisores del conocimiento para otros enfermeros y

personal del nivel medio, auxiliares y técnicos de enfermería para que los profesionales de la salud trabajen de forma integrada ⁽⁵⁾

De acuerdo con Smeltzer&Bare ⁽²⁾ las fases de asistencia al quemado engloban una fase de emergencia/reanimación, comprende el momento de llegada del paciente al servicio hasta la reposición de líquidos; fase aguda/intermedia, siguiente a la fase de emergencia, es aquella que ocurre en las primeras 48/72 horas siguientes a la quemadura y comprende el periodo que va desde el inicio de la pérdida de líquidos hasta la cicatrización completa de la herida, y la fase de rehabilitación, que se inicia en el momento de la cicatrización de la quemadura hasta el retorno al nivel óptimo de adaptación física y psicosocial. En todas las fases adoptamos el método de resolución científica de problemas, o sea, valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación.

Por ello, resulta fácil entender la importancia del cuidado de enfermería sistematizado en una UTQ a través de la recogida de datos, análisis, diagnóstico y propuesta de intervención, especialmente porque las lesiones provocadas por quemaduras pueden acabar en severas repercusiones sistémicas y, a veces, hasta fatales para el individuo quemado.

La adopción de pasos para la sistematización de la asistencia es un recurso que posibilita al enfermero la organización y planificación de cuidados apropiados a los pacientes, colaborando en la consolidación de su profesión e independencia profesional.

La construcción del protocolo fijó como objetivos:

- ▶ Sistematizar el tratamiento y acompañamiento del paciente quemado.
- ▶ Ayudar a la formación de los estudiantes de enfermería y de enfermeros recién admitidos en la Unidad de Tratamiento de Quemados.
- ▶ Instrumentalizar la supervisión de enfermería en la Unidad de Tratamiento de Quemados.

2. PASOS ADOPTADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PROTOCOLO

Inicialmente optamos por una breve revisión bibliográfica acerca del tema, revisión de las rutinas existentes en la UTQ; diálogos con los empleados de enfermería de nivel medio (técnicos y auxiliares de enfermería) y con los enfermeros, así como la observación del proceso de trabajo de la unidad en estudio.

Conforme mencionamos en la introducción, adoptamos para la construcción del protocolo las fases de asistencia de enfermería descritas por Smeltzer&Bare ⁽²⁾ y los pasos necesarios para la sistematización de la asistencia de enfermería.

Acreditamos así que el protocolo sería más comprensible y señalaría las prioridades de cada una de las fases, aunque éstas pueden yuxtaponerse. La evaluación de los cuidados, el tratamiento de las complicaciones y problemas específicos deben ser revisados a lo largo de todo el curso de la asistencia al paciente quemado.

3. EL PROTOCOLO PROPIAMENTE DICHO

La admisión en la Unidad deberá ser hecha por el equipo de salud de la unidad.

La primera evaluación de enfermería del paciente, valoración de enfermería, será realizada por el enfermero que esté de servicio en el momento del ingreso. Caso que la admisión en la unidad ocurra en un turno de trabajo intensivo -periodo en que solamente un

enfermero se responsabiliza de todas las unidades de internamiento del hospital (sábados, domingos y festivos)- el Plan de Cuidados de Enfermería será desempeñado en el próximo turno por el enfermero que deberá fechar, firmar y sellar el registro (anexo 1).

