

Diseño y aplicación de un Plan de Cuidados para un paciente pediátrico en el Role2E de Herat (Afganistán) durante los meses de abril y mayo de 2015

Alcheikh Felices, M.¹, Petinal Algás B.²

Sanidad mil. 2018; 74 (1): 32-40, ISSN: 1887-8571

RESUMEN

El trabajo de enfermería se basa en un método científico, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que puede aplicarse en cualquier situación y medio. En este artículo, describimos la elaboración e implementación de un Plan de Cuidados de Enfermería para una niña afgana de aproximadamente 2 años, que fue remitida al hospital español desplegado en Herat, Afganistán (Role 2E), en Abril de 2015, para valoración y tratamiento por quemaduras en brazo derecho y región anterior del tórax, tras haberle caído agua hirviendo. Se practicaron curas con sedación (por su corta edad) cada 48 horas. Siguiendo el PAE, se estandarizaron los cuidados a aplicar y se fijaron unas líneas de acción encaminadas a la continuidad de los mismos tras el relevo del personal sanitario español, así como la prevención de futuros problemas derivados de las secuelas de las lesiones.

PALABRAS CLAVE: Proceso de Enfermería, NANDA, NOC, NIC, Role2E.

Design and Application of a Care Plan for a paediatric patient in the Role2E of Herat (Afghanistan) in the months of April and May of 2015

SUMMARY: The nurse work is based on a scientific method; the Nursing Process (Proceso de Atención de Enfermería -PAE- in Spanish) which can be applied in every situation and milieu. In this article, we describe the design and implementation of a Nursing Care Plan for a two-year-old Afghan girl who had been sent to the Spanish hospital deployed in Herat, Afghanistan (Role 2E) in April 2015 to be checked and treated of burns on her right arm and anterior chest after hot water had fallen upon her. Due to her short age, dressings with sedation were performed every 48 hours. According to the NP, both the care to be applied was established together with the course of action to be followed after the replacement of the Spanish staff in order to prevent future problems directly derived from the consequences of the injuries.

KEYWORDS: Nursing Process, NANDA, NOC, NIC, Role2E.

INTRODUCCIÓN

El marco espacio-temporal de este artículo se sitúa en los meses de Abril y Mayo de 2015 en Herat (Afganistán), en el denominado Role 2E¹, que es un tipo de instalación sanitaria que se despliega en Zona de Operaciones (ZO) para reanimación, triaje y estabilización de bajas, incluyendo capacidad quirúrgica y de cuidados intensivos^{1,2}.

La motivación principal de este texto es dar a conocer el trabajo diario que realiza la Enfermería Militar, particularmente, en ZO; y demostrar que es posible incluir en ese contexto la práctica enfermera reglada, sistemática y científica y basada en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), integrada con la aplicación de la terminología NANDA-NIC-NOC (NNN)³, reconocida internacionalmente y que puede servir como herramienta para trabajar con enfermeros de otras nacionalidades en un contexto internacional.

Como enfermeros militares, además de atender a nuestros efectivos y los de la Fuerza Internacional, trabajamos con pacientes au-

tóctonos. En este caso concreto, se atendió a una paciente pediátrica de una cultura e idioma distintos a los occidentales; debido a que la atención se prolongó en el tiempo, se decidió elaborar un Plan de Cuidados para un mejor seguimiento y prestación de cuidados. Es de destacar también que nuestra estancia estaba prevista para los meses de Abril y Mayo, y a final de ese mes, se producía un cambio del personal sanitario al completo; por ello, y en previsión de que la paciente no iba a ser dada de alta, era necesario establecer unas pautas de actuación que siguieran el nuevo personal y la calidad y continuidad de los cuidados no se viera afectada.

El PAE se compone de cinco fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evolución^{4,5}.

En primer lugar, se realizó una Valoración inicial de la paciente siguiendo el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson y sus Catorce Necesidades para ver qué parámetros se encontraban alterados, recogiendo datos objetivos y subjetivos⁴.

