



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**EN ADULTO MAYOR PARAPLEJICO CON ALTERACION EN LA
NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS**

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
SANDRA FABIOLA MEDINA COVIELLES

ASESOR:
L.E.O. SILVIA BALDERAS BARRANCO



CIUDAD DE MEXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



L.E.O. SILVIA BALDERAS BARRANCO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ESCUELA
DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
P R E S E N T E:

Adjunto a la presente me permito a enviar a usted el Trabajo Profesional:

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA (PAE):
EN ADULTO MAYOR PARAPLEJICO CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE
MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS**

Elaborado por:

SANDRA FABIOLA MEDINA COVIELLES

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentara para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

ATENTAMENTE

L.E.O SILVIA BALDERAS BARRANCO



DEDICATORIAS/AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo con gran amor a mis padres Matilde Covielles Cardenas y Juan de Dios Medina Santillán por el apoyo incondicional, por siempre impulsarme a ser mejor y lograr con éxito mi carrera. Por ser pilar fundamental en mi vida, inculcarme buenos valores y darme la mejor educación.

A mi esposo Leonel, por darme su fortaleza e inspiración. Por creer siempre en mí y recordarme a diario que si podía lograrlo. Este logro también es tuyo, te amo.

Finalmente, a mi hija Romina, quien es mi más grande regalo que haya podido recibir por parte de Dios, es mi gran tesoro y además la fuente más pura de mi inspiración para seguir preparándome profesionalmente.

No me queda más que agradecer por hacer posible un logro más, el cual no será el último, pero si el más importante en mi vida. Gracias por la fe que depositaron en mí y por darme todo sin esperar nada a cambio. Solo el orgullo de hacer de mí una persona profesionalista.

Los amo por siempre.



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	
II.	JUSTIFICACIÓN.....	
III.	OBJETIVOS.....	
	3.1. General.....	
	3.2. Especifico.....	
IV.	MARCO TEÓRICO	5
	4.1. Enfermería como profesión disciplinar.....	5
	4.2. El cuidado como objetivo de estudio	7
	4.3. Modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson....	8
	4.4. El proceso Enfermero.....	13
	4.5. La persona. Adulto mayor.....	21
	4.6. Descripción del padecimiento. Paraplejia.....	23
V.	APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA	29
	5.1. Presentación del caso clínico	29
	5.2. Valoración inicial y continua (identificación de necesidades)...	32
	5.3. Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería	37
	5.4. Plan de intervención de enfermería	39
	5.5. Ejecución	48
	5.6. Evaluación	50
	5.7. Plan de alta	51
VI.	CONCLUSIONES.....	52
VII.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	53
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (FORMATO VANCOUVER.....	54
IX.	ANEXOS	58



I. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se realiza con la finalidad de brindar cuidados integrales al paciente con paraplejia basado en la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y la evaluación, de igual manera detectar las necesidades reales y potenciales del individuo para lograr una intervención oportuna e inmediata.

Las lesiones medulares ocasionan discapacidad y dependencia, así como alteraciones de las funciones sensitivas, motoras y/o autonómicas por debajo del nivel de lesión. La mejora de la calidad de vida junto a la de los cuidados entre otros factores, contribuyen al incremento de la expectativa de vida y permite que las personas con lesión medular lleguen a edades más longevas.

En este PAE se busca evitar los futuros riesgos que conlleva la paraplejia, con intervenciones oportunas para que el paciente pueda retomar alguna de las actividades de la vida diaria sin alterar su actual condición. Consta de IX capítulos, donde en el capítulo IV se hace mención del Marco teórico donde hablamos de la importancia de enfermería ante el cuidado hacia la persona, lleva un proceso para la realización de las actividades y que toda persona es un ser único.

Y algo de suma importancia se habla de las 14 necesidades de Virginia Henderson ya que con ellas se realizó la valoración del paciente parapléjico y de esa manera se pudieron jerarquizar las necesidades afectadas y con ello realizar las intervenciones correctas y de manera oportuna.

También habla de aquellas personas con paraplejia, el afrontamiento y los cambios repentinos en el cuerpo y la corporalidad que producen dependencia para realizar las actividades cotidianas, alteran la imagen corporal, reducen la interacción social y crean un sentimiento de pérdida de control y de alteración en la integridad del ser. En el capítulo V se realiza la ejecución del PAE con los diagnósticos definitivos y así mismos sus intervenciones, se cumplieron de manera correcta logrando que el paciente pudiera integrarse a sus actividades de manera autónoma.



II. JUSTIFICACIÓN

Las motivaciones que llevaron a la realización de este Proceso Atención Enfermero fueron, uno para concluir el proceso de Titulación por parte de la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús incorporada a la UNAM, y dos porque es necesario conocer los cuidados a domicilio que se pueden ofrecer al paciente con lesión medular derivado a la paraplejía, que hacen al estado de salud y hábitos de vida y sus percepciones en relación a su enfermedad y su calidad de vida.

La lesión medular es un término que hace referencia al daño (resultado de un trauma, enfermedad o degeneración) producido a nivel medular. De acuerdo a la localización y severidad del daño, los síntomas pueden variar ampliamente; desde hipoestesias, hiperestesias, dolor, parálisis, e incluso incontinencia como síntoma asociado¹.

Los pacientes con este tipo de daño, pueden encontrar complicaciones respiratorias, cardiovasculares, musculoesqueléticas, dolor musculoesquelético y/o neuropático, úlceras por presión, problemas intestinales y de la vejiga y disfunción sexual. La afectación de estas complicaciones se verá de acuerdo con el tipo y nivel de la lesión².

Este Proceso de Atención de Enfermería se ha desarrollado para prevenir complicaciones durante los cuidados de enfermería, uno de los objetivos principales es realizar cuidados individualizados. Recordar que el paciente es un ser único por ello la importancia de saber los factores de riesgo que se pueden llegar a presentar con la paraplejía si no se detectan a tiempo, principalmente el manejo de la movilización para disminuir el estreñimiento por la falta de movilidad, esto va de la mano el riesgo a contribuir a una lesión por presión pero sin dejar de lado la educación de la buena alimentación e hidratación tanto tegumentaria como oral esto fortalecerá la buena irrigación de la circulación y la movilidad intestinal.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Permitirá conocer la realidad y en base a ello generar estrategias para ayudar a familiares en el manejo de los pacientes con lesión medular, así como también el afrontamiento ante la enfermedad. La familia podrá cumplir un rol protagónico y logrará resultados positivos para el cuidado de la salud del paciente.



III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar un Proceso Atención de Enfermería a un paciente Adulto Mayor con base al modelo teórico de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, disminuyendo los riesgos de salud consecuentes de la paraplejía, propiciando bienestar al paciente y a los familiares.

3.2. ESPECIFICOS

- Identificar necesidades alteradas según el modelo de Virginia Henderson.
- Establecer diagnósticos enfermero de acuerdo a las necesidades detectadas, utilizando de la metodología N.A.N.D.A.
- Elaborar planes de cuidado con base a los diagnósticos enfermeros identificados, integrando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
- Implementar las intervenciones de enfermería establecidas en los planes de cuidado.
- Evaluar el resultado de las intervenciones de enfermería con base a la evolución del estado de salud del paciente.



IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Enfermería como profesión disciplinar.

En la conceptualización de Enfermería se establecen las bases por las cuales se reconoce ésta como una disciplina profesional³; para comprender el sentido de esta denominación, se retoma lo presentado por Ana Luisa Velandia⁴. Quien cita a Taylor, para afirmar que la profesión hace constar a “todas aquellas ocupaciones que poseen una combinación particular de características tales como: La competencia, la autonomía, el compromiso y la responsabilidad”; y a Styles, quien plantea que la profesión enmarca “la generación de un conjunto de conocimientos avanzados y destrezas, un sistema de valores elaborado, que es transmitido mediante una formación académica y una socialización profesional amplia”; aunado a estos conceptos, se afirma que “el núcleo de la disciplina profesional, va de la mano con el sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular”^{5,6}.

Es ejercer la profesión a partir de un conocimiento específico que es propio de una disciplina, lo que permite la diferencia entre el ejercicio profesional y el ejercicio disciplinar⁷. En Enfermería, se han planteado los elementos meta paradigmáticos: Enfermería, Cuidado, salud, persona y entorno el cual permitirá la comprensión del saber y del quehacer.



Cuando se habla del ser particular, en aquello que constituye la esencia de Enfermería, es lo que distingue esta disciplina de otras, en especial de las que tienen como objeto de estudio la salud del ser humano.

El cuidado es la palabra más usada en diferentes contextos; en este orden de ideas se pueden identificar como percepciones relacionadas: el cuidar, el proveedor de cuidado, el ser cuidado y el cuidado como preservación de la especie.¹⁴.

Se afirma que la acción fundamental de Enfermería es cuidar a la persona sana o enferma, comunidad a quien dirige sus intervenciones, pero entonces, ¿cuál es el concepto de cuidado?, ¿qué nos caracteriza y da identidad en la acción profesional?

El cuidado de Enfermería aún tiene varias concepciones teóricas, pero se le reconocen elementos comunes como: La promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación o rehabilitación. La aplicación de un proceso sistemático que implica valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

En este trayecto de desarrollo conceptual han existido diferentes enfoques: análisis filosófico sobre el origen y la responsabilidad de Enfermería; debates conceptuales sobre el ser y el quehacer profesional; el concepto de hombre y su entorno; el proceso salud – enfermedad, entre otros.



4.2. El cuidado como objeto de estudio

Hemos considerado la enfermería como una disciplina profesional, que contiene dimensiones históricas, antropológicas, filosóficas, valores propios, principios éticos y un marco legal, que la lleva a un conocimiento propio que respalda la práctica de la enfermería.

Las disciplinas profesionales representan ciencias aplicadas, y se apoyan en ellas mismas para lograr un conocimiento científico. Son características que traen consigo el desarrollo de la enfermería.

Lleva una alta demanda necesaria de cuidados los cuales están:

- Coordinación del cuidado: Pasa de presidir cuidado al individuo a uno del sistema de salud.
- La necesidad de cuidar: Para aquellos pacientes que es inevitable la curación de la enfermedad, pero llevan a cabo una atención hasta su muerte. La población de la tercera edad ha generado un cambio repentino e inexplicable en la enfermedad, ya que de ser problemas agudos pasan a ser enfermedades crónicas.