Plano de Cuidados de Enfermagem			n°:																						
	UTO	Admissão: / /	Alta: / /																						
Paciente	Leito:	Registro:	Idade:																						
Diagnóstico:	Data de Prescrição: / /																								
Cuidados / Horário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Atenção
1º turno																									Observar ritmo cardíaco e respiratório e saturações de oxigênio.
2º turno																									Registrar os dados.
3º turno																									Observar a criação de orientações ao 1º turno para início e ao 2º e 3º turnos.
4º turno																									Observar presença de possíveis alterações (Auscultar os ruidos da auscultações).
5º turno																									Observar os aspectos físicos e a administração de medicamentos.
6º turno																									Registrar os dados.
7º turno																									Observar os aspectos físicos e a administração de medicamentos.
8º turno																									Registrar os dados.
9º turno																									Registrar os dados.
10º turno																									Registrar os dados.
11º turno																									Registrar os dados.
12º turno																									Registrar os dados.
13º turno																									Registrar os dados.
14º turno																									Registrar os dados.
15º turno																									Registrar os dados.
16º turno																									Registrar os dados.
17º turno																									Registrar os dados.
18º turno																									Registrar os dados.
19º turno																									Registrar os dados.
20º turno																									Registrar os dados.
21º turno																									Registrar os dados.
22º turno																									Registrar os dados.
23º turno																									Registrar os dados.
24º turno																									Registrar os dados.

Posteriormente el enfermero deberá prescribir los cuidados de enfermería que crea necesarios juntamente con sus horarios de ejecución de acuerdo con el diagnóstico de enfermería obtenido tras la detección de los problemas constantes en la valoración de enfermería.

Solamente el enfermero podrá desempeñar, acrecentar o alterar cualquier procedimiento u horario de los cuidados en el impreso, siendo obligatorio el uso de bolígrafo..

El enfermero se responsabiliza de supervisar la evaluación de enfermería de los funcionarios de su equipo, auxiliares y técnicos de enfermería, verificando si los cuidados de enfermería prescritos están siendo realizados. De ser necesaria alguna alteración en el plan de cuidados durante la evaluación diaria del paciente, el enfermero del turno -enfermero responsable de la coordinación y asistencia de enfermería de una clínica en un periodo determinado- deberá añadir el nuevo cuidado en el impreso, escribir "suspendido" en el cuidado interrumpido, firmar y fechar al lado de éstos.

El paciente podrá tener tantos impresos de plan de cuidados como fueren necesarios, siempre que el encabezamiento de todos los impresos sea cumplimentado en su totalidad con el nombre del paciente, edad, cama, registro, diagnóstico, fecha de admisión, fecha de alta y número de plan de cuidados.

El plan de cuidados deberá permanecer en la documentación del paciente durante todo su internamiento junto con la prescripción médica y el registro de parámetros vitales/balance hídrico.

Los auxiliares de enfermería deberán ejecutar todos los cuidados prescritos para el paciente, además de los cuidados rutinarios básicos. Caso de que el cuidado prescrito sea incompatible con el cuadro actual del paciente, el empleado deberá inicialmente comunicarlo al enfermero y registrar lo ocurrido en la evaluación de enfermería.

Si el paciente ha sido transferido a otra clínica, el enfermero deberá poner la fecha de transferencia en el registro y anexarlo al prontuario del mismo. Después, un nuevo plan de cuidados de enfermería deberá ser gestionado por el enfermero responsable de la clínica en que aquel será admitido.

Al final de la estancia en el hospital o del fallecimiento del paciente, todos los planes de cuidados de enfermería deberán ser anexados al prontuario del mismo.

La prescripción de enfermería variará de acuerdo con las fases a seguir de la asistencia al quemado:

A. FASE DE EMERGENCIA/REANIMACIÓN.

A.1- Evaluación de Enfermería.

El enfermero debe focalizar las prioridades de emergencia del paciente como la permeabilidad de las vías aéreas, la respiración, la circulación y las constantes vitales. El equipo de salud evalúa la necesidad de dispositivos, tales como monitorización cardíaca, ventilación mecánica y oxímetro de pulso. Empleo de máscara, gorro y bata. Evalúase la localización, extensión y profundidad de las lesiones en un examen céfalo-caudal, la ingesta y excreta del paciente, así como la instalación de un catéter venoso y otro de mantenimiento. El enfermero debe cumplimentar el impreso de admisión de la unidad obteniendo la historia de salud del paciente e informaciones del accidente (cómo, cuándo y cuál ha sido su causa). Y hacer una evaluación neurológica a través de la Escala de Glasgow (diagnostica el nivel de consciencia y sirve como parámetro para evaluar la evolución del estado de coma), estado psicológico, niveles de dolor y comportamiento, además de las potenciales complicaciones de esta fase: insuficiencia respiratoria, choque hipovolémico e íleo paralítico.