En función de esto se formulan los Diagnósticos de Enfermería, Reales y de Riesgo, y los Problemas de Colaboración. Para los diagnósticos se utilizó el formato P.E.S. (problema, etiología o factores relacionados y signos y síntomas o características definitorias) y la taxonomía NANDA⁶. En el caso de los Diagnósticos de Riesgo, se indica el problema y los factores de riesgo que llevarían a desarrollarlo. Los Problemas de colaboración o Complicaciones Potenciales (CP) serán actuaciones de enfermería en colaboración con el médico⁷.

Con el fin de solucionar los problemas detallados anteriormente, se diseña una Planificación de los Cuidados. En este

¹Cap. Enfermero. Hospital General de la Defensa. Bloque Quirúrgico. Zaragoza. España.

²Cap. Enfermero. Hospital General de la Defensa. Servicio de Urgencias. Zaragoza. España.

Dirección para correspondencia: Mónica Alcheikh Felices. Hospital General de la Defensa. Vía Ibérica, N° 1-15, 50009 Zaragoza. España. monikaaf@hotmail.com, malcfel@et.mde.es

Recibido: 9 de junio de 2017

Aceptado: 23 de noviembre de 2017

doi: 10.4321/S1887-85712018000100007

caso, se trató de un Plan de Cuidados individualizado basado en las características concretas del paciente^{8,7}. En primer lugar, se marca un orden de prioridades de actuación y se plantean unos objetivos o resultados NOC, para cada problema, mensurables con la escala de tipo Likert (medición que se realiza según 5 parámetros)^{8,9}. A continuación, se seleccionan las Intervenciones NIC y las actividades a desarrollar, destinadas a actuar sobre las causas o factores de riesgo de los diagnósticos, en cada caso^{8,10}.

Por último, en la fase de Ejecución, se llevan a cabo las actividades o Intervenciones NIC programadas¹⁰.

A lo largo de todo el proceso, es preciso realizar una Evaluación continua para valorar si han cambiado los datos y si, mediante las intervenciones, se han alcanzado los resultados esperados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Minimizar la variabilidad y el impacto de la actuación sanitaria en una niña de corta edad, ajena al idioma y mundo occidentales.

Objetivos específicos

Establecer un plan de cuidados individualizado y holístico, encaminado a una mejor prestación de cuidados a un paciente, a lo largo de dos meses.

Sentar las bases para la continuidad de los cuidados tras el relevo de personal sanitario previsto en el Role y para evitar complicaciones a largo plazo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Situación clínica del paciente

Paciente pediátrica de aproximadamente dos años, que es recibida en el Role 2E el día 17 de Abril, presentando una quemadura de II° en brazo derecho y otra en la región anterior del tórax, producidas por el derrame accidental de agua hirviendo de una tetera de suelo en su domicilio (Figura 1). Se pautan curas cada 48 horas que, debido a su corta edad, se realizarán en quirófano bajo sedación con sevoflurano; son curas oclusivas con distintos tratamientos tópicos, que fueron variando en función de la evolución (Figura 2). Es de destacar la barrera cultural e idiomática entre ella y su familia y nosotros, además de su corta edad. Por ello, fue de gran importancia el intérprete que trabajaba con nosotros y un tío de la paciente, que era el familiar con el que se mostraba más tranquila.

El equipo de Enfermería Quirúrgica, compuesto por dos Oficiales Enfermeras y una Auxiliar/Sanitaria, desarrolló sus labores abarcando los ámbitos de Anestesia, el Acto Quirúrgico (con labores de Instrumentación y Circulación), y la Limpieza y Esterilización posteriores.



Figura 1: Estado inicial de la quemadura.



Figura 2: Tratamiento oclusivo de la quemadura.