4.3. Modelo de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera¹⁶.

De acuerdo al modelo de Virginia Henderson, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial^{17,18,19}.

Virginia Henderson conjeturaba enfermería como el ayudar a la persona sana o enferma, mantener y salvaguardar la salud, incluso comparecer en la muerte y así contar con el cumplimiento de las necesidades que se pudieran realizar por si mismo si tuviera la fuerza. Si enfermería cubre esas necesidades, ayudara a la recuperación independiente del individuo de manera más rápida.

Virginia Henderson en uno de sus principios aplico el modelo teórico hacia la practica donde enfermería tendría que fomentar la actividad del paciente y así obtener la independencia. El objetivo de dicho modelo es que el paciente sea independiente lo antes posible.

Para Virginia la enfermera es quien asiste a la persona sana o enferma en sus actividades diarias para prologar su salud, poder llegar a la recuperación o incluso acompañar al bien morir. A si el individuo podrá desarrollar su independencia, con ayuda de los cuidados de enfermería.



En cuanto a Virginia Henderson su modelo, describió cuatro conceptos se han relacionados al metaparadigma:

- **Salud:** El objetivo es recuperar la salud o la mantenerla, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios ²².

- **Persona:** Sujeto que requiere ayuda para poder obtener independencia y salud o la muerte digna. Se entiende como persona a la unidad mental que está compuesta por componentes, psicológicos, sociales, biológicos y espirituales ^{23,24,25}.

- **Entorno:** Para Virginia el individuo es competente en controlar su entorno, pero a su vez la enfermedad puede interferir en esa capacidad. El entorno consta de la relación de la familia con el individuo y de igual forma la comunidad para el fomento de los cuidados.

- **Enfermera:** La principal función de enfermería es el ayudar a la persona sana o enferma, y así poder realizar las actividades que conllevan a la salud o su pronta recuperación o al bien morir.

Supuestos teóricos de Virginia Henderson:

- Enfermería es encargada de brindar cuidado hasta el momento en que la persona pueda cuidar de sí misma.
- Aunque no se explica, los pacientes desean recuperar la salud.
- Las enfermeras están dispuestas a servir, y que las “enfermeras se dedicaran al paciente día y noche”.
- Henderson también creía que “la mente y el cuerpo son inseparables y están interrelacionados”.



Conceptos y definiciones para la práctica de la enfermería:

Virginia Henderson estableció 14 necesidades básicas con las que el ser humano cuenta. Estas necesidades están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales ²⁶.

Las 14 necesidades básicas en el modelo de Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente: Es una necesidad fisiológica esencial, la necesidad de la respiración para la oxigenación de todas las células del organismo. Se tiene en cuenta en esta necesidad el modo en que entra el oxígeno, la circulación, así como la eliminación de residuos.

2. Alimentarse e hidratarse: Esta segunda necesidad es la de alimentarse de forma balanceada, proporcionando los nutrientes necesarios al cuerpo para su hidratación y nutrición.

3. Eliminación de desechos corporales: Esta necesidad básica hace referencia a la capacidad de eliminar adecuadamente los desechos del organismo mediante el sudor, micción y defecación.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas: Está relacionada a la capacidad de deambular y adoptar formas correctas de postura para evitar malestares. Los agentes que intervienen son el sistema óseo, sistema muscular y el sistema nervioso.

5. Dormir y descansar: Necesidad para reponer energías al organismo, y esta se obtiene mediante el reposo durante las noches y/o con las siestas durante el día.



6. Vestirse de manera adecuada: En esta necesidad no solo se basa en vestirse, si no en la de elegir la ropa adecuada para cada situación en la que se encuentre el individuo. Se debe tener la capacidad de vestirse y desvestirse de forma autónoma.

7. Mantener la temperatura corporal: Necesidad de mantener una temperatura normal de acuerdo a la situación de las funciones del organismo.

8. Mantener la higiene y la integridad de la piel: Necesidad de mantener una limpieza adecuada del cuerpo, evitando la acumulación de impurezas que puedan dar pie a una posible infección.

9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas: Capacidad de estar alerta a cualquier elemento externo que pueda ocasionar daño hacia el individuo, se busca evitarlo.

10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores: Esta necesidad se basa en la capacidad de poder comunicarse con el entorno para transmitir emociones, sentimientos o necesidades.

11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: Necesidad en la cual el individuo tiene la capacidad de tener creencias religiosas, ya sean monoteístas o politeístas.

12. Trabajar para sentirse realizado: Necesidad donde el individuo realiza actividades lucrativas o sociales y del gusto propio para sentirse útil y estar activo intelectual y físicamente.



13. Participar en actividades recreativas: Ejercitar actividades individuales o colectivas que permitan la distracción para conseguir sensación de bienestar.

14. Aprender en sus variadas formas: Como seres vivos necesitamos aprender todo lo que se necesita para un buen desarrollo así como para satisfacer la curiosidad.

Las actividades que el personal de enfermería realiza se basan en cubrir las necesidades del paciente, tal descrito por Virginia Henderson como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos son aplicados mediante un plan de cuidados tomando en cuenta las necesidades de cada paciente²⁶.

Dichas necesidades podrán modificarse en función de dos factores:

- Factores permanentes: Tomando en cuenta la edad, inteligencia y la capacidad física.
- Factores variables: Son aquellas patologías que refiere el paciente.

El Proceso Enfermero en relación con el modelo de Virginia Henderson:

Enfermería es la ciencia del cuidado, abarcando aquellas necesidades humanas y sus respuestas ²⁶.

Para el desarrollo disciplinar de la profesión es indispensable la utilización de un marco teórico y un método científico basado en la metodología para la resolución de problemas y así propiciar resultados esperados.

Es decir, que la implementación del Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una práctica indispensable que fomenta los cuidados de enfermería.



Los cuidados que brinda enfermería son acciones que se llevan a cabo de manera ordenada con el propósito de llegar a una mejoría hacia esa persona con necesidades alteradas y así pueda recibir los cuidados de manera oportuna ²⁷.

El modelo de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE), se basan en la idea de que ambos servirán como guía para llevar consigo el Proceso Enfermero, y así atender las necesidades del individuo mediante el marco teórico, de este modo se irán identificando los datos objetivos y los datos subjetivos que se deberán obtener mediante la recogida de datos e irlos organizando.

5.1. El Proceso Enfermero

El proceso de atención enfermería consiste en la aplicación del método científico, que permite a enfermería brindar cuidados de manera sistematizada²⁸.

El proceso de atención enfermero cuenta con cinco etapas, las cuales son:

1.- Valoración: Es la primera etapa, se inicia mediante la recogida de datos del paciente para saber de su condición actual y pasada. Para la obtención de datos nos podemos apoyar en historial médico, puede ser mediante el mismo paciente, familia o la persona más cercana a el que nos pueda brindar dicha información.

La valoración cuenta con cuatro fases las cuales son:

a) *Recolección de datos*

Métodos para la obtención de datos:

- Observación
- Exploración:
- Entrevista



Observación: Los datos que se obtienen mediante la observación, provendrán de los sentidos y al interactuar con el paciente.

Tipos de datos a recolectar:

- Datos subjetivos: Son aquellos que no se pueden medir y son propios del paciente. Son los datos que percibe y siente.
- Datos objetivos: Son los que son medibles por alguna escala o instrumento (ejemplo temperatura, presión arterial).
- Datos históricos- antecedentes: son los hechos que han ocurrido anteriormente, así como hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o degenerativas.
- Datos actuales: Son aquellos que comprometen la salud actual.

Exploración física: En este método se lleva a cabo la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: Examen visual del cuerpo en la exploración, se observa la forma, tamaño, posición, color, textura.

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para la determinación de ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel, así como el tamaño, forma, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad.

Percusión: Consiste en dar golpes con uno o varios dedos en la superficie corporal con el fin de obtener sonidos.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos de los órganos, en este se utiliza el estetoscopio y se determinan las características sonoras del pulmón, corazón e intestinos.

Entrevista: Nos sirve para mantener una relación de confianza con el paciente y averiguar datos relevantes y datos subjetivos que nos ayudara a identificar necesidades afectadas.



Existen distintos tipos de entrevista, la estructurada, dirigida, semiestructurada y la no estructurada y por último la libre. La comunicación verbal deberá ser clara y comprensible.

- b) *Validación:* La información obtenida en esta fase deberá ser completa y exacta para así poder realizar de manera concreta los diagnósticos y las intervenciones. Esta etapa se debe realizar una segunda verificación de los datos que se obtuvieron en la recolección de datos, y así el personal de enfermería se asegurara que los datos objetivos y subjetivos concuerdan y que ningún dato importante paso por alto.
- c) *Organización:* Durante esta fase se agrupará la información obtenida para la realización de diagnósticos. Nos podemos basar en la teórica de Gordon, Nanda, jerarquía de Maslow o el modelo de Virginia Henderson.
- d) *Documentación de datos:* Los principales objetivos del registro correcto de esta etapa son, regir una buena comunicación entre el personal de enfermería y médicos, sustraer aquellas conclusiones de los cuidados que se han aplicado y como amparo de cuestiones legales.

2.- Diagnóstico: En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. Es un enunciado del problema real o potencial del paciente donde requiere de la intervención de enfermería para poder resolverlo o disminuirlo.

En el diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. El problema potencial es una situación que puede ocasionar dificultad en un futuro.



Para poder identificar los diagnósticos es importante mencionar la NANDA, se entiende por sus siglas de la North American Nursing Diagnosis Association, es una

Asociación profesional fundada en 1982, con el propósito de promover, definir los juicios clínicos de enfermería.

Un diagnóstico NANDA, se define como un juicio clínico relacionado a una respuesta humana de acuerdo a la condición de salud/proceso de vida, o a una susceptibilidad a esa respuesta, que va orientada al individuo, familia o grupo/comunidad.

El diagnóstico enfermero brinda bases para la selección de intervenciones de enfermería y así lograr los resultados de enfermería.

