

Instrumentos metodológicos para la mejora de la calidad de los cuidados del niño con heridas y/o contusiones

Antonio Arribas Cachá

Diplomado en Enfermería. Director del Departamento de Metodología de FUDEN

Fecha de recepción: 15/06/2019. Fecha de aceptación: 25/06/2020. Fecha de publicación: 31/07/2020.

Cómo citar este artículo: Arribas Cachá, A., Instrumentos metodológicos para la mejora de la calidad de los cuidados del niño con heridas y/o contusiones. *Conocimiento Enfermero* 9 (2020): 21-38.

RESUMEN

Se realiza una descripción de los tres elementos básicos que permiten establecer el marco conceptual de la atención de enfermería al niño con heridas y/o contusiones. Enfermería como disciplina científica dotada de un cuerpo de conocimientos propio y un ciclo de calidad para llevar a la práctica estos conocimientos de forma eficaz y segura. Valoración de enfermería como una de las fases del ciclo de calidad destinada a realizar el control y seguimiento de la efectividad de los cuidados. Heridas y contusiones como incidencias agudas de la salud en la que la base de la actuación está basada en los cuidados de salud que permiten actuar al organismo en su reparación, evitando complicaciones.

Se intenta conocer la posibilidad de disponer de instrumentos fiables que mejoren la eficacia y seguridad en la atención del niño con heridas y/o contusiones, comprobándose que sí es posible. Se consigue la elaboración de un protocolo clínico estandarizado de valoración para su control y seguimiento y unos planes de cuidados estandarizados con trayectos metodológicos completos como instrumentos de ayuda en la toma de decisiones.

Palabras clave: heridas y traumatismos; niño; atención de enfermería; educación en enfermería.

Methodological instruments to improve the quality of care for children with wounds and/or bruises

ABSTRACT

A description is made of the three basic elements that allow establishing the conceptual framework of nursing care for children with wounds and/or bruises. Nursing as a scientific discipline with its own body of knowledge and a quality cycle to put this knowledge into practice effectively and safely. Nursing assessment as one of the phases of the quality cycle aimed at controlling and monitoring the effectiveness of care. Wounds and contusions as acute health incidents in which the basis of action is based on health care that allows the body to act in its repair, avoiding complications.

An attempt is made to find out the possibility of having reliable instruments that improve the efficacy and safety in caring for children with wounds and / or bruises., proving that it is possible. The elaboration of a standardized clinical assessment protocol for its control and monitoring is achieved, as well as standardized care plans with complete methodological trajectories as instruments to help in decision-making.

Keywords: wounds and injuries; child; nursing care; education, nursing.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/128>

1. Estado del arte

Este estudio se establece en el ámbito de la “Valoración focalizada de enfermería al niño con heridas y/o contusiones”, por lo que la definición de su marco conceptual sobre el que queda definido viene delimitado a través de tres parámetros bási-

cos que serán necesarios delimitar para su establecimiento, como medida previa a la exposición de los contenidos del estudio.

Estos parámetros quedan constituidos por dos parámetros comunes, de tipo general, como son “Enfermería” y “valoración de enfermería”, y un parámetro propio, de tipo específico, como son las

“heridas y contusiones en la infancia”. Ambos tipos de parámetros son necesarios abordarlos.

La definición de este marco conceptual permitirá disponer de la orientación y el soporte necesario para garantizar la existencia de un enfoque correcto en el planteamiento del estudio, así como disponer de una sólida base conceptual y científica sobre la que sustentar el desarrollo de los razonamientos y análisis, lo que permite disponer de conclusiones fundamentadas y avaladas para acreditar su credibilidad.

Por este motivo, se comenzará realizando la descripción objetiva de estos parámetros, y en este sentido es necesario significar que este estudio forma parte de la línea de “Valoración enfermera” del Proyecto CENES (Conocimiento Enfermero Estandarizado), por lo que los parámetros comunes de tipo general utilizados en este estudio (“Enfermería” y “valoración de enfermería”), coinciden con los utilizados en el resto de estudios de esta línea, diferenciándose los contenidos del parámetro específico del estudio, en este caso “heridas y/o contusiones”.

1.1. Enfermería

Disciplina y profesión:

- Enfermería disciplina científica. Se puede afirmar sin ningún tipo de controversias que Enfermería está reconocida en la actualidad como una *disciplina científica*, lo que implica la necesidad que tiene de utilizar conocimientos contrastados dotados de evidencia científica.

Esta consideración establece un compromiso de la Enfermería como profesión con la investigación, con la generación de conocimientos contrastados y su aplicación en la práctica.

La adquisición de conocimientos realizada a través de algunas sistemáticas como las tradiciones, las prácticas de ensayo-error, la experiencia personal o la intuición, no constituyen métodos adecuados para aumentar el cuerpo de conocimiento de una disciplina científica, como es la Enfermería, ya que no aportan los fundamentos necesarios que avalen los resultados obtenidos.

- Enfermería disciplina universitaria. Su formación y desarrollo está sometido al rigor aca-

démico de la formación universitaria, que le permite disponer de la titulación de grado universitario y establecer la vía de acceso a las más altas cualificaciones universitarias de posgrado, mediante el acceso a las titulaciones de máster y doctorado.

- Enfermería disciplina de las ciencias de la salud. Está ubicada dentro de las disciplinas de las ciencias de la salud. Esta consideración de disciplina independiente dentro de las ciencias de la salud hace que disponga de: un espacio propio y diferenciado del resto de disciplinas para el desarrollo de su actuación, y un cuerpo de conocimientos propios y específico que explican su existencia.

Ámbito propio de actuación:

El ámbito propio de actuación de la Enfermería está definido por el “Cuidado”, según indica el primero de los dos principios básicos de la Enfermería, conocidos como principios axiomáticos de la enfermería, que establece que: “*El Cuidado es el núcleo y la esencia de la Enfermería*” (Arribas, 2012).

Este principio no hace otra cosa que establecer una situación asociada a la enfermería desde su nacimiento como profesión, y reseñada en las publicaciones que recogen los fundamentos de nuestra profesión a través de los modelos disciplinares, Leininger (1984) refiere que: “*El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería*”, y Kérouac (1996) indica que “*El centro de interés de la Enfermería está en los cuidados de la persona, que en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud*”.

Su foco de atención está centrado en la persona y su salud considerada de manera global. Aborda la enfermedad como un condicionante específico de la salud de la persona, pero no constituye su foco de atención.

El profesional de enfermería desempeña el rol de profesional sanitario de referencia para el diseño, elaboración, desarrollo y evaluación de planes de cuidados profesionales encaminados a mejorar la salud de la persona, la familia, los grupos y la comunidad, desarrollando su labor de manera autónoma y coordinada con la actuación de otros

profesionales sanitarios dentro del equipo multidisciplinar, con el objetivo de poder conseguir el mayor beneficio posible en la salud de la población.