Valoración de Enfermería (Anexo 1)⁴

- **Respiración:** La paciente mantiene una buena ventilación y oxigenación, debiendo tener especial cuidado de la niña durante la anestesia con gases.
- **Comer/beber:** Presenta un buen estado general, acorde con su edad y desarrollo. Datos antropométricos aproximados: Peso, 12 Kg y talla, 85 cm.
- **Eliminación:** Es normal, lleva pañal.
- **Moverse:** La paciente camina según las características propias de su edad. Presenta cierta dificultad para mover el la extremidad superior derecha debido a la quemadura circunferencial en ese brazo.
- **Dormir y descansar:** Los familiares manifiestan que no dormía bien por el dolor y molestia de los apósitos.
- **Vestirse/desvestirse:** Es demasiado pequeña para elegir la ropa apropiada, por ello, la familia suple esta necesidad.
- **Termorregulación:** Es demasiado pequeña para abrigarse de manera apropiada, por ello, la familia suple esta necesidad.
- **Higiene personal y tegumentos:** Al principio se observa que estaba un poco desaseada (es demasiado pequeña para

Anexo 1: Valoración de enfermería pediátrica.

– RESPIRACION: • Frecuencia respiratoria..... • Sat O₂..... FC..... PA...../..... • Tos..... • Secreciones..... - Otros..... – ELIMINACION: – Diuresis normal SI NO – Deposiciones normales SI NO – Sudoración excesiva SI NO – DORMIR Y DESCANSAR: – Sin alteración observada..... – Patrón de sueño..... – TERMORREGULACIÓN: • Sin alteración observada • T^a..... Axilar • T^a..... Rectal – SEGURIDAD: • Alergias SI NO • Fármacos..... • Dolor SI NO - Descripción..... • Riesgo infección SI NO - Descripción..... – CREENCIAS Y VALORES: • Practica religión SI NO • Familia manifiestan ser religiosos - SI NO – OCIO: • TV..... • Tipo de juegos.....	– ALIMENTACION: – Peso.....Kg – Talla.....cm – Dificultad deglución SI NO – Nauseas/vómitos - Otros..... – MOVILIDAD: – Alteración marcha SI NO – Alteración movilidad SI NO - Lugar..... - Tipo..... – VESTIRSE/DESVESTIRSE: – Sin alteración observada – Autónomo – Ayuda.... parcial/ total – HIGIENE Y TEGUMENTOS: • Higiene correcta SI NO • Hidratación SI NO • Color..... • Alteración cutánea SI NO – COMUNICACIÓN: • Carácter del niño..... • Ve bien/oye bien..... • Actitud del niño ante ingreso..... • Actitud familia..... – AUTORREALIZACIÓN: • ¿Con quién vive?..... • ¿Quién le cuida?..... • Animales domésticos..... – APRENDIZAJE: • ¿Conoce motivo del ingreso? SI NO • ¿Necesita información específica? SI NO
---	---

hacerlo sola), además de presentar las lesiones por quemaduras de IIº en tórax y brazo derecho.

- Detectar y evitar peligros y evitar perjudicar a otros (Seguridad): Se evidencian graves riesgos para la seguridad, ya que el accidente se produjo en el medio doméstico. Presenta, además, temor ante un medio desconocido, dolor y riesgo de infección.
- Comunicarse: En esta necesidad se incluyen la capacidad para ser comprendido y comprender, interacción social, y la posibilidad de tener una vida afectiva y sexual plena. En este caso hay problemas de comunicación, tanto por la edad como por el idioma. Existe un alto riesgo de que se presenten problemas en el futuro, en sus relaciones sociales, a medida que crezca.
- Reaccionar según propias creencias y valores: Se evidencia una barrera cultural con nosotros, aunque debido a su corta edad, no es significativa.
- Ocuparse para sentirse realizado: Existe un elevado riesgo de que aparezcan problemas de autoestima y autorrealiza-

ción a medida que vaya creciendo y se hagan más evidentes los daños en su imagen corporal.

- Recrearse y entretenerse: No se evidencia problema.
- Aprender: No se evidencia problema.

Las necesidades que se encuentran alteradas, son la necesidad de moverse, la de dormir y descansar, la de higiene personal y tegumentos, seguridad y comunicarse; y debido a las secuelas que presentará por sus quemaduras, se evidencia riesgo de problemas futuros cuando crezca, en las de comunicarse y ocuparse para sentirse realizado.

Diagnósticos de Enfermería y Problemas de Colaboración

Diagnósticos de Enfermería Reales y de Riesgo⁶

- Deterioro de la movilidad física (00085) r/c deterioro músculo-esquelético m/p limitación amplitud de movimientos.