Tipos de Diagnósticos:

- *Diagnostico enfermero enfocado en el problema:* Se trata de un juicio clínico, respecto a una respuesta humana indeseable a condiciones de salud/procesos de vida que se reconocen en un individuo, familia o comunidad. Para la realización de este diagnóstico enfocado en el problema debe estar presente: Características definitorias y factores relacionados.
- *Diagnostico enfermero de promoción a la salud:* Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud.
- *Diagnostico enfermero de riesgo:* Juicio clínico donde un individuo, familia o comunidad son vulnerables a desarrollar un problema en las condiciones de salud. Para la realización del diagnóstico de riesgo, debe estar presente: Factores de riesgo que contribuyan a una alta susceptibilidad.



- *Diagnostico Enfermero de Síndrome:* Juicio clínico a un grupo específico de diagnósticos enfermeros que ocurren de manera conjunta, y se abordan mejor de manera junta y con intervenciones similares. Para diagnosticar un síndrome deben de estar presentes las características definitorias deben ser dos o más diagnósticos enfermeros y factores relacionados. También se pueden usar otras características definitorias que no sean diagnósticos enfermeros, pero se podrán usar intervenciones similares.

3.-Planeación: En esta fase, contando con la recolección de datos y con un diagnóstico de enfermería se elaborarán los cuidados de enfermería que se van a brindar al paciente.

Las etapas que comprende este punto son:

- El establecimiento de prioridades de los cuidados: De los problemas que se han identificado, se valorara cuál de ellos necesitan mayor atención y cuáles pueden ser tratados posteriormente. En el establecimiento de prioridades el objetivo es tratar aquellas amenazas más importantes de manera oportuna antes que los menos críticos.
- Establecimiento de objetivos: se formulan los objetivos a esperar, lo que se quiere lograr con la persona respecto a los cuidados brindados. Se obtendrán de las características definitorias de los diagnósticos de enfermería y deberán centrarse en el comportamiento de la persona. Se formularán antes de la determinación y ejecución de intervenciones para dirigirse a los resultados.

Actualmente se utiliza la Taxonomía NOC (Siglas en ingles que al traducirlas al español se denominan: Es una organización sistemática de resultados en



grupos o categorías basados en semejanzas, diferencias y relación entre resultados. La taxonomía NOC cuenta con cinco niveles: 17 Dominios, 32 clases, 490 resultados, indicadores y escalas de medición.

Los dominios se clasifican utilizando números romanos del I al VII.

Componentes del resultado:

- ✓ Etiqueta: Denominación del resultado.
 - ✓ Definición: Se expresa el título de forma precisa y clara.
 - ✓ Indicador: Conducta, estado o percepción del individuo que sirve como medición.
 - ✓ Escala Likert de 5 puntos: Califica el estado del indicador o resultado de un paciente.
- Establecimiento de intervenciones: Están dirigidas a ayudar a la persona a lograr los resultados de los cuidados y factores relacionados del diagnóstico, eliminando los factores que contraen al problema. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados directos e indirectos, dirigidos a la persona, familia o comunidad.

De igual manera que en el establecimiento de resultados, también se trabaja actualmente con la Taxonomía NIC: (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), es una clasificación normalizada de intervenciones que realiza enfermería. Incluye intervenciones realizadas por profesionales en función a los pacientes, cuidados directo e indirectos.

Estructura de la Taxonomía NIC

- ✓ 7 campos



- ✓ 30 clases
- ✓ 567 intervenciones
- Planes de cuidado: El plan de cuidados de enfermería se centra en la información respecto al paciente, condición y tratamiento indicados junto a los resultados y a las estrategias que se pondrán en práctica para la obtención de los objetivos.

Tipos de planes de cuidado de enfermería:

- ✓ Individualizado: Permite la documentación de problemas del paciente, el objetivo del plan de cuidado y las acciones para un paciente en específico.
- ✓ Estandarizado: Plan específico de cuidados, adecuados para pacientes con padecimientos normales o esperados.
- ✓ Estandarizado con modificaciones: Se individualiza, pero se dejan abiertas opciones en los problemas del paciente, objetivos del plan de cuidados y la acción de enfermería.

4.-Ejecución: Se lleva a cabo la aplicación del plan de cuidados, en el cual desarrolla tres criterios:

- ✓ *Preparación:* Se consideran actividades como: A) revisión de las acciones que se han propuesto en el plan. B) analizar los conocimientos y habilidades para que se cumplan. C) identificación de complicaciones potenciales de las actuaciones del paciente. E) Procurar y definir los recursos necesarios. F) elegir un ambiente adecuado para la realización de las actividades a cumplir.
- ✓ *Intervención:* Se llevan a cabo las intervenciones de enfermería planeadas independientes e interdependientes, incluye; la valoración y la educación. Se



- ✓ debe considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales para la ejecución de las acciones de enfermería.
- ✓ *Registro o documentación:* Es aquel registro que realiza enfermería en las notas de enfermería en un documento legal. El propósito principal de este documento es mantener de manera informada a otros profesionales de la salud sobre datos relevantes del paciente así como los cuidados brindados.

La ejecución implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realización de las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Brindar informes verbales de enfermería.
- El plan de cuidados se mantendrá actualizado.

5.- Evaluación: Es la quinta fase una vez que se llevaron a cabo los cuidados de enfermería al paciente, se evaluarán los resultados esperados, si el estado del paciente es bueno o se deberán realizar cambios en las intervenciones planteadas.

La evaluación se evalúa con las siguientes preguntas:

¿La valoración fue completa y la información validada?

¿El diagnóstico fue el correcto?

¿La formulación de diagnósticos y problemas fue acertada?

¿Dieron solución los planes de cuidado al problema?

¿Se lograron los objetivos en base a las acciones de enfermería?

Si los resultados no fueron los esperados o no del todo satisfactorias, se deberá revisar cada etapa del PAE y detectar las fallas y realizar las correcciones.



5.2. La persona Adulto mayor

Se le llama desarrollo humano a la evolución del ser humano durante su vida, desde la concepción y nacimiento hasta su fallecimiento. Se divide en siete etapas las cuales son:

- Etapa prenatal: Comprende desde la fecundación hasta el trabajo de parto.
- Etapa de la infancia temprana: Desde el nacimiento hasta los 3 años de edad.
- Etapa de infancia intermedia: Comprende la etapa preescolar, de los tres a los 6 años de edad.
- Etapa de la infancia tardía: Abarca de los seis a los doce años de edad.
- Etapa de la adolescencia: De los 12 a los 18 de edad.
- Etapa de adultez: De los 19 años de edad a los 60 años.
- Etapa de vejez: De los sesenta años en adelante.

Adulto mayor: Se refiere a la persona que cuenta con 60 años o más de edad.

Cambios fisiológicos de la vejez: Los cambios notables es la disminución en la fuerza muscular, la piel, el crecimiento del pelo disminuye, ya existe un mayor incremento de canas, reducción de fertilidad y la frecuencia de los orgasmos y aumenta la impotencia sexual, demencias, problemas de los huesos.

Los padecimientos crónicos con mayor frecuencia son los problemas respiratorios como asma, bronquitis, problemas metabólicos, diabetes, desordenes nerviosos y mentales, deterioro de la circulación y genitourinario.

Cambios psicológicos

Algunos de los cambios que se ven afectados durante esta edad es la atención. Se menciona que la atención se deriva la sostenida, dividida y selectiva.



La atención sostenida habla de cuando se requiere que se mantenga la atención fija en una tarea durante un tiempo prologado. La dividida se alterna la atención entre distintas tareas, se ve disminuida cuanto más difícil sea la tarea por hacer. Y la atención selectiva se atiende de manera prioritaria las tareas por realizar. Otro de los cambios es la memoria, la memoria a corto plazo no se ve tan afectada puesto que el adulto se enfoca en las actividades que el cree de mayor importancia dejando de lado las demás tareas, y la memoria a largo plazo no se ve tan afectada pues son los recuerdos autobiográficos.

Cambios sociales

- Pasa el mayor parte del tiempo en casa que en lugares que habitualmente frecuentaba en tiempos anteriores.
- Nuevas rutinas, debido a que son persona ya jubiladas buscan en que ocupar su tiempo y recrea nuevas rutinas de vida en actividades que estén a su alcance para poder realizarlas.
- Cambio de posición familiar, a medida que el tiempo avanza el anciano siente que su opinión no vale de la misma forma como lo era antes, siente perder autoridad por la edad en que se encuentra.
- Miedo a la muerte
- Adaptación del hogar, debido a las condiciones físicas del anciano, se tiene que adaptar su entorno a su alcance para poder satisfacer ciertas necesidades propias.



5.3. Descripción del Padecimiento. Paraplejía

Anatomía y Fisiología

Columna Vertebral

Características generales: Está formada por 26 huesos irregulares articulados entre sí de tal forma que dan lugar a una estructura curvada y flexible. Constituye el apoyo axial del tronco y se extiende desde el cráneo, al que sujeta, hasta su punto de anclaje en la pelvis, en donde transmite el peso del tronco a los miembros inferiores. Recorre la cavidad central está la médula espinal, está la rodea y protege. Además, la columna es el punto de anclaje de las costillas y los músculos de la espalda. Durante el desarrollo fetal y la infancia, la columna consta de 33 huesos separados o vértebras, de las cuales 9 acaban fusionándose para formar dos huesos compuestos: el sacro y el coxis. Las 24 vértebras restantes permanecen a lo largo de la vida como huesos individuales separados entre sí por los discos intervertebrales³⁰.

Divisiones y curvaturas: La columna vertebral mide unos 70 cm de largo en el adulto y tiene 5 divisiones principales:

- -CERVICAL: Se forma por 7 vértebras cervicales. .
- DORSAL (TORACICA): Consta de 12 vértebras dorsales. .
- LUMBAR: 5 vértebras lumbares. .
- SACRO: Se articula con la pelvis. Formado por 5 vértebras sacras. .
- COXIS: Fusión de las vértebras coxígeas, normalmente son 4.

Medula Espinal

La médula espinal es la parte inferior del Sistema Nervioso Central (SNC). Inicia a partir del bulbo raquídeo, sale por el agujero magno del occipital y se extiende a lo largo del canal raquídeo de la columna vertebral, hasta llegar a la altura de la

PAE: EN ADULTO IMATOR PARAPLEJICO CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS



primera o segunda vértebra lumbar. Está alojada en la cavidad raquídea y protegida por las vértebras y por las meninges. Mide 43 cm aproximadamente de largo y 1.8 cm de grueso. Es un centro de reflejos, al igual que el cerebro, la médula espinal está protegida por hueso, líquido cefalorraquídeo (LCR) y meninges³¹.