Cuerpo de conocimientos propios:

El cuerpo de conocimientos propios está establecido por el conjunto de conocimientos específicos de Enfermería, desarrollados dentro de su propio ámbito de actuación de los cuidados de salud. Este cuerpo de conocimiento engloba los conocimientos específicos de la disciplina de Enfermería dotados de la mayor evidencia científica posible en cada momento. Constituyen el soporte para el desarrollo de la *función asistencial* de la Enfermería.

La consecución y desarrollo de este cuerpo de conocimientos pasa inexorablemente a través del desarrollo de una de las cuatro funciones básicas definidas en nuestra profesión, que no es otra que la *función investigadora*.

Enfermería profesión práctica:

El objetivo último de la profesión de Enfermería está fijado en la aplicación en la práctica de los conocimientos generados para la prestación de servicios a la comunidad en el ámbito de su competen-

cia, en concreto en el ámbito de los cuidados de salud. La generación de conocimientos específicos de cuidados es uno de los objetivos básicos y fundamentales de la Enfermería, pero no su objetivo último ya que no es suficiente por sí mismo para mejorar la salud de la persona hasta que no se lleva a la práctica asistencial.

Del análisis de estas consideraciones objetivas que definen a la Enfermería como disciplina y profesión es fácil deducir el segundo de los principios axiomáticos que rigen la Enfermería: "*Enfermería debe aplicar cuidados profesionales seguros y eficientes*" (Arribas, 2012). Este principio establece la necesidad que tiene de desarrollar su labor con las máximas garantías de eficacia y también de seguridad en la población.

Por este motivo, y de cara a garantizar el cumplimiento de este principio, Enfermería ha desarrollado dos actuaciones básicas:

- I. Un proceso para la aplicación de los cuidados en la práctica asistencial. Este proceso dispone de las siguientes características:
 - Establece el protocolo básico de actuación del profesional de enfermería en el desarrollo de su práctica asistencial con la población.
 - Constituye un ciclo de calidad completo dotado de cinco fases y basado en el método científico, adaptado a las especificidades de la labor de la enfermería (figura 1).

Figura 1. Ciclo de calidad para la aplicación de los cuidados.

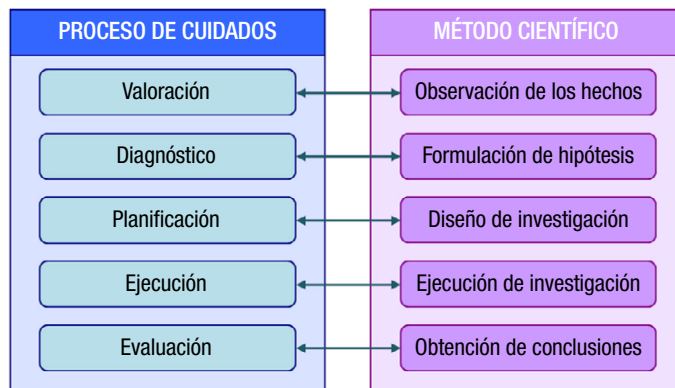
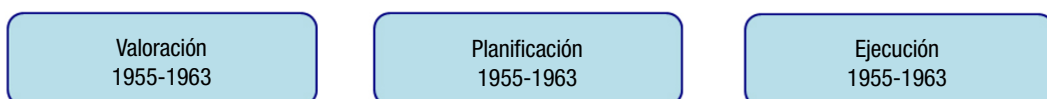


Figura 2. Primera etapa del ciclo de calidad de atención a los cuidados: Fases del proceso.



- Es el resultado final de un largo proceso de diseño y desarrollo de diversas etapas hasta la consecución completa dicho ciclo de calidad:

- Primera etapa. Diseño y desarrollo de “Fases” de actuación. 1955.

El comienzo del desarrollo del proceso de calidad de atención de enfermería tiene su origen cuando Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), definieron, diseñaron y desarrollaron las fases de valoración, planificación y ejecución, como actuaciones necesarias para el desarrollo de la práctica de los cuidados. Se definieron los objetivos, la finalidad y el desarrollo de cada una de estas fases de manera independiente (figura 2).

- Segunda etapa. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). 1963.

En esta etapa se establecen las interrelaciones entre las fases existentes (valoración,

planificación y ejecución), dando lugar al nacimiento del primer proceso de calidad con tres fases. Se trataba de un ciclo de calidad incompleto (figura 3).

Posteriormente, Yura y Walsh (1967), establecen la existencia de una cuarta etapa, la etapa de “evaluación”, y Bloch (1974), Roy (1975) y Aspinall (1976), entre otros autores, establecen la existencia de la quinta etapa del proceso, la etapa diagnóstica, como eje central del proceso en su totalidad.

En esta etapa se establece la existencia de un proceso de cinco fases como ciclo de calidad integral (completo) para la atención de los cuidados profesionales (figura 4).

- II. Un cuerpo propio de conocimientos de cuidados. Enfermería ha generado, actualizado y avanzado en la producción de conocimientos específicos de cuidados que han permitido el-

Figura 3. Segunda etapa del ciclo de calidad: Ciclo incompleto.

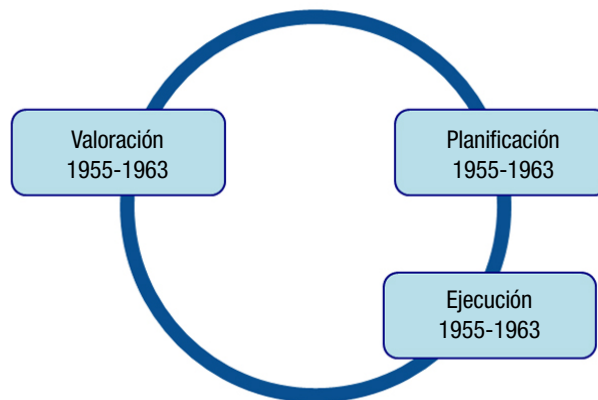
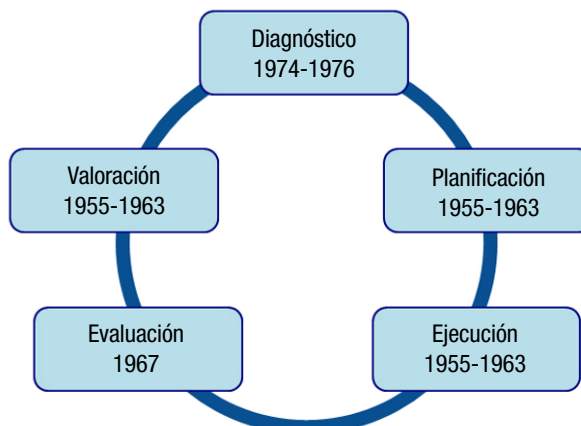


Figura 4. Segunda etapa del ciclo de calidad: Ciclo completo.



borar su propio cuerpo de conocimientos, dando contenidos a cada una de las fases definidas en el proceso de calidad de cuidados que ha diseñado.