Figura 3: Quemadura a la semana de tratamiento.



Figura 4: Situación de la quemadura en el momento del relevo.

- Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c factores externos m/p alteración superficie de la piel, destrucción de las capas de la piel.
- Riesgo de infección (00004) r/c insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición ambiental a los agentes patógenos y destrucción tisular.
- Riesgo de lesión (00035) r/c factores externos físicos (estructura, edificios, equipamientos)
- Temor (00148) r/c falta de familiaridad con la situación, respuesta aprendida por exposición previa a la fuente del miedo y barreras idiomáticas m/p aumento del estado de vigilancia, atención centrada en el objeto del temor, conductas de evitación y tensión muscular.
- Deterioro de la comunicación verbal (00051) r/c diferencias culturales m/p no poder hablar.

Problemas de Colaboración:

- Dolor secundario a cura quemaduras brazo y torso.
- Falta de sueño secundaria al dolor.

* Se añaden las actividades derivadas de los Procedimientos Terapéuticos, como son la sedación y la cura quirúrgica.

Posibles Diagnósticos Futuros:

- Riesgo de deterioro de la interacción social (00052) r/c trastorno del autoconcepto.
- Riesgo de baja autoestima situacional (00153) r/c alteración de la imagen corporal.

Planificación

Con estos diagnósticos/problemas, se diseñó el Plan de Cuidados⁸, planificando los resultados NOC y las intervenciones NIC adecuadas para cada uno de ellos. Se agrupan los Diagnósticos Reales, de Riesgo, Problemas de Colaboración y Requerimientos Terapéuticos⁶, que se dan en la actualidad (Tablas 1 y 2) con las intervenciones NIC y actividades pertinentes. Con el fin de medir los resultados NOC de manera apropiada, se seleccionaron cinco tipos de Escalas de Likert⁹ (Tabla 3) para correlacionarlas con los indicadores de resultado y asignarles una puntuación (Tabla 4). Por otro lado, se tienen presentes los Diagnósticos de Riesgo que podrían darse en el futuro, con las intervenciones NIC a realizar para prevenir su aparición y sus resultados NOC correspondientes (Tablas 5 y 6).

Ejecución

Las curas se realizaron cada dos días, inicialmente. Fue preciso desbridar mecánicamente la herida en un principio. Se utilizaron distintas pomadas, con cura oclusiva, y se facilitó analgesia a la familia para administrarla en domicilio.

Poner en práctica el Plan no fue sencillo debido a, como se ha comentado anteriormente, la barrera idiomática, cultural y de edad de la paciente. Por ello fue necesario realizar dichas curas con sedación para llevar a cabo una buena limpieza y desinfección de la herida y se dieron pautas de actuación a la familia que, en alguna ocasión, no fueron seguidas.

Evaluación (Resultados/Discusión)

Tras la aplicación de la herramienta (el PAE individualizado), se objetiva una mejora de los resultados NOC establecidos en el plan, mensurables por la escala de Likert correspondiente a cada uno de ellos¹¹ (Figura 3).

Se pueden establecer comparaciones entre la medición obtenida al principio (17 de abril) (Tabla 7), y la realizada antes del relevo (25 de mayo) (Figura 4).

Tras reevaluar la Valoración por necesidades, se obtiene que las que no se encontraban alteradas permanecen igual, y respecto a las que sí lo estaban, se observan los siguientes resultados:

- Moverse y mantener posturas adecuadas: Se produce una mejora en la movilidad articular del brazo afecto gracias a los ejercicios de movilidad, tratamiento tópico y mecánico, y analgesia utilizada.
- Dormir y descansar: Según nos indica su familia, mejora la calidad y horas de sueño tras la administración de analgesia, en este caso, Ibuprofeno en jarabe.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Se produce una mejora de la higiene en general y de la zona perilesional con una adecuada cicatrización.

Tabla 1. Diagnósticos de Enfermería con Intervenciones NIC.