La meninge más exterior y resistente, la Duramadre, es una membrana sencilla a este nivel (doble en el cerebro) que se continúa cranealmente con la duramadre cerebral. Entre las vértebras y la duramadre está el espacio epidural, lleno de tejido graso y vasos sanguíneos.

La siguiente meninge es la Aracnoides, forma una envoltura alrededor de toda la médula sin introducirse en sus surcos. Por debajo de la aracnoides, en el llamado espacio subaracnoideo, es donde se encuentra el líquido cefalorraquídeo.

La tercera meninge, que está íntimamente adherida a la médula, es la Piamadre. Por la parte caudal, la duramadre y la aracnoides se extienden mucho más allá del final de la médula espinal.

Lesión Medular

Se define como traumatismo medular a la lesión de origen traumático que afecta a la médula espinal y que puede originar alteraciones de la función motora, sensitiva y autónoma por debajo del nivel de la lesión.

Se estima una incidencia entre 10-12.000/ año, con una afectación mayor en la población masculina, y un 50% de mortalidad si son lesiones cervicales y completas³².

Su etiología corresponde la mayor parte a caídas de grandes alturas 42%, accidentes automovilísticos 36.8% y accidentes deportivos 11.6%³².



Fisiopatología

En cuanto a la fisiopatología³³ es importante saber que se divide en dos:

-*Lesión primaria*: Lo compone el trauma mecánico inicial por la transmisión de la energía al cordón medular, la deformidad secundaria y la compresión persistente debida al mismo.

-*Lesión secundaria*: La disfunción vascular, el edema y la isquemia, ocasionan cambios como liberación de radicales, alteraciones hidroelectrolíticas y apoptosis celular.

Las lesiones medulares primarias se clasifican en:

-*Conmoción medular*: Trastorno funcional reversible antes de 12 horas, sin daño anatómico. Se detiene la conducción nerviosa por un intervalo de tiempo y después vuelve a su normalidad.

- *Lesión estructural*: Es un tipo de lesión sin rotura del tejido nervioso, solo se produce un hematoma en la médula. Una de las principales lesiones surge en la sustancia gris, se presenta como hipoxia y además un edema que se deriva a la sustancia blanca irrigándose a la sustancia gris.

-*Sección medular*: Solución de continuidad en el tejido nervioso (puede ser parcial o completa).

-*Shock espinal*: Se caracteriza por la arreflexia y parálisis flácida y el reflejo bulbocavernoso disminuido, que esto origina un shock espinal. En este tiempo se podrá evaluar el tipo de lesión que puede presentar el paciente.

-*Shock neurogénico*: Se produce una disfunción del sistema nervioso autónomo (ausencia actividad simpática) con hipotensión y bradicardia.



Lesión Medular Completa:

Ausencia completa de la función motora y sensitiva por debajo del nivel de la lesión. Constituye el shock medular, que puede durar entre 24 horas y varias semanas. Su principal característica es la parálisis flácida, ausencia de reflejos, reflejo Babinski positivo y atonía de esfínter anal.

Lesiones Medulares Incompletas: En este tipo de lesión existe función motora por debajo del nivel de donde ocurrió la lesión, en ella se encuentran algunos síndromes los cuales son³⁴:

- Síndrome medular central: Presenta ruptura de la sustancia gris, se presenta principalmente en las personas de la tercera edad con espondilosis. En este tipo de lesión se origina la cuadriplejía, con mayor incidencia en miembros superiores y pérdida de control de esfínteres.
- Síndrome medular anterior: Es la afectación de la medula abarcando 2/3 de ella, sin afectar los cordones posteriores y aquí se origina una parálisis completa.

Efectos de la lesión medular de acuerdo al nivel del daño

El nivel medular permite que los nervios se distribuyan a ciertas partes del cuerpo, cada uno se inerva en una zona diferente, cuando llega a ver afectación en esa salida nerviosa, se altera a su vez la funcionalidad de la región.

NIVEL CERVICAL ENTRE:

- C2 Y C5: Son aquellas lesiones más severas, se producen alteraciones en los músculos respiratorios, movimiento, sistema somático y sensibilidad de tronco, brazos y piernas.



- C5-C6: Se produce afectación en el movimiento y la sensibilidad de las extremidades y tronco.
- C7-18: Pérdida del movimiento en miembros inferiores, manos, abdomen, pelvis y tórax.
- C8-T1: Causa la parálisis por debajo del daño medular.

NIVEL TORACICO

- (T1-T11): Parálisis y anestesia en piernas, y en las regiones de acuerdo al daño de la medula.
- L2-S2: Solo produce fragilidad en piernas.
- S3-S5: Afección en región perineal.

Paraplejia

La paraplejia es la ausencia de la movilidad y sensibilidad de la mitad del cuerpo hacia abajo, con afectación en piernas, pies y tobillos, con o sin afección en el abdomen.

Los tipos de paraplejia son:

- Paraplejia espástica: Es el aumento anormal del tono muscular de las piernas y aumenta la rigidez.
- Paraplejia flácida: Los músculos de las piernas presentan demasiada debilidad.
- Parálisis completa: Ausencia de sensibilidad y movimiento de las piernas.
- Parálisis incompleta: Existe sensibilidad, pero se ve disminuida la fuerza de las piernas.

Causas principales de la paraplejia



Lo origina una lesión medular grave, impidiendo que los impulsos nerviosos lleguen hasta las piernas y los pies.

Las causas con alta incidencia a contraer paraplejia están las enfermedades infecciosas como, mielitis transversa; traumatismos automovilísticos, tumores, fractura de las vértebras, hernias de discos y práctica de deportes extremos.

Cuadro clínico

Las personas con paraplejia además de no tener movimiento en piernas, tienen disfunción sexual, pérdida de control de esfínteres e intestinal por lo que uno de los principales riesgos es sufrir infecciones urinarias y estreñimiento.

Diagnostico

Para el diagnóstico se realiza un historial médico y examen físico, y con ello distintas pruebas como una tomografía computarizada para la evaluación de cualquier lesión en la cabeza y/o columna vertebral, resonancias magnéticas, radiografías, mielografía, análisis de sangre, se realiza una prueba de nervio potencial evocado para la evaluación de las vías del nervio y por último una punción lumbar. Luego para concretar el lugar del daño de la médula, se utiliza una escala que se llena de acuerdo a los signos que presente el paciente, la cual se denomina escala de ASIA y es conocida por los profesionales a nivel mundial, lo cual facilita la interpretación de lo que tiene el individuo. (Anexo 2).

Tratamiento

Se debe llevar al paciente a urgencias de inmediato, si la causa es una lesión. Se requiere tratamiento de emergencia para prevenir daños adicionales al sistema nervioso.



Se administrarán esteroides para reducir la inflamación de la medula espinal en la lesión.

La cirugía se realizará para estabilizar la columna vertebral.

En la mayoría de los pacientes, la fisioterapia y la rehabilitación ayudan en gran medida a restablecer la función muscular, fuerza y el rango de movimiento.

Los pacientes con paraplejia completa aprenderán a usar silla de ruedas ya que dependerán de ella.

V. Aplicación del proceso de atención de enfermería

5.1 Presentación del caso

Paciente de sexo masculino

62 años de edad

Originario de la ciudad de México

Estado civil: Casado

Ocupación: Transportista Pensionado

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Mamá: Diabetes mellitus tipo 2

Papá: Negados

Hermanos: Negados

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Vivienda urbana propia con todos los servicios

Buena higiene, baño diario asistido por familiar



Alimentación: Escasa ingesta de líquidos, no complementa todos los alimentos de plato de bien comer.

Alcoholismo y tabaquismo negados

Alergias negadas

Transfusiones durante su estancia hospitalaria

Grupo sanguíneo RHO+

Esquema de vacunación completo

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Varicela y sarampión en la infancia

Politraumatismo en accidente automovilístico el 18 de enero del 2022 con lesión medular en (T6) dando como resultado paraplejia

Lesión medular con paraplejia

Niega complicaciones anestésicas

MEDICAMENTOS DIARIOS

Omeprazol vía oral 20 MG cada 24 horas en ayuno.

Paracetamol 500 mg cada 8 horas en caso de dolor.

Lyrica 75 mg vía oral cada 24 horas (rescates intercalados con paracetamol en caso que el dolor no ceda con paracetamol).

Familiares, se contactan por vía telefónica personal para la valoración y educación del cuidado integral del paciente a domicilio, cuenta con diez meses postrado cama/silla de ruedas consecuente a la paraplejia.

Al llegar al domicilio, realizo el interrogatorio de datos personales y familiares, con factor de riesgo a Diabetes mellitus por antecedente heredofamiliar por la parte materna, hasta el momento no desencadena ninguna enfermedad crónica.



Refiere llevar una adecuada dieta con escasa ingesta de líquidos. Ayuda emocional y psicológica de manera saludable con el apoyo de familiares.

El paciente refiere tener problemas de estreñimiento constante, regularmente la trata con alimentos que ayudan a favorecer el movimiento gastrointestinal como son ciruela, papaya y uso de fármacos laxantes.

Observo uso de sonda Foley permanente y pañal, por la pérdida de control de esfínteres.

Comienzo a explorar movimientos, cambios posturales y piel, lo encuentro en silla de ruedas con un colchón preventivo de úlceras, piel con buena hidratación tegumentaria, zonas de alto riesgo como son sacro y coxis aun sin daño aparente, muslos y talones protegidos con taloneras de gel y un calzado no agresivo y que permite la buena circulación sanguínea.

El familiar primario, refiere cambio de posiciones cada 3 horas de silla a cama, así como colocar barrera de protección de acuerdo a cada zona que pueda ser punto de presión.