A. 2- Diagnósticos de Enfermería y prescripciones de Enfermería (las características definitorias del diagnóstico varían con cada paciente).

► **Desequilibrio de gases** . relacionado con envenenamiento por monóxido de carbono, inhalación de humo y/u obstrucción de vías aéreas.⁽⁶⁾

1) Contar inmediatamente al médico o al enfermero las alteraciones en cuanto al esfuerzo y frecuencia respiratoria, oximetría de pulso, parámetros de ventilación mecánica, nivel de consciencia, letargo, desorientación, arritmias cardíacas, convulsiones, cianosis de labios y extremidades.

2) Mantener humidificador de máscara nasal/ventilador mecánico/cánula nasal con ABD (agua bidestilada) en el límite medio del frasco.

3) Aplicar balonete del TOT (tubo orotraqueal), anotar el número del límite fijado del tubo y cambiar fijación cada 12 horas. Observar velocidad del Ventilador mecánico.

4) Mantener la cabecera elevada, salvo en post-operatorio inmediato de injerto y en los casos de quemaduras en cuello.

► **Desobstrucción ineficaz de vías aéreas** relacionadas con el edema y/o efecto de la inhalación de humo ⁽⁶⁾.

- 1) Estimular hidratación oral si el paciente está consciente.
- 2) Aspirar al paciente siempre que sea necesario utilizando técnica aséptica; registrar aspecto y volumen del exudado.
- 3) Estimular al paciente a girarse, toser y respirar profundamente, caso que sea posible.
- 4) Estimular el drenaje a través de cambios posturales de decúbito cada 3 horas, si el cuadro del paciente lo permite.

► **Déficit de volumen de líquido** relacionado con el aumento de la permeabilidad capilar y con la pérdida de líquidos por las quemaduras ⁽⁶⁾.

- 1) Observar y registrar constantes vitales cada 2 horas y comunicar las anomalías.
- 2) Medir balance hídrico rigurosamente.
- 3) Elevar la cabecera de la cama y las extremidades quemadas.

► **Hipotermia** relacionada con la pérdida de microcirculación en la piel y heridas abiertas ⁽⁶⁾.

- 1) Proporcionar un ambiente cálido con el uso de cobertores y/o foco de luz.
- 2) Medir la temperatura axilar frecuentemente y posibles signos de cianosis.
- 3) No permitir que puertas y ventanas queden abiertas al mismo tiempo, pues causan corrientes de aire. Durante el baño, mantener puertas y ventanas cerradas y actuar rápidamente.

► **Dolor** relacionado con lesión de tejido y de nervio e impacto emocional de la lesión ⁽⁶⁾.

- 1) Observar la depresión respiratoria en el paciente sin ventilación mecánica.
- 2) Cambiar al paciente de decúbito cuidadosamente sin arrastrarlo por el lecho.
- 3) Preparar y administrar analgésicos conforme prescripción de la clínica del dolor; evaluar respuesta a los medicamentos y comunicar cualquier cambio al médico inmediatamente.
- 4) No despreciar las quejas del paciente.
- 5) Usar colchón de agua en regiones con riesgo de úlcera por presión.

► **Ansiedad** relacionada con el medio y el impacto emocional del paciente ⁽⁶⁾.

- 1) Explicar en términos claros y simples todos los procedimientos posibles al paciente y familia.
- 2) Procurar el alivio del dolor, pues éste causa ansiedad.
- 3) Registrar quejas y ansiedades del paciente en la evaluación de enfermería. Ofrecer apoyo psicológico al paciente y familia trabajando conjuntamente con el servicio de psicología.
- 4) Considerar el empleo de la medicación ansiolítica prescrita, caso de que el paciente se mantenga extremadamente ansioso a pesar de las intervenciones no farmacológicas.