Diagnósticos de enfermería	Intervenciones NIC
Deterioro de la movilidad física (00085) r/c deterioro músculo-esquelético m/p limitación amplitud de movimientos.	0224. <i>Terapia de ejercicios: movilidad articular.</i> - Explicar a la familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. - Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones. - Poner en marcha medidas de control de daños antes del ejercicio y no empeorar su situación.
Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c factores externos m/p alteración superficie de la piel, destrucción de las capas de la piel	3584. <i>Cuidados de la piel: tratamiento tópico.</i> - Mantener la piel circundante seca e hidratada (lociones emolientes). - Usar cremas protectoras para la piel perilesional. En este caso, se aplicó Vitamina A+D. - Aplicar protección con apósito adecuado al grado de afectación de la piel, en este caso, gasas con venda de crepé. - Concienciar a la familia de mantener una correcta higiene.
Riesgo de infección (00004) r/c insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición ambiental a los agentes patógenos y destrucción tisular	6540. <i>Control de infecciones.</i> - Poner en práctica precauciones universales al manipular los apósitos. - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. - Enseñar a la familia de la paciente a evitar infecciones. 3660. <i>Cuidados de las heridas.</i> - Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. - Enseñar a la familia los procedimientos para manipular con cuidado la zona de la herida en las AVD. - Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida para valorar evolución.
Riesgo de lesión (00035) r/c factores externos físicos (estructura, edificios, equipamientos)	6480. <i>Manejo ambiental.</i> - Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta. - Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a sus necesidades. - Proporcionar a la familia información sobre la composición de un ambiente hogareño seguro para el paciente y conseguirlo. - Ayudar a la familia a que disponga una zona de juegos segura. 5380. <i>Potenciación de la seguridad.</i> - Coger a la niña. - Ayudar a la familia a identificar los factores que aumenten el sentido de la seguridad. 6610. <i>Identificación de riesgos.</i> - Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar. - Utilizar acuerdos con la familia para instruirlos e implicarlos.
Temor (00148) r/c falta de familiaridad con la situación, respuesta aprendida por exposición previa a la fuente del miedo y barreras idiomáticas m/p aumento del estado de vigilancia, atención centrada en el objeto del temor, conductas de evitación y tensión muscular.	5820. <i>Disminución de la ansiedad.</i> - Proporcionar a la familia información objetiva en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados a su edad. 5230. <i>Mejorar el afrontamiento.</i> - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad, teniendo en cuenta su edad. 5618. <i>Enseñanza: Procedimiento/Tratamiento.</i> - Explicar el propósito del procedimiento a la familia. - Implicar a la familia en el proceso. - Elaborar un ambiente de calidez y seguridad a su alrededor para calmar su temor.
Deterioro de la comunicación verbal (00051) r/c diferencias culturales m/p no poder hablar	4976. <i>Mejorar la comunicación: déficit del habla.</i> - Solicitar la ayuda de la familia y un traductor en la comprensión del lenguaje del paciente. - Utilizar palabras sencillas y frases cortas. - Utilizar gestos con las manos y comunicación no verbal. 4920. <i>Escucha activa.</i> - Utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones (en este caso, fundamentalmente de la familia) - Mostrar sensibilidad a las emociones y empatía. - Estar atento a mensajes y sentimientos no expresados, reacciones o gestos.

Tabla 2. Problemas de Colaboración y Requerimientos Terapéuticos.

Problemas de Colaboración	Actividades
Dolor secundario a cura de quemaduras brazo y torso Falta de sueño secundaria al dolor	1400. Manejo del dolor - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad del dolor y factores desencadenantes. - Determinar fármaco apropiado a las características de la paciente, vías de administración y dosis. En este caso se eligió Dalsy Jarabe® (Ibuprofeno). - Conseguir reducir el dolor para aumentar el confort y lograr una buena calidad de sueño. 5616. Enseñanza: medicamentos prescritos - Informar a la familia acerca del propósito y acción del medicamento, así como de posibles efectos adversos. - Instruirla acerca de la dosis a utilizar, en este caso 4 ml/6 h, método de administración, al ser líquido, es fácil de suministrar con una cucharada, y duración de los efectos del medicamento. - Vigilar la eficacia, efectos terapéuticos y adversos. - Desarrollar estrategias con la familia del paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
Requerimientos terapéuticos: - Sedación - Cura	3660. Cuidados de las heridas Se realizan curas cada 48 horas, la pauta a seguir: - Despegar los apósitos. - Limpiar la zona afectada con una solución salina a presión. - Desbridamiento quirúrgico de la herida para eliminar esfacelos y liberar fibras para prevenir síndrome compartimental por quemadura circunferencial (en el caso del brazo). - Aplicar pomada o sustancia cicatrizante: Diprogenta pomada®. - Aplicar Tulgrasum cicatrizante y gasas hidrófilas. - Vendar de forma adecuada con venda tubular de malla elástica. - Documentar evolución (fotográficamente, por ejemplo) - Instruir a la familia de la paciente acerca de la forma de cuidar la herida durante el baño. - Una vez cicatrizada la herida, pasamos a utilizar pomada Cicapost Isdin® • Administración de medicación Administración de gases anestésicos (sevoflurano) durante el proceso. Teniendo presente: - Cerciorarse de que no existen alergias, interacciones y contraindicaciones. - Informar a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación. - Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas, en este caso, vías inhalatoria (gases). - Observar aparición de efectos terapéuticos o adversos, toxicidad e interacciones. 6680. Monitorización de los Signos Vitales Durante el proceso de Anestesia con gases, es muy importante: - Controlar periódicamente signos vitales (presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio), antes, durante y después de la actividad. - Mantener una buena ventilación y oxigenación de la paciente en todo momento. - Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. - Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

Tabla 3. Escalas tipo Likert utilizadas para medir Resultados NOC.

ESCALA "A"	ESCALA "B"	ESCALA "C"	ESCALA "D"	ESCALA "E"
1.- Gravemente comprometido	1.- Grave	1.- Nunca demostrado	1.- Ningún conocimiento	1.- Nunca positivo
2.- Sustancialmente comprometido	2.- Sustancial	2.- Raramente demostrado	2.- Conocimiento escaso	2.- Raramente positivo
3.- Moderadamente comprometido	3.- Moderado	3.- A veces demostrado	3.- Conocimiento moderado	3.- A veces positivo
4.- Levemente comprometido	4.- Leve	4.- Frecuentemente demostrado	4.- Conocimiento sustancial	4.- Frecuentemente positivo
5.- No comprometido	5.- Ninguna	5.- Siempre demostrado	5.- Conocimiento extenso	5.- Siempre positivo

Tabla 4. Medición Resultados NOC.

Diagnósticos de Enfermería	Resultados NOC
Deterioro de la movilidad física (00085) r/c deterioro músculo-esquelético m/p limitación amplitud de movimientos.	0208. Movilidad. Indicador de Resultado: 020804. Movimiento articular Escala de medición "A" Resultado: 2
Deterioro de la integridad cutánea (00046) r/c factores externos m/p alteración superficie de la piel, destrucción de las capas de la piel	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicador de Resultado: 110113. Integridad de la piel Escala de medición "A" Resultado: 1 Indicador de Resultado: 110115. Lesiones cutáneas Escala de medición "B" Resultado: 1 Indicador de Resultado: 110117. Tejido Cicatricial Escala de medición "B" Resultado: 4
Riesgo de infección (00004) r/c insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición ambiental a los agentes patógenos y destrucción tisular	1924. Control del riesgo: proceso infeccioso. Indicador de Resultado: 192408. Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección Escala de medición "C" Resultado: 1
Riesgo de lesión (00035) r/c factores externos físicos (estructura, edificios, equipamientos)	1911. Conductas de seguridad personal. Indicador de Resultado: 191108. Desarrollo de juegos y hábitos de ocio seguros Escala de medición "C" Resultado: 2 Indicador de Resultado: 191126. Se protege de las lesiones Escala de medición "C" Resultado: 2 1809. Conocimiento: seguridad personal. Indicador de Resultado: 180904. Medidas de seguridad en el hogar Escala de medición "D" Resultado: 1 Indicador de Resultado: 180917. Riesgos de seguridad específicos para la edad Escala de medición "D" Resultado: 1
Temor (00148) r/c falta de familiaridad con la situación, respuesta aprendida por exposición previa a la fuente del miedo y barreras idiomáticas m/p aumento del estado de vigilancia, atención centrada en el objeto del temor, conductas de evitación y tensión muscular.	1404. Autocontrol del miedo. Indicador de Resultado: 140417. Controla las respuestas de miedo Escala de medición "C" Resultado: 2 1210. Nivel de miedo. Indicador de Resultado: 121015. Preocupación por la fuente del miedo Escala de medición "B" Resultado: 2
Deterioro de la comunicación verbal (00051) r/c diferencias culturales m/p no poder hablar	0902. Comunicación. Indicador de Resultado: 090205. Utiliza el lenguaje no verbal Escala de medición "A" Resultado: 1 0907. Elaboración de la información. Indicador de Resultado: 090716. Comprende símbolos universales Escala de medición "A" Resultado: 1

Tabla 5. Intervenciones a realizar para minimizar la posibilidad de aparición de Diagnósticos de Riesgo

Diagnósticos de enfermería	Intervenciones NIC
Riesgo de deterioro de la interacción social (00052) r/c trastorno del autoconcepto	5100. Potenciación de la socialización - Fomentar la implicación en relaciones potenciales y ya establecidas. - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. - Fomentar las actividades sociales y comunitarias. 5440. Aumentar los sistemas de apoyo - Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. - Determinar el grado de apoyo familiar. - Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. 5395. Mejora de la autoconfianza. - Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.
Riesgo de baja autoestima situacional (00153) r/c alteración de la imagen corporal	5400. Potenciación de la autoestima. - Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. 5220. Potenciación de la imagen corporal. - Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad. - Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto. 5230. Aumentar el afrontamiento. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Tabla 6. Medición Resultados NOC en Diagnósticos de Riesgo.

Diagnósticos de Riesgo	Resultados NOC
Riesgo de deterioro de la interacción social (00052) r/c trastorno del autoconcepto	1503. Implicación social. Indicador de Resultado: 150301. Interacción con amigos íntimos Escala de medición "C" Indicador de Resultado: 150302. Interacción con vecinos Escala de medición "C" Indicador de Resultado: 150303. Interacción con miembros de la familia Escala de medición "C" Indicador de Resultado: 150311. Participación en actividades de ocio Escala de medición "C"
Riesgo de baja autoestima situacional (00153) r/c alteración de la imagen corporal	1205. Autoestima. Indicador de Resultado: 120511. Nivel de confianza Escala de medición "E" Indicador de Resultado: 120519. Sentimientos sobre su persona Escala de medición "E" 1308. Adaptación a la discapacidad física. Indicador de Resultado: 130808. Identifica maneras para enfrentarse con cambios en su vida Escala de medición "C" Indicador de Resultado: 130803. Se adapta a limitaciones funcionales

Tabla 7. Evolución resultados NOC tras intervenciones NIC.

Resultados NOC (*)	INICIO	RELEVO
Movimiento articular	2	3
Integridad de la piel	1	3
Lesiones cutáneas	1	2
Tejido cicatricial	4	2
Control conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección	1	3
Desarrollo juegos y hábitos de ocio seguro	2	3
Se protege de las lesiones	2	3
Medidas de seguridad en el hogar	1	2
Riesgos de seguridad específicos para la edad	1	2
Controla las respuestas de miedo	2	3
Preocupación por la fuente del miedo	2	3
Utiliza el lenguaje no verbal	1	2
Comprende símbolos universales	1	2

(*) Muchos de estos indicadores no son realizados por la paciente, debido a su corta edad, y son asumidos por la familia.

- Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: Se logra evitar una infección en la zona quemada, se consigue disminuir el dolor, así como el grado de ansiedad y temor de la paciente ante un ambiente desconocido y hostil, como es el quirófano y también se conciencia a la familia de los peligros del ambiente doméstico para prevenir futuros percances.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: Se consigue que aumente su nivel de expresión mediante la comunicación no verbal. Se cuenta con la ayuda de un traductor.

Se implementaron las actividades a realizar para cada intervención NIC programada, estableciendo líneas de trabajo a seguir y posibilitando una correcta evaluación del Plan.

Nuestra Evaluación Final antes de dar paso al Relevo, nos lleva a determinar qué:

- Han mejorado las lesiones, con una correcta cicatrización y razonable movilidad de la ESD, mediante las curas, desbridamiento y analgesia.
- A pesar de no entender lo que decimos, se ha producido un aumento de confianza porque ya nos reconoce, lo que le lleva a permanecer más tranquila e iniciar comunicación gestual.
- Se observa un aumento del grado de adiestramiento e implicación de la familia con mejora de la seguridad y de la higiene.
- Al ser muy pequeña, algunas actividades deben ser suplidas por su familia, como vestirse, autorregulación de la temperatura, comunicarse, creencias y valores o autorrealización.
- Los Diagnósticos de Riesgo que se estiman para el futuro, no pueden ser aún medibles, ya que prevemos que se empezarán a manifestar a medida que vaya creciendo y aumentando su vida social y se inicie su etapa sexual; se pretende que se actúe tempranamente sobre ellos para lograr minimizar su aparición, dando unas pautas a seguir a la familia.

CONCLUSIONES

Se produjo una mejora en la lesión de la paciente, un incremento de confianza en el equipo que la atendía y un aumento del grado de adiestramiento e implicación en los cuidados por parte de la familia.

La aplicación del Plan de Cuidados permitió una línea de trabajo sistemática y ordenada, con resultados medibles.

Se garantizó la continuidad de los cuidados a pesar del cambio de personal sanitario durante el relevo producido a final del mes de mayo.

AGRADECIMIENTOS

Durante casi dos meses tratamos, cuidamos, atendimos y compartimos momentos inolvidables de distinta índole, no sólo “sanitarios”, con Osna, nuestra niña afgana. Y a lo largo de todo el camino recorrido junto a ella, nos acompañaron, con su apoyo incondicional y su gran profesionalidad, el Cte. D. Javier Martín Herrero, médico anestesista gracias al cual las curas de Osna se hicieron bajo sedación; el Cte. D. José Adolfo Orellana Gómez-Rico, médico traumatólogo, el cual, no sólo participó de algunas de las curas si no que con su alegría y sentido del humor nos hizo reír y hasta soñar, y la Cabo D^a Sabrina González Plasencia, sanitaria excepcional y nuestra mejor ayudante. Sin ellos, nada hubiera sido igual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Concepto Role [Internet]. Ejército del Aire. Misiones. Exterior; 2016. Acceso 26 de Diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.ejercitodelaire.mde.es/ea/pag?idDoc=BEAE7499EC359F69C12575CC0035EA7F>
2. Expósito JL. Urgencias de campaña. En El Oeste Afgano. Revista Española de Defensa. [revista en Internet]. 2014;302:20-23. Acceso 15 de Noviembre de 2016. Disponible en: <http://publicaciones.defensa.gob.es/pprevistas/e06da06b-fb63-65ab-9bdd-ff0000451707/index.html#/20/>
3. NNNConsult [Internet]. Elsevier España; 2016. Acceso el 11 de Julio 2016. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
4. Estructura del plan de cuidados [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Área de Enfermería; 2016. Acceso el 29 de Agosto de 2016. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=estructura_plan_cuidados
5. Planes de cuidados en Enfermería [Internet]. Salusplay. Planes de Cuidados Enfermería; 2016. Acceso el 29 de Agosto de 2016. Disponible en: <http://www.salusplay.com/planes-de-cuidados-de-enfermeria>
6. Herdman H, Kamitsuru S. (Eds.) NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017. 10ª Ed. Madrid: Elsevier, 2015.
7. Guirao-Goris JA. Coordinador. Diagnósticos, intervenciones y resultados de Enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006.
8. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Coordinadores. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, 2010.
9. ¿Qué es la Escala de Likert y cómo utilizarla? [Internet]. QuestionPro. Software para encuestas en línea; 2016. Acceso el 25 de Julio de 2016. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-escala-de-likert-y-como-utilizarla/>
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Madrid: Elsevier, 2013.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª Ed. Madrid: Elsevier, 2013.