



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE CUIDADOS Y ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA A PACIENTES PARAPLÉJICOS DESDE EL MODELO DE  
ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
EUGENIO ESPEJO, DE AGOSTO 2018 A FEBRERO 2019.

AUTORAS:

PAMELA CAROLINA MERA ORTIZ

LUZ BELÉN MORENO ALBÁN

AÑO

2019



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE CUIDADOS Y ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA A PACIENTES PARAPLÉJICOS DESDE EL MODELO DE  
ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
EUGENIO ESPEJO, DE AGOSTO 2018 A FEBRERO 2019.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos  
establecidos para optar por el título de Licenciadas en Enfermería

Profesora guía

María de Lourdes Velasco Garcés

Autoras

Pamela Carolina Mera Ortiz

Luz Belén Moreno Albán

Año

2019

## DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo, “Plan de cuidados y algoritmo para la atención de enfermería a pacientes parapléjicos desde el modelo de Callista Roy en el Hospital De Especialidades Eugenio Espejo, de agosto 2018 a febrero 2019” a través de reuniones periódicas con las estudiantes Luz Belén Moreno Albán, Pamela Carolina Mera Ortiz, en el semestre 2019-10, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

---

Dra. María de Lourdes Velasco Garcés  
CI. 1702741586

## DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

Declaro haber revisado este trabajo “Plan de cuidados y algoritmo para la atención de enfermería a pacientes parapléjicos desde el modelo de Callista Roy en el Hospital De Especialidades Eugenio Espejo, de agosto 2018 a febrero 2019”, de las estudiantes Pamela Carolina Mera Ortiz y Luz Belén Moreno Albán, en el semestre 2019-10, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de titulación.

---

Lcda. Alba Liliana Viveros Espinosa  
CI. 1708342777

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

---

Pamela Carolina Mera Ortiz  
CI. 1724684046

---

Luz Belén Moreno Albán  
CI. 1719184192

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos de manera profunda, a Dios quien guio cada uno de nuestros pasos para culminar con este trabajo de titulación, a nuestros padres, ya que, sin ellos jamás habría sido posible alcanzar la meta propuesta y a nuestra docente tutora Dra. María de Lourdes Velasco, quien con cada una de sus correcciones y lecciones de vida fomentó a la culminación de este trabajo de fin de grado.

## DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de tesis a las personas que han guiado nuestro camino a lo largo de nuestra vida estudiantil, por siempre haber estado pendientes de todas nuestras necesidades espirituales, físicas y emocionales ya que sin ellos no habiéramos llegado con éxito a éste gran momento.

## RESUMEN

De acuerdo a los estudios relacionados con el modelo de adaptación planteado por Callista Roy el cuidado de las enfermeras y enfermeros hacia los pacientes, es la esencia de la profesión de Enfermería, sin embargo, según estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud aproximadamente el 10% de los pacientes padecen un evento adverso, siendo los más frecuentes las úlceras por presión que aumentan la estancia hospitalaria en 16,1 día de media y las infecciones nosocomiales, relevando el hecho de que la mayoría de los eventos adversos son evitables. Esta investigación busca establecer el nivel de aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy aplicados a pacientes parapléjicos, con el fin de plantear procesos de valoración del paciente adulto a través de este modelo y a su vez la elaboración del plan de cuidado y algoritmo para la atención de enfermería a estos pacientes hospitalizados en el servicio de Traumatología y Medicina Interna.

Se trata de un diseño cuali-cuantitativo con un enfoque de investigación-acción, a través de perfilar en forma observacional a través de la indagación individual por medio de una entrevista al personal de enfermería del servicio de Traumatología y Medicina Interna del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, para lo cual se ha puesto énfasis en una propuesta de cambio en el proceso del cuidado a través del plan de cuidados y el algoritmo que serán aplicados en base a un plan de acción.

Este proceso mejorará la calidad de cuidado de enfermería relacionado a un algoritmo que representa la aplicación de diagnósticos, por lo que, permitirá implementar mejoras en la calidad del cuidado por parte del personal de enfermería que trabaja con este tipo de pacientes, ya que, el tratamiento hospitalario del paciente parapléjico se sustenta en el trabajo multidisciplinario y el trabajo de Enfermería en ese marco es clave para contribuir a la garantía de seguridad del paciente, contribuyendo en su aplicación y tomando como base el modelo de Adaptación en el que interactúan el reconocimiento de estímulos internos y externos fundamentales al identificarlos en pacientes parapléjicos,



esta es la razón por la cual la propuesta del plan de acción para la mejora de la calidad del cuidado va a contribuir los cuidados tanto para el personal de enfermería que forma parte de estas áreas hospitalarias como para los pacientes que padecen de esta patología.

**Palabras claves:** Discapacidad, Paraplejia, Plan de cuidados de Enfermería, Algoritmo

## ABSTRACT

In Agreement of studies relationship with the adaptation model planted by Callista Roy the care of nurses towards patients, is the essence of the Nurse Profession, but nevertheless, applied studies by the American Health Organization, 10% of patients suffer an adverse event, being the most common Ulcers for pressure that increase the hospitalary stance in 16,1 days.taking into account most of adverse events will be prevent. This investigation pretends define the level of applied Callista Roy the care of nurses towards patients applied to paraplegics patients. With The purpose to plant process to value patients through this model. And elaboration of care plan and algorithm for nurse attention hospitalized.

It is a qualitative-quantitative design with a research-action approach, through an observational profile through individual inquiry through an interview with the nursing staff of the Traumatology and Internal Medicine Service of the Specialties Hospital Eugenio Espejo of the city of Quito, for which emphasis has been placed on a proposal for change in the care process through the care plan and the algorithm that will be applied based on an action plan.

This process will improve the quality of nursing care related to an algorithm that represents the application of diagnoses, so that it will be possible to implement improvements in the quality of care by nurses who work with this type of patients, since the hospital treatment of the paraplegic patient is based on multidisciplinary work and Nursing work in this framework is key to contributing to the guarantee of patient safety, contributing to its application and taking as a basis the Adaptation model in which the recognition of fundamental internal and external stimuli when identifying them in paraplegic patients, this is the reason why the proposal of the action plan for the improvement of the quality of the care will contribute the care for both the nursing staff that forms part of these hospital areas as for patients suffering from this pathology.It was expected to elaborate the plan of action of the nursing care plan and the algorithm for the care of paraplegic patients. This application allows to implement improvements in the quality of the nurses that work with these patients, because the hospital treatment

of paraplegic patients is based on the discipline and the hard work of the nurse in that framework that is key to contribute to the warranty safety of the patient. This is the reason why the proposal of an action plan to improve the quality of nursing results in a

Transcendental contribution for nurses that make up the areas of this hospital and patients suffering from this pathology.

**Keys Words:** Disability, Paraplegia, Nursing care plan, algorithm.

# INDICE

Capítulo I .....	1
1.1 Tema.....	1
1.1.1 Introducción .....	1
1.2 El Problema.....	2
1.3 Antecedentes.....	2
1.4 Planteamiento del problema.....	3
1.5 Objetivos           4	
1.5.1 Objetivos General .....	4
1.5.2 Objetivos Específicos .....	4
1.6 Justificación.....	5
Capitulo II .....	7
2.1.1 Marco Institucional.....	7
2.1.2 Marco ético .....	8
2.1.3 Marco Legal.....	8
2.2 Marco teórico.....	10
2.3 Marco Referencial.. ..	15
2.3.1 Proceso de Enfermería.....	15
Capitulo III .....	41
3.1 Diseño Metodológico .....	41
3.1.1 Tipo de estudio .....	41
3.1.2 Población y muestra .....	41
3.1.3 Técnica e Instrumento de Recolección de datos .....	41
3.1.4 Criterios de inclusión. ....	42
3.1.5 Criterios de exclusión. ....	42
CAPITULO IV.....	43
4.1 Resultados e Interpretación.....	43
4.2 Discusión           57	
CAPITULO V .....	58
5.1 Conclusiones.....	58
5.2 Recomendaciones.....	58

CAPÍTULO VI.....	59
6.1 Plan de cuidados.....	59
6.2 Algoritmo.....	72
REFERENCIAS.....	74
ANEXOS.....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Escala de Katz .....	38
------------------------------	----

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Prevalencia por tipo de discapacidad Ecuador 2017.....	14
Figura 2 Tipo de discapacidad en Pichincha 2018 .....	14
Figura 3 Prevalencia según el género en la Provincia de Pichincha año 2018	15
Figura 4 Estructura de la Médula Espinal.....	34
Figura 5 Años de Experiencia .....	43
Figura 6 Importancia del cuidado enfermero con base epistemológica.....	44
Figura 7 Conocimiento de modelos teóricos de Enfermería.....	45
Figura 8 Aplicación del proceso de Enfermería en el servicio .....	46
Figura 9 Valoración céfalo caudal .....	47
Figura 10 Valoración según necesidades .....	48
Figura 11 Valoración según necesidades .....	49
Figura 12 Valoración según respuestas humanas .....	50
Figura 13 Elaboración de diagnósticos de enfermería .....	51
Figura 14 Utilización formato SOAPIE .....	52
Figura 15 Relación: años de graduada/ valoración céfalo caudal .....	53
Figura 16 Relación: años de graduada/ valoración por patrones funcionales ..	54
Figura 17 Relación años de graduada/ valoración según necesidades .....	55
Figura 18 Relación: años de graduada/ valoración según respuestas humanas .....	56
Figura 19 Valoración para elaborar PAE.....	97
Figura 20 Interpreta medios de diagnóstico, datos de laboratorio.....	98
Figura 21 Valoración de pacientes al ingreso.....	99
Figura 22 Valoración de enfermería en cada turno .....	100
Figura 23 Priorización de problemas encontrados .....	101
Figura 24 Formatos para registro de valoración de enfermería.....	102
Figura 25 Formato para elaborar plan de cuidados.....	103

## Capítulo I

### 1.1 Tema

Plan de Cuidados y algoritmo para la atención de Enfermería a pacientes parapléjicos desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy en Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, de agosto 2018 a febrero 2019.

#### 1.1.1 Introducción

Los pacientes parapléjicos son personas que padecen deficiencias y limitaciones en las actividades, además de restricción en la participación de la vida diaria, por esta razón esto conlleva a alteraciones de la estructura y de las funciones corporales, incluyendo varios problemas para realizar actividades diarias y de participación en situaciones vitales. Para las personas que padecen de una discapacidad, esto abarca una situación compleja, en la cual se analiza la interacción de las características del ser humano en el entorno social en el que se encuentra. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Las lesiones medulares es una de las mayores causas de discapacidad física, existen entre 250 000 y 500 00 personas que al año padecen de este tipo de lesión, la cual puede llevar a que las personas sean dependientes de sus familiares o del personal de salud del lugar en el que se encuentren y a su vez como consecuencia presentan signos de depresión, los cuales son reflejados negativamente en el estado general del paciente afectado.

La Organización Mundial de Salud tiene como deber englobar toda la parte asistencial, empezando desde la prevención de las causas traumáticas y no traumáticas de las lesiones medulares hasta mejorar los servicios de atención traumatológica y rehabilitación, además de la inclusión de los pacientes con lesiones medulares al entorno social. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

La valoración y el cuidado fundamentado en la teoría de Callista Roy por parte del personal de enfermería en el área hospitalaria con pacientes parapléjicos es



una herramienta importante la cual contribuirá con un aporte científico a las actividades del personal a través de un formato sistematizado que servirá para ir mejorando la supervivencia, la salud y la participación con la vida diaria de todos los pacientes parapléjicos. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Por esta razón este trabajo de investigación tiene como objetivo general, diseñar un plan de cuidados y un algoritmo para la atención de enfermería a pacientes parapléjicos mediante la estandarización de un formato de valoración aplicando el modelo de atención de Callista Roy, con la finalidad de que el personal de enfermería tenga una guía específica, de esta manera logrará un adecuado examen físico y una atención integral a los pacientes con afecciones a nivel medular (paraplejia), consolidando las actividades de enfermería de manera sistemática y permitiendo que sean beneficiosas en la recuperación de los pacientes de tal manera que el trabajo de enfermería sea especializado. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

## **1.2 El Problema**

### **1.3 Antecedentes**

Según la Organización Mundial de la Salud, se denomina discapacidad (afecciones medulares) cuando existe limitación en las actividades de los seres humanos, incluyendo las restricciones en la capacidad de realizar actividades que se encuentren consideradas en los parámetros comunes de la vida diaria (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Según datos estadísticos acerca de este tema, en el Ecuador, existe una prevalencia del 47% dentro de la población que padece de deficiencias físicas, siendo la más común la paraplejia, con un valor de 2,59 es la de mayor prevalencia, dentro de la clasificación de las discapacidades en las cuales se incluye discapacidades: auditivas, intelectuales y visuales.

Por esta razón el compendio estadístico del Instituto Nacional de Estadísticas Censos (INEC), considera que la lesión traumática es una de las principales

causas de la paraplejía, afectando a pacientes de entre 30 a 65 años de edad y comprendiendo su entorno y el de sus familiares.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) refleja el dato de que en el Ecuador existe una incidencia de 28.3 por millón de habitantes en el año 2014 de personas que padecieron una lesión medular, de las cuales el 90% se produjeron por causas traumáticas; como por ejemplo accidentes de tránsito, caídas y violencia, dejando como consecuencia pacientes parapléjicos. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014)

Debido a todos estos factores y a los datos estadísticos de los últimos años que se presentan en nuestro país, este es un tema relevante para ser estudiado y analizado desde distintos campos, con la finalidad de llegar a posibles soluciones en el futuro.

#### **1.4 Planteamiento del problema**

La problemática por la que la investigación se produce es la relación del manejo de personas con discapacidad física enfocados a pacientes con paraplejía y su relación con la enfermería.

La relación y el manejo oportuno del personal de enfermería aporta beneficiosamente en la mejora de calidad de vida y fomenta el cambio a su adaptabilidad en el individuo que presenta paraplejía, por lo que, se toma en cuenta que el problema específico empieza desde el escaso conocimiento acerca del manejo, modelos de atención e intervenciones, cuidados de enfermería que requiere una persona con lesión medular y paraplejía, por lo que, se combinará la atención y manejo de enfermería encaminados a cuidados relacionados con taxonomías NANDA, NOC, NIC.

El uso de las taxonomías en la práctica enfermera en nuestro país no ha sido desarrollado en los últimos tiempos, además los hospitales no poseen modelos de cuidados relacionados con las taxonomías NANDA, NOC, NIC por lo que las actividades del personal de enfermería no están estandarizadas de acuerdo con la patología a investigar, por lo tanto, este trabajo permitirá que se integren y se adapten a la práctica los cuidados en los centros hospitalarios donde

frecuentemente se atienden pacientes con lesiones medulares ya que estos representan una importante causas de morbimortalidad.

Un modelo de atención de enfermería dirigido al paciente parapléjico permitirá que los cuidados brindados por el personal enfermero se encuentren centradas en las necesidades que presenta el paciente durante la estancia hospitalaria, además permitirá que las intervenciones sean rápidas y eficaces. El manejo de este tipo de pacientes exige atención médica y principalmente la atención de calidad de Enfermería, que se garantiza mediante planes de cuidado individualizados y con una base teórica específica, como es el sustento epistemológico del Modelo de Adaptación de Callista Roy.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivos General**

Proponer un plan de cuidados y algoritmo para la atención de enfermería a pacientes parapléjicos del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

### **1.5.2 Objetivos Específicos**

Identificar el conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería en el personal de enfermería del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

Caracterizar la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en el proceso del cuidado a los pacientes parapléjicos en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de Quito.

Diseñar un plan de cuidados de enfermería y un algoritmo para la atención integral de pacientes parapléjicos a partir de un formato de valoración.

## 1.6 Justificación

En el Ecuador la discapacidad física y de manera particular la paraplejia presenta altos porcentajes de personas que están limitadas para realizar alguna actividad, entre las cuales se encuentran pacientes de distintos rangos de edad, los mismos que han sido afectados específicamente por una lesión medular, logrando que este grupo de personas formen parte de la población parapléjica. Según (Organización Mundial de la Salud , 2017) alrededor del mundo existen millones de personas con discapacidades físicas importantes. Esta estadística puede ir aumentando debido a diferentes factores como: el envejecimiento, el riesgo de accidentes y la discapacidad en adultos mayores.