► **Riesgo de oclusión intestinal** relacionado con el peristaltismo disminuido ⁽⁶⁾.

- 1) Estimular la ingesta diaria de líquidos (observar prescripción médica).
- 2) Proporcionar un ambiente de privacidad al paciente.
- 3) Registrar y comunicar aspecto, frecuencia y volumen de las evacuaciones por día.

B - FASE AGUDA/INTERMEDIA

B.1 - Evaluación de enfermería.

En esta fase el enfermero debe evaluar continuamente al paciente quemado, señalando las alteraciones hemodinámicas, cicatrización de heridas, respuestas psicosociales y señales de complicaciones, como la insuficiencia cardíaca congestiva, sepsis, insuficiencia respiratoria aguda, síndrome de angustia respiratoria del adulto y lesión visceral (quemadura eléctrica) .

Evaluar continuamente el dolor, ingesta calórica, peso, hidratación general, nivel de consciencia, y hemorragias excesivas de las áreas adyacentes de la exploración quirúrgica e injerto. Se verificarán los pulsos periféricos cuando el edema tienda a aumentar lesionando nervios periféricos y restringiendo el flujo sanguíneo. Se intensificará la técnica aséptica, ya que las infecciones provocan más del 70% de los óbitos del paciente quemado ⁽⁷⁾.

B.2 - Diagnósticos de Enfermería y prescripciones de Enfermería (las características definidoras del diagnóstico varían de acuerdo con cada paciente)

► **Exceso de volumen de líquido** relacionado con el retorno de la integridad capilar y desvío de líquido del compartimento intersticial e intravascular ⁽⁶⁾.

- 1) Tomar constantes vitales y medir balance hídrico
- 2) Evaluar la presencia de edema e ingurgitamiento de las venas yugulares
- 3) Comunicar al médico en caso de disminución de la diuresis, ya sea adulto <30 ml/h y niño <25ml/h, aumento de peso, PVC (presión venosa central) y PCP (presión capilar pulmonar)

► **Riesgo de infección** relacionado con la pérdida de piel y respuesta inmune comprometida⁽⁶⁾.

- 1) Lavar las manos con agua y jabón de 15 a 30 segundos antes y después del cuidado del paciente.
- 2) Usar máscara, gorro, pijama. Si el paciente está colonizado/infectado por bacteria multirresistente, usar guantes de procedimientos lo mismo para contacto con piel íntegra y equipamientos
- 3) Orientar al acompañante/visitante a usar equipamiento para protegerse de infecciones y a lavarse las manos antes y después del contacto con el paciente
- 4) No permitir que puertas y ventanas permanezcan abiertas al mismo tiempo
- 5) Inspeccionar diariamente las lesiones de la piel, registrar y comunicar alteraciones.
- 6) Administrar antibióticos prescritos puntualmente.

7) Medir constantes vitales.

8) Administrar antibioticoterapia prescrita 30 minutos antes de que el paciente vaya al quirófano.

9) Recoger (1 muestra) secreción de quemaduras todos los lunes y jueves, después limpiar las quemaduras con agua corriente y antes de aplicar el antiséptico, y tomar 3 muestras en lugares diferentes en el primer baño después de la admisión.

► **Nutrición alterada (menor que las necesidades corporales)** relacionada con el hipermetabolismo y cicatrización de la herida⁽⁶⁾.

1) Mantener una buena higiene oral antes y después de la ingesta de alimentos

2) Elevar la cabecera del lecho para alimentación vía oral o enteral

3) Comprobar el estado de la secreción gástrica antes de administrar la dieta. Aspire todo el contenido gástrico, si el volumen fuera mayor que el 30% establecido o si su aspecto de residuo fuera oscuro o sanguinolento, solicite la opinión del enfermero antes de actuar.