Este es el motivo de que existan diversas bases de conocimientos, en función de cada una de las fases de dicho proceso. Estas bases son autónomas en su gestión pero están coordinadas en su desarrollo para dar respuesta a cada uno de los avances generados en cualquiera de ellas. Esta coordinación genera la posibilidad de disponer de conocimientos integrados para la aplicación completa del proceso de atención de enfermería. Permite elaborar la trazabilidad de actuación mediante un trayecto de cuidados completo en todos los casos.

Este cuerpo de conocimientos de cuidados incluye también conocimientos contrastados generados por otras disciplinas con influencia en el cuidado.

Estas bases de conocimientos de cuidados disponen de varias características:

1. Están formadas por conocimientos científicos.
2. Están clasificadas, organizadas y estructuradas conceptualmente en forma de taxonomías de cuidados. Esta organización de los conocimientos facilita, entre otras cuestiones, las siguientes a los profesionales:
 - Manejo y localización de la información deseada, tanto por los propios profesionales como por parte de las organizaciones e instituciones.
 - Utilización en la práctica asistencial en la atención de los problemas de cuidados de la población
 - Elaboración de trabajos y estudios de investigación en el ámbito de los cuidados de salud.
 - Comprensión de su significación y utilidad en la formación de los profesionales.
 - Gestión de los conocimientos para la elaboración de manuales y protocolos.

También facilita la labor de organizaciones e instituciones:

- Crecimiento estructurado de la base de conocimiento mediante la incorporación integrada de los nuevos desarrollos con los existentes hasta ese momento.
- Detección de déficit o necesidades de conocimientos en áreas concretas.

- Facilitando la complementariedad de conocimientos y evitando duplicidades conceptuales.
3. Están sometidas a un proceso continuo de revisión y actualización de sus contenidos.
 4. Están sometidas a un proceso de estandarización para la unificación de sus contenidos. Esto les permite disfrutar de todas las ventajas de la estandarización, entre las que se pueden destacar: asegurar la comunicación y el entendimiento entre profesionales y la continuidad de cuidados, permitir la incorporación en sistemas de gestión e información de cuidados, favorecer la formación de nuevos profesionales y conocer la repercusión de los tratamientos enfermeros en el estado de salud del usuario.

La utilización de una base de conocimientos enfermera estandarizada con lenguaje unificado es una necesidad admitida en estos momentos en todos los foros profesionales para la mejora en la calidad de los cuidados.

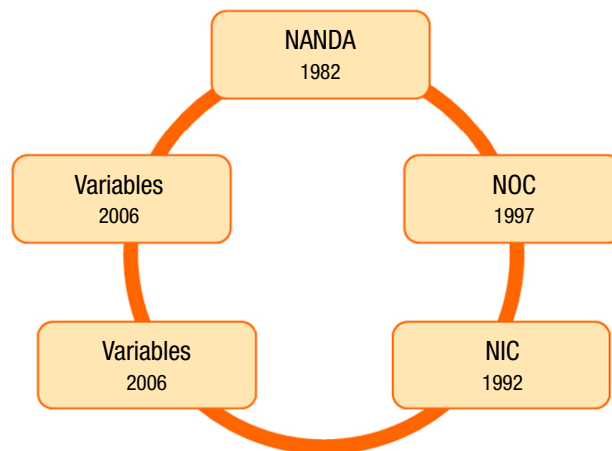
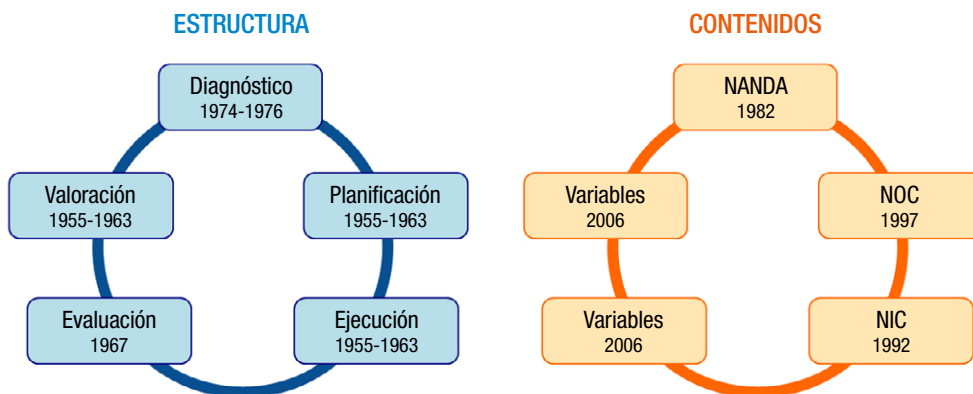
El cuerpo de conocimientos propio de la enfermería está integrado por las bases de conocimientos de cada una de las fases del proceso de cuidados. En la actualidad ya se disponen de bases de conocimientos de cuidados para todas las fases del proceso. Las más utilizadas en España, son:

- Fase de valoración: Taxonomía de variables del cuidado. CENES.
- Fase diagnóstica. Taxonomía NANDA-I.
- Fase de planificación. Taxonomía NOC.
- Fase de ejecución. Taxonomía NIC.
- Fase de evaluación. Taxonomía de variables del cuidado. CENES.

Al igual que sucede con el ciclo de calidad, esto es el resultado de un largo proceso de desarrollo en el que se fueron generando bases de conocimientos de diferentes fases del proceso de cuidados hasta completarlas todas (figura 5).

En la actualidad se dispone de un desarrollo completo del ciclo de calidad y de las bases de conocimientos que dan respuesta a los contenidos de cada una de las fases, lo que hace posible aplicar de manera integral e integrada el proceso de cuidados en la práctica (figura 6).

Estos desarrollos están disponibles para su utilización en la realidad de la práctica, lo que permite

Figura 5. Bases de conocimientos de enfermería. Ciclo completo.**Figura 6.** Instrumentos para la seguridad y la eficacia de la práctica enfermera.

a la enfermería disponer de las herramientas necesarias para dar respuesta en la labor asistencial a los conceptos definidos para su disciplina en los principios axiomáticos de la Enfermería:

- “*El Cuidado es el núcleo y la esencia de la Enfermería*”.
- “*Enfermería debe aplicar cuidados profesionales seguros y eficientes*”.

1.2. Valoración de enfermería

Tal y como se ha descrito anteriormente, la valoración es una de las fases del proceso de calidad de atención a los cuidados que dispone de su correspondiente desarrollo para los contenidos a través de la taxonomía de “Variables” del cuidado (CENES). Esto significa que es posible aplicarla plenamente

en la realidad de la práctica y obtener los beneficios esperados al estar en disposición de tener la posibilidad de cumplir los objetivos que tiene establecida.

Fase y proceso de valoración.

Como fase de este proceso, la valoración tiene fijado como objetivo **conocer la efectividad de los cuidados** (de la persona, familia, grupo o comunidad) y la necesidad de establecer un plan de cuidados en bases a la existencia de diagnósticos de enfermería.