Al menos 500 000 personas sufren lesiones medulares cada año, de las cuales entre dos y cinco se encuentran en riesgo de perder la vida. Con un porcentaje del 90% el origen traumático como accidentes de tránsito, caídas y violencia, lideran la lista de causas de una lesión medular, se debe tomar en cuenta que estos orígenes son variables en distintas regiones del mundo. (Organización Mundial de Salud, 2014).

Se considera que las consecuencias asociadas a las lesiones medulares no se relacionan directamente con la lesión causada, sino con la existencia de atención médica y de tratamientos inadecuados, es por esto que es de suma importancia que estos pacientes sean atendidos adecuadamente, para de esta manera evitar futuras complicaciones debido a sus condiciones y a su discapacidad.

Debido a esto el personal de enfermería, debe estar capacitado para el manejo de pacientes con afecciones a nivel medular de acuerdo con los modelos de atención de enfermería, los mismos que desde hace varios años, ya han sido manejados de manera no estandarizada.

En la actualidad se está manejando los diagnósticos estandarizados por NANDA, cuya finalidad es proporcionar un cuidado diferente y especializado, contribuyendo a un cuidado de atención de enfermería que logre la participación tanto del paciente como de la familia y de esta manera mejorar la calidad de

vida y la adaptación de su enfermedad a las condiciones internas y externa en esta tipo de lesiones, sin que impida la participación social y el goce de su salud.

Por esta razón se justifica esta investigación referente a los cuidados de enfermería en la atención, ya que constituye una gran importancia y aporte para todo el personal enfermero desarrollando habilidades, en el manejo y el cuidado de pacientes discapacitados con paraplejia, y además se propone una valiosa herramienta de trabajo basada en la teoría de Callista Roy y el fundamento científico, para que pueda ser aplicada estandarizada en el ámbito hospitalario con la finalidad de obtener un beneficio mutuo.

## Capítulo II

### 2.1.1 Marco Institucional

#### 2.1.1.1 Misión

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo de red, en el marco de la justicia y equidad social.”

#### 2.1.1.2 Visión

“Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.”

#### 2.1.1.3 Características del servicio donde se realiza la tesis

##### **Traumatología**

El Servicio de Traumatología es un servicio de especialidad, el cual atiende a pacientes con daños congénitos o adquiridos del aparato locomotor, ofreciendo atención de emergencia, diagnóstico, y tratamiento tanto clínico como quirúrgico a todos los pacientes sin ninguna distinción del grupo social al que pertenezca.

##### **Medicina Interna**

Este servicio brinda una atención completa e integradora con los aspectos, fisiológicos, patológicos, diagnósticos y terapéuticos, a través del uso de recursos disponibles.

Observa patologías crónicas degenerativas conjuntamente con las consecuencias asociadas a este tipo de enfermedades, ayudando a determinarlas clínicamente para así poder establecer el manejo y el tratamiento adecuado. Las actividades que se realizan son específicas de las especialidades clínicas, enfocándose en las enfermedades de distintos órganos y aparatos

internos y conservando una visión global para atender al paciente como prioridad y así lograr mantener su entorno físico, psíquico y social.

Entre los servicios de que ofrece se encuentra el de geriatría, el cual se asocia mucho a la patología que se trata en el trabajo de investigación.

Geriatría:

Esta unidad brinda atención preventiva, clínica y terapéutica teniendo como objetivo principal la recuperación de un anciano enfermo e incapacitado, hasta que el paciente pueda llegar a ser autónomo e independiente, logrando que pueda reintegrarse a su entorno social, familiar y habitual para lo cual se debe realizar un servicio óptimo con la participación de un equipo interdisciplinario, el cual se encuentra comprometido a lograr una mejor calidad de vida en el paciente.

Se utiliza una adecuada organización, tecnología y personal salud altamente capacitado con la finalidad de lograr en todos los pacientes una recuperación funcional, de manera que este se reintegre a su entorno conjuntamente con una vida sana y productiva de manera holística.

### **2.1.2 Marco ético**

El presente trabajo de investigación se va a realizar respetando el derecho a la confidencialidad, los valores y los principios de cada uno de los participantes. La información será recolectada con el previo consentimiento de cada persona. Si se negarán a participar en dicha investigación, no recibirán ningún tipo de sanción por parte de la institución.

### **2.1.3 Marco Legal**

Según la Ley Orgánica de Discapacidades (2014), señala en sus artículos:

**Art. 1.- Objeto.-** La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

**Art. 19.- Derecho a la salud.-** El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

**Art. 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.-** La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.



La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

El Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo” posee un Departamento Jurídico, el cual es llamado a ofrecer su asesoría en cuanto al tema legal a todas las especialidades y servicios de la Institución hospitalaria, de igual forma brinda asesoría a los usuarios, despachos de requerimiento tanto interno como externo; esta dependencia jurídica es la encargada y asume la responsabilidad de la defensa y resguardo de los derechos institucionales que posee el Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”, basándose y tomando las acciones correspondientes y planteadas en el marco jurídico indicado.

## **2.2 Marco teórico**

### **DISCAPACIDAD FÍSICA**

Según la Organización Mundial de la Salud, se denomina discapacidad cuando existe limitación en las actividades de los seres humanos, incluyendo las restricciones en la capacidad de realizar actividades que se encuentren consideradas en los parámetros comunes de la vida diaria. Se pueden clasificar en temporales, permanentes, reversibles e irreversibles, son el resultado de una deficiencia la cual llega a una limitación funcional. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Los tipos de discapacidades son clasificadas por grupos, en los cuales se encuentran: Sensoriales, de comunicación, motrices, mentales, múltiples, entre otras.

Se considera dentro de las discapacidades sensoriales y de comunicación, las deficiencias oculares, auditivas y del habla, las cuales ocasionan dificultades de comunicación, dejando como consecuencia un desenlace con el entorno y

haciendo más dificultosa la participación social. En el grupo de la discapacidad visual se encuentran las personas con ceguera y baja visión a pesar del uso de lentes, este tipo de discapacidad se relaciona con algunas dificultades como: el acceso a comunicación escrita, orientación y movilidad. (Consejo Nacional de Discapacidades , 2015)

La discapacidad auditiva incluye a personas con sordera bilateral total o sordera severa de los dos oídos, estas son causadas por factores genéticos, congénitos, tóxicos, traumáticos y por envejecimiento, por lo cual se debe tomar en cuenta las complicaciones que presentan con la comunicación, ya que varias de estas personas utilizan formas específicas para comunicarse.

Las discapacidades del habla, el impedimento del habla incluye la pérdida auditiva debido a que este trastorno provocara la inhabilidad de comprender y utilizar el lenguaje dejando como consecuencia en las personas afectadas la dificultad de comunicación y de relación con el entorno. (Consejo Nacional de Discapacidades , 2015)

Las discapacidades mentales abarcan deficiencias intelectuales y conductuales. Además este tipo de discapacidades mentales implican limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual, es causada generalmente por enfermedades como la esquizofrenia, trastorno bipolar y psicosis. Los pacientes con discapacidad intelectual presentan problemas de entendimiento de ideas difíciles, razonamiento, solucionar problemas y tomar decisiones, por lo cual se complica su desenvolvimiento en la vida diaria influyendo en sus relaciones sociales. (Consejo Nacional de Discapacidades , 2015)

Las discapacidades múltiples son un grupo de deficiencias combinadas con los grupos anteriores es decir; retraso mental y mudez, provocando complicaciones similares a las anteriormente mencionadas. (Consejo Nacional de Discapacidades , 2017)

Las discapacidades motrices incluyen en su grupo deficiencias para manipular objetos, caminar y coordinar movimientos. Se pueden clasificar según distintos parámetros como son:

-Según la aparición, es decir prenatales, perinatales, postnatales, en la adolescencia y posteriormente. Como por ejemplo la acondroplasia, talla baja.

-Según etiología, es decir por transmisión genética, infecciones microbianas, accidentes.

-Según localización, se determinar según el nivel de la lesión medular como por ejemplo: Monoplejía, Diplejía, Paraplejía, Tretraplejía, Triplejía, Hemiplejía

-Según su origen son: cerebrales, espinales, ostearticulares, vascular, muscular.  
(Medical, 2017)

Determinar el grado de discapacidad también es importante, este se basa en una valoración expresada en porcentaje respondiendo a algunos criterios de su entorno, además de una valoración física, psíquica y sensorial. La revisión deberá ser periódica e identificara el grado de autonomía que tiene la persona.  
(Medical, 2017)

## Incidencia

Según la Organización Mundial de la Salud, existen alrededor de todo el mundo millones de personas con algunas discapacidades de las cuales aproximadamente 200 millones padecen dificultades físicas importantes. Estas cifras pueden ir aumentado debido a diferentes factores como el proceso de envejecimiento y el riesgo de discapacidad en los adultos mayores.  
(Organización Mundial de la Salud , 2017)

Los países desarrollados tienen un porcentaje del 80% de habitantes discapacitados, la incidencia en algunos países es superior en el género femenino, lo cual les lleva a un grupo de desventaja y discriminación en sus poblaciones, además de formar parte también de comunidad pobre. Por lo cual la UNICEF, afirma que el 20% de jóvenes discapacitados son pobres.  
(Organización Mundial de la Salud , 2017)

Existen algunos estudios comparativos que afirman que 45 países cuentan con leyes que amparen los derechos de los discapacitados además cuentan con un

informe mundial que recoge toda la información acerca de la discapacidad, esto se realiza con la finalidad de mejorar los estilos de vida de este grupo vulnerable, por lo cual se debe tomar en cuenta la importancia de la discapacidad y de las personas que lo padecen, con el fin de mejorar y adaptar medidas nacionales e internacionales. (Organización Mundial de la Salud , 2017)

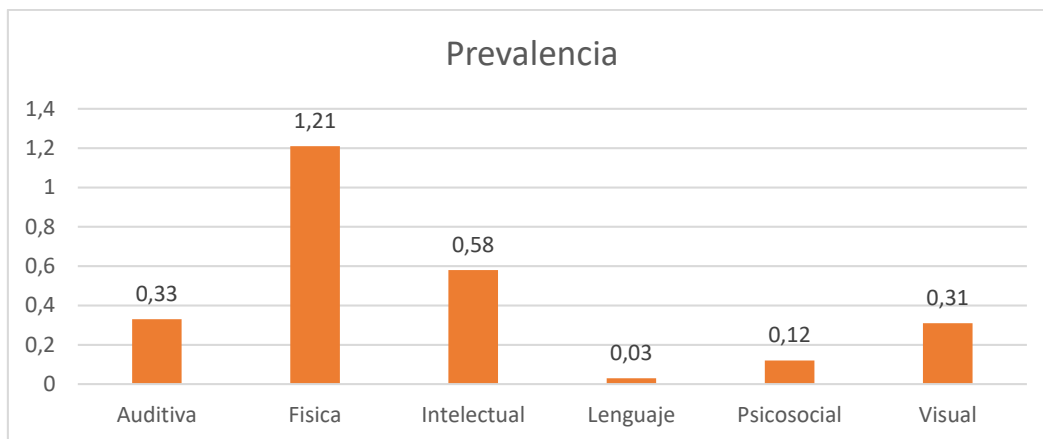
En el país aproximadamente 415.500 personas padecen de discapacidad de las cuales el 46,78% presentan discapacidad física. (Perez, 2017)

Según el compendio estadístico del Instituto Nacional de Estadísticas Censos (INEC). En el Ecuador existe una incidencia de 28.3 por millón de habitantes en el año 2014 de personas que padecen una lesión medular de las cuales el casi el 100% del origen de estas lesiones se debe a causas traumáticas como por ejemplo los accidentes de tránsito, caídas y violencia. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos , 2014)

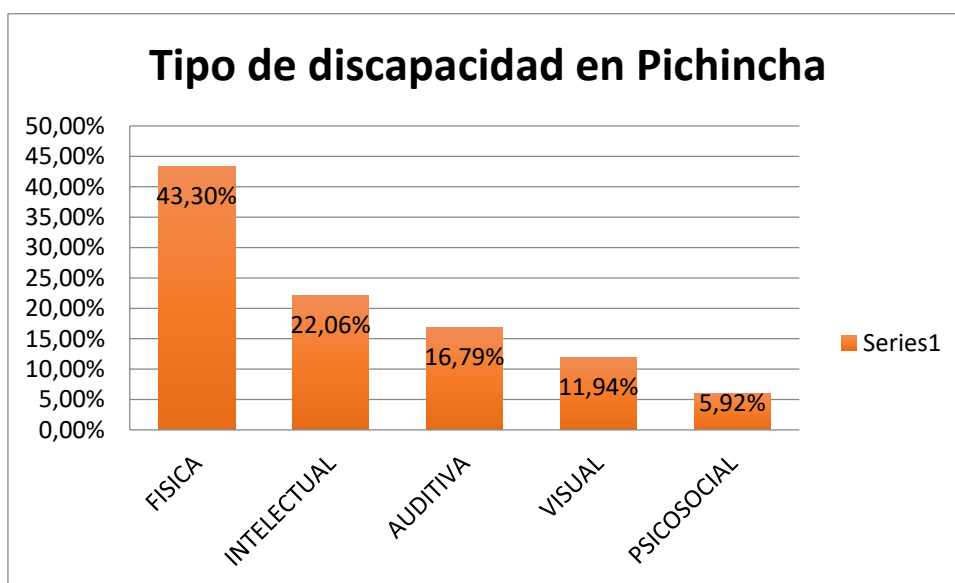
#### Prevalencia

En el Ecuador la discapacidad física es la que más prevalencia presenta, seguida de las discapacidades, auditivas, intelectuales y visuales.

Según las estadísticas dadas por el Consejo Nacional de discapacidades. (Consejo Nacional de Discapacidades , 2017) El Ecuador presenta una prevalencia en discapacidad por país de un 2.59, de la cual se debe tomar en cuenta que existe un mayor número en las provincias del Azuay, Bolívar y Cañar. Al analizar el cuadro estadístico acerca del tipo de discapacidad se interpreta que la de mayor prevalencia entre la clasificación es la discapacidad física con un 43.30% y 1.21 en la Provincia de Pichincha (Consejo Nacional de Discapacidades , 2017)



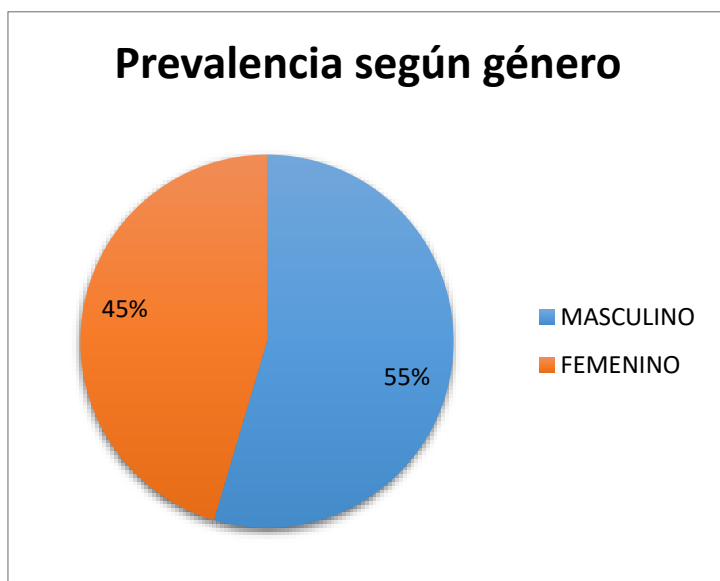
*Figura 1.* Prevalencia por tipo de discapacidad Ecuador 2017. Tomado de: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades – CONADIS Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.



*Figura 2.* Tipo de discapacidad en Pichincha 2018. Tomado de: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades

La discapacidad puede ser valorada según el porcentaje de discapacidad que presentan los pacientes es por esto que existe datos estadísticos que demuestran que las personas que presentan entre el 30% y el 49% de porcentaje de discapacidad representan el 1.18 de prevalencia.