Familiares y paciente cuentan con el conocimiento básico de algunos cuidados integrales, me contactan para darle seguimiento de manera oportuna y así evaluar el buen estado integral y prevención de los posibles daños tegumentarios, la eliminación, nutrición adecuada y apoyo emocional.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



ANÁLISIS DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON										
N o.	Necesidad	Satisfechas	Insatisfechas		Fuente de dificultad			Rol de enfermería		
			Reales	Potenciales.	voluntad	fuerza	conocimiento	Sustituta	Auxiliar	Compañera
1	Oxigenación	X								
2	Nutrición e hidratación		Peso: 59.800kg talla: 155cm IMC: 24.9	Ingesta de líquidos escasos	X					X
3	Eliminación		*Pérdida de control de esfínteres *Sonda vesical *Uso de senocidos *Uso de pañal *Estreñimiento			X		X		
4	Moverse y mantener una buena postura		Sin movilidad en miembros inferiores, Postrado en cama y silla de ruedas cambios posturales c/3 hrs. Postrado en cama/silla de ruedas	Riesgo de U.P.P		X		X		
5	Descanso y sueño	X								
6	Vestirse y elegir		Necesita apoyo por falta de movilidad			X			X	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



	prendas adecuadas		solo en miembros inferiores							
7	Termorregulación	X								
8	Higiene y protección de la piel		Requiere asistencia al aseo, protección en zonas de sacro y talones			X		X		
9	Evitar peligros	X								
10	Comunicación			Cuenta con un cuidador personal (familiar)		X		X		
11	Vivir de acuerdo a sus creencias y valores	X								
12	Trabajar y realizarse	X								
13	Participar en actividades recreativas		Acude al DIF comunitario donde toma terapia psicológica		X					X
14	Aprendizaje	X								



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



PRIORIZACION DE NECESIDADES						
NECESIDAD	PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION:				
		fisiológicas	Seguridad	Sociales	Estima	Autorrealización
Nutrición e hidratación	Ingesta escasa de líquidos	X				
Eliminación	*Pérdida de control de esfínteres *Sonda vesical	X				
Eliminación	Presenta estreñimiento constante, toma senocidos y uso de pañal	X				
Moverse y mantener una buena postura	Parapléjico, inmovilidad de extremidades inferiores. Movilización que le proporcionan cada 3 horas. Uso de silla de ruedas	X				
Vestido	Necesita apoyo por falta de movilidad solo en miembros inferiores		X			
Higiene y protección de la piel	Requiere asistencia al aseo, protección en zonas de sacro y talones	X				
Participar en actividades recreativas	Acude al DIF comunitario donde toma terapia psicológica				X	
Comunicación	Cuenta con un cuidador personal (familiar)			X		
Moverse y mantener una buena postura	Riesgo de U.P.P	X				



5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

ESQUEMA DE RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO				
DATOS RELEVANTES	AGRUPACIÓN DE DATOS	DEDUCCIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERIA	PROBLEMA INTERDEPENDIENTE
Moverse y mantener una buena postura	Parapléjico, inmovilidad de extremidades inferiores. Movilización que le proporcionan cada 3 horas. Uso de silla de ruedas	Fuerza muscular insuficiente Incapacidad musculo esquelética	Deterioro de la movilidad en la cama 00091 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas 00089	
Eliminación	*Pérdida de control de esfínteres *Sonda vesical	Relajación involuntaria del esfínter Adulto mayor	Deterioro de la eliminación urinaria 00016	
Eliminación	Presenta estreñimiento constante, toma senocidos y uso de pañal	Deterioro de la movilidad física Ingesta insuficiente de líquidos	Estreñimiento 00011	
Higiene y protección de la piel	Requiere asistencia al aseo, protección en zonas de sacro y talones	Incapacidad musculo-esquelética	Déficit de autocuidado: Baño 00108	
Vestido	Necesita apoyo por falta de movilidad solo en miembros inferiores	Incapacidad musculo-esquelética	Déficit de autocuidado: Vestido 00109	
Participar en actividades recreativas		Acude al DIF comunitario donde toma terapia psicológica	Riesgo de baja autoestima situacional	
Nutrición e hidratación		Ingesta escasa de líquidos	Riesgo de déficit de volumen de líquidos 00028	
Moverse y mantener una buena postura	Riesgo de U.P.P	Presión sobre prominencias Oseas Cizallamiento	Riesgo de lesión por presión en adultos 00304	
Comunicación		Cuenta con un cuidador personal (familiar) Perdida de la independencia Enfermedad crónica.	Riesgo de cansancio del rol cuidador 00064	

PAE: EN ADULTO MAYOR PARAPLEJICO CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12





5.4 Plan de intervenciones

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 04:Actividad/Reposo CLASE: 02: Actividad/Ejercicio CÓDIGO: 00091 Deterioro de la movilidad en la cama, Relacionado con fuerza muscular insuficiente e Incapacidad musculo esquelética, evidenciado por la dificultad de darse vuelta en la cama, dificultad para girarse de un lado a otro y cambiarse entre la posición prono y supino.	RESULTADO: Posición corporal: Autoiniciada DOMINIO: 6: Salud familiar CLASE: W: Desempeño del cuidador familiar CODIGO: 2202	ESCALA DE MEDICION 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente Comprometido 5. No comprometido		
	CODIGO 020302 020303 020311 020301 020313	INDICADOR Se mueve de tumbado a sentado Se mueve de sentado a tumbado Se mueve de un costado a otro cuando se esta tumbado Se mueve de decúbito prono a supino Se mueve de decúbito supino a prono	PUNTUACIÓN. DIANA MANT. AUT. 2 4 2 4 2 4 1 3 1 3	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA				
INTERVENCION: Cambio de posición: Neurológico CODIGO; 0844 DOMINIO: 02: Fisiológico CLASE: 01: Control neurológico				
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:	
1.- Proporcionar un colchón firme. 2.- Instruir a los familiares sobre el modo de ayudar al paciente a girarse en la cama y a como realizar ejercicios de movimiento. 3.- Utilizar una tabla deslizante para ayudar en la transferencia de la cama a la silla. 4.- Emplear una mecánica corporal correcta al colocar al paciente en la cama 5.- Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. 6.- Animar al paciente a participar en los cambios de posición.			El fomento de los cambios posturales correctos es de suma importancia para el paciente postrado en cama. Le permitirá adaptarse al movimiento de manera autónoma para evitar posibles daños.	



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
INTERVENCIÓN: <u>Fomentar la mecánica corporal</u> CODIGO; <u>0140</u> DOMINIO: <u>01: Fisiológico</u> CLASE: <u>A: Control de actividad y ejercicio</u>	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION:
<u>1.- Colaborar con fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal.</u> <u>2.- Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la postura óptima para movilizar y utilizar el cuerpo.</u> <u>3.- Enseñar al paciente a utilizar la postura y mecánica corporal para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física.</u> <u>4.- Enseñar a la movilización de pies primero y luego el resto del cuerpo al girarse.</u> <u>5.- Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados.</u> <u>6.- Enseñar al paciente a seleccionar actividades de calentamiento antes de cualquier trabajo</u>	<u>La mecánica corporal ayudara al paciente a la facilitación de la buena postura y movilización segura de un lugar a otro, permaneciendo en la cama en diferentes posiciones y así evitar daños en la piel y dolores musculares.</u>

EVALUACIÓN
<u>De acuerdo a las intervenciones aplicadas se obtuvieron los resultados esperados en base a la puntuación Diana.</u> <u>Se identifico en mantener en un 2 (sustancial) y aumentar a un 4 (leve) de acuerdo a las intervenciones.</u>

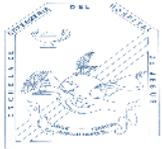


REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12a Ed. 2021, Elsevier, pp. 531-532.

Moorched S, Swanson E, Johnson M & Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en salud. 6a ed. Bcelona: Elsevier, 2019.

Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 04: Actividad/Reposo	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas, Relacionado con fuerza muscular insuficiente e Incapacidad musculo esquelética, evidenciado por dificultad para desplazar el peso y transferirse a la silla de ruedas de un lugar a otro.	RESULTADO: Resistencia	ESCALA DE MEDICION		
CLASE: 02: Actividad/Ejercicio		DOMINIO: 01: Salud funcional	1. Gravemente comprometido		
CÓDIGO: 00089		CLASE: A: Mantenimiento de la energía	2. Sustancialmente comprometido		
		CODIGO: 0001	3. Moderadamente comprometido		
			4. Levemente comprometido		
			5. No comprometido		
			PUNTUACIÓN. DIANA		
		CODIGO	INDICADOR	MANT.	AUT.
		000101	Realización de la rutina habitual	2	4
		000102	Actividad física	2	4
		000106	Resistencia muscular	1	3
		000109	Recuperación de la energía tras el descanso	2	4
		000118	Fatiga	1	3
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA					
INTERVENCION: Ayuda con el autocuidado: AIVD		CODIGO; 1805	DOMINIO: 01: Fisiologico	CLASE: F: Facilitación del autocuidado	
ACTIVIDADES:			FUNDAMENTACION:		
1.- Consultar con el terapeuta/fisioterapeuta como tratar la discapacidad física.			El motivo del cual la elección de esta intervención es para hacer que el paciente se pueda integrar la mayor parte a la realización de las actividades cotidianas las cuales estaba adaptado y que pueda recuperar su independencia.		
2.- Determinar necesidades de ayuda del individuo con las actividades de la vida diaria					
3.- Determinar necesidades relacionados con la seguridad del hogar.					
4.- Enseñar al paciente y cuidador sobre qué hacer en caso de caída o alguna lesión.					
5.- Conseguir herramientas de ayuda en las actividades cotidianas.					
6.- Remitir a servicios comunitarios si es necesario.					
7.- Enseñar a los asistentes del hogar a realizar los preparativos de las tareas de manera que el individuo pueda completarlas					



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
INTERVENCION: <u>Cambio de posición: silla de ruedas</u> CODIGO; <u>0846</u> DOMINIO: <u>01: Fisiológico</u> CLASE: <u>C: Control de la Inmovilidad</u>	
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION:
1.- Utilizar una mecánica corporal correcta al colocar al paciente. 2.- Comprobar la posición del paciente en la silla de ruedas, integrando un cojín y calzado adecuado. 3.- Colocar la pelvis en el medio y lo más hacia atrás posible del asiento. 4.- Enseñar al paciente ejercicios para aumentar la fuerza de la parte superior del cuerpo. 5.- Determinar el periodo de tiempo adecuado de permanencia en la silla de ruedas. 6.- Enseñar al paciente a pasarse de la cama a la silla de ruedas si es adecuado. 7.- Realizar modificaciones o aplicar accesorios en la silla para corregir los problemas de la debilidad muscular (p. ej..apoyo para piernas, reposabrazos, respaldos contorneados)	Es de suma importancia que el paciente realice el cambio de posición en la silla de ruedas así mismo que adopte una buena postura en ella para evitar contracturas, tensión en los músculos superiores y malestares generales.