Para cumplir este objetivo la valoración se desarrolla a través de diversas fases, lo que hace que constituya un proceso en sí misma, además de una fase del proceso general de atención a los cuidados. Como proceso, la valoración dispone de cuatro fases:

Figura 7. Continuo "Valoración-Diagnóstico".

PROCESO GENERAL DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA						
1ª FASE. VALORACIÓN				2ª FASE. DIAGNÓSTICO		
PROCESO DE VALORACIÓN				PROCESO DIAGNÓSTICO		
OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	EVALUACIÓN DE INFORMACIÓN	IDENTIFICACIÓN RESPUESTA	ANÁLISIS INFORMACIÓN	FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA	COMPROBACIÓN DIAGNÓSTICA

- Obtención de la información.
- Análisis de la información.
- Evaluación de la información.
- Identificación de la respuesta.

Se define como un proceso de **razonamiento clínico** en el que se determina la información sanitaria que es necesario obtener, se realizan las actuaciones necesarias para su obtención, se analiza la información sanitaria obtenida y se realizan inferencias que permiten fundamentar la emisión de un **juicio clínico** seguro mediante un diagnóstico de enfermería. Se trata, por tanto, de un proceso interrelacionado con la fase diagnóstica como un "continuo" de actuación.

Por este motivo, aunque el proceso de valoración dispone de las cuatro fases mencionadas, sólo tres de ellas son propias, mientras que la cuarta es compartida con la fase diagnóstica. Esto es lo que permite hacer realidad el "continuo" valoración-diagnóstico definido para su aplicación en la práctica (figura 7).

Valoración general y valoración focalizada.

Para cumplir esta misión, dentro de la valoración se pueden distinguir dos tipos diferentes y complementarios de actuaciones dependiendo de la amplitud y concreción de su enfoque:

- **Valoración de enfermería general o de cribado.** Es la valoración destinada a conocer la efectividad de los cuidados necesarios para la atención a las **necesidades básicas de cuidados** de la persona, familia, grupo o comunidad.
- **Valoración de enfermería focalizada o específica.** Es la valoración destinada a conocer la efectividad de los cuidados necesarios

para la atención de las **necesidades específicas de cuidados** de la persona, familia, grupo o comunidad.

La valoración de enfermería focalizada o específica, determina las necesidades específicas de cuidados de la persona, familia, grupo o comunidad.

1.3. Heridas y contusiones

Las heridas son lesiones producidas en el epitelio que reviste el organismo que se caracterizan por presentar una discontinuidad en dicho epitelio.

Aunque pueden estar producidas por agentes internos, como una fractura, generalmente son el resultado del efecto producido por un agente externo al que actúa de manera brusca sobre una parte del cuerpo. Esta actuación supera la resistencia de los tejidos sobre los que incide, lo que provoca una rotura de la superficie cutánea y/o mucosa.

Pueden estar generadas de manera accidental, por un traumatismo, por otras agresiones a la piel o por un acto quirúrgico.

Por su parte las contusiones son lesiones físicas no penetrantes producidas generalmente por agentes externos consistentes y de superficie roma que actúan sobre el organismo con una fuerza más o menos considerable. Se diferencia de la herida en que no existe discontinuidad cutánea y/o de mucosas.

Una vez lesionada la superficie cutánea y/o mucosa, el organismo dispone de mecanismos reparadores para revertir la continuidad del epitelio dañada, por lo que se debe favorecer la actuación de estos mecanismos para que su reparación sea lo más rápida y eficaz posible, ya que hasta que no se produce dicha reparación los microorganismos que se alojan en la superficie de la misma tienen acceso directo a los tejidos subyacentes y penetrar en el interior del organismo.

El proceso de cicatrización, mediante el cual se realiza la reparación de la discontinuidad en el epitelio, no es igual en todas las personas sino que varía en función de diferentes características según la vulnerabilidad de cada persona.

La curación de heridas constituye un proceso biológico natural en nuestro cuerpo mediante el cual se intenta devolver la integridad anatómica, funcional y estética de los tejidos lesionados, dejando finalmente una cicatriz como resultado. Este proceso se desarrolla mediante cuatro fases con precisión y altamente programadas:

- Hemostasia.
- Inflamación.
- Proliferación.
- Remodelación.

Epidemiológicamente, constituye una de las situaciones más frecuentes en las que es necesaria la implementación de cuidados de enfermería durante la infancia.

En cuanto a la *relevancia*, mencionar que aunque generalmente están consideradas como lesiones leves, existen diversos tipos y circunstancia que pueden provocar graves complicaciones y daños, además de secuelas posteriores, por lo que la correcta actuación y seguimiento de estas lesiones constituye un elemento fundamental.

En base a este planteamiento, en este estudio nos formulamos la siguiente pregunta

¿Sería posible disponer de desarrollos estandarizados contrastados que garanticen la eficacia y seguridad en el control y seguimiento de los cuidados específicos del niño con heridas y/o contusiones?

2. Pregunta de investigación

¿Es posible elaborar instrumentos fiables con los desarrollos existentes que garanticen la eficacia y seguridad en el control y seguimiento de los cuidados específicos del niño con heridas y/o contusiones?

3. Objetivos

- Diseñar un protocolo clínico estandarizado para la valoración focalizada de enfermería en

el niño con heridas y/o contusiones, basado en evidencia.

- Establecer planes de cuidados estandarizados basados en evidencia incluyendo el trayecto metodológico completo de atención a los cuidados, compatibles con los cuidados al niño con heridas y/o contusiones.

4. Metodología

El presente estudio se desarrolló dentro de la línea de investigación de “Valoración enfermera” del Proyecto CENES (Conocimiento Enfermero Estandarizado), por lo que se realizó siguiendo la metodología general definida para este proyecto.

I. Metodología general del estudio. Basada en la adquisición de conocimiento a través de la “Extracción y educación del conocimiento”:

1. Una primera fase de extracción del conocimiento.
2. Una segunda fase de educación del conocimiento.

La “**Extracción del conocimiento**” es la técnica empleada para la obtención de información a partir de los conocimientos reflejados en fuentes escritas.

Esta fase de extracción del conocimiento está sistematizada en el proyecto CENES mediante la ejecución de un primer proceso de obtención de la información de cuidados por pares, y una posterior revisión de la información obtenida mediante la misma sistemática por pares. Esta información de cuidados será la procedente de fuentes escritas seguras.

La “**Educación del conocimiento**” es la técnica empleada para la obtención de información a partir del conocimiento acumulado por personas expertas.

La actuación en esta fase de educación del conocimiento está protocolizada en el proyecto CENES mediante una primera actuación de selección de participantes, una segunda fase de aportación individual de conocimiento y una tercera fase de puesta en común y consenso.

II. Metodología específica del estudio. Para la realización de este estudio se estableció una meto-

dología propia, adaptada a sus características. Esta metodología constó de cuatro fases, aplicando en el desarrollo de cada una de estas fases la metodología general de extracción y educación del conocimiento.