Se puede analizar algunas variables en las estadísticas como: el grupo etario, en cual existe un rango de edad específico para identificar la prevalencia de esta patología, la cual se encuentra entre los 30 y los 65 años de edad. Se debe tomar en cuenta que el mayor porcentaje de personas con discapacidad física se encuentran dentro del género masculino



*Figura 3.* Prevalencia según el género en la Provincia de Pichincha año 2018. Tomado de: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidad Ministerio de Salud Pública.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2014 sufrieron 453 personas lesión medular traumática de los cuales el 42,38% son personas de 30 a 65 años de edad, aproximadamente a 88 pacientes se dieron de alta a con un diagnóstico confirmado de paraplejia (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos , 2014)

## 2.3 Marco Referencial.

### 2.3.1 Proceso de Enfermería Epistemología

### **2.3.1.1 Modelo de Adaptación**

#### Antecedentes

Sor Callista Roy, procedente de los Ángeles - California, nació en el año 1939. Culminó sus estudios, obteniendo su título de licenciatura en enfermería en Mount Saint Mary's College en 1963, más tarde obtuvo su máster de la Universidad de California en el año 1966. Roy cursó por estudios de sociología, obteniendo así su máster y doctorado entre los años 1973-1977 en la Universidad de California.

Cursando el estudio para obtener su máster en sociología, se le planteó la propuesta en colaboración con Dorothy E. Johnson plantearan un modelo conceptual de enfermería. Roy mientras se desenvolvía en el campo de enfermería, laboraba en el servicio de pediatría, donde observó una extensa capacidad que adoptan los niños para su pronta recuperación y adaptabilidad a cambios físicos y psicológicos que afrontan durante el proceso de la enfermedad; le impactó de tal manera su forma de adaptación, que lo consideró como un marco conceptual adecuado para la enfermería.

Dichos estudios contribuyeron en la formación de los estudiantes de enfermería adaptándole con ejemplo en la base filosófica para la formación enfermera cuyo nombre es: El Roy Adaptation Model (RAM) fue publicado por primera vez en el año 1970 con su título <<Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing>>.

Roy sobresale como investigadora, en las que se le otorga varias publicaciones, entre ellas: artículos, libros y capítulos de forma periódica, además de dictar varias conferencias y talleres enfocados en su teoría modelo de adaptación, es reconocida.

La American Academy of Nursing la honró y reconoció como "Living Legend por sus extraordinarios aportes y logros con los que brindó a la comunidad enfermera en el año 2007. (Alligood & Tomey, 2015)

### **2.3.1.2 Fuentes teóricas**

El modelo de adaptación de Roy se refleja la mención hacia el trabajo de psicofísica de Harry Helson, que abarca desde el estudio de las ciencias sociales hasta el reflejo de la conducta humana; como tal lo menciona en su teoría de la adaptación, que las respuestas de adaptación no son más que una función del estímulo recibido y del nivel que tiene para adaptarse; por lo tanto, un estímulo se lo considera como el factor que provocará como tal una respuesta, los mismos pueden darse tanto de un entorno interno como externo. (Alligood & Tomey, 2015)

Se pueden nombrar tres principales tipos de estímulos relacionados con el nivel de adaptación:

Estímulos focales. Aquellos que se muestran sobre el sujeto.

Estímulos contextuales. Resto de estímulos que asisten para que se presenten y asisten en el resultado de los estímulos focales.

Estímulos residuales. Su efecto no está realmente claro, pero se da en una situación y entorno determinado.

Por otro lado Helson propuso la definición de nivel de adaptación donde se menciona “que un estímulo de alguna forma va a producir una respuesta negativa o positiva; pero se debe destacar que la adaptación es un proceso en el que se responde de manera positiva ante los cambios en el entorno (Roy y Roberts, 1981).

De esta manera concordó la definición que brindó Rapoport, quien se ve al individuo como un sistema de adaptación en diferentes entornos cambiantes; también tomó en cuenta los conceptos de las diferentes teorías de Dohrenwen, Lazarus, Mechanic y Selye, con la finalidad de profundizar la revisión del modelo.

En las investigaciones realizadas de acuerdo al desarrollo del modelo de adaptación participaron sus coautoras en el desarrollo de su modelo que contribuyeron en el perfeccionamiento citándoles ; Driever quien aportó con las partes que conforman la integridad de la persona, Martínez y Sato quienes atribuyeron con la identificación de los estímulos primarios y comunes que hacen



figura en la manera de vivir, otros colaboradores también relacionados en conceptos como: Poush-Tedrow y Van Landingham en el comentario sobre la interdependencia que adopta el individuo ante cambios del entorno, Randell aportó con la identificación del modo de vida según el papel de vida que se debe desempeñar. (Alligood & Tomey, 2015)

El modelo de Callista Roy desarrollado sirvió para la formación, práctica e investigación de enfermería, utilizando en un marco de más de 1500 facultades, los estudiantes aportaron con el desarrollo teórico del modelo de adaptación.

Cabe recalcar que otras teorías tales como: interacción social requisito para formar la base teórica, donde Roy en 1984, señala que Cooley (1902) conceptualiza que la percepción de un individuo se ve influida por la percepción de las respuestas de otros individuos, llamada el <<yo especular>>. Sullivan sugiere a Roy tomar en cuenta lo propuesto donde se menciona como parte de la interacción social se forma la personalidad de un individuo. Gardner y Erickson defienden todo aquello que es relevante sobre el enfoque que se da al entorno. (Alligood & Tomey, 2015)

Callista Roy respalda la idea de los cambios que se dan en los individuos (sistemas de la persona) y de su ambiente en el hábitat son tan enormes que estaría llegando a su fin.

Manifestando en su teoría el tiempo de la era cenozoica, (67 millones de años) “era de los mamíferos” se pudo apreciar por primera vez el signo de vida humana, considerándose era en que la especie humana tenía el control sobre el sistema de vida terrestre. Para Roy (1997): el individuo convive con su entorno social y físico, de manera que están destinados a compartir con el universo y poniendo frente a las múltiples transformaciones. (Alligood & Tomey, 2015)

### **2.3.1.3 Principales conceptos y definiciones**

**Sistema:** destinado a seguir un propósito determinado, por lo que, es considerado como un todo, con su función principal dirigida hacia la interdependencia de las partes que conforma un todo. (Roy & Andrews, 1999).

**Nivel de adaptación:** compuesto de los tres niveles relacionado con los procesos de vida como son: integrado, compensatorio y comprometido. (Roy & Andrews, 1999)

**Problemas de adaptación:** relacionados directamente al proceso de adaptación, describiendo así a la adaptación positiva e indicadores que presenta en esta. (Roy & Andrews, 1999)

**Estímulos focales:** ya sea que se presente de forma externa o interna son aquellos estímulos que se presentan ante el individuo. (Roy & Andrews, 1999).

**Estímulos contextuales:** aportan en el efecto y origen de un estímulo focal, por lo que, los mismos siempre estarán presentes en los cambios. (Roy & Andrews, 1999).

**Estímulos residuales:** elementos de un entorno interno y/o externo de la persona que induce a efectos que no están claramente definidos en el momento que se producen. (Roy & Andrews, 1999).

**Procesos de afrontamiento:** procesos propios o que se adquieren en el momento que se produce cambios en el entorno. (Roy & Andrews, 1999).

**Mecanismos innatos de afrontamiento:** actúan de forma automática y son determinados de manera genética o ya los posee de forma común el sistema humano. (Roy & Andrews, 1999).

**Mecanismos de afrontamiento adquiridos:** su creación se da por experiencias ya pasadas con reacciones usuales, es decir, su base se da por medio del aprendizaje. Se presenta ante estímulos particulares. (Roy & Andrews, 1999).

**Subsistema regulador:** forma parte fundamental del afrontamiento y está compuesto por sistemas que conforman al individuo como son: químico, neuronal y endocrino. (Roy & Andrews, 1999).

**Subsistema relacionador:** conformado por dos canales como son: cognitivo y emotivos con la finalidad de cumplir su objetivo como proceso de afrontamiento. (Roy & Andrews, 1999)

Respuestas de adaptación: su finalidad es lograr la integridad del sistema humano, tomando en cuenta sus propios objetivos. (Roy & Andrews, 1999).

Reacciones ineficaces: no cumplen un papel fundamental, ya que, estas reacciones no aseguran la integridad del sistema humano. (Roy & Andrews, 1999).

Proceso vital integrado: su finalidad consiste en encargarse de las necesidades humanas, considerándolo desde un nivel de adaptación en el que participan estructuras y funciones del sistema humano. (Roy & Andrews, 1999).

**Modo de adaptación del autoconcepto del grupo:** conformado de dos aspectos: espirituales y psicológicos que abarca a un todo en el sistema humano. Sus componentes son: 1) el yo físico (sensaciones y aspecto del cuerpo); 2) el yo de la persona (constancia, valores o expectativas, moral y ética y la espiritualidad del ser). (Roy & Andrews, 1999).

**Modo de adaptación de función del rol:** un individuo desempeña en la sociedad. La necesidad básica a la que se atribuye este modo de adaptación se basa fundamentalmente en la función del rol, planteado como integridad social: el saber, saber quién es uno mismo para de esa manera saber de qué manera actuar.

Existen tres tipos de roles: 1) roles primarios que determinan los comportamientos de un apersona, entre ellos están sexo, edad y fase de desarrollo,

2) roles secundarios lo asume el individuo,

3) roles terciarios representan como los individuos llevan a cabo sus obligaciones y relacionado con el rol secundario (Alligood & Tomey, 2015).

Modo de adaptación de la interdependencia: su finalidad se concentra en la adaptación que adoptan los individuos relacionado con las relaciones con otros individuos. (Roy & Andrews, 1999).

Percepción: identificación de un estímulo, por lo que, su forma de reconocimiento es consciente.

#### **2.3.1.4 *Uso de datos empíricos***

Callista Roy aportó en el modelo de adaptación hacia la comunidad enfermera aporte en la formación, investigación y práctica de enfermería. En 1999, se consideró que 163 estudios basados en el modelo de adaptación lo tomaron en cuenta y 116 de los mismos en cuanto a los al razonamiento señalados para evaluar las propuestas del modelo. Tomando en cuenta doce propuestas, basadas en el trabajo originario de Callista Roy, todo esto con el fin de sintetizar la investigación, cada una de estas propuestas fueron analizadas y el 82% fueron apoyadas. Roy en el año 2011, exhibió una revisión extensa de las investigaciones basada en el modelo de adaptación en *Nursing Science Quarterly*, volumen 24, número 4. (Alligood & Tomey, 2015)

#### **2.3.1.5 *Principales premisas.***

Para Roy y Andrews, (1999) fundamentaron los sistemas humanos de adaptación se observan como sistemas compuestos por partes interactivas que actúan en igualdad con la finalidad de obtener propósitos. Los sistemas humanos son tan complejos que están en toda la posibilidad de reaccionar y adaptarse ante millones de estímulos provenientes del entorno, por lo que, al conseguir adaptarse ante los estímulos, los sistemas humanos logran conseguir cambios a su alrededor. (Roy & Andrews, 1999)

Swimme y Berry en el año 1992 aportó características sobre la creación de la espiritualidad, de los mismos Roy destacó los aspectos del humanismo y de la verdad para así unirlos en un conjunto mismo de aspectos ideológicos. Se define

al humanismo en que las experiencias propias y del individuo forman parte fundamental para estar al tanto y apreciar con el fin de participar de un poder creador; mientras que la verdad afirma su creencia en la finalidad, significado y verdad de la vida humana en su totalidad. (Alligood & Tomey, 2015)

### Adaptación

Proceso y resultado al que se afronta el individuo, el mismo que tiene el poder de actuar, decidir, sentir, como participantes de una sociedad, por lo tanto, son sensatos y eligen la combinación del sistema humano con su entorno. (Roy & Andrews, 1999)

Cada individuo tiene un propósito y función por cumplir en el universo creador al que han decidido adaptarse, por lo que, las mismas no pueden separarse de su entorno, aparte de que todo un sistema humano responde a los estímulos tanto internos y externos para equilibrar su integridad.

### Persona

El ser humano son sistemas adaptables y holísticos; como un sistema que es capaz de adaptarse a cambios en el entorno, holístico definido como un todo, con partes que están destinados para cumplir un propósito en concreto. Los sistemas humanos poseen la capacidad de actuar, sentir y pensar, los mismos que ayudan para que sea posible su forma de adecuarse a los cambios del entorno, de manera que los mismos hacen figura en el mismo ambiente. (Roy & Andrews, 1999).

Roy describe a la persona como: foco fundamental y principal de la enfermería para la realización de su profesión, quienes reciben la asistencia y actúan como receptores del cuidado; la persona es el sistema de adaptación vivo compuesto por procesos que conforman una unidad (relacionador y regulador) con el fin de actuar y relacionarse entre sí para su adaptación en los cuatro modos de vida (fisiológico, autoestima, función del rol e interdependencia). (Alligood & Tomey, 2015)

### Salud

Según la OMS, define a la salud como el estado de bienestar completo tanto de forma física, social y mental, de manera que no se refiera únicamente a la ausencia de enfermedad o afecciones, más bien a su bienestar total. (Organización Mundial de la Salud , 2017)

Para Roy, la salud consiste en poseer la capacidad de combatir los estados que afecten la integridad total del individuo, en su relación con la enfermedad. (Roy & Andrews, 1999)

Se define a la salud como el proceso y estado por el que pasa la persona con el fin de convertirlo en un ser integrado y completo, relacionado con la adaptación, de manera que busca la interrelación de la persona y entorno. Según Roy (1984), fomentó esta definición desde la creencia que se fomenta en la adaptación como un proceso donde intervienen la integración fisiológica, psicológica y social que lo llevan a un estado perfecto; se menciona que de igual forma se da un proceso donde tanto como la salud y la enfermedad pueden convivir; la salud se conserva mientras que todos los factores ya mencionados y el sistema humano sean capaces de adaptarse.

#### Entorno

Todo aquello que conformaba las circunstancias, condiciones, influencias relacionadas con desarrollo y conducta de las personas, comunidades y grupos, considerando la relación que existe tanto entre los recursos que posee el ser humano y los de la Tierra, mencionando que intervienen estímulos, contextuales, focales y residuales. (Roy & Andrews, 1999)

El sistema humano es capaz de adaptarse por sí mismo, participan factores internos y externos ya sean éstos, relevantes o insignificantes, positivos o negativos. Para lograr la adaptación que requiere el sistema humano se debe tomar en cuenta que se requiere de más energía con la finalidad de conseguir adaptarse a la nueva situación. (Alligood & Tomey, 2015)

### **2.3.1.6 Fundamentos teóricos**

Modelo de Roy se basaba principalmente en la adaptación; sin embargo, intervienen varias nociones como persona, salud y entorno. Relacionados entre sí, el individuo constantemente está buscando estímulos en el entorno que decidió adaptarse, de manera en la que se comete la reacción y entra en acción la adaptación, tomando en cuenta que esta reacción puede o no puede ser efectiva; sin embargo, cabe recalcar que aquella reacción que no logre ser efectiva dificultará el proceso de adaptación y no lograrán conseguir su objetivo.

Como respuestas de adaptación se puede mencionar la supervivencia, desarrollo, crecimiento, reproducción, control sobre situaciones y transformaciones que se afrontan tanto entorno como persona, lo que conservará la integridad y a formarse como persona con el objetivo de lograr su adaptación.

La enfermería es aquella que tiene como objetivo principal el ayudar al individuo en su esfuerzo de lograr adaptarse y tener controlado el entorno, como resultado arrojará el bienestar óptimo de la persona.

El individuo como sistema vital complejo que es recibe dos tipos de estímulos, en los que se puede mencionar del ambiente y de sí mismo, es decir, estímulos externos e internos y éstos se clasifican en focales, contextuales y residuales, los mismos que determinarán el nivel de adaptación.

El proceso de adaptación resulta efectiva siempre y cuando el ser humano reaccione de forma positiva ante cambios que se dan en su alrededor. Esta respuesta incentivará a la integridad de la persona, por lo tanto, conducirá a una buena salud; de manera que cuando la persona reacciona de forma negativa no se conservará la integridad del individuo, mucho menos su bienestar.

Roy plantea su modelo basado en dos subsistemas: primario, el cual está compuesta por el regulador (reacciona por medio de procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos) y relacionador (reacciona por medio de canales cognitivos y emocionales, dando lugar a la percepción), por lo que, son

considerados como métodos de afrontamiento; mientras que el secundario abarca cada uno de los modos de adaptación: 1) necesidades fisiológicas (actúa con la finalidad de cubrir las necesidades básicas como son, el respirar, dormir, alimentarse, descansar), 2) autoestima (todo aquello que piensa la persona sobre sí mismo), 3) función del rol (la forma de actuar una persona ante otra), 4) interdependencia (interacciones de un individuo en la sociedad, con la principal labor de dar y recibir respeto, valores y amor). Estos subsistemas actúan con el objetivo de conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social del sistema humano. (Alligood & Tomey, 2015)

Adaptación por la comunidad de enfermería

### **2.3.1.7 Práctica profesional**

El modelo de Roy está relacionado directamente a la destreza enfermera, formando parte de uno de los modelos conceptuales más nombrados y utilizados con mayor frecuencia a nivel mundial. Este modelo se lo considera beneficiosos para la habilidad de enfermería, ya que, intervienen características fundamentales en la formación, disciplina, guía, la investigación y la formación en la práctica utilizando el proceso de atención es la valoración donde se identificaron los objetivos y priorización de diagnósticos de enfermería.