4) Revisar posición de la sonda antes de iniciar y reiniciar dieta y lavar la sonda con 10 ml. de agua filtrada usando jeringa después de cada dieta o cada 4 horas para infusión continua, previniendo obstrucción de la sonda.

5) Registrar aceptación de la dieta; aspecto y frecuencia de las deposiciones y orina diariamente.

6) Registrar y contar al médico y enfermero el hecho de distensión abdominal, diarrea y pérdida de la sonda.

7) Explicar la importancia de la nutrición adecuada al paciente.

8) Planificar la atención de forma que los procedimientos desagradables y dolorosos no ocurran inmediatamente antes de las comidas.

► **Integridad de la piel perjudicada** relacionada con las heridas de quemaduras abiertas⁽⁶⁾.

1) Técnica aséptica rigurosa en el baño

2) Después del baño, poner la pomada indicada en todas las heridas en proceso inicial de cicatrización y también en las que drenan utilizando guantes estériles.

3) Después del injerto utilizar apenas soluciones estériles y que no contengan agentes antimicrobianos. Pasar un hidratante tópico por la zona cicatrizada.

4) Mantener al paciente en reposo hasta 72 horas después del injerto.

5) Dar el soporte nutricional adecuado.

6) Evaluar diariamente las heridas y los sitios de injerto, observando la evolución de la cicatriz, cambio de color, aumento de las lesiones, injerto insuficientemente adherido, exudado purulento, hemorragia y úlceras por presión.

► **Dolor** relacionado con las terminaciones nerviosas, cicatrización y tratamiento de las heridas⁽⁶⁾.

1) Evaluar la intensidad del dolor observando indicadores verbales (relato, llanto, gemido,)

y no verbales (expresión facial, taquicardia, manos cerradas, etc.)

2) Evaluar y anotar respuesta del paciente a las intervenciones medicamentosas.

► **Movilidad física alterada** relacionada con el edema, dolor y contracturas articulares ⁽⁶⁾.

1) Mover al paciente de decúbito cada 3 horas.

2) Mantener la cabecera elevada en pacientes con edemas de cara hasta su desaparición, salvo los casos del ítem 3.

3) A los pacientes con quemaduras en la región anterior o lateral del cuello no se les debe elevar la cabecera ni deben usar almohadas.

4) Colocar férulas y collares cervicales prescritos por el fisioterapeuta tras la curación.

5) Mantener reposo absoluto hasta 72 horas después del injerto.

6) Estimular el autocuidado para ampliar la capacidad de movilidad del paciente.

► **Enfrentamiento individual ineficaz** relacionado con el miedo y la ansiedad, luto y dependencia de cuidados ⁽⁶⁾.

1) Ayudar al paciente a establecer metas alcanzables a corto plazo para aumentar la independencia en las actividades de la vida diaria.

2) Comunicar al equipo de salud los casos de pacientes que presenten comportamientos agresivos o de mala adaptación.

► **Déficit de conocimiento acerca del curso del tratamiento de las quemaduras** relacionado con la falta de información de los pasos de su tratamiento ⁽⁶⁾.

1) Explicar al paciente y familiares con un lenguaje simple y objetivo la finalidad de los procedimientos y equipamientos.

2) Explicar la importancia de la participación del paciente y familiares en los cuidados para la optimización de los resultados.

3) Explicar el tiempo real de duración del tratamiento de las quemaduras.

C- FASE DE REHABILITACIÓN

C.1- Evaluación

En esta fase, el enfermero evalúa al paciente quemado sistemática y continuamente, ya que la recuperación de la lesión engloba a todos los sistemas del cuerpo. La detección tanto de los primeros progresos como de los primeros signos de complicaciones determinará la intervención precoz y el éxito de la rehabilitación. Informaciones sobre el nivel socio-económico-cultural, estado emocional, capacidad funcional en las actividades de la vida diaria, autocuidado y evaluación de las lesiones son valiosas para la recuperación de la salud del paciente. Las complicaciones potenciales suponen retrasos e inadecuada adaptación fisiológica en la lesión de la quemadura.