EVALUACIÓN
<p>Acorde a las intervenciones de enfermería se lograron los resultados esperados, en base a la puntuación Diana se identifico en mantener en 1 (sustancial) y aumentar a 4 (leve), de acuerdo a la intervenciones de enfermería realizadas.</p>



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12a Ed. 2021, Elsevier, pp. 531-532.

Moorched S, Swanson E, Johnson M & Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier, 2019.

Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO ENFERMERO	RESULTADO ESPERADO			
DOMINIO: 03: Eliminación e Intercambio CLASE: 01: Función urinaria CÓDIGO: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria, Relacionado con: Adulto mayor y relajación involuntaria del esfínter, evidenciado por incontinencia urinaria.	RESULTADO: Eliminación urinaria DOMINIO: 02: Salud fisiológica CLASE: F: Eliminación CODIGO: 0503	ESCALA DE MEDICION 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido		
	CODIGO 050303 050304 050307 050312 050336	INDICADOR Cantidad de orina Color de orina Ingesta de líquidos Incontinencia urinaria Incontinencia funcional	PUNTUACIÓN. DIANA MANT. AUT. 1 4 1 4 2 4 1 1 1 1	
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA				
INTERVENCION: Manejo de la eliminación urinaria CODIGO; 0590 DOMINIO: 01: Fisiológico CLASE: B: Control de la eliminación				
ACTIVIDADES: 1.- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. 2.- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. 3.- Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquidos entre cada comida. 4.- Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario. 5.- Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario. 6.- Vaciar la bolsa recolectora mínimo cada dos horas y anotar la cantidad extraída.			FUNDAMENTACION: El manejo de la eliminación urinaria en el paciente con pérdida del control de esfínteres es de suma importancia para valorar que las micciones son adecuadas y no se esta produciendo una retención de líquidos y esto conlleve un problema renal.	



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
INTERVENCIÓN: <u>Cuidados del catéter urinario</u>	CODIGO; <u>1876</u> DOMINIO: <u>01: Fisiológico</u> CLASE: <u>B: Control de la eliminación</u>
ACTIVIDADES:	FUNDAMENTACION:
<u>1.- Determinar la indicación del catéter urinario permanente.</u> <u>2.- Asegurarse de que la bolsa de drenaje se situó por debajo del nivel de la vejiga.</u> <u>3.- Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.</u> <u>4.- Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro.</u> <u>5.- Observar las características del líquido drenado.</u> <u>6.- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos específicos.</u> <u>7.- Verificar que no exista obstrucción de la sonda.</u> <u>8.- Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter.</u>	<u>Debido a la pérdida del control de esfínteres, el paciente cuenta con uso de sonda vesical permanente.</u> <u>por ello la importancia de llevar un cuidado estricto del uso de la sonda vesical y así evitar el riesgo de infección u obstrucción de la misma.</u>

EVALUACIÓN
<u>Mediante las intervenciones llevadas a cabo se lograron los resultados esperados en base a la puntuación Diana.</u> <u>Se mantendrá en 1 (grave) ya que en esos indicadores no se pueden realizar algún cambio de acuerdo a la función fisiológica ya sin alguna mejora definida, y aumentaran los demás indicadores a 4 (leve) en función a las intervenciones de enfermería.</u>

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
<u>Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12a Ed. 2021, Elsevier, pp. 531-532.</u>
<u>Moorched S, Swanson E, Johnson M & Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en salud. 6a ed. Bcelona: Elsevier, 2019.</u>
<u>Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.</u>



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12





5.5. Ejecución

Se puso en marcha el siguiente PAE de manera semanal evaluando y brindando la atención, así como la educación de acuerdo a la condición de salud del paciente conforme se observen las necesidades por lo acordado con el paciente y con el familiar.

En cada visita domiciliaria manejamos los temas de suma importancia ya mencionados en los diagnósticos de Enfermería, en el tema del deterioro de la movilidad en la cama y de silla de ruedas le resulto al paciente manejar con facilidad las actividades que marcamos para su correcta movilización y que las pudiera llevar a cabo el solo y se quitara un poco el miedo que le ocasionaba el no poder realizar correctamente las rotaciones.

Con ayuda de su terapeuta físico complementamos la parte de los ejercicios para que pudiera lograr buena movilidad de acuerdo a su condición y así evitar dolores por mala postura, uno de los ejercicios que desarrollo con más frecuencia fueron los movimientos activos y pasivos de miembros pélvicos y torácicos, rotación de cabeza así como cargar algo de peso moderado para que no se pierda la fuerza en brazos.

En cuanto al diagnóstico de deterioro de la eliminación, complementamos de manera estricta la cuantificación estricta de líquidos así como su eliminación, en este punto el paciente y el familiar les costó un poco de trabajo adaptarse en cuanto llevar ese control y la importancia que conlleva realizar de manera continua, pero conforme lo fuimos trabajando se fueron acoplando y realizaron por su cuenta un formato donde incluía la hora, la fecha, la cantidad de líquidos ingeridos así como su eliminación mediante la sonda Foley.



Y conforme a las dudas que se presentaron se les dio solución y se brindó la educación adecuada para lograr los objetivos esperados, como apoyo se realizó un tríptico (Anexo 1) donde se detallan algunos cuidados sobre la movilización y cambios posturales, jarra del buen beber y cuidados de la piel.

Ante cualquier situación que observaran que fuera necesaria una visita antes de la acordada semanalmente, ellos se comunicaban conmigo de manera telefónica y me hacían saber la angustia o duda presentada en el momento para yo guiarlos y llegar a una intervención inmediata.



5.6. Evaluación

De acuerdo al PAE llevado a cabo durante el periodo del 21 de noviembre del 2022 al 19 de diciembre del 2022, se observó una mejora relevante en el paciente, y el cuidador primario (familiar) refirió mayor información en cuanto a dudas surgidas para la mejora del paciente y se mostró tranquilo al saber realizar las actividades diarias de una manera más justificada.

Los avances que pudimos obtener fue que el paciente pudiera trasladarse de manera correcta de la cama a la silla así mismo llevando a cabo una mecánica corporal adecuada, ya que lo hacía antes de que yo interviniera, pero no con el conocimiento de cómo realizarlo adecuadamente. Otro de los logros fue que se hiciera una ingesta de líquidos adecuada y estricta.

Por otra parte, se educó al paciente y al cuidador primario (familiar) a que se le realizaran movimientos activos y pasivos de manera general para así tener más actividad física y que no solo sean los cambios posturales y se alivie la tensión provocada por estar en una sola postura.

Para finalizar, se fue evaluando cada indicador de manera semanal en el cual se observó que cada puntaje aumento a la mejora del paciente y se fueron descartando los posibles riesgos durante ese periodo, se llegó al acuerdo que solo sería ese tiempo las visitas domiciliarias y quedaríamos abiertos a cualquier cambio que se presente y sea necesario retomar de nuevo el plan de cuidados.



5.7. Plan de alta

- Cubrir sus necesidades básicas alteradas.
- Aclarar dudas, reforzar la información de su tratamiento, educar a la familia y al paciente sobre las técnicas o procedimientos, enseñar posturas adecuadas para evitar el malestar.
- Para el manejo del dolor aplicación de calor/frío según corresponda, aunado a la medicación por el médico.
- Continuar con las terapias indicadas por su terapeuta.
- Ingesta de líquidos estricta y llevar el control de orina.
- Ingesta del plato del buen comer.
- Para el manejo del estreñimiento agudo, continuar con senocidos como lo está indicado e ingesta de la jarra del buen beber.
- Estar al pendiente de los signos y síntomas de una posible obstrucción de la sonda urinaria así como infecciones asociadas al catéter urinario.
- Vigilancia de la piel y de los puntos de presión, mantenerla limpia, seca e hidratada para prevenir el riesgo de ulcera por presión.
- Recordar al paciente y familia de asistir a consulta externa con su médico tratante para chequeos de laboratorio de manera especializada y tomar solamente de apoyo lo que se estuvo trabajando en el PAE sin dejar de lado la atención médica.
- Contribuir a la movilización para favorecer la seguridad del paciente al trasladarse de un lugar a otro.
- Seguir con los cambios posturales y optar con una buena mecánica corporal para posibles dolores por tensión o mala postura.
- Realizar las actividades planteadas en el PAE, hasta que ellos consideren el alta permanente.



VI. CONCLUSIONES

Este PAE fue revisado de manera semanal con respectivos efectos de actualización y ante nuevas recomendaciones así mismo queda abierto para realizar cambios o modificaciones para la mejora del paciente si así lo requiere.

De acuerdo a las actividades realizadas durante el periodo que se estuvo atendiendo al paciente en su domicilio se han logrado los objetivos obtenidos.

Me llevo una grata experiencia al realizar este PAE ya que sin duda es un gran reto incorporarse a la vida diaria y mi paciente tuvo toda la disposición de seguir aprendiendo y de hacer las cosas para que se pueda integrar de manera rápida a sus actividades y ser independiente en sus cosas básicas. Esto sin dejar a un lado el apoyo de los familiares cercanos al paciente que lo motivaron a salir a delante y que tenga el deseo de reintegrarse la mayor parte a su vida cotidiana.

Quedo al tanto con el paciente y los familiares para seguir realizando actividades nuevas si así lo desean y poder evitar que se desencadenen posibles riesgos en la salud del paciente.