El objetivo que plantea este modelo de adaptación es aplicar en la práctica los cuatro modos de adaptación relacionados con la salud y enfermedad de un individuo. Las acciones de enfermería testan encaminadas a una organización y priorización de actividades basadas en el modelo lo que buscan es controlar los estímulos concretos, en el sentido de aumentar o disminuir ya sean, aumentándolos, eliminándolos, disminuyéndolos los estímulos han sido controlados de esta manera se obtiene un progreso en la convivencia de la persona con su entorno, lo que provoca una buena salud. (Alligood & Tomey, 2015)



### **2.3.1.8 Planteamiento lógico**

Se puede considerar el modelo de adaptación de Roy tanto deductivo como inductivo; se estabiliza mucho más de forma deductivo debido a que el modelo fue basado de la teoría psicofísica de Harry Helson, aquel que aportó con definiciones de los estímulos (contextuales, focales y residuales), Roy en el año 1971 es quien lo adopta para presentarlo en el campo de enfermería y relacionarlo con los niveles de adaptaciones del ser humano. Roy utiliza conceptos y teorías ajenas a la enfermería, sin embargo, los sintetiza para que sea utilizado en su teoría.

Por otro lado, la teoría de Roy es inductiva al ser la autora de la formulación de los cuatro modos de adaptación formándolos desde la experiencia e investigación propuesta en la práctica de su profesión. Roy aportó con el marco conceptual de la adaptación y modelo desarrollado para el uso del personal de enfermería en su servicio asistencial para facilitar sus cuidados de enfermería y ayudar a la adaptación a sus pacientes en la salud y enfermedad. (Alligood & Tomey, 2015)

### **2.3.1.9 Formación**

Desarrolla el modelo de adaptación con la finalidad de fomentar la adaptación del sistema humano relacionado con modos de adaptación, ya sea en situaciones de salud y enfermedad. Este modelo se plantea para la comunidad enfermera y ciencia médica por cursos separados, siendo una herramienta importante para la distinción entre estas dos profesiones; es decir, la enfermería se centra en el bienestar del paciente, en ayudar al mismo, aplicar su energía de manera correcta, mientras que en la ciencia médica se encargan de la evolución salud-enfermedad provocando un movimiento a lo largo de dicho continuo.

Este modelo brinda un conocimiento importante para instruir a los futuros profesionales a valorar y brindar cuidado a los pacientes dentro del contexto de

sus vidas y afrontar su enfermedad sin verlas como víctimas de la misma. (Alligood & Tomey, 2015)

#### **2.3.1.10 Investigación**

La investigación es parte importante que influirá en el modo de hacer de los profesionales, por lo que, quienes lo estudian sacan la conclusión sobre el modelo de adaptación sobre la generación de nuevas múltiples hipótesis comprobables, lo que influirá en su análisis.

Hill y Roberts (1981), sostienen la idea de Roy, sobre la elaboración de hipótesis específicas para después comprobarlas; señalan que la información para que sean validadas se extraerá de las mismas hipótesis por comprobar. Roy en su proceso de formación del modelo desarrolló varios conceptos mediante el proceso de observación y clasificación, los mismos que llevan a plantear postulados.

#### **2.3.1.11 Evolución**

El modelo de adaptación de Roy ha contribuido de manera significativa al cuerpo del conocimiento enfermero y es el enfoque principal para brindar los cuidados de enfermería necesarios en la salud y enfermedad; a pesar de esto, aún quedan ámbitos abiertos al desarrollo futuro basándose en como progresa la atención asistencial sanitaria.

Roy a define salud, dejando de lado la continua relación entre salud-enfermedad, lo ha definido como la unificación e integridad del ser humano, de manera que en este concepto se incorpora los cuatro modos de adaptación; sin embargo este concepto no había sido conceptualizado al principio de los primeros trabajos, por lo que Frederickson en el año 2000 señala dos recomendaciones: 1) comprobar las proposiciones relacionados entre entorno e individuo por lo que es necesario diseñar nuevos estudios para su comprobación, 2) todos los conceptos y proposiciones no están sustentados y está pendiente su comprobación. (Alligood & Tomey, 2015)

## Crítica

### Claridad

Intervienen los conceptos de metaparadigma (persona, entorno, enfermería y salud) y los cuatro modos de adaptación que básicamente están definidos correctamente y son coherentes. El modelo de adaptación de Roy tiene la visión holística, es decir, cuando un estímulo (ya sea interno o externo) produce cambios en el entorno se produce una respuesta (positiva, eficaz) y se adapta como un todo.

Roy señala que otras ciencias tan solo se concentran en un solo aspecto de la persona, mientras que la enfermería basándose en valores, tomando en cuenta la conciencia, la tolerancia y la fe reconoce a la persona como un ser único y especial, como un todo; es por eso que, Roy da la razón sobre la naturaleza holística y menciona de los individuos que viven en una naturaleza que siempre está avanzado en todo sentido. La persona no se basa tan solo en un sistema capaz de preocuparse por sí mismo, va más allá de eso siendo cambiante con la finalidad de conservar la presencia humana en un cosmos creador. (Roy & Andrews, 1999)

### Sencillez

El modelo de adaptación incluye principales definiciones mencionadas ya anteriormente, que fueron basados en la experiencia de enfermería e investigación, como son los conceptos de salud-enfermedad, persona, adaptación, acciones de enfermería, subconceptos como son del regulador y relacionador y mediante la experiencia adquirida durante su práctica define los cuatro modos de adaptación; todo con la finalidad de entender y aprender el modelo.

### **2.3.1.12 Generalidad**

La teoría de adaptación es de amplio alcance debido a que el mismo es capaz de poder utilizarse en la formación y construcción de nuevas teorías y para derivar teorías intermedias con la finalidad de comprobarlas en estudios.

A pesar de que el modelo de adaptación es capaz de ser explotado en varios ámbitos de la enfermería, éste está únicamente centrado en dirigirse a la adaptación persona-entorno del individuo tomando en cuenta la información que se extrae de la enfermera. (Alligood & Tomey, 2015)

### **2.3.1.13 Accesibilidad**

La base teórica de este modelo de adaptación tiene fundamento, por lo que, cada concepto planteado por Callista Roy proviene de teorías como la psicología, psicología fisiológica, la sociología y la disciplina de la enfermería. Por si algún investigador desea realizar nuevos estudios e incorporar nuevos conocimientos cada fenómeno fisiológico está direccionado para que lleven a cabo su objetivo. El origen de los cuatros modos de adaptación se da por un estudio a varios tipos de comportamiento de personas que fueron patentados por las enfermeras, de donde nacen lo fisiológico, autoestima, función del rol e interdependencia. (Alligood & Tomey, 2015)

Relación del Modelo de Callista Roy con el cuidado que se ofrece a los pacientes con Paraplejia.

La enfermería es la disciplina encargada y dirigida al cuidado holístico, centrada en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, sin dejar de lado la importancia que representa y fomenta la promoción, prevención y rehabilitación de la salud de individuos, familias, comunidades, grupos, población de riesgo y sociedad en general. (Roy & Andrews, 1999)

Roy precisa a la enfermería como disciplina y diseñada como ciencia y práctica que posee la finalidad de ayudar al sistema humano en su proceso de adaptación

y que sea capaz de adoptarlo mediante la mejora del entorno que lo rodea. (Roy & Andrews, 1999)

Los factores que influyen en la adaptación básicamente son las actividades de enfermería, las cuales son programadas para el control de los estímulos, de manera que se debe analizar la conducta y los estímulos ya sean internos o externos. (Roy & Andrews, 1999)

Para Roy, existe un gran contraste entre enfermería demostrada como ciencia y enfermería interpretada como práctica, por lo que, señala: la enfermería como ciencia es un sistema de progreso del conocimiento acerca de los individuos que clasifica, observa y corresponde los procesos con los que el ser humano influye de forma eficaz y positiva en su mejor estado de salud; por otro lado la enfermería como método de práctica es la base fundamental del cuerpo científico del saber de enfermería con la finalidad de ofrecer un servicio asistencia y vital a los individuos, de forma que fomenta una reacción positiva en la salud.

La enfermería cumple con el objetivo de mejorar el nivel de adaptación de los pacientes, identificando los cuatro modos de adaptación y priorizando cuál de ellos se encuentra alterado, lo que contribuirá a brindar una buena calidad de vida, buena salud y a morir con dignidad. La enfermería es aquella que facilitará la adaptación, por lo que cumple un papel fundamental en su proceso, interviene de manera que, analiza el comportamiento que adoptan los cuatro modos de adaptación y de los factores que intervienen en ella y al inmiscuirse fomenta y mejora la capacidad de adecuación, por lo que, optimará las interacciones con el entorno. (Roy & Andrews, 1999)

Patología

#### **2.3.1.14 Paraplejia**

Un trauma en la columna debe ser identificado de manera inmediata ya que causa daños irreparables a la medula espinal y los pacientes pueden permanecer en una discapacidad neurológica. Una lesión en la medula espinal,

tiene fuertes consecuencias en la fisiología humana, el estilo de vida y las circunstancias económicas. (Gomez, 2015)

La fisiología del paciente se ve afectada ya que puede limitar y deteriorar de manera absoluta las extremidades y otras funciones como consecuencia del daño de la medula espinal. Se estima que alrededor de 250 000 a 400 000 personas padecen de esta patología, la mayoría se presenta entre 16 a 40 años ya que son los más involucrados en actividades de alto riesgo y violentas. (Gomez, 2015)

Se estima que del 55% de las lesiones son en la región cervical, el 15% forman parte la región torácica, toracolumbar y lumbosacra.

Se define como paraplejia a la parálisis bilateral simétrica de las extremidades inferiores, es permanente y no progresiva, en la que existe miembros paralizados y pérdida de la sensibilidad de los mismos. (Gomez, 2015)

#### **2.3.1.15 Causas:**

Para el (Comite de Soporte Vital del Trauma, 2016) existen varias causas de la lesión medular las cuales son:

- Contusiones
- Caídas
- Tumores
- Mielitis transversa
- Accidentes de tránsito.

Se considera una lesión medular grave, cuando se comprime la medula espinal, es decir donde los nervios que se encuentran en la parte superior de la lesión funcionan de manera normal y los que se encuentren en la parte inferior de la lesión no cumplen con la función de enviar respuesta entre el cerebro y el cuerpo.

#### **2.3.1.16 Clínica**

Es fundamental en un paciente que presente lesión medular una anamnesis y exploración neurológica detallada, ya que lo que refiera el paciente más los

hallazgos de la exploración podrán determinar la localización de la lesión. Si el paciente presenta lesión medular demostrara algunos signos y síntomas como; dolor de cuello y espalda al movimiento, alta sensibilidad a nivel del cuello, deformidad en la columna vertebral, parálisis, sensibilidad dolorosa incrementada, entumecimiento en las extremidades, signos y síntomas de shock neurogenico.

El Shock neurogenico, es secundario a la lesión de la medula, esto debe a que se interrumpe el mecanismo de contracción de los músculos de las paredes de los vasos sanguíneos, es así como las arterias y arteriolas se dilatan de tal manera que llegan a una disminución parcial de la resistencia vascular sistémica, trayendo como consecuencia una hipovolemia relativa, la cual puede llevar a que el paciente disminuya los valores de la tensión arterial.

En los pacientes con lesión medular el control de esfínteres es alterado, al inicio se presenta hipotonía vesical e incontinencia junto con un íleo paralítico, esto puede seguir evolucionando hasta convertirse en una vejiga neurógena. (Comite de Soporte Vital del Trauma, 2016)

#### **2.3.1.17 Fisiopatología:**

La comunicación que existe entre el tronco cerebral y el sistema nervioso autónomo es necesaria para el funcionamiento del sistema cardiovascular, este se encuentra afectado luego del trauma. El control de las neuronas del sistema nervioso simpático, que nacen en la región medular a nivel de la primera vertebra torácica lumbar 1 (T1) y la segunda vertebral lumbar (L2) , las cuales manejan la contractibilidad y la vasoconstricción del corazón.

Por esta razón una lesión medular que se encuentre ubicada a nivel torácico superior y cervical son las causantes de la incapacidad de controlar el funcionamiento del Sistema Nervioso Simpático. (Strassburguer, 2015)

Luego de la lesión existe una liberación de noradrenalina por las glándulas suprarrenales causando el aumento de la presión arterial, por consiguiente como

mecanismo de respuesta disminuye la actividad del Sistema Nervioso Simpático. (Strassburguer, 2015)

La columna vertebral generalmente resiste fuerzas hasta de 1000 libras existen algunos factores como los viajes de alta velocidad y los deportes de contacto que sobre pasan estos límites causando una lesión esquelética y provocando una transección en la medula espinal. La compresión del impacto produce una lesión primaria, es decir existe interrupción en la provisión de sangre a la medula espinal. (Strassburguer, 2015)

La lesión secundaria sucede después de la afectación primaria, la cual presenta inflamación, isquemia y movimiento de fragmentos óseos. La lesión de la medula espinal generalmente da como consecuencia a la incapacidad permanente al romperse algunos o todos los tractos espinales, de todas formas el déficit neurológico si el daño es leve podría ser reversible. (Strassburguer, 2015)

#### Tipos de lesión medular

Para poder determinar los tipos de lesión, se debe tener conocimiento anatómico de la columna vertebral.

La región cervical posee ocho segmentos medulares, la región dorsal consta de doce segmentos la lumbar de cinco segmentos y la sacra de otros cinco. Se debe tomar en cuenta que el crecimiento de la medula no es el mismo que el de la columna, ya que, estos no son paralelos, debido a esto el segmento que se encuentra en la décima vértebra dorsal y la primera lumbar incluye al segmento medular con las metámeras 1<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> lumbar que inervan los miembros inferiores primera vértebra lumbar (L1) y cuarta vértebra lumbar (L4). (Federación Nacional ASPAYM, 2015)

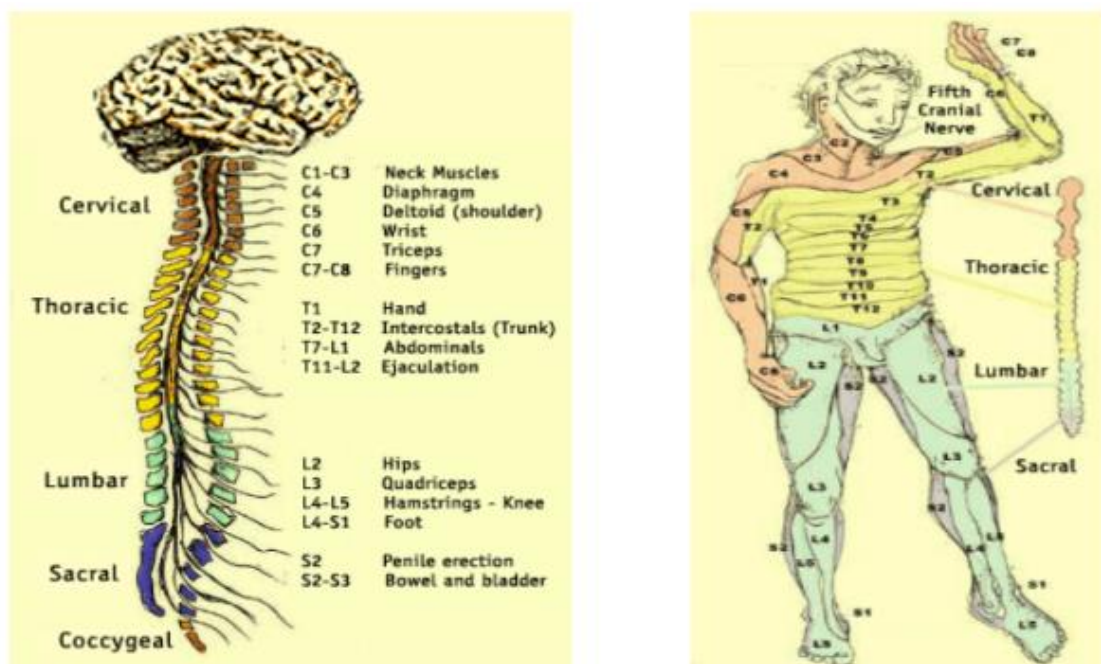
-Lesión medular espinal torácica, esta lesión no es muy común debido a la protección que aportan las costillas, de todas formas este tipo de lesión puede causar parálisis y debilidad en las piernas, entre los efectos adversos se encuentra pérdida de la sensación, mal funcionamiento intestinal, vejiga y del



aparato sexual. Esta región de la medula también controla algunas señales hacia los músculos de la espalda y el abdomen

-Lesión medular espinal, de la primera vértebra lumbar y quinta vértebra lumbar ( L1- L5), este tipo de lesión trae como consecuencia, debilidad en las piernas, disfunción intestinal, vejiga y sexual, esta zona envía señales a la espalda y las partes inferiores del abdomen glúteos y órganos genitales externos.