C.2- Diagnósticos de Enfermería y Prescripciones de Enfermería (las características definitorias del diagnóstico varían de acuerdo con cada paciente).

► **Intolerancia a la actividad** relacionada con el dolor durante el ejercicio, movilidad articular limitada, desgaste muscular y tolerancia limitada ⁽⁶⁾.

1) Estimular la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria lo más precozmente posible, midiendo la fatiga, fiebre y dolor para determinar el periodo de actividad que debe ser estimulado diariamente.

2) Sugerir actividades como visitas a familia, recreativos, terapias de juegos, etc.

3) Discutir las dificultades encontradas en la realización de actividades prescritas por el fisioterapeuta.

► **Desorden de la auto-imagen** relacionada con la alteración de la apariencia física y autoconcepto⁽⁶⁾.

1) Escuchar atentamente las preocupaciones del paciente y ofrecer un apoyo con bases realistas.

2) Ayudar al paciente a dar sus respuesta a las personas que pudieran mirar o preguntar acerca de las lesiones.

3) Enviar al paciente a otros profesionales como psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales cuando sea necesario.

► **Déficit de conocimiento** relacionado con dudas sobre cuidados domiciliarios en periodo de post-alta y necesidades de acompañamiento⁽⁶⁾.

1) Ofrecer a los pacientes y familiares un folleto de orientación para alta hospitalaria y asegurarse de su completo entendimiento, estando siempre accesible para el esclarecimiento de las dudas.

2) Controlar la comparecencia del paciente en las revisiones.

4. CONSIDERACIONES FINALES

El proceso de enfermería es el método a través del cual son aplicados los fundamentos teóricos de enfermería en la práctica diaria. Profesionalmente, este proceso define el alcance de la práctica enfermera para la implementación de cuidados tal y como son prescritos por el médico. Para el paciente, el beneficio en la utilización del método está en la garantía de la atención de calidad, al mismo tiempo que se le estimula para ser co-participante en sus cuidados. Finalmente, los beneficios para el enfermero, en particular, son el aumento de la satisfacción en el trabajo y la intensificación del crecimiento profesional.

En el transcurso de la elaboración de este protocolo los principales factores que facilitaron la elaboración del mismo se resumen en el apoyo de la coordinación de enfermería del referido hospital y en la carencia de un cuidado sistematizado de enfermería en la unidad.

A la vez, otros factores dificultan la concreción de este protocolo, como la escasez de bibliografías referentes a protocolos de plan de cuidados de enfermería en UTQ y el corto plazo estipulado para la elaboración de este protocolo; con todo estos obstáculos no fueron capaces de disminuir nuestra voluntad de cumplir los objetivos propuestos.

Tras la presentación de esta propuesta, las enfermeras de la unidad (turno de día) y la coordinación general de enfermería aprobaron este protocolo y afirmaron que iniciarán la implantación del mismo lo más rápido posible.

En fin, a pesar de algunas dificultades de adaptación en la rutina del enfermero que pudieran ser encontradas en la implantación y desarrollo del plan de asistencia de enfermería, es fundamental que el equipo persista en su utilización, ya que éste traerá consecuencias importantes para el enfermero, para el cliente y para la enfermería, en especial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 1273 de 21 de novembro de 2000, em vigor.
2. Smetzer SC, Bare BG. Cuidados aos pacientes com queimaduras. In: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998:1813-55.
3. Gomes DR, Serra MC, Pellon MA. Tratamento de queimaduras: um guia prático. Rio de Janeiro: Revinter; 1997: 268.
4. Conselho Regional de Enfermagem de MG-COREN. Legislação e normas. Belo Horizonte: 2002:73.
5. Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU;1991: 241.
6. North American Nursing Diagnosis Association- NANDA. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000:184.
7. Lemos A. T. O.; Costa, D, M.; Blom, B. C. Infecções no paciente queimado. In: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH- do Hospital das Clínicas da UFMG. Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi; 2001: 1116-26.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia