Sobre la respuesta al medicamento prescrito por el médico es favorable, en su recuperación con buena participación del paciente hacia las técnicas médicas y de enfermería.
En su aspecto psicológico no es afectado, solamente ansiedad y desesperación por sus quemaduras.
Estuvo hospitalizado por tres días y posteriormente fue trasladado a otra institución fuera de la ciudad.

PLAN DE CUIDADOS:

1. **PROBLEMA REAL:** Déficit en el volumen del líquido en relación con la pérdida de superficie cutánea, originada por la quemadura.
   PROBLEMA POTENCIAL: Choque hipovolémico.
   FUNDAMENTO: Al perder superficie cutánea se pierden líquidos y se altera la distribución del mismo, el plasma, proteínas y electrolitos del compartimiento vascular al intersticial, dis-- minuyendo la presión sanguínea y el gasto cardiaco.
   OBJETIVO: El paciente compensará el déficit de líquidos a través de la terapéutica de líquidos y se eliminará la posibilidad de presentar choque hipovolémico al disminuir el gasto -- cardiaco y la presión sanguínea.

   ACCIONES DE ENFERMERIA:
   - Medir signos vitales cada 30 min.
   - Vigilar signos y síntomas de choque hipovolémico como administración de soluciones mix--- tas de 1000 ml.
   - Control hidroelectrolítico estricto.
   - Medir orina cada hora (una diuresis normal es de 30 ml. Por hora y de ser más nos puede -- indicar problema renal) .
   - Vigilar el libre flujo en las líneas endovenosas y regular el goteo de acuerdo a la indicación médica.
   - Mantener la cabecera y extremidades elevadas para favorecer el retorno venoso.
   - Revisar resultados de biometría y electrolítos séricos.

   EVALUACION: Se logra estabilizar el déficit de líquido corporal.

2. **PROBLEMA REAL:** Leve dificultad para respirar por una deficiente concentración de oxí---- geno en los tejidos.
   PROBLEMA POTENCIAL: Insuficiencia respiratoria e hipoxemia.

FUNDAMENTO: En consecuencia disminuye la concentración de oxígeno en sangre mani-- festándose por disnea.

OBJETIVO: Mejorará la oxigenación de los tejidos a través de la ministración de oxígeno.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Mantener vías aéreas permeables aspirando el exceso de líquidos o secresiones.
- Colocar al paciente en posición que favorezca la respiración.
- Los cambios frecuentes de posición permiten la expansión de toda zona de los pulmones.
- Se estimulará la respiración profunda a intervalos frecuentes.
- El ejercicio activo o pasivo favorece la respiración.
- Evitar la ingestión de alimentos que produzcan distensión abdominal.
- Asegurar al paciente que la administración de oxígeno no produce dolor. Prepárelo para ----- cierto grado de resequedad de nariz bucofaringe, y aliéntelo a ingerir abundantes líquidos, si esto no está contraindicado.
- Revisar los frascos de humectación para asegurarse que no funcionen sin agua, lo que re---- sulta en la administración de oxígeno no húmedo, y que puede causar mucho malestar.
- Si el enfermo tiene cánula nasal, obsérvelo para asegurarse que respire por la nariz y no ---- por la boca.

EVALUACION: Funciona el equipo en forma apropiada y se logra la oxigenación adecuada de los tejidos.

3. **PROBLEMA REAL:** Descompensación y aumento de la temperatura corporal.

PROBLEMA POTENCIAL: Hipertermia.

FUNDAMENTO: Los receptores para el frío y el calor están situados en la piel, mucosa e -- hipotálamo y al perder volumen se altera su capacidad para mantener y almacenar calor, ---- existiendo la propensión a bacteremia.

OBJETIVO: Se logrará disminuir la temperatura corporal a base de medios físicos y quimi- cos.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Favorecer que la habitación del paciente esté fresca, (evitar corrientes de aire).
- Reposo.
- Administración de líquidos (según órdenes médicas).
- No cubrir demasiado al paciente para favorecer la pérdida de calor.
- Aplicar compresas frías.
- Se proporcionará alimentos de fácil digestión.
- Evitar hacer fricción externa.
- Se medirá la temperatura corporal con frecuencia (ejemplo, de cada 15 min. a cada 4 hs).

- Los fármacos antipiréticos se administrarán según órdenes médicas.

EVALUACION: Se realizarán cambios frecuentes de compresas húmedas, se registrarán -- los datos en forma pertinente y exacta, obteniendose el objetivo esperado.

4. **PROBLEMA REAL:** Dolor.

PROBLEMA POTENCIAL: Choque neurógeno.

FUNDAMENTO: Cada neurona sensitiva trasmite molestias, incomodidad e impulsos al -- sistema nervioso central que se identificarán como una clase específica de sensación por ---- ejemplo: dolor, presentándose ésta por la exposición de las fibras sensitvas al medio exte---- rior.

OBJETIVOS: Disminuirá al máximo el dolor.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Se observarán signos de dolor.
- Se medirán los signos vitales cada hora buscando alteración.
- Administrar analgésicos según órdenes médicas.
- Canalizar el dolor mediante pláticas con el paciente; centrar su atención en alguna actividad.

EVALUACION: Se logra la disminución total del dolor.