-Lesión espinal sacra, de la primera vertebra sacra y quinta vertebra sacra (S1-S5), esta lesión afecta directamente a la función intestinal, de la vejiga y la disfunción sexual. Este tipo de lesión causa debilidad en caderas y piernas debido a que controla las señales de los muslos pies y piernas. (Federación Nacional ASPAYM, 2015)



*Figura 4.* Estructura de la Médula Espinal. Demuestra el tipo de lesión al que puede ser afectado. Tomado de: (Federación Nacional ASPAYM, 2015)

## Exámenes y medios de diagnóstico

El momento en el que se produce la lesión, el paciente deberá ser evaluado de manera minuciosa en el área de urgencias. Se debe realizar una examinación neurológica con la finalidad de identificar déficit evidentes, para esto se le indicara al paciente que mueva brazos, manos y piernas observando si se encuentra en la capacidad. Sin embargo si el paciente examinado refiere dolor y no se encuentra consiente se deberá realizar algunos exámenes como: (Kelly, 2018)

**Radiografías:** Es realizada en pacientes con traumatismo, con la finalidad de identificar problemas en vertebras, fracturas, y cambios degenerativos.

**Exploración por tomografía computarizada:** El objetivo de esta prueba diagnóstica es obtener una mejor visualización de las anomalías mediante imágenes transversales de los discos de la columna vertebral.

**Resonancia magnética:** Este examen usa un campo magnético produciendo ondas para observar la medula espinal para identificar coágulos sanguíneos.

### **2.3.1.18 Complicaciones**

Existen algunas complicaciones en pacientes con lesión medular tanto en la función sensitiva como en la autónoma: (Gomez, 2015)

**Sensitiva:** Pérdida de la sensación del tacto, dolor, sensibilidad termoalgésica e incapacidad de identificar la posición en la que se encuentre algún miembro del cuerpo.

**Autónomo:** Alteraciones al nivel vesical como; vejiga neurógena, intestino neurógeno ya que el sistema nervioso central no se encuentra en la capacidad de mantener las funciones del movimiento intestinal afectando el control del esfínter anal.

**Alteraciones de función Sexual,** ya que existe una gran inervación de los órganos sexuales por los segmentos toracolumbares y sacros de la medula espinal.

Hipotensión: Las personas con paraplejia presentan hipotensión como respuesta del sistema simpático alterado, produciendo vasoconstricción como mecanismo compensatorio a la estenosis venosa que existen en las extremidades inferiores.

Medición del Nivel de discapacidad

La escala de ASIA es utilizada como herramienta de valoración principalmente por los médicos especialistas, con la finalidad de determinar la gravedad de la discapacidad en el paciente.

ESCALA DE DISCAPACIDAD ASIA (American Spinal Injury Association)

Esta constituye los segmentos de función sensitiva y motora, ubicando por la parte superior del segmento más afectado. Una lesión puede tener más de un nivel motor y sensitivo afectado en un mismo hemicuerpo.

La escala de ASIA propone cinco niveles 5 categorías para clasificar el grado de la lesión.

Grado A (Lesión Completa): No existe preservación motora ni sensitiva a nivel de los segmentos sacros

Grado B (Lesión Incompleta): No existe lesión motora, pero si sensitiva por debajo de la lesión hasta el final de los segmentos (Sacros S3 y S4).

Grado C (Lesión Incompleta): Existe preservación sensitiva y parcial preservación motora. Los músculos no son lo suficientemente fuertes para moverse en contra de la gravedad.

Grado D (Lesión Incompleta); Sensibilidad normal, los músculos y las articulaciones se encuentran en la capacidad de moverse en contra de la gravedad.

Grado E (Normal): La función sensitiva y motora son normales.

(Federación Nacional ASPAYM, 2015)

### **2.3.1.19 Tratamiento**

El tratamiento de la paraplejia será a largo plazo el personal médico utilizará esteroides con la finalidad de disminuir la inflamación de la medula espinal. La cirugía puede ser aplicada según el cuadro clínico es decir para reparar las vértebras que no están en la posición correcta.

Dentro del tratamiento a largo plazo se puede diferenciar algunas fases como:

La rehabilitación: El personal médico y de enfermería deberá estar encargado de lograr que el paciente se sienta independiente de manera que se encuentre en la capacidad de saber usar su silla de ruedas, controlar vejiga e intestinos, realizar ejercicios que colaboren con la movilidad de las extremidades. Se deberá tomar en cuenta que el personal de salud deberá ayudar a superar las sensaciones de ira y frustración.

El tratamiento a largo plazo deberá incluir la prevención de complicaciones que ocurren en los pacientes debido a sus posiciones y al tiempo transcurrido desde la lesión como por ejemplo:

- Infección del tracto urinario.
- Evitar úlceras por presión, rigidez muscular y articular. (Gomez, 2015)

Protocolo de cuidado

Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

Controla las actividades elementales de la función física como: comer, moverse, asearse, o contener los esfínteres; evaluando la autonomía de la persona para realizarlas (Harrison, 2015)

Tabla 1

*Escala de Katz*

<b>Actividad</b>	<b>Independiente</b>	<b>Dependiente</b>
<b>Bañarse ( con esponja, ducha o bañera)</b>	Necesita ayuda para lavarse una sola parte ( como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.
<b>Vestirse</b>	Coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras ( se excluye atarse los zapatos )	No se viste solo o permanece parcialmente vestido
<b>Uso del retrete</b>	Accede al retrete, entre y sale de él se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa. ( Puede o no usar soportes mecánicos)	Precisa de ayuda para utilizar la cama o silla y no realiza uno o más desplazamientos
<b>Continencia</b>	Control completo de micción y defecación	Incontinencia urinaria o fecal total o parcial
<b>Alimentación</b>	Lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca ( Se excluye cortar carne, untar mantequilla o similar)	Precisa ayuda para la acción de alimentarse o necesita de alimentación enteral o parenteral

El resultado depende de la letra indicada

<b>INTERPRETACIÓN</b>	
<b>Índice de Katz</b>	
<b>A</b>	<b>Independencia en alimentación, continencia, movilidad, Uso del retrete, vestirse y bañarse.</b>
<b>B</b>	<b>Independencia para todas las funciones anteriores.</b>
<b>C</b>	<b>Independiente en todas las funciones excepto bañarse y una Función adicional.</b>
<b>D</b>	<b>Independiente en todas las funciones excepto bañarse, Vestirse y otra función adicional.</b>
<b>E</b>	<b>Independiente en todas las funciones excepto bañarse, Vestirse, uso del retrete y otra función adicional.</b>
<b>F</b>	<b>Independiente en todas las funciones excepto bañarse, Vestirse y otra función adicional.</b>
<b>G</b>	<b>Dependiente en las seis funciones.</b>
<b>H</b>	<b>Dependiente en al menos dos funciones, pero no Clasificable como D, C o F.</b>

Tomado de (Harrison, 2015)

Independiente significa sin supervisión o ayuda personal, también se toma en cuenta al paciente que se niega a realizar una función así se lo considere capaz.

Expectativas

El estilo de vida de las personas con paraplejia puede ser normal, con la ayuda de los avances de la ciencia y de la medicina, estos pacientes pueden llevar una vida adaptada a sus necesidades en cual pueden realizar todas las actividades necesarias sin tener que cohibirse de nada. También tendrán la posibilidad de recuperar algunas de sus facultades perdidas (Hockbeger, 2018)

Prevención

Existen algunas recomendaciones para reducir el riesgo de una lesión medular, las cuales podrán ser aplicadas dentro del diario de vivir de todas las personas sin importar el rango de edad en el que se encuentren.

Como por ejemplo:

- Manejar con seguridad, ya que el mayor porcentaje de lesiones medulares se produce en accidentes de tránsito.

- Tener cuidado con las armas de fuego.

- Establecer medidas que ayuden a prevenir caídas que puedan perjudicar y poner en riesgo de lesionarse.

- Utilizar equipo de protección al realizar actividades deportivas de fuerza.

(Hockbeger, 2018)

## Capítulo III

### 3.1 Diseño Metodológico

#### 3.1.1 Tipo de estudio

Este estudio es de tipo cuali-cuantitativo de investigación-acción, busca a través de la observación caracterizar a los pacientes parapléjicos, profesionales de enfermería, y al cuidado enfermero. El estudio será realizado en Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, con la participación de las enfermeras del servicio de Traumatología y Medicina Interna, que se encuentren desempeñando su trabajo y los pacientes con paraplejía hospitalizados en ese servicio. Se diseñará un plan de cuidado de enfermería y algoritmo para el paciente adulto parapléjico, basándose en el Modelo de Adaptación de Callista Roy y el algoritmo correspondiente.

#### 3.1.2 Población y muestra

La población está conformada por el personal laboral del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, la muestra es propositiva y se constituye de las enfermeras y enfermeros que laboran en el servicio de Traumatología y Medicina Interna del Hospital de la ciudad de Quito, se les aplicará una encuesta para establecer el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería y el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

El estudio se ubica en el período comprendido entre septiembre 2018 a febrero del año 2019.

#### 3.1.3 Técnica e Instrumento de Recolección de datos

Como técnica se utilizará la observación directa y en cuanto a instrumentos se utilizarán los siguientes:

- Cuestionario: El cuestionario se realizará al personal de enfermería que se encuentre en el área en la que se realiza el estudio, con la finalidad de recaudar la información necesaria sobre las actividades de enfermería que realicen con los pacientes parapléjicos y sobre los conocimientos generales acerca de la patología.



-Formato Caso Clínico: Para el plan de cuidados se realizará mediante las taxonomías NANDA, NOC y NIC, valorando de la manera adecuada, priorizando los problemas, planteándose los objetivos correctos y además realizando las actividades oportunas para satisfacer las necesidades de este tipo de pacientes.

#### **3.1.4 Criterios de inclusión.**

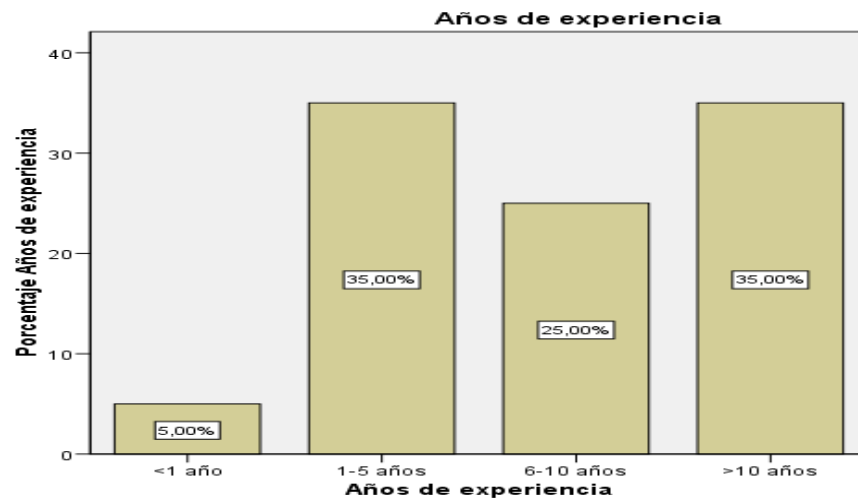
Los profesionales de enfermería que laboren en el área de hospitalización de la institución de salud que se encuentren en sus actividades normales Enfermeras y enfermeros que voluntariamente accedan a firmar la respectiva autorización para la aplicación del instrumento (formulario).

#### **3.1.5 Criterios de exclusión.**

Serán excluidos aquellos profesionales que al momento de la encuesta se encuentren de vacaciones o permiso en el momento de la aplicación de los formularios, estén realizando actividades de docencia, o que laboren en el área administrativa de la institución de salud

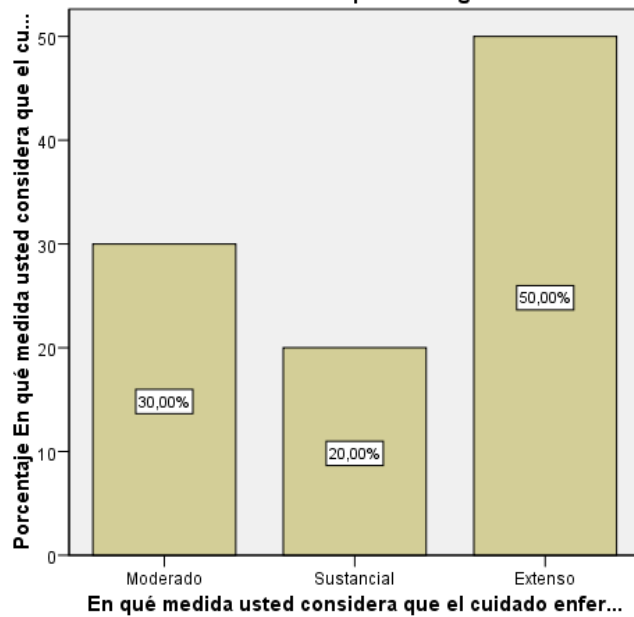
## CAPITULO IV

### 4.1 Resultados e Interpretación

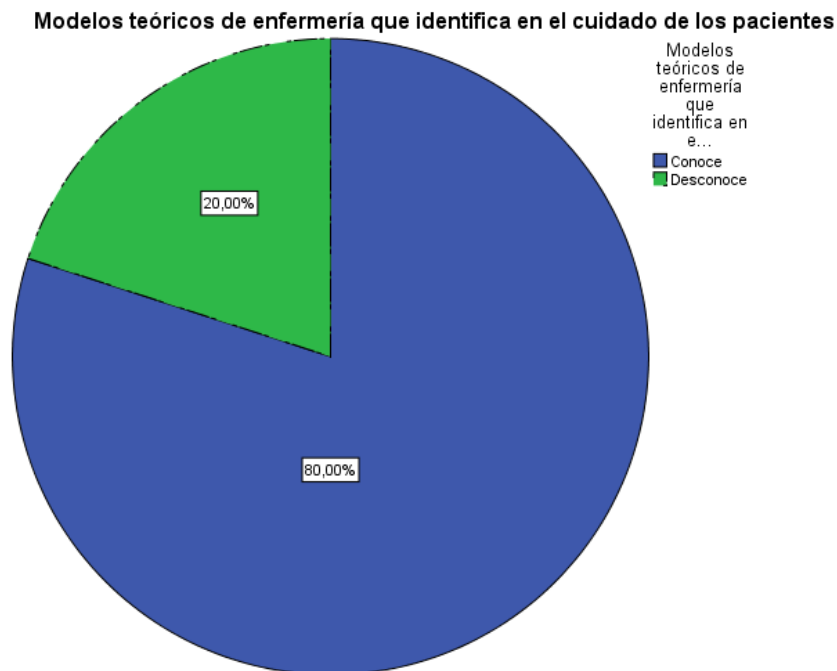


*Figura 5.* Años de Experiencia. Análisis: Se puede observar que existe en un 35% los años de experiencia entre 1 a 5 años y mayor a 10 años de experiencia. Tomado de Cuestionario.