VII. GLOSARIO DE TERMINOS

- Arreflexia: Ausencia de reflejos.
- Atrofia: Es la pérdida de volumen o de tamaño de una parte del cuerpo por pérdida de masa celular o protoplasmática.
- Esteroide: Los esteroides son un grupo de medicamentos que se utilizan para tratar una variedad de afecciones médicas.
- Disfunción muscular: Alteración del tono (elasticidad y contracción) o su trofismo (nutrición y desarrollo) teniendo como respuesta dolor muscular o síndrome doloroso.
- Hipoestusias: Trastorno de la percepción que consiste en una distorsión sensorial a causa de una disminución de la intensidad de las sensaciones, de tal forma que los estímulos se perciben de una forma anormalmente atenuada.
- Hiperestusias: Sensibilidad excesiva y dolorosa.
- Longevas: Que alcanza una edad muy avanzada.
- Meninge: Cada una de las membranas de naturaleza conjuntiva que envuelven el encéfalo y la médula espinal.
- **Mielografía:** Es un tipo de radiografía que usa una inyección de medio de contraste para ver la médula espinal con mayor claridad.
- Movimientos activos: Son aquellos que se realizan sin ayuda externa y que no implican movimiento articular.
- Movimientos pasivos: Los movimientos pasivos fijos son administrados de forma manual por fisioterapeutas o cuidadores.
- Parestusias: Sensación de hormigueo o entumecimiento que se puede sentir en diversas partes del cuerpo, especialmente en las extremidades (brazos, manos, piernas y pies).
- Potenciales evocados: Son técnicas que registran las respuestas cerebrales ante estímulos sensitiv



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tomaschek R, Gemperli A, Rupp R, Geng V, Scheel-Sailer A, AA systemic review of individuals with newly acquired spinal cord injury: Providing evidence of clinical practice guidelines. Eur J Phys Rehabil Med. 2019;55 (5): 605-17.
2. Delgado Erazo, J, Ortiz Beltrán. Efectividad de los programas de educación para la salud en lesionados medulares sobre la prevención de úlceras por presión. 2020 marzo 15 (5) [en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100001&script=sci_arttext>.
3. Robert M. Medula Espinal. 2019. 2021; 10 (6) [en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-9553ript=sci_arttext>.
4. Palacios D. La construcción moderna de la enfermería. Revista cultura de los cuidados. 2018; 11 (22): 26-36.
5. Velandia M AL. Publicaciones y reflexiones. Indicadores de profesionalización e identidad profesional de la Enfermera [en línea] [consultado el 2 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2020/09/indicadores-de-profesionalizacion-e_07.html>.
6. Duran V. Marco epistemológico de la enfermería. 2019; 6 (3) [en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-955320020script=sci_arttext>.
7. Castrillón MC. Desarrollo disciplinar de la enfermería. Revista Investigación y educación en enfermería. 2018; 20 (1): 82-88.
8. Borrero Cabal A, La interdisciplinariedad. En: Política y gestión universitaria. Cali: Universidad del Valle; 2021. p.18.
9. Bonder G. Construyendo el protagonismo de las mujeres en la sociedad de conocimiento. Revista Unesco. 2019 15 (22): 58-62.



10. Burbano C. Una mirada actual de la simbología en enfermería. Colombia Médica. 2020; 38 (4,supl. 2): 105-109.
11. Sanabria U, Otero M, Urbina LO. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Revista Cubana Educación Médica Superior. Escuela Nacional de Salud Pública. 2021; 16(4) [en línea]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm>.
12. Stieповich, J. Desarrollo de enfermería como disciplina. Ciencia de Enfermería. 2019 jun; 8 (1) [en línea]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100001&script=sci_arttext>.
13. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2018.
14. Cañon W, Duran E. Enfermería basada en la evidencia. Universidad de Santander UDES. Revista de Investigación Cuidarte. 2021; 1 (1): 82.
15. Daza de Caballero R. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. Index Enferm. Granada. 2018; 14 (48-49) [en línea] [consultado el 5 de mayo de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962005000100004&script=sci_arttext.
16. Rodríguez JB, Carrión MR, Espina MA, Jiménez JP, Oliver MC, Péculo JA, et al. Marco conceptual, proceso enfermero en EPES. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; 2021.
17. Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. en Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería siglo 21. Madrid: DAE; 2018 3).



18. Porcel A. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de los pacientes hospitalizados. Granada: Universidad de Granada; 2020.
19. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2019.
20. Ibarra CP. Evaluación de los programas de salud del adulto mayor el personal de enfermería de la comunidad en la ciudad Nueva Vitoria, México. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2018. 7.
21. Beeharry MW, Moqem K RM. Management of Cervical Spine Fractures: A Literature Review. Cureus 2021 Apr 11;13(4)e14418.
22. González JC, Medina A, Avilés C. Proceso enfermero: de la teoría a la práctica. Enfuro; 2018; 92:25.
23. McKinley W, Santos K, Meade M BK. Incidence and outcomes of spinal cord injury clinical syndromes. J Spinal Cord Med 2021;30(3)215-24.
24. Franklin AW. Modelo conceptual valoración atención enfermera [Internet]. Issuu.2018. Disponible en: <https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/mod-vhenderson-8>).
25. Bouillon B, Probst C, Maegele M, Wafaisade A, Helm P, Mutschler M, Brockamp T, Shafizadeh S PT. Schockraummanagement Polytrauma: ATLS® und S3-Leitlinie [Emergency room management of multiple trauma: ATLS® and S3 guidelines]. Chir 2019 Sep;84(9)745-52 Ger.



26. González JC, Medina A, Avilés C. Proceso enfermero: de la teoría a la práctica. *Enfuro*; 2018; 92:25-9.
27. Reyes J, Jara P, Merino J. Adherencia de Las Enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc. Enferm.* 2020;13(1):45- 57.
28. Jones WG. Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas. 2021; 18 (6): 66-72.
29. González GB. Desarrollo a escala humana Max Neef [consultado el 5 de mayo de 2018] [en línea]. Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/brown1.pdf>.
30. Joffe JK. Función de la columna vertebral- Atlas de Anatomía. [consultado el 26 de octubre de 2020]. [en línea]. Disponible en: <http://columnavertebral.net/función-de-la-columna-vertebral/pdf>.
31. Joffe JK. Funciones de la medula espinal - Atlas de Anatomía. [consultado el 26 de octubre de 2020]. [en línea]. Disponible en: <http://medulaespinalal.net/función-de-la-medula-espinal/pdf>.
32. Menzer H, Gill GK PA. Thoracic spine sports-related injuries. *Curr Sport Med Rep* 2015 Jan;14bb1)34-40.
33. V. Ballesteros Plaza; B Marré Pacheco, C. Martínez Aguilar, J. Fleiderman Valenzuela JZ. Lesión de la médula espinal. actualización bibliográfica: fisiopatología y tratamiento inicial. Equipo Columna Vertebr Serv Ortop y Traumatol Hosp del Trab Santiago 2019.
34. Witiw CD FM. Acute Spinal Cord Injury. *J Spinal Disord Tech* 2021 Jul;28(6)202-10.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12





IX.ANEXOS

Ahora a poner en practica estas sencillas recomendaciones y así podremos evitar

- El estreñimiento constante.
- Lesiones en la piel.
- Ayudaremos a reintegrarse en las actividades cotidianas de manera más autónoma.



Si tiene alguna duda comunicarse con su servidora.

Horario de consulta:
Disponibilidad de tiempo

Número Telefónico: 55-20-83-72-00

Escuela de enfermería del hospital de Jesús
Incorporada a la UNAM
clave 329512



Cuidado integral al paciente parapléjico



Desarrollador: P.L.E.O. Sandra Fabiola Medina Covielles



SI DEL BANO QUIERES HACER, AGUA HAY QUE BEBER

Debido a la poca actividad física, es normal que no sienta la necesidad de ingerir líquidos. Pero recordemos que la inactividad y la poca ingesta de líquidos desencadena el estreñimiento.



Así que aquí te dejo una imagen que te ayudara a tu día a día.

JARRA DEL BUEN BEBER

BEBIDAS	NIVEL DE IMPORTANCIA	CANTIDAD RECOMENDADA
Refrescos y jugos de sabor	NIVEL 6	0 vasos
Jugos de frutas, leche entera, sodas azucaradas o deportivas	NIVEL 5	0-1/2 vaso
Sodas no calientes con endulzantes	NIVEL 4	0-1 vasos
Café y té sin azúcar	NIVEL 3	0-4 tazas
Leche semidescremada y sodas de fruta sin azúcar	NIVEL 2	0-2 vasos
Agua potable natural	NIVEL 1	6-8 vasos

MUEVETE

Con ayuda de tu familiar, realiza más movimientos y actividad física, para que haya mas movilidad a nivel general y así estaras evitando los posibles riesgos de úlceras o lesiones en la piel, de igual forma ayudara a trabajar tu metabolismo ahunado con la ingesta de líquidos, tendras menos dificultad para evacuar.

Entre los ejercicios que puedes realizar con ayuda de tu familiar (cuidador) son:

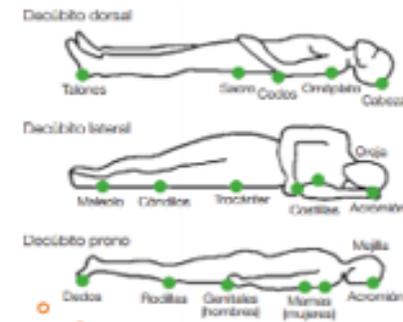
- Movimientos circulares en los pies , incluyendo dedos.
- Flexion de rodillas, tocando el abdomen.
- Girar levemente la cadera de un lado hacia el otro de manera suave.
- Realizar movimientos en los brazos, haciendo flexion en muñecas, codos y hombros.
- Hacer alguna actividad fisica a libre demanda y tolerancia.
- Masajes abdominales para estimular el movimiento intestinal.



CUIDA TU PIEL Y EVITA LAS LESIONES.

Continua con las movilizaciones de manera constante.

- Al movilizarse de un lugar a otro, evitemos las fricciones/cizallamiento con la ropa.
- Mantener seca y humectada la piel.
- Proteger las zonas prominentes.



Proteger estas zonas nos ayudara a prevenir Ulceras por presión.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Anexo 2

NORMAS INTERNACIONALES PARA LA CLASIFICACIÓN NEUROLÓGICA DE LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL (ISNCSCI)		Nombre del Paciente _____ Fecha/Hora del Examen _____ Nombre Examinador _____ Firma _____	
DERECHO MOTOR MÚSCULOS CLAVE	SENSITIVO PUNTOS SENSITIVOS CLAVE Tacto Fino (TFD) Pinchazo (PPD)	SENSITIVO PUNTOS SENSITIVOS CLAVE Tacto Fino (TFI) Pinchazo (PPI)	MOTOR MÚSCULOS CLAVE IZQUIERDO
ESD (Extremidad Superior Derecha) Flexores del codo C5 Extensores de muñeca C6 Extensores de codo C7 Flexores de los dedos de la mano C8 Abductores del dedo meñique T1 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: x-small;"> Comentarios (No músculo clave? Razón para NE? Dolor?, Condición No-LME?): </div> EID (Extremidad Inferior Derecha) Flexores de cadera L2 Flexores de rodilla L3 Dorsiflexores de tobillo L4 Extensores del dedo gordo del pie L5 Plantiflexores de Tobillo S1 (CAV) Contracción Anal Voluntaria (Si/No) <input type="checkbox"/>	C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 L1 L2 L3 L4 L5 S1 S2 S3 S4-5	C2 C3 C4 C5 C6 C7 C8 T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 L1 L2 L3 L4 L5 S1 S2 S3 S4-5	ESI (Extremidad Superior Izquierda) Flexores del codo C5 Extensores de muñeca C6 Extensores de codo C7 Flexores de los dedos de la mano C8 Abductores del dedo meñique T1 MOTOR (RESULTADOS EN EL REVERSO) 0 = Parálisis total 1 = Contracción o visible palpable 2 = Movimiento activo, gravedad eliminada 3 = Movimiento activo, contra gravedad 4 = Movimiento activo, contra resistencia moderada 5 = Movimiento activo, contra resistencia total NE = No Examinable 0*, 1*, 2*, 3*, 4*, NT* = Condición no relacionada con una-LME presente SENSITIVO (RESULTADOS EN EL REVERSO) 0 = Ausente NE = No examinable 1 = Alterada 0*, 1*, NT* = Presencia de una condición no relacionada a LME 2 = Normal o intacta
TOTALES DERECHA (MAXIMO) (50) (56) (56)		TOTALES IZQUIERDA (MAXIMO) (56) (56) (50)	
PARCIALES MOTORES ESD <input type="checkbox"/> + ESI <input type="checkbox"/> = RME TOTAL <input type="checkbox"/> EID <input type="checkbox"/> + EII <input type="checkbox"/> = RMEI TOTAL <input type="checkbox"/> <small>MAX (25) (25) MAX (25) (25)</small>		PARCIALES SENSITIVOS TFD <input type="checkbox"/> + TFI <input type="checkbox"/> = TF TOTAL <input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> + PPI <input type="checkbox"/> = PP TOTAL <input type="checkbox"/> <small>MAX (56) (56) MAX (56) (56)</small>	
NIVELES NEUROLÓGICOS D I 1. SENSITIVO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasos 1- 6 para clasificación como en el reverso 2. MOTOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. NIVEL NEUROLÓGICO DE LA LESIÓN (NLI) <input type="checkbox"/> 4. COMPLETA O INCOMPLETA? <input type="checkbox"/> <small>Incompleta = Cualquier función motora o sensitiva en S4-5</small> 5. ESCALA DEFICIENCIA DE ASIA (AIS) <input type="checkbox"/> <small>(En lesiones con función motora o sensitiva solo en S4-5)</small> 6. ZONA DE PRESERVACIÓN PARCIAL SENSITIVO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>Niveles más caudales con alguna inervación</small> MOTOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Page 1/2 Este formulario puede ser copiado libremente pero no puede ser alterado sin permiso de la American Spinal Injury Association. REV 04/19			

PAE: EN ADULTO MAYOR PARAPLEJICO CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS



Graduación Función Motora

- 0** = Parálisis total
- 1** = Contracción visible o palpable
- 2** = Movimiento activo, rango de movimiento (ROM) completo con eliminación de gravedad
- 3** = Movimiento activo, ROM completo contra la gravedad
- 4** = Movimiento activo, ROM contra resistencia moderada en una posición muscular específica
- 5** = (Normal) movimiento activo, ROM completo contra resistencia total en una posición muscular específica esperada en una persona sin deficiencia alguna
- NE** = No examinable (por inmovilización, dolor intenso tal que impide calificar al paciente, amputación de una extremidad, o contractura de más del 50% del ROM)
- 0*, 1*, 2*, 3*, 4*, NT*** = Condición no relacionada con una LME presente*

Graduación Sensitiva

- 0** = Ausente
- 1** = Alterada, sea sensación disminuida o deficiente o hipersensibilidad.
- 2** = Normal o intacta
- NE** = No Examinable
- 0*, 1*, NT*** = Presencia de una condición no relacionada a LME*
- *Nota: Resultados motores o sensitivos anormales deben ser etiquetados con un "*" para indicar una deficiencia debido a una condición que no está relacionada a LME. La condición no relacionada a LME debería explicarse en el recuadro de comentarios junto con la información de cómo se determina el puntaje con fines de clasificación (al menos normal / no normal para clasificación).

Cuándo Examinar Músculos No-Clave:

En un paciente con una clasificación de un aparente AIS B, la función de músculos no clave en más de 3 niveles por debajo del nivel motor en cada lado deben ser examinados, para clasificar la lesión con más veracidad (diferenciar entre AIS B y C)

Movimiento	Nivel de raíz
Hombro: Flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna y externa	C5
Codo: Supinación	
Codo: Pronación	C6
Muñeca: Flexión	
Dedos: Flexión interfalángica proximal, extensión	C7
Pulgar: Flexión, extensión y abducción en el plano del pulgar	
Dedos: Flexión en articulación metacarpofalángica	C8
Pulgar: Oposición, aducción y abducción perpendicular a la palma	
Dedos: Abducción del índice	T1
Cadera: Aducción	L2
Cadera: Rotación externa	L3
Cadera: Extensión, abducción, rotación interna	L4
Rodilla: Flexión	
Tobillo: Inversión y eversion	
Dedos del pie: Extensión metacarpofalángica e interfalángica	
Hallux o dedo gordo del pie: flexión y abducción interfalángica proximal y distal	L5
Hallux: Aducción	S1

Escala de Deficiencia de ASIA (AIS)

A = Completa. No hay preservación de función motora ni sensitiva en los segmentos sacros S4-5.

B = Sensitiva Incompleta. Hay preservación de la función sensitiva pero no de la motora en los segmentos sacros más distales S4-5 (tacto fino o pinchazo en S4-5 o presión anal profunda), y no hay preservación de función motora en más de tres niveles por debajo del nivel motor en uno u otro lado del cuerpo.

C = Motora Incompleta. Se preserva la función motora en los segmentos sacros más caudales durante la contracción anal voluntaria (CAV) O el paciente cumple con los criterios de lesión sensitiva incompleta (función sensitiva preservada en los segmentos sacros S4-S5 al examinar TF, PP o PAP), con presencia de función motora en más de tres segmentos por debajo del nivel motor ipsilateral en cualquiera de los lados del cuerpo.

(Esto incluye funciones de músculos clave o no-clave en más de tres segmentos por debajo del nivel motor para determinar el estado motor incompleto). Para AIS C – menos de la mitad de las funciones de músculo clave por debajo del NNL único tienen una clasificación de \geq mayor o igual que 3.

D = Motora Incompleta. El estado motor incompleto tal y como fue definido arriba, con al menos la mitad (la mitad o más) de la función de los músculos clave por debajo del NNL con una clasificación de músculo mayor o igual a \geq 3.

E = Normal. Si la sensibilidad y la función motora que se examinan con el ISNCSCI se clasifican como normales en todos los segmentos, y el paciente tenía déficits previos, entonces la clasificación AIS es E. Alguien sin LME inicial no recibe grado AIS.

Usando NE: Para documentar los niveles sensitivo, motor, y el NNL, el grado de Escala de Deficiencia de ASIA (AIS), y la zona de preservación parcial (ZPP) cuando resulta imposible determinarlos basados en los resultados del examen.



NORMAS INTERNACIONALES PARA LA CLASIFICACION NEUROLOGICA DE LESION DE LA MEDULA ESPINAL



Pasos en la Clasificación

El siguiente orden es el recomendado para determinar la clasificación en individuos con LME

1. Determinar el nivel sensitivo para el lado derecho e izquierdo

El nivel sensitivo es el dermatoma intacto más caudal, tanto para sensación de pinchazo como para tacto fino.

2. Determinar el nivel motor para el lado derecho e izquierdo.

Definido como el músculo más bajo que tiene al menos grado 3 (examinado en posición supina), siempre y cuando las funciones de los músculos clave representados en segmentos arriba de ese nivel se juzguen como intactos (grado 5)

Nota: en regiones en donde no hay dermatoma para examinar, el nivel motor se presume que sea el mismo que el nivel sensitivo, si la función motora por arriba de ese nivel es también normal.

3. Determinar el nivel neurológico de la lesión (NNL).

Esto se refiere al nivel más caudal de la médula con sensibilidad intacta y fuerza en músculos antigravitatorios (3 o más) siempre y cuando la función sensitiva y motora rostralmente es normal (intacta) respectivamente. El NNL es el más cefálico de los niveles motor y sensitivo determinados en pasos 1 y 2.

4. Determinar si la lesión es Completa o Incompleta.

(i.e. ausencia o presencia de preservación sacra)

Si la contracción anal voluntaria = **No** Y todos los resultados sensitivos S4-5 = **0**

Y presión anal profunda = **No**, entonces la lesión es **Completa**.

De otra forma, la lesión es **Incompleta**.

5. Determinar el Grado de la Escala de Deficiencia de ASIA (AIS).

Es la lesión **Completa**? si Sí, AIS=A

No ↓

Es la lesión **Motora Completa**? si Sí, AIS=B

No ↓

(No=contracción anal voluntaria O función motora en más de tres niveles por debajo del nivel motor en cualquier lado, si el paciente tiene una clasificación sensitiva incompleta)

Al menos la mitad (la mitad o más) de los músculos clave por debajo del nivel neurológico de la lesión están en grado 3 o mejor?

No ↓

AIS=C

SI ↓

AIS=D

Si la sensibilidad y la función motora son normales en todos los segmentos, AIS = E

Nota: AIS E se usa en exámenes de seguimiento cuando una persona con una LME documentada ha recuperado función normal. Si durante el examen inicial no se encuentra déficit, la persona está neurológicamente intacta y la Escala de Deficiencia de ASIA no aplica.

6. Determine la zona de preservación parcial (ZPP).

La ZPP se usa solo en lesiones con ausente función motora (no CAV) O función sensitiva (no SAP, no sensibilidad al TF y Pinchazo) en los segmentos sacros más distales S4-5, y se refiere a aquellos dermatomas y miotomas distales a los niveles sensitivo y motor que permanecen parcialmente inervados. Con preservación sacra o función sensitiva, la ZPP sensitiva no es aplicable y por lo tanto "NA" se registra en la casilla de la hoja de trabajo. De igual manera, si CAV está presente, la ZPP no es aplicable y registrada como "NA"