Para el desarrollo del estudio se establecieron las siguientes fases:

1. Recopilación de las evidencias en el abordaje de los cuidados del niño con heridas y/o contusiones.

Búsqueda bibliográfica. Para el desarrollo de esta fase se utilizó bibliografía escrita procedente de artículos, guías de práctica clínica y manuales actualizados, relacionada con las heridas y/o contusiones en la infancia:

- Estrategia de búsqueda de la información. Se realiza una búsqueda en las bases de datos de ciencias de la salud Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y Cochrane), entre enero y abril de 2020
- Términos de búsqueda. Para la búsqueda se utilizaron descriptores del vocabulario estructurado de los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Heridas y Traumatismos, Niño, Atención de Enfermería, Educación en Enfermería, Servicios de Enfermería Escolar.
- Otras fuentes de información. Guías de práctica clínica, manuales, guías sanitarias y textos científicos actualizados.

Selección de trabajos. Se seleccionaron aquellos trabajos que aportaban datos concretos actualizados relacionados con el abordaje de las heridas y/o contusiones en la infancia, siguiendo el método de revisión acordado:

- Evaluación detallada de los títulos y resúmenes.
- Evaluación del texto completo del artículo en caso de duda.
- Extracción del conocimiento.
- Educación del conocimiento.

Una vez finalizada esta fase, completando los procesos de extracción y educación del conocimiento, se obtuvo un **listado de evidencias** en el abordaje de los cuidados del niño con heridas y/o contusiones.

2. Determinación del lenguaje normalizado que define las evidencias en el abordaje de

los cuidados del niño con heridas y/o contusiones.

En esta fase se realizaron los siguientes pasos:

- Extracción de información del listado de evidencias. Se realizó un análisis de la significación de cada uno de las evidencias recopiladas en la fase anterior, reflejadas en el listado obtenido. Esto permitió: concretar la significación clínica de la evidencia, unificar la información, eliminar repeticiones y obtener un **listado concreto de datos clínicos contrastados**.

- Estandarización del conocimiento. Se realizó una búsqueda en la taxonomía de variables de los contenidos normalizados que daban respuesta a cada uno de los datos clínicos contrastados obtenidos. Esto permitió obtener un **listado de variables normalizadas contrastadas** (dotadas de evidencia).

3. Organización y estructuración de las evidencias normalizadas.

En esta fase de clasificaron y organizaron las evidencias normalizadas (variables contrastadas) en base a su significación conceptual.

Posteriormente se agruparon en base a una estructura adaptada al ámbito de atención a los cuidados.

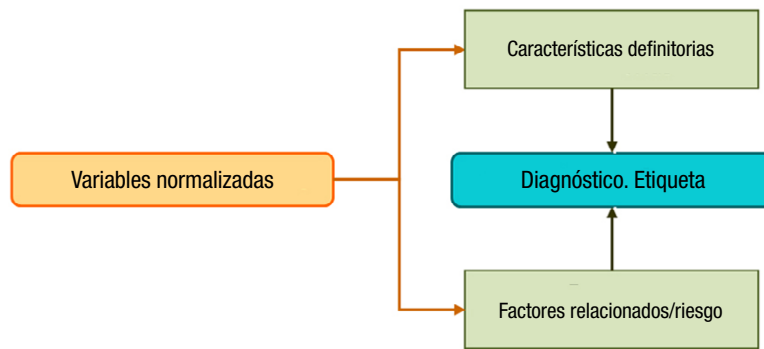
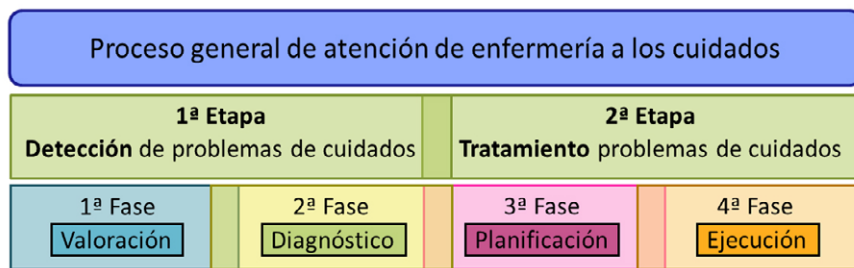
Esto permitió la elaboración de un **protocolo clínico estandarizado y contrastado** de valoración focalizada de enfermería en el niño con heridas y/o contusiones, y cumplir con uno de los objetivos establecidos para este estudio.

4. Establecimiento de las interrelaciones diagnósticas, de planificación y de intervención con las evidencias normalizadas para la determinación de un trayecto metodológico completo.

En esta fase se realizaron los siguientes pasos:

- Significación diagnóstica. En esta fase se establecieron las relaciones de significación conceptual existentes entre las fase de valoración y diagnóstico.

Para ello, se realizó una búsqueda en los indicadores diagnósticos (características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo) de la taxonomía NANDA-I de contenidos coincidentes con la significación de

Figura 8. Significación diagnóstica de las variables.**Figura 9.** Etapas y fases del proceso general de atención de enfermería.

cada una de las variables normalizadas contrastadas del protocolo clínico (figura 8).

Esto permitió disponer al final de esta fase de las **sugerencias diagnósticas contrastadas** de cada una de las variables normalizadas contrastadas, como herramientas de apoyo a la toma de decisiones del profesional.

- Significación terapéutica en la planificación de cuidados. En esta fase se establecieron las relaciones de compatibilidad conceptual existentes entre la etapa de “detección de problemas de cuidados” del proceso general de atención de enfermería (fase de valoración y diagnóstico) y la fase de planificación de la etapa de “tratamiento problemas de cuidados” del proceso general de atención de enfermería (figura 9).

Se realizó una búsqueda en los resultados de la taxonomía NOC de contenidos compatibles con la situación de cuidados expresada a través del diagnóstico en relación al niño con heridas y/o contusiones.

Para ello se tuvo en cuenta no sólo la información general aportada por cada diagnóstico y las sugerencias oficiales estable-

cidas por la propia taxonomía NOC, sino también las específicas del marco de aplicación en el niño con heridas y/o contusiones y las aportadas por las evidencias contempladas en de cada variable normalizada.

Esto permitió disponer al final de esta fase de las **sugerencias contrastadas para la planificación de los cuidados** de cada uno de los diagnósticos sugeridos.

- Significación terapéutica en la implementación de cuidados. En esta fase se establecieron las relaciones de compatibilidad conceptual existentes entre las fases de planificación e implementación de la etapa de “tratamiento problemas de cuidados”.

Se realizó una búsqueda en las intervenciones de la taxonomía NIC de contenidos compatibles con la planificación de cuidados establecida a través de los resultados (NOC) esperados en relación al diagnóstico de enfermería establecido en el niño con heridas y/o contusiones.