En qué medida usted considera que el cuidado enfermero debe tener una base epistemológica



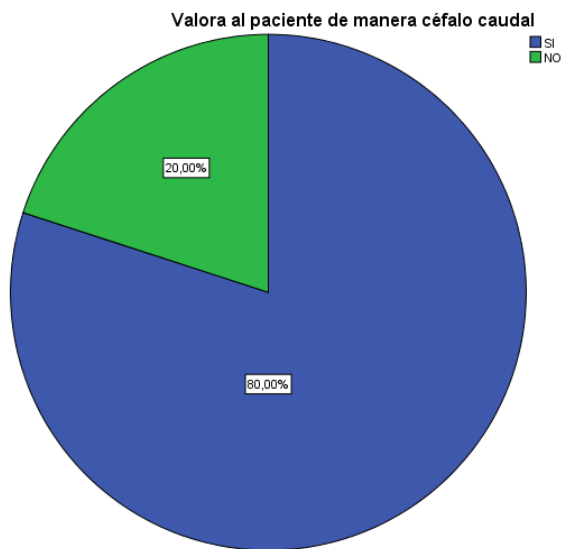
*Figura 6.* Importancia del cuidado enfermero con base epistemológica. Análisis: Se puede observar que prevalece en un 50% que debe existir en una medida extensa el cuidado enfermero relacionado con una base epistemológica. Tomado de Cuestionario.



*Figura 7.* Conocimiento de modelos teóricos de Enfermería. Análisis: Un 80% de la población de personal de Enfermería prevalece sobre el conocimiento sobre los modelos teóricos que influyen en el cuidado holístico; mientras que el 20% restante de la población desconocen totalmente sobre modelos teóricos. Tomado de Cuestionario.



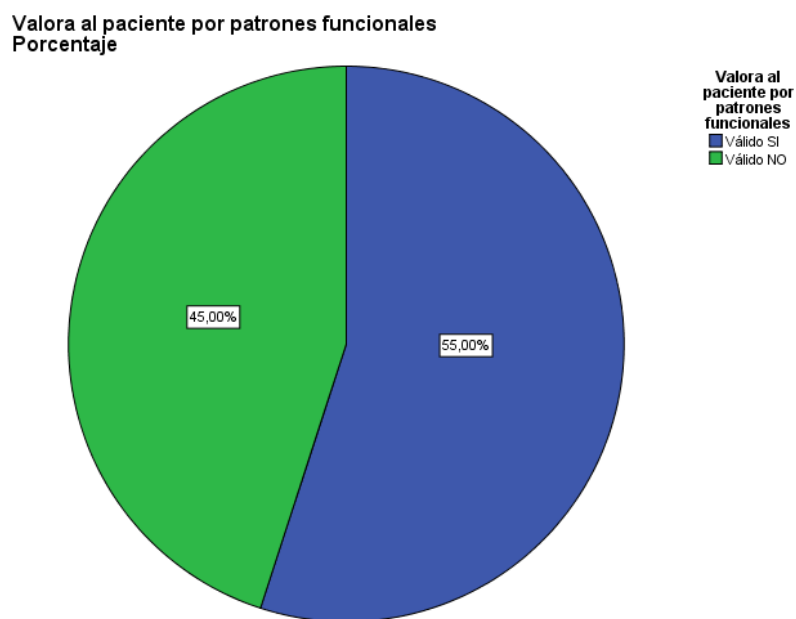
*Figura 8.* Aplicación del proceso de Enfermería en el servicio. Análisis: En un porcentaje del 65% prevalece que el personal de enfermería aplica el proceso de enfermería en el servicio donde labora. Tomado de Cuestionario.



*Figura 9.* Valoración céfalo caudal. Análisis: Un 80% de la población encuestada valora al paciente de manera céfalo caudal; mientras que el 20% del personal de enfermería no lo valora de esta manera. Tomado de Cuestionario.

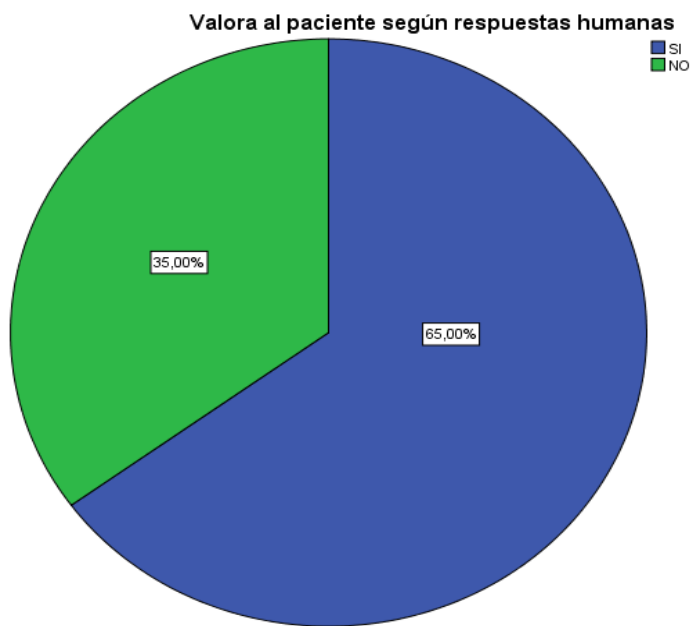


*Figura 10.* Valoración según necesidades. Análisis: Prevalece el 55% del personal de Enfermería encuestado respondió que valora al paciente según necesidades de Virginia Henderson; mientras que el otro 45% encuestado respondió que no utiliza este método de valoración. Toma de Cuestionario.

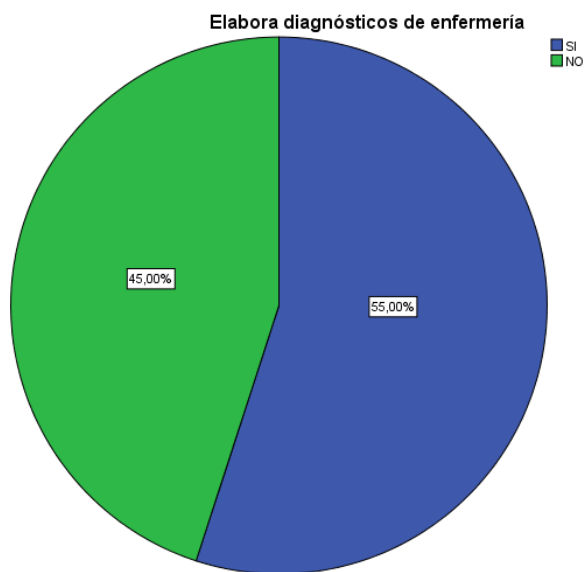


*Figura 11.* Valoración según necesidades. Análisis: Se puede apreciar que prevalece el 55% de las personas encuestadas al utilizar el método de valoración por patrones funcionales en los cuidados holísticos que brindan al paciente; mientras que el 45% no utiliza esta forma de valoración. Tomado de Cuestionario.

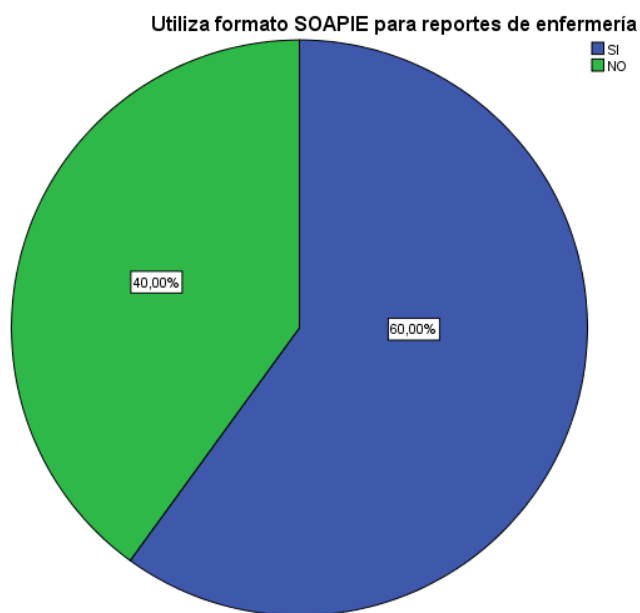




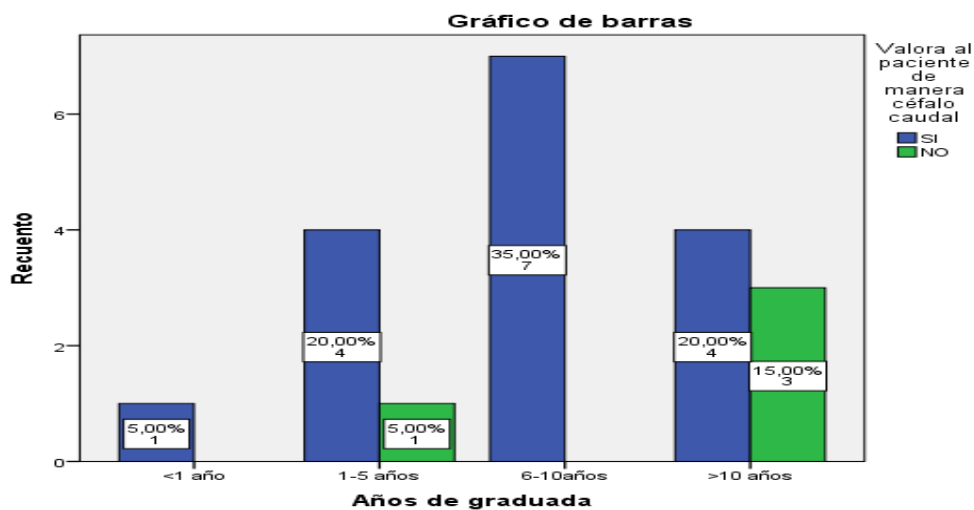
*Figura 12.* Valoración según respuestas humanas. Análisis: Se puede observar que el personal encuestado en un 65% respondió que si valora al paciente según respuestas humanas que presenten mediante su estadía en hospitalización. Tomado de Cuestionario.



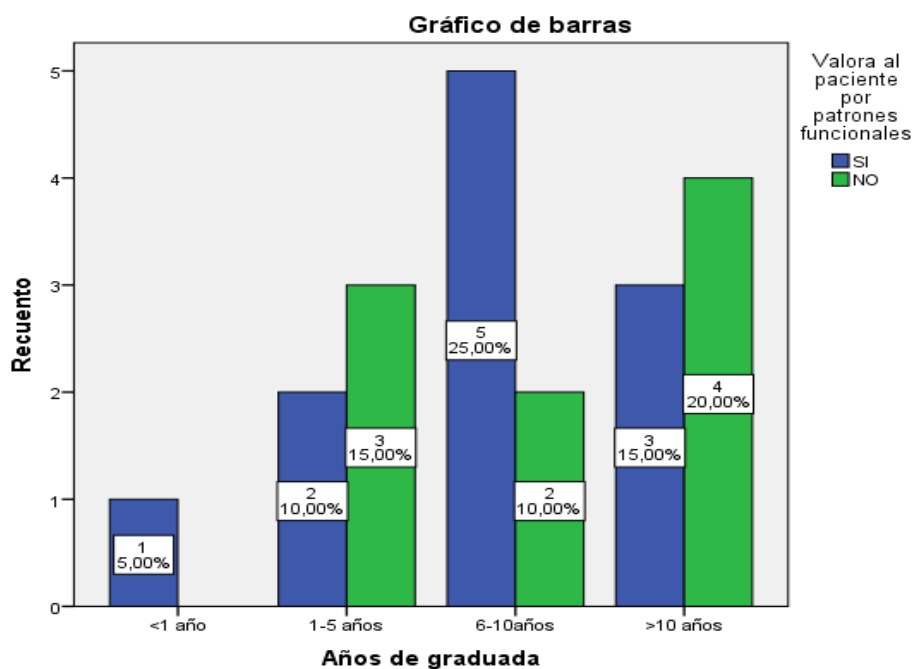
*Figura 13.* Elaboración de diagnósticos de enfermería. Análisis: En un porcentaje del 55% el personal de Enfermería encuestado, si elabora diagnósticos de enfermería; tomando en cuenta que la población restante no realiza diagnósticos de enfermería bajo los parámetros establecidos. Tomado de Cuestionario.



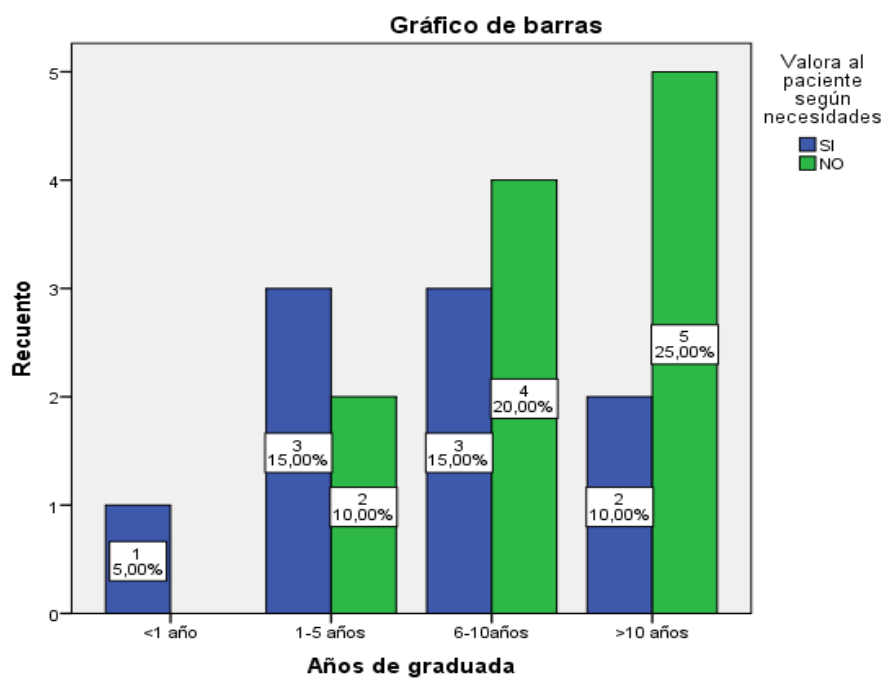
*Figura 14.* Utilización formato SOAPIE. Análisis: Se puede observar que el 60% de las personas encuestadas utilizan el formato SOAPIE con la finalidad de llevar a cabo su reporte de enfermería, donde intervienen datos subjetivos, objetivos, valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, actividades y evaluación, mientras que el 40% no utiliza este formato para reportar sus actividades. Tomado de Cuestionario.



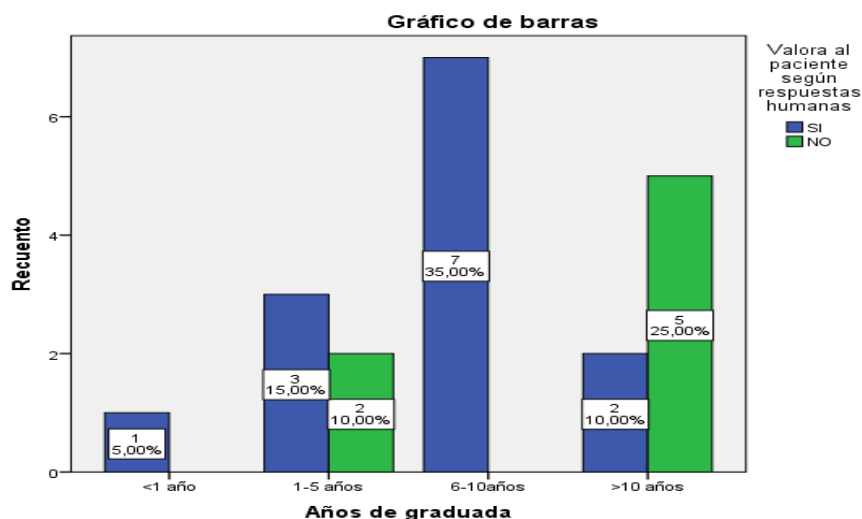
*Figura 15.* Relación: años de graduada/ valoración céfalo caudal. Análisis: Entre el rango de 6 a 10 años de experiencia laboral existe un 35% de porcentaje donde si valoran al paciente de manera céfalo caudal; mientras que por otro lado en experiencia laboral más de 10 años, el 15% no utiliza esta forma de valoración. Tomado de Cuestionario.



*Figura 16.* Relación: años de graduada/ valoración por patrones funcionales.  
 Análisis: Con un 25% entre el personal de enfermería que labora de 6-10 años si valora al paciente mediante patrones funcionales; mientras que el personal que labora más de 10 años, con un 20% no utiliza este método de valoración. Tomado de Cuestionario.



*Figura 17.* Relación años de graduada/ valoración según necesidades. Análisis: Con el 25% el personal de enfermería que labora más de 10 años en el campo del servicio asistencial de Enfermería respondió que no valora al paciente según necesidades de Virginia Henderson; mientras que con un 15% entre los rangos de 1-5 años y 6-10 años afirman que si utilizan este método de valoración. Tomado de Cuestionario.



*Figura 18.* Relación: años de graduada/ valoración según respuestas humanas. Análisis: El 35% de las personas encuestadas con referencia a los años de graduada de 6-10 años afirman que si valoran al paciente según respuestas humanas; mientras que el 25% de quienes laboran más de 10 años en servicio asistencial manifiestan no realizar este método de valoración. Tomado de Cuestionario.

## 4.2 Discusión

El conocimiento y la importancia de la valoración en pacientes parapléjicos básicamente está a cargo del personal de enfermería, ya sea, éste utilizado por diferentes métodos de valoración, según necesidades, según respuestas humanas, de manera cefalo caudal o ya sea por patrones funcionales, de manera que se obtenga y recolecte los datos necesarios para la elaboración de diagnósticos de enfermería y seguido de planificación e intervención de actividades de enfermería, por lo que, la función de enfermería cumple un rol importante en ayudar al individuo en su proceso de adaptación. Las intervenciones de enfermería están estrechamente relacionadas a incentivar a sus pacientes que padecen de esta condición y educarlos sobre que deben aprovechar sus capacidades residuales con la finalidad de retomar el control de su cuerpo y adaptarse ante estímulos internos y externos.

En comparación con otros estudios relacionados con el tema mencionan básicamente la importancia y el papel que cumple la enfermería en pacientes de este índole, por lo que, la valoración es base fundamental para brindar cuidados especializados dirigidos para brindar un estilo de vida y una buena salud.

Los resultados de la investigación conllevan a demostrar sobre la importancia y cuidado de Enfermería que se está ofreciendo a pacientes que no son capaces de movilizarse por sí mismo, sin embargo, ellos buscan adaptarse a su nuevo entorno cambiante, basándose en el modelo de adaptación de Callista Roy.



## CAPITULO V

### 5.1 Conclusiones

- Mediante los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento de esta investigación se identifica al personal que presta los cuidados de enfermería en el Hospital Eugenio Espejo tiene el conocimiento adecuado acerca del Proceso de Atención de Enfermería.
- La teoría de Callista Roy relacionada a la adaptabilidad del paciente en sus patologías en el Proceso de Atención de Enfermería y algoritmo que se propuso, desarrollará al personal de enfermería mayor conocimiento beneficiando al paciente y a la familia en mejorar su estilo de vida, con el fin de lograr que se aplique en el ejercicio de su profesión.
- La elaboración del Proceso de Atención de Enfermería y algoritmo de esta investigación en el primer paso que es la valoración contribuirá al personal de enfermería de esta institución estandarizando y mejorando la calidad de vida de los pacientes cuyas patologías son afectadas en sus funciones vitales.

### 5.2 Recomendaciones

- Capacitar y actualizar permanentemente el PAE de forma teórica y práctica a las enfermeras y enfermeros que laboran en el Hospital Eugenio Espejo.
- Controlar el uso del Proceso de Atención de Enfermería fundamentado en las bases teóricas de la profesión según Callista Roy, enfocar el valor científico de las actividades que realicen los profesionales de enfermería con calidad, calidez con alta efectividad y eficiencia.
- Implementar el lenguaje enfermero mediante guías, planes de cuidados, algoritmos y protocolos brindando una mejor atención al paciente, aplicando la teorizante de Callista Roy en el Proceso de Atención de Enfermería y algoritmo propuesto en esta investigación con el fin de poder evaluar futuros resultados, tanto en el paciente como en el personal de enfermería que utilice las herramientas.

## CAPÍTULO VI

### 6.1 Plan de cuidados

El plan de cuidados busca ser un proceso continuo y sistematizado de las acciones de la enfermería basándose en los problemas reales, atendiendo las necesidades y elaborando diagnósticos a partir de la identificación de problemas por medio de la valoración y recolección de datos con la finalidad de brindar cuidados y servicio de calidad en la atención sanitaria fortaleciendo el conocimiento científico en el ejercer de la enfermería.

Elaborado por:

PAMELA CAROLINA MERA ORTIZ

LUZ BELÉN MORENO ALBÁN

#### **Resumen**

Mediante la aplicación de un formato de valoración y el conocimiento obtenido por medio de la realización de encuestas al personal de Enfermería, se propone la estandarización de un formato de plan de cuidados, donde se aplique la obtención de problemas con la finalidad de formar diagnósticos de Enfermería, enlistando intervenciones de enfermería de forma que son priorizadas para facilitar la labor del personal de Enfermería y potenciar su aplicación en pacientes parapléjicos con la finalidad que el cuidado que brinda la Enfermería mejore su estadía en la hospitalización y calidad de vida.

#### **Introducción**

El paciente parapléjico por su condición asociada a su patología representa la identificación de varios problemas reales, de donde nacen los diagnósticos de enfermería que priorizan la atención especializada y holística con la finalidad de aportar un alivio en el vivir de día a día. La importancia de proponer un plan de cuidados estandarizado busca netamente brindar a la comunidad enfermera acciones de enfermería pertinentes hacia pacientes que presenten este tipo de

patología; por lo que, la identificación y priorización de problemas se obtendrá desde una valoración inicial y finalizará con la obtención de cuidados óptimos y continuos que ayudarán a prevenir complicaciones y brindar una asistencia holística.

Etapas del proceso de Atención de Enfermería en el Paciente Parapléjico

## 1. Valoración y Fase diagnóstica

- DOMINIO 1: Promoción de la salud.
  - Gestión ineficaz de la salud r/c demandas excesivas m/p dificultad con el régimen terapéutico.
  - Gestión ineficaz de la salud.
  - Gestión ineficaz de la salud familiar.
    - DOMINIO 2: Nutrición.
      - Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c mecanismos de regulación comprometidos.
        - DOMINIO 3: Eliminación e intercambio.

### CLASE 1: FUNCIÓN URINARIA

- Deterioro de la eliminación urinaria (00016).

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo motor manifestado por frecuencia.

### CLASE 2: FUNCIÓN GASTROINTESTINAL

- Estreñimiento (00011).

Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por incapacidad para eliminar heces.

- Incontinencia urinaria funcional.
- Riesgo de estreñimiento (00015)

Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente.

Incontinencia fecal R/C disminución general del tono muscular M/P incapacidad para retrasar la defecación.

### CLASE 4: RESPUESTA CARDIOVASCULAR / PULMONAR

- SUEÑO Trastorno del patrón del sueño.
- ACTIVIDAD Y EJERCICIO
- Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular M/P disminución de las habilidades motoras gruesas.
- Riesgo de síndrome de desuso.
- Deterioro de la movilidad en silla de ruedas.
- Deterioro de la movilidad física.
- Intolerancia a la actividad (00092)  
Intolerancia a la actividad relacionada con inmovilidad manifestado por discomfort por esfuerzo.
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228)
  - CLASE 5: AUTOCUIDADOS
  - Déficit de autocuidado: baño (00108)  
Déficit de autocuidado relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño.
  - Déficit de autocuidado: vestido (00109)  
Déficit de autocuidado vestido relacionado con deterioro neuromuscular incapacidad para usar dispositivos de ayuda.
  - Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)  
Déficit de autocuidado: uso del inodoro relacionado con deterioro neuromuscular, manifestado por incapacidad para llegar al inodoro.
  - Disposición para mejorar el autocuidado (00182).
    - DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN
    - CLASE 2: AUTOESTIMA
    - Baja autoestima crónica (00119).  
Baja autoestima crónica R/C adaptación ineficaz a la pérdida M/P conducta no asertiva, subestima su habilidad de gestionar su situación.

Trastorno de la imagen corporal R/C alteración de la función corporal M/P alteración de la estructura corporal, alteración del funcionamiento corporal, cambio en el estilo de vida.

#### CLASE 1: ROL DE CUIDADOR

- Cansancio del rol de cuidador (00061).  
Cansancio del rol de cuidador relacionado con cronicidad de la enfermedad.
- Deterioro de la interacción social.
- Disposición para mejorar los procesos familiares.
  - DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

#### CLASE 2: AFRONTAMIENTO

- Ansiedad (00146)  
Ansiedad relacionado con estado de salud manifestado por expresión de preocupaciones debido a cambios en acontecimientos vitales y disminución de movilidad física.
- Afrontamiento ineficaz (00069)  
Afrontamiento ineficaz relacionado con empleo de formas de afrontamiento que impiden la conducta adaptativa.
- Impotencia (00125)  
Impotencia relacionado con régimen de la enfermedad manifestado por dependencia de los demás.
  - DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES
- Sufrimiento moral
  - DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN

#### CLASE 2: LESIÓN FÍSICA

- Riesgo de caídas (00155).  
Riesgo de caída relacionado con uso de silla de ruedas.
- Riesgo de úlcera por presión (00249).  
Riesgo de úlcera por presión relacionado con uso de silla de ruedas.

- Deterioro de la integridad cutánea (00046). Deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos manifestado por lesión tisular.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047).  
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos.

– DOMINIO 12: CONFORT

CLASE 3: CONFORT SOCIAL

- Disconfort (00214).  
Disconfort relacionado con síntomas afines con su enfermedad manifestado por irritabilidad.
- Disposición para mejorar el confort (00183).  
Disposición para mejorar el confort manifestado por deseos para aumentar el confort.

## 2. Resultados NOC

Diagnósticos Enfermeros	NOC
Ansiedad relacionada con estado de salud manifestado por expresión de preocupaciones debido a cambios en acontecimientos vitales y disminución de movilidad física.	Dominio: Salud Psicosocial (III) Clase: Bienestar psicosocial (M) Resultado: Nivel de ansiedad (1211) Indicadores: - Desasosiego 121101 - Impaciencia 121102 - Inquietud 121105 - Tensión muscular 121106 - Irritabilidad 121108 - Ansiedad verbalizada 121117 - Preocupación exagerada por eventos vitales 121118 - Fatiga 121125
Gestión ineficaz de la salud r/c demandas	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV).

<p>excesivas m/p dificultad con el régimen terapéutico.</p>	<p>Clase: Conducta de salud (Q).  Resultado: 1631 Autocontrol: esclerosis múltiple.  Indicadores:  - Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta 163113  - Obtiene la medicación necesaria 163115  - Utiliza la medicación según prescripción 163116  Pág. 107</p>
<p>Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo motor manifestado por frecuencia.</p>	<p>Dominio: Salud fisiológica (II).  Clase: Eliminación (F).  Resultado: 0503 Eliminación urinaria.  Indicadores:  - Patrón de eliminación 050301  - Cantidad de orina 050303  - Incontinencia urinaria 050312  Pág. 323</p>
<p>Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por incapacidad para eliminar heces.</p>	<p>Dominio: Salud fisiológica (II).  Clase: Eliminación (F).  Resultado: 0501 Eliminación intestinal.  Indicadores:  - Patrón de eliminación 050101  - Cantidad de heces en relación con la dieta 050104  - Estreñimiento 050110  Pág. 322</p>
<p>Incontinencia fecal R/C disminución general del tono muscular M/P incapacidad para retrasar la defecación.</p>	<p>Dominio: Salud fisiológica (II).  Clase: Eliminación (F).  Resultado: 0500 Continencia intestinal.  Indicadores:  - Identifica la urgencia para defecar 050008</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estreñimiento 050005</li> <li>- Moja la ropa interior durante el día 050022</li> <li>- Moja la ropa interior o la ropa de cama durante la noche 050023</li> </ul> <p>Pág. 244</p>
<p>Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular M/P disminución de las habilidades motoras gruesas.</p>	<p>Dominio: Salud psicosocial (III). Clase: Adaptación psicosocial (N). Resultado: 1308 Adaptación a la discapacidad física. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se adapta a las limitaciones funcionales 130803</li> <li>- Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad 130804</li> <li>- Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida 130808</li> </ul> <p>Pág. 76</p>
<p>Intolerancia a la actividad relacionada con inmovilidad manifestado por discomfort por esfuerzo.</p>	<p>Dominio: Salud funcional (I). Clase: Mantenimiento de la energía (A). Resultado: 0001 Resistencia. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistencia muscular 000106</li> <li>- Agotamiento 000110</li> <li>- Letargia 000111</li> <li>- Fatiga 000118</li> </ul> <p>Pág. 479</p>
<p>Baja autoestima crónica R/C adaptación ineficaz a la pérdida M/P conducta no asertiva, subestima su habilidad de gestionar su situación.</p>	<p>Dominio: Salud psicosocial (III). Clase: Bienestar psicológico (M). Resultado: 1200 Imagen corporal. Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagen interna de sí mismo 120001</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de la parte corporal afectada 120003</li> <li>- Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar la función corporal 120018</li> <li>- Satisfacción con la función corporal 120006</li> <li>- Adaptación a cambios en la función corporal 120008</li> </ul> <p>Pág. 397</p>
Afrontamiento ineficaz relacionado con empleo de formas de afrontamiento que impiden la conducta adaptativa.	<p>Dominio: Salud psicosocial (III).</p> <p>Clase: Adaptación psicosocial</p> <p>Resultado: 1300 Aceptación: estado de salud.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce la realidad de la situación de salud 130008</li> <li>- Expresa autoestima positiva 130020</li> <li>- Se adapta al cambio en el estado de salud 130017</li> <li>- Afrontamiento de la situación de salud 130010</li> </ul> <p>Pág. 74</p>
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos manifestado por lesión tisular.	<p>Dominio: Salud fisiológica (II).</p> <p>Clase: Integridad tisular (L).</p> <p>Resultado: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilidad 110102</li> <li>- Hidratación 110104</li> <li>- Perfusión tisular 110111</li> <li>- Integridad de la piel 110113</li> </ul> <p>Pág. 401</p>
Disconfort relacionado con síntomas afines con su	<p>Dominio: Salud percibida (V).</p> <p>Clase: Salud y calidad de vida (U).</p> <p>Resultado: 2010 Estado de comodidad: física.</p>

enfermedad manifestado por irritabilidad.	Indicadores: - Control de síntomas 201001 - Bienestar físico 201002 - Relajación muscular 201003 - Posición cómoda 201004 - Acicalamiento e higiene personal 201006 Pág. 341
---	--

(Johson, 2012)

### 3. Intervenciones NIC

1. **Diagnóstico enfermero:** Ansiedad relacionada con estado de salud manifestado por expresión de preocupaciones debido a cambios en acontecimientos vitales y disminución de movilidad física.

**Campo:** 3 Conductual.

**Clase:** R Ayuda para el afrontamiento

**Código:** (5820)

**Intervención:** Disminución de la ansiedad.

- Orientar al paciente hacia un ambiente y enfoque sereno que brinde seguridad.
- Establecer de manera clara las expectativas del comportamiento del paciente.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante relacionado con la condición física que presenta.
- Proporcionar información objetiva y precisa relacionada con diagnóstico, rehabilitación, pronóstico y complicaciones.
- Asistir al paciente y permanecer con el mismo para la promoción de seguridad y reducir el miedo.
- Establecer actividades recreativas con la finalidad de reducir tensiones.
- Observar si hay o no existe signos verbales de ansiedad.

2. **Diagnóstico enfermero:** Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo motor manifestado por frecuencia.

**Campo:** 1 Fisiológico básico.

**Clase:** B Control de la eliminación.

**Código:** (0610)

**Intervención:** Cuidados de la incontinencia urinaria.

- Identificar las causas multifactoriales que producen la incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo pos miccional y medicamentos).
- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Monitorizar los hábitos intestinales.
- Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, patrón miccional según corresponda.
- Obtención de muestras de laboratorio para hemocultivo y antibiograma, de ser necesario.
- Limitar los líquidos de 2 a 3 horas antes de ir a la cama.

3. **Diagnóstico enfermero:** Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente manifestado por incapacidad para eliminar heces.

**Campo:** Fisiológico básico.

**Clase:** B Control de la eliminación.

**Código:** (0430)

**Intervención:** Control intestinal.

- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, forma, color, volumen, consistencia, según sea el caso.
- Monitorizar y verificar si existe disminución de los sonidos intestinales.
- Vigilar la incontinencia fecal, si fuese el caso.

- Educar al paciente sobre la dieta adecuada para lograr un ritmo intestinal adecuado.
- Administración de enemas y/o supositorios de glicerina, si fuese necesario.
- Indagar sobre la medicación que habitualmente toma por verificar si éste no tiene efectos adversos gastrointestinales.
- Verificar sobre la aparición de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos de intestinales agudos.