5. **PROBLEMA REAL:** Flebitis en miembro superior derecho.

PROBLEMA POTENCIAL: Necrosis.

FUNDAMENTO: Aplicar grandes cantidades de medicamentos irritables provocan una in--- flamación de la vena, con leve enrojecimiento de la piel, provocando dolor intenso en el sitio de la punción.

0BJETIVO: Se eliminará la flebitis en un máximo de cinco días.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Que no haya escape de líquido en el trayecto y conexión del venopak.
- Vigilar permeabilidad de la venocrisis.
- Vigilar signos de infiltración como: edema de la región, enrojecimiento, piel fría, esto puede ocasionar flebitis o necrosis debido a sustancias químicas.
- Se registrará fecha y hora de la aplicación de la venoclisis y se cambiará el equipo cada 24 hs.
- Se procurará cambiar cada 72 hs. El sitio de venoclisis.

EVALUACION: Se mejoran las condiciones del brazo pero aún no se logra completamente el objetivo.

6- **PROBLEMA REAL:** Pérdida de la continuidad de la piel de 3 cm. De profundidad en región parietal, ocasionada por caída.

PROBLEMA POTENCIAL: Herida.

FUNDAMENTO: La piel íntegra es la primer línea de defensa contra los microorganismos -- patógenos, al romperse ésta constituye un medio favorable para la infección.

OBJETIVO: Se realizarán curaciones cada 24 hs. Para evitar la infección y favorecer la ----- cicatrización.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Se realizará curación de la herida.
- Observar signos y síntomas de la herida.
- Aplicar antiséptico en la herida y parte de la piel que la rodea.
- Cubrir la herida con una gasa o apósito estéril.
- Se reportará la fecha y hora de la curación.
  A) Condiciones de la herida.
  B) Medicamentos y soluciones empleadas.
  C) Reacciones del paciente.

7. **PROBLEMA REAL:** Pérdida del 30% de la superficie corporal, sobre todo en espalda, ----- miembro superior derecho y pie izquierdo.

PROBLEMA POTENCIAL: Riesgo considerable de infección.

FUNDAMENTO: La piel y las mucosas sanas son una barrera contra agentes nocivos para- la salud.

OBJETIVO: Se aplicará la técnica de barrera inversa para prevenir proliferación de microor- ganismos patógenos.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Manejo del paciente con técnica de aislamiento.
- Usar la asepsia en todos los aspectos de la asistencia del paciente.
- Lavado cuidadoso de manos con una sustancia de limpieza antibacteriana antes y después- de atender a cada sujeto.
- Usar bata o delantal plástico aislante durante el contacto con el afectado.
- Cubrir el cabello y usar mascarilla cuando las heridas del paciente estén expuestas, o duran- te procedimientos que precisen asepsia.
- Emplear guantes estériles o limpios en la atención del paciente.
- Aplicar la técnica de asepsia en los cuidados de la herida y procedimientos con penetración corporal.
- Cambiar las líneas y tubos de administración endovenosa y otros equipos en la forma reco---

mendada (cada 24 hs.).

- Evaluar las heridas diariamente en búsqueda de signos locales de infección como edema, -- enrojecimiento, drenaje purulento, cambios de color y pérdida de los injertos.
- Administrar antipiréticos cuando hay hipertermia según indicación médica.

EVALUACION: Se realizaron las técnicas adecuadas de barrera, se manejó técnica estéril, aislamiento del paciente.

8. **PROBLEMA REAL:** Incapacidad parcial para su higiene personal.

PROBLEMA POTENCIAL: Mal olor generalizado a causa del sudor fuerte y esto puede -- ocasionar irritación de la piel y mucosas.

FUNDAMENTO: La piel debe protegerse de la agresión microbiana, evitando los factores - mecánicos, físicos y químicos que la lesionen.

OBJETIVOS: El paciente colaborará hasta donde pueda en su higiene y la complementará-- con la ayuda de la enfermera.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Lavado del cuero cabelludo.
- Baño de esponja.
- Se tormarán medidas para proteger la piel de lesiones.
- Cambio de ropa de cama y del paciente.
- Cuidado de las manos.
- Cuidado de boca y dientes.

EVALUACION: Se realizaron todos los procedimientos mencionados para su higiene personal lográndose el objetivo.

9. **PROBLEMA REAL:** Dificultad para su defecación, (estreñimiento de 3 días de evolución).

PROBLEMA POTENCIAL: Evitar la constipación.

FUNDAMENTO: Al disminuir los líquidos corporales en el tractointestinal se favorece la ----- constipación aumentándose ésta con el reposo prolongado en cama, por la disminución de los movimientos peristálticos.

OBJETIVO: El paciente evacuará en término de 24 hs. Mediante las acciones de enfermería

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Preguntar constantemente si ha presentado evacuación.
- Observar si hay distensión abdominal.
- Medir perímetro abdominal cada 24 hs.
- Reportar número de evacuaciones y características.
- Dar alimentos que contengan fibra e incrementar ingesta de líquidos.

- Movilización en cama hasta donde sea posible.
- Masaje en cavidad abdominal suavemente y siguiendo el trayecto intestinal.
- Utilizar medicamentos y los enemas como último recurso y previa indicación médica.

EVALUACION: No se logró el objetivo, se trasladó a otra institución.