Para ello se tuvo en cuenta, no sólo la información aportada por los resultados (NOC) esperados y las sugerencias oficiales establecidas por la propia taxonomía NIC,

sino también la aportada por el propio diagnóstico y su aplicación en el niño con heridas y/o contusiones.

Esto permitió disponer al final de esta fase de las **sugerencias contrastadas para la implementación de tratamientos específicos de cuidados** para cada uno de los diagnósticos sugeridos, completando de esta manera el trayecto metodológico completo.

Una vez completados todos los pasos de esta fase, fue posible la elaboración de **planes de cuidados estandarizados basados en evidencia**, incluyendo el trayecto metodológico completo de atención a los cuidados, para la atención del niño con heridas y/o contusiones, y cumplir con el otro de los objetivos establecidos para este estudio.

5. Resultados

Del desarrollo de este estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Listado de variables normalizadas del cuidado en el control y seguimiento del niño con heridas y/o contusiones:

- 0330 Estado nutricional.
- 0811 Dolor.
- 2502 Alteraciones de la piel.
- 2506 Calor al tacto.
- 2510 Problemas de cicatrización.
- 2511 Herida en la piel.
- 2519 Contusión, traumatismo.
- 2520 Quemaduras.
- 2525 Herida exudativa.
- 2528 Herida en mucosa.
- 2529 Hematomas.
- 2533 Localización lesión.
- 2534 Tiempo desde la lesión.
- 2535 Lecho de la herida.
- 2536 Bordes de la herida.
- 2537 Piel perilesional.
- 2601 Circulación vascular periférica.
- 2602 Edema.
- 2620 Oxigenación tisular.
- 2621 Problemas de coagulación.
- 2910 Tratamiento farmacológico.
- 4504 Estado vacunal.

2. Protocolo clínico estandarizado y contrastado para la valoración focalizada de enfermería en el niño con heridas y/o contusiones.

Ver anexo 1.

3. Listado de sugerencias diagnósticas de cuidados en el niño con heridas y/o contusiones.

- 00043 Protección inefectiva.
- 00004 Riesgo de infección.
- 00044 Deterioro de la integridad tisular.
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- 00206 Riesgo de sangrado.
- 00132 Dolor agudo.

3. Listado de sugerencias contrastadas para la planificación de los cuidados en el niño con heridas y/o contusiones.

- 0407 Perfusión tisular: periférica.
- 0409 Coagulación sanguínea.
- 0702 Estado inmune.
- 1004 Estado nutricional.
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- 1102 Curación de la herida: por primera intención.
- 1103 Curación de la herida: por segunda intención.
- 1106 Curación de las quemaduras.
- 1107 Recuperación de las quemaduras.
- 1605 Control del dolor.
- 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
- 1807 Conocimiento: control de la infección.
- 1809 Conocimiento: seguridad personal.
- 1900 Conductas de vacunación.
- 1902 Control del riesgo.
- 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso.
- 2102 Nivel de dolor.

4. Listado de sugerencias contrastadas para la implementación de tratamientos específicos de cuidados en el niño con heridas y/o contusiones.

- 1100 Manejo de la nutrición.
- 1120 Terapia nutricional.
- 1400 Manejo del dolor.
- 2210 Administración de analgésicos.
- 2316 Administración de medicación: tópica.

- 3440 Cuidados del sitio de incisión.
- 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico.
- 3590 Vigilancia de la piel.
- 3660 Cuidado de las heridas.
- 3661 Cuidado de las heridas: quemaduras.
- 3680 Irrigación de heridas.
- 4010 Prevención de hemorragia.
- 4028 Disminución de la hemorragia: heridas.
- 4070 Precauciones circulatorias.
- 4160 Control de hemorragias.
- 6530 Manejo de la inmunización /vacunación.
- 6540 Control de infecciones.
- 6550 Protección frente a las infecciones.

5. Planes de cuidados estandarizados integrales (trayecto metodológico completo) basados en evidencia.

Ver anexo 2.

6. Conclusiones

- La existencia de una base de conocimiento estandarizada de cuidados para la fase de valoración permite la elaboración de un protocolo estandarizado para la atención del niño con heridas y/o contusiones.
- Para la elaboración de un protocolo estandarizado de valoración del niño con heridas y/o contusiones no sólo es necesaria la utilización de variables normalizadas contrastadas, sino que también precisa seguir una metodología segura en su elaboración.
- La existencia de un protocolo estandarizado de valoración del niño con heridas y/o contusiones facilita la continuidad de cuidados en su atención, unifica la práctica profesional de la enfermería y constituye una herramienta fundamental de ayuda en la toma de decisiones para la formulación de diagnósticos de enfermería.
- La existencia de bases de conocimientos estandarizadas para todas las fases del proceso de atención a los cuidados, permiten describir una trazabilidad completa de los trayectos metodológicos de cuidados para la atención del niño con heridas y/o contusiones, a través de planes de cuidados estandarizados contrastados.
- Los planes de cuidados estandarizados contrastados constituyen herramientas seguras de ayuda en la toma de decisiones del profesional en todas las fases del proceso de cuidados.
- El cuerpo de conocimientos propio que dispone enfermería en la actualidad, posibilita la elaboración de instrumentos fiables para la mejora la eficacia y seguridad de los cuidados en el niño con heridas y/o contusiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Accidentes en la población infantil española. Fundación Mapfre. Asociación Española de Pediatría y Atención Primaria. Mayo 2014 [consultado 15 Abril 2019]. Disponible en: http://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/publicacion_estudio_accidentes_poblacion_infantil_2014_mapfre-aepap.pdf
2. Carmen Estrada Ballesteros. Guía para la prevención de accidentes en centros escolares. Dirección general de salud pública y alimentación. [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Abril 11]. Disponible en: https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/348.1guia_preencion_accidentes_escolares.pdf
3. Dat AD, Poon F, Pham KBT, Doust J. Aloe vera for treating acute and chronic wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD008762. DOI: 10.1002/14651858.CD008762.pub2.
4. El tratamiento de las heridas. Ámbito farmacéutico educación sanitaria . [Internet]. 2006[Citado 2019 Abril 27];25(8):54-60. Disponible en: http://www.gastromed.com.ar/images/fotos/583_El-tratamiento-de-las-heridas.pdf
5. García González, RF. Gago Fornell, M, Chumilla López, S. Gaztelu Valdés, V. Nursing management on emergency wound. Gerokomos [Internet]. 2014 Sep [citado 2019 Abril 07]; 24(3): 132-138. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2013000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300007>
6. García González, RF. Gago Fornell, M, Chumilla López, S. Gaztelu Valdés, V. Abordaje de enfermería en

- heridas de urgencias. [Internet]. Gerokomos vol.24 no.3 Barcelona sep. 2013. [Consultado el 26 de febrero]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300007>.
7. García Herrera Arístides Lázaro, Febles Sanabria Ridel, Acosta Cabadilla Liliana, Moliner Cartaya Miriam. Tratamiento quirúrgico curativo combinado con Heberprot-P® en las úlceras neuropáticas del antepié. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Mayo 3]; 16(2): 125-138. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200002&lng=es.
 8. García Mayorga, A. et al. Guía práctica de intervenciones enfermeras en urgencias. *Fuden*. 2019;1(1) :31-35
 9. Gautier Vargas M et al Martínez González V. Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar. *Revista Rol de Enfermería* 2011; 34(1): 26-31
 10. Grupo de trabajo recomendaciones Td 2017. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de utilización de vacunas Td. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
 11. Hernández Rivero Manuel Jorge, Suárez Cabrera Antonio, Mercedes Machado Domínguez Yoandra, Márquez Furet Addis, García Fariñas Anaí. Utilización de la escleroterapia con espuma en úlceras varicosas de miembros inferiores. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2010 Sep [citado 2019 Mayo 11]; 26(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300016&lng=es.
 12. Hoogewerf CJ, Van Baar ME, Hop MJ, Nieuwenhuis MK, Oen IMM, Middelkoop E. Topical treatment for facial burns. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD008058. DOI: 10.1002/14651858.CD008058.pub2.
 13. Iglesias Eguskiza, L. et al. Heridas contusiones y pequeños traumatismos [Internet]. *Farmacia profesional*. Septiembre 2012[Consultado el 17 de Mayo]; 16(8): 5-103. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-heridas-contusiones-pequenos-traumatismos-13036530>
 14. Jacqueline Romero Sánchez. Viaje hacia el interior de la piel. Programa de estética cosmetológica, Fundación universitaria del área Andina. 2015; 1 (11): 42-48.
 15. José Luis Moliné et al Dolores Solé Gómez. NTP 568: Primeros auxilios: Contusiones y heridas. Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. 2010; 568 (1): 1-6.
 16. Jull AB, Cullum N, Dumville JC, Westby MJ, Deshpande S, Walker N. Honey as a topical treatment for wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD005083. DOI: 10.1002/14651858.CD005083.pub4.
 17. Lorenzo Hernández MP, Hernández Cano RM, Soria Suárez MI. Heridas crónicas atendidas en un servicio de urgencias. *Enf Global* [Internet]. 9 de mayo de 2014 [citado 1 de mayo de 2019];13(3): 23-0. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.3.172891>
 18. Medina Ernesto, María Kaempffer Ana. Accidentes en la edad escolar. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 1960 Oct [citado 2019 Abril 02]; 31(10): 505-510. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061960001000002&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061960001000002>.
 19. NANDA-I. Actualización en enfermería. Junio 2016[consultado 23 Abril 2019] Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/nanda-taxonomia-etiquetas/#deterioro-integridad-cutanea>
 20. Norman G, Christie J, Liu Z, Westby MJ, Jefferies JM, Hudson T, Edwards J, Mohapatra DP, Hassan IA, Dumville JC. Antiseptics for burns. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD011821. DOI: 10.1002/14651858.CD011821.pub2.
 21. Onís González E., Varona Pérez I., Gil Pérez M., Felici C., Embid Pardo P.. Lesiones no intencionadas en el centro escolar: ¿de qué estamos hablando?. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Mayo 07]; 17(68): 333-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000500008&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4321/S113976322015000500008>
 22. R. Alba Martín. Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. *Enfermería universit.* 2015;12(2): 88-92.
 23. R. Alba Martín. Educación para la salud dirigida al personal docente del ámbito escolar. *ScienceDirect*. 2015;12 (1): 88-92
 24. Rumbo-Prieto J.M., Romero-Martín M., Bellido-Guerrero D., Arantón-Areosa L., Raña-Lama C.D., Palomar-Llatas F.. Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica sobre deterioro de

- la integridad cutánea: úlceras y heridas crónicas. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Mayo 3] ; 39(3): 405-415. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000300008&lng=es.
25. Slideshare. Traumatismos.Contusiones y heridas. Junio 2010[consultado 03 Abril 2019].Disponible en: <https://www.slideshare.net/fiorellaty/traumatismos-contusiones-yheridas>.
 26. Vasconcelos Torres Gilson de, Fernandes Costa Isabelle Katherinne, da Silva Medeiros Rosana Kelly, Almeida de Oliveira Aminna Kelly, Gomes de Souza Amanda Jéssica, Parreira Mendes Felismina Rosa. Caracterización de las personas con úlcera venosa en Brasil y Portugal: estudio comparativo. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2019 Mayo 2] ; 12(32): 62-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

ANEXO 1. Protocolo unificado de valoración focalizada de enfermería en el escolar con heridas y contusiones.

Protocolo de valoración de enfermería del escolar con "HERIDAS/CONTUSIONES"	
DATOS PERSONALES del alumno:	Fecha de valoración _____
Nombre _____	
Fecha nacimiento _____	Curso _____

PIEL Y MUCOSAS:	Alteraciones en la piel _____
Herida en piel _____	Herida en mucosa _____
Localización lesión _____	Tiempo desde la lesión _____
Contusión, traumatismo _____	Quemadura _____

Herida exudativa _____	Hematomas _____
Calor al tacto _____	Edema _____
Lecho de la herida _____	Oxigenación tisular _____
Bordes de la herida _____	Piel perilesional _____

SEGURIDAD/PROTECCIÓN:	Estado vacunal _____
Problemas de coagulación _____	Problemas cicatrización _____
Circulación vascular periférica _____	Dolor _____
Tratamiento farmacológico _____	Estado nutricional _____

RESULTADO VALORACIÓN:: _____	
OBSERVACIONES: _____	

Fuente: Arribas Cachá, A. Departamento metodología e innovación del cuidado.

Información para la cumplimentación del protocolo

- **Alteraciones de la piel (2502):** Variable para registrar la existencia de alteraciones en la estructura y/o aspecto de la piel.
Rango de valoración: Si – No.
- **Herida en la piel (2511):** Variable para registrar la pérdida en la integridad natural de la piel.
Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderada. 4. Leve. 5. No.
- **Herida en mucosa (2528):** Variable para registrar la pérdida en la integridad natural en alguna mucosa de la persona.
Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderada. 4. Leve. 5. No.
- **Localización lesión (2533):** Variable para reflejar la zona corporal en la que se ha producido la pérdida de integridad de piel/mucosa.
Rango de valoración: Abdomen – Cabeza – Cara – Boca – Mentón – Espalda – Tórax – Mano – Brazo – Pie – Pierna.
- **Tiempo desde la lesión (2534):** Variable para reflejar el tiempo en horas transcurrido desde que se produce la lesión hasta su atención.
Rango de valoración: 0 – 10.
- **Contusión, traumatismo (2519):** Variable de valores predeterminados para registrar la existencia de signos sugerentes de traumatismos físicos, contusiones, en la persona.
Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. No.
- **Quemaduras (2520):** Variable para registrar la existencia de lesiones específicas en piel o mucosa causadas por el calor, agentes físicos, químicos, eléctricos, sol o radiaciones.
Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderada. 4. Leve. 5. No.
- **Herida exudativa (2525):** Variable para registrar la presencia de exudación eliminada por una herida o como consecuencia de la misma.
Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. No.
- **Hematomas (2529):** Variable para registrar la presencia de sangre en el tejido subcutáneo.
Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderada. 4. Leve. 5. No.
- **Calor al tacto (2506):** Variable de valores predeterminados para registrar la percepción de la temperatura de la piel de la persona al contacto.
Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderada. 4. Leve. 5. No.
- **Edema (2602):** Variable para anotar la acumulación anormal de líquido intersticial bajo la piel de la persona.
Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderada. 4. Leve. 5. No.
- **Lecho de la herida (2535):** Variable para registrar la idoneidad (tejido de granulación) y contaminación del lecho de una herida para su adecuada reconstrucción (limpieza, ausencia de cuerpos extraños, tejido necrótico, esfacelos, exudados).
Rango de valoración: 1. Grave compromiso. 2. Sustancial compromiso. 3. Moderado compromiso. 4. Leve compromiso. 5. Adecuado.
- **Oxigenación tisular (2620):** Variable con valores predeterminados para reflejar la idoneidad del aporte de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos.

Rango de valoración: 1. Grave hipoxia. 2. Sustancial hipoxia. 3. Moderada hipoxia. 4. Leve hipoxia. 5. Adecuada.

- **Bordes de la herida (2536):** Variable para registrar la idoneidad de los bordes de una lesión de la piel o mucosas para una adecuada reconstrucción. (maceración, deshidratación, cavitación, inflamación).

Rango de valoración: 1. Grave compromiso. 2. Sustancial compromiso. 3. Moderado compromiso. 4. Leve compromiso. 5. Adecuado.

- **Piel perilesional (2537):** Variable para registrar la idoneidad de la piel alrededor de una lesión en piel o mucosas para una adecuada reconstrucción. (maceración, excoriación, piel seca, hiperqueratosis, callosidad, eczema).

Rango de valoración: 1. Grave compromiso. 2. Sustancial compromiso. 3. Moderado compromiso. 4. Leve compromiso. 5. Adecuado.

- **Estado vacunal (4504):** Variable para registrar la situación vacunal de la persona de acuerdo al calendario vigente aplicable según edad y características específicas de la persona.

Rango de valoración: Adecuado – Inadecuado – No se sabe.

- **Problemas de coagulación (2621):** Variable para reflejar la presencia de alteraciones en el proceso normal de coagulación de la persona.

Rango de valoración: 1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderada. 4. Leve. 5. No.

- **Problemas de cicatrización (2510):** Variable para registrar la existencia de dificultades/interrupción en la curación de las lesiones de la persona.

Rango de valoración: Si – No.

- **Circulación vascular periférica (2601):** Variable para registrar la presencia de alteraciones en el sistema circulatorio periférico de la persona que alteran el flujo vascular normal de esa zona.

Rango de valoración: 1. Grave compromiso. 2. Sustancial compromiso. 3. Moderado compromiso. 4. Leve compromiso. 5. Adecuados.

- **Dolor (0811):** Variable para anotar la percepción nociceptiva o dolorosa de la persona.

Rango de valoración: 1. Dolor extremo. Invalidante. 2. Dolor intenso, severo. 3. Dolor moderado/molestias. Interfiere en la actividad. 4. Malestar leve. No altera actividad. 5. No dolor.

- **Tratamiento farmacológico (2910):** Variable para reflejar la existencia de indicaciones farmacológicas para su problema de salud.

Rango de valoración: Si – No.

- **Estado nutricional (0330):** Variable para registrar la situación corporal de la persona como resultado del balance energético entre ingresos y gastos calóricos.

Rango de valoración: 1. Desnutrición grave. 2. Desnutrición moderada. 3. Desnutrición leve. 4. Subnutrición. 5. Adecuado.

- **RESULTADO VALORACIÓN:** Campo para determinar el resultado final de la efectividad de los cuidados, en base a la información sanitaria reflejada en el protocolo. Este campo determina la necesidad de establecer planes de cuidados.

Rango de valoración: Efectiva – No efectiva – Al riesgo alteración.

ANEXO 2. Planes de cuidados estandarizados en la atención al escolar con heridas y contusiones.

Dominio 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Estado nutricional. Problemas de cicatrización. Problemas de coagulación. Estado vacunal. 	Protección inefectiva	<ul style="list-style-type: none"> Estado nutricional. Conocimiento: seguridad personal. Control del riesgo. Estado inmune. Conductas de vacunación. 	<ul style="list-style-type: none"> Terapia nutricional. Cuidados de las heridas. Prevención de hemorragia. Manejo de la vacunación. Protección contra las infecciones.

Dominio 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Estado nutricional. Herida en piel. Contusión, traumatismo. Lecho de la herida. Estado vacunal. 	Riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> Estado inmune. Estado nutricional. Integridad tisular: piel/membranas. Curación herida: primera intención. Curación herida: segunda intención. Conducta terapéutica: lesión. Conocimiento: control infección. Conductas de vacunación. Control riesgo: proceso infeccioso. 	<ul style="list-style-type: none"> Terapia nutricional. Cuidados de las heridas. Control de infecciones. Manejo de la vacunación. Protección frente a las infecciones.
<ul style="list-style-type: none"> Herida en mucosa. Hematomas. Quemaduras. 	Deterioro de la integridad tisular	<ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel/membranas. Curación herida: primera intención. Curación herida: segunda intención. Curación de las quemaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de las heridas. Cuidado de las heridas: quemaduras. Cuidados del sitio de incisión.
<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones en la piel. Herida en piel. Quemaduras. 	Deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel/membranas. Curación herida: primera intención. Curación herida: segunda intención. Curación de las quemaduras. Recuperación de las quemaduras. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de las heridas. Cuidado heridas: quemaduras. Cuidados del sitio de incisión. Irrigación de heridas.
<ul style="list-style-type: none"> Estado nutricional. Calor al tacto. Contusión, traumatismo. Hematomas. Circulación vascular periférica. 	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> Estado nutricional. Integridad tisular: piel/membranas. Perfusión tisular: periférica. 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la nutrición. Administración medicación: tópica. Cuidados de la piel: tto. tópico. Vigilancia de la piel. Precauciones circulatorias.
<ul style="list-style-type: none"> Heridas exudativas. Quemaduras. Herida en piel. Problemas de coagulación. 	Riesgo de sangrado	<ul style="list-style-type: none"> Coagulación sanguínea. Control del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> Control de hemorragias. Disminución hemorragia: heridas. Prevención de hemorragia.

Dominio 12. CONFORT

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Dolor. Herida en piel. Contusión, traumatismo. Quemaduras. Herida en mucosa. 	Dolor agudo	<ul style="list-style-type: none"> Control del dolor. Nivel de dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo del dolor. Administración de analgésicos.