4. **Diagnóstico enfermero:** Incontinencia fecal R/C disminución general del tono muscular M/P incapacidad para retrasar la defecación.

**Campo:** Fisiológico básico

**Clase:** B Control de la eliminación.

**Código:** (0410)

**Intervención:** Cuidados de la incontinencia intestinal.

- Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
  - Determinar el inicio, tipo, frecuencia y todo tipo de cambio relacionado con los cambios presentes en la función intestinal y de la consistencia de las deposiciones.
  - Asesoramiento en dieta nutricional evitando que se consuma alimentos que produzcan diarrea.
  - Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal por su condición física.
  - Monitorizar que se produzca una evacuación intestinal adecuada.
  - Vigilar la zona perianal, mantenerla seca y limpia con cremas antihumedad, de manera que se evite complicaciones como la aparición de úlceras por presión.
  - Indagar sobre posibles efectos secundarios de medicación habitual.
  - Mantener y satisfacer las necesidades dietéticas y de líquidos.
- (Moorhed, 2012)

**5. Diagnóstico enfermero:** Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular M/P disminución de las habilidades motoras gruesas.

**Campo:** Fisiológico básico.

**Clase:** F Facilitación del autocuidado.

**Código:** (1805)

**Intervención:** Ayuda con el autocuidado: AIVD

- Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.
- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
- Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de vida adaptándola a su beneficio.
- Determinar las necesidades de mejoras en el hogar para contrarrestar las discapacidades.
- Conseguir herramientas de ayuda en las actividades cotidianas de la vida diaria.
- Proporcionar técnicas que fomenten las capacidades cognitivas.

**6. Diagnóstico enfermero:** Afrontamiento ineficaz relacionado con empleo de formas de afrontamiento que impiden la conducta adaptativa.

**Campo:** 3 Conductual.

**Clase:** R Ayuda para el afrontamiento.

**Código:** (5230)

**Intervención:** Mejorar el afrontamiento.

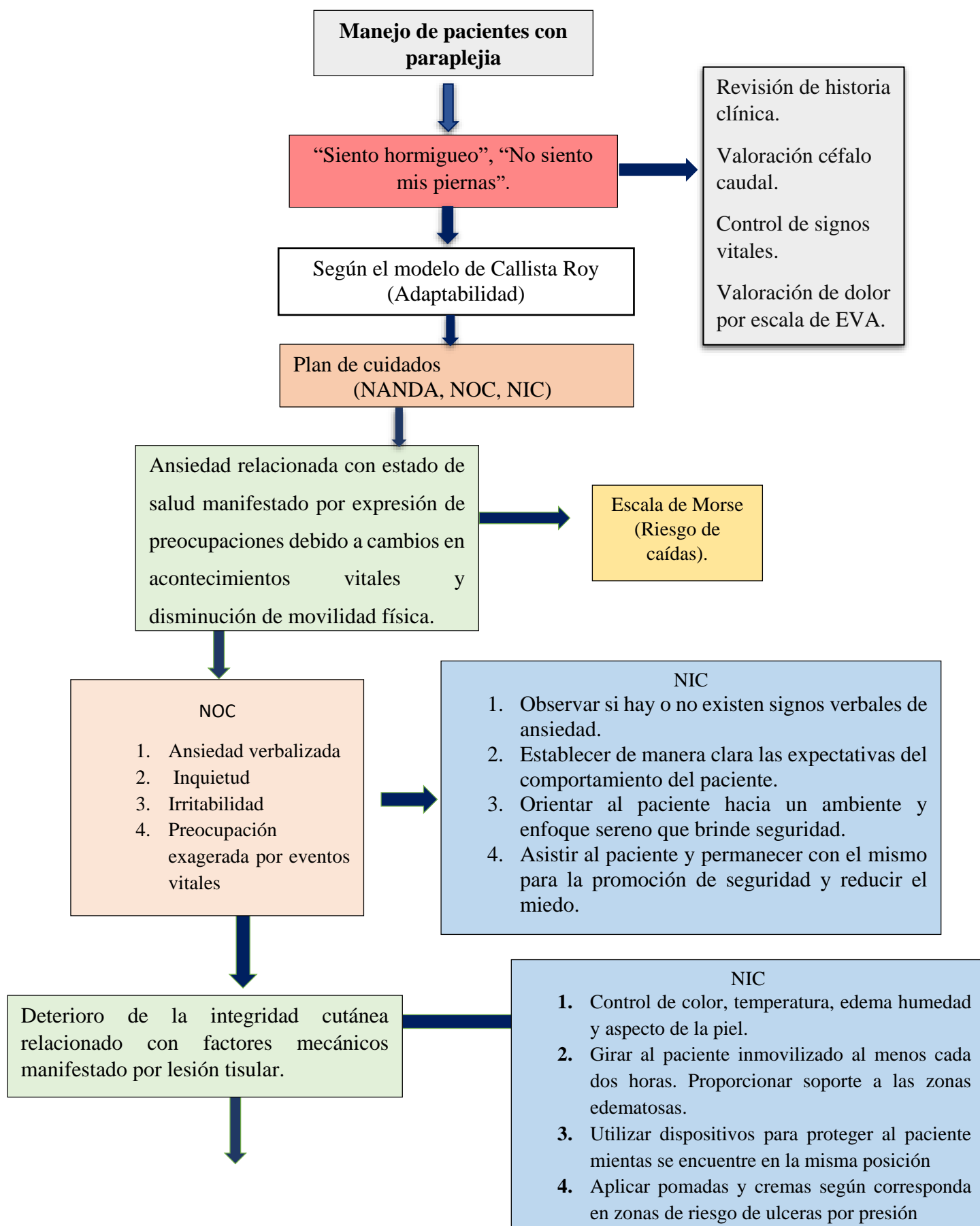
- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a resolver problemas de forma constructiva.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal y adaptación a su nueva condición.

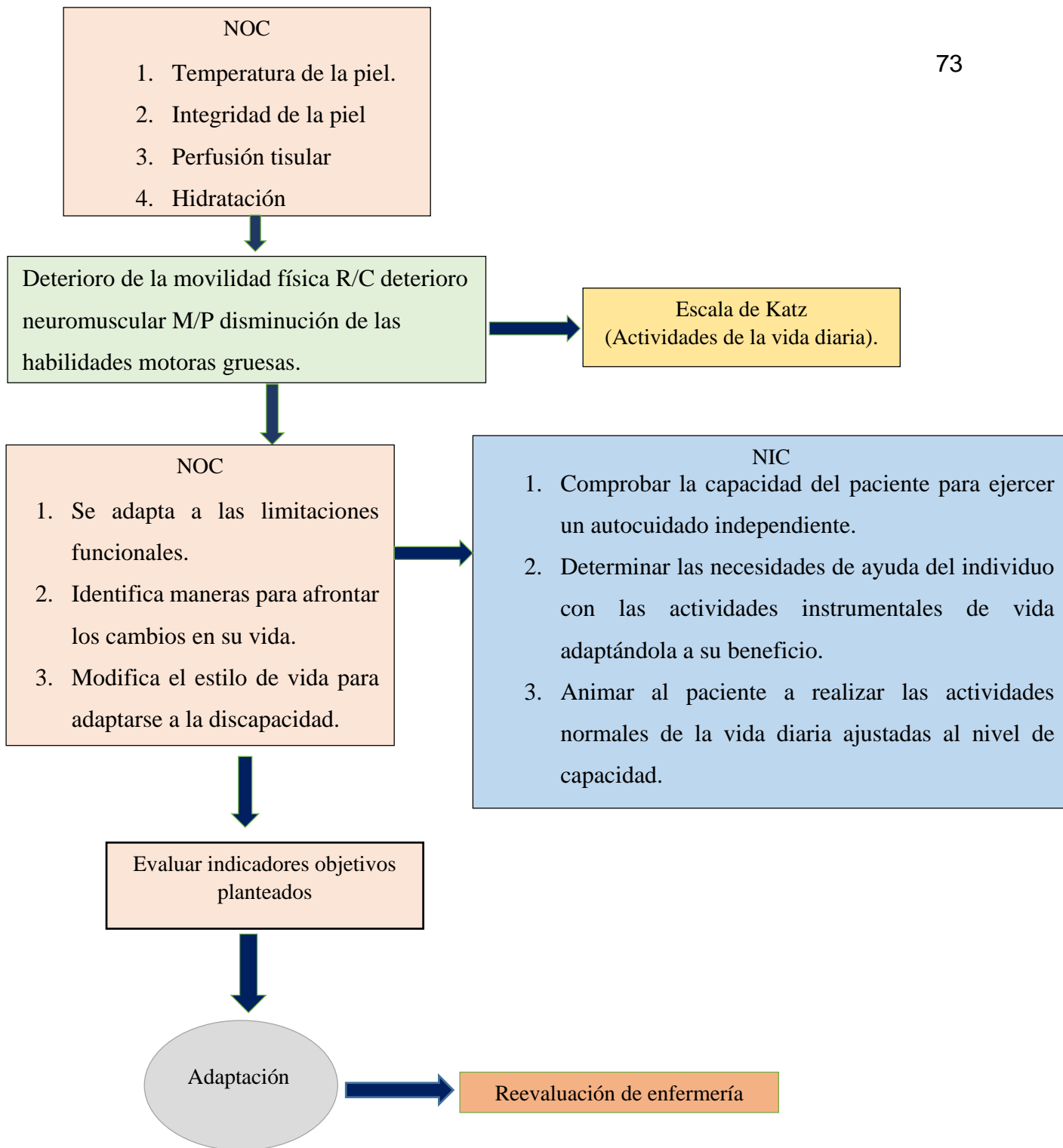
- Valorar la comprensión del paciente en cuanto al proceso de la patología.
- Proporcionar al paciente opciones realistas sobre su proceso de adaptación y cuidados óptimos para mejora en la calidad y estilo de vida.
- Brindar una actitud de esperanza para descartar los sentimientos de impotencia.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel

(Bulechek, 2012)

## 6.2 Algoritmo

### ALGORITMO EN PACIENTES CON LESIONES MEDULARES





**MANUAL DE IDENTIDAD VISUAL**

- Diagnósticos NANDA**
- Objetivos NOC**
- Actividades NIC**
- Escalas de valoración**



## REFERENCIAS

- Alligood, M., & Tomey, A. (2015). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: Elsevier.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (25 de Septiembre de 2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Obtenido de [https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley\\_organica\\_discapacidades.pdf](https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf)
- Bulechek, M. (2012). *Diagnosticos NANDA*. Barcelona: Elsevier .
- Comite de Soporte Vital del Trauma. (2016). Trauma Vertebral. En C. d. trauma, *PHATLS* (págs. 295-297). Estados Unidos de Norte America: Intersistemas.
- Consejo Nacional de Discapacidades . (2015). *CONADIS* . Obtenido de CONADIS : <file:///C:/Users/Bel/Downloads/Manual-atencion-discapacidades.pdf>
- Consejo Nacional de Discapacidades . (Junio de 2017). *CONADIS*. Obtenido de CONADIS: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/>
- Federación Nacional ASPAYM. (2015). *ASPAYM*. Obtenido de Federacion Nacional ASPAYM: [http://www.aspaym.org/pdf/publicaciones/LM\\_Aspaym\\_Media.pdf](http://www.aspaym.org/pdf/publicaciones/LM_Aspaym_Media.pdf)
- Gomez, M. A. (2015). Shock Neurogenico . En A. Navio, *Actualizacion del manejo del paciente en Shock*. España : Bubok.
- Harrison, F. (2015). Medicina Interna. En F. Harrison, *Medicina Interna*. España: McGraw-HillInteramericana.
- Hockbeger, A. K. (2018). Lesiones de la columan vertebral en adultos . *Up to date* .
- Instituto Nacional de Estadisticas y Censos . (2014). *INEC*. Obtenido de INEC: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Johson, M. (2012). *Objetivos NOC*. Barcelona: Elsevier.
- Kelly, C. (2018). Paraplejia y Cuadriplejia. *Uptodate*.
- Medical, S. (14 de Noviembre de 2017). *Cetrificados de discapacidad*. Obtenido de Sunrise Medical : <https://www.sunrisemedical.es/blog/certificado-de-discapacidad>
- Moorhed. (2012). *Intervenciones NIC*. Barcelona: Elsevier.

- Organización Mundial de la Salud . (16 de Enero de 2016). *Discapacidad*.  
Obtenido de OMS: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud . (16 de Enero de 2017). *OMS*. Obtenido de  
OMS: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de Noviembre de 2013). *Lesiones Medulares*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
- Organización Mundial de la Salud. (16 de Enero de 2016). *Discapacidad*.  
Obtenido de OMS: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (03 de Diciembre de 2014). *OMS*. Obtenido de  
OMS: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/spinal-cord-injury-20131202/es/>
- Perez, A. (03 de Diciembre de 2017). Personas con discapacidad cuentan con  
mas derechos . *El telegrafo* .
- Roy, C., & Andrews, H. (1999). *Roy Adaptation Model*. Connecticut: Stanford.
- Strassburguer, K. (2015). Lesion Medular . En K. Strassburguer, *Lesion Medular*  
. Madrid : ASPAYM.

## **ANEXOS**

## ANEXOS

## Anexo I: Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Años de experiencia	Conjunto de conocimientos y actitudes que un individuo o grupo de personas ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en el transcurso de tiempo determinado.	Tiempo	Porcentaje de años de experiencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 1 año</li> <li>• Entre 2 y 5 años</li> <li>• Entre 5 y 10 años</li> <li>• Entre 11 a 15 años</li> <li>• A más de 16 años</li> </ul>
Estudios Complementarios	Estudios de especialización que realizan tras la graduación	Educativo	Porcentaje de profesionales con estudios complementarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PHD</li> <li>• Maestría</li> <li>• Especialización</li> <li>• Diplomados</li> <li>• Ninguno</li> </ul>

	en una carrera universitaria .			
Tiempo de trabajo	Tiempo en el que ejerce su profesión de enfermería en el servicio elegido.	Tiempo	Porcentaje de años de tiempo de trabajo en el servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 1 año</li> <li>• Entre 2 y 5 años</li> <li>• Entre 5 y 10 años</li> <li>• Entre 11 a 15 años</li> <li>• A más de 16 años</li> </ul>
Aplicación de Proceso de Atención de Enfermería	Es el proceso intelectual, deliberado estructurado por una serie de etapas ordenadas lógicamente empleado para planificar cuidados de calidad personalizado consiguiend	Valoración	Porcentaje de profesionales que aplican el proceso de Atención de Enfermería en pacientes parapléjicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe</li> <li>• Aplica</li> <li>• Dificultades</li> <li>• Desactualizado</li> </ul>

	o el mejor bienestar del sujeto de atención.			
		Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li> <li>• Taxonomía NANDA</li> <li>• Aplica</li> <li>• Priorización de problemas</li> </ul>	ESCALA DE LIKERT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
		NOC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li> <li>• Aplica</li> <li>• Taxonomía</li> <li>• NOC frecuentes</li> </ul>	ESCALA DE LIKERT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
		NIC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplica</li> <li>• Intervenciones frecuentes</li> <li>• Fundamento científico</li> </ul>	ESCALA DE LIKERT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
		Plan de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento o etapas de PAE.</li> <li>• Aplica</li> <li>• Patrones funcionales</li> <li>• Ejecución</li> </ul>	ESCALA DE LIKERT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación</li> </ul>	
Modelo Teórico Callista Roy ( Teoría de adaptación )	Modelos de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, contenido por cinco elementos esenciales: paciente, meta, salud, entorno y dirección de las actividades.	Modelo teórico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li> <li>• Teoría</li> <li>• Elementos esenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• Desconoce</li> <li>• Preguntas de opción múltiple.</li> </ul>
		Aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia</li> <li>• Aplicabilidad</li> </ul>	<p>ESCALA DE LIKERT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
Patología - Paraplejía	Parálisis de la mitad inferior del cuerpo que se debe a una lesión nerviosa en el cerebro o en la médula espinal.	Incidencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de casos con paraplejía.</li> <li>• Género</li> <li>• Edad</li> </ul>	<p>ESCALA DE LIKERT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> <li>• Masculino / Femenino</li> <li>• Menores de 22 años</li> <li>• Entre 23 a 30 años</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 31 y 40 años</li> <li>• Más de 40 años</li> </ul>
		Patología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li> <li>• Signo y síntomas</li> <li>• Escala de Katz</li> </ul>	ESCALA DE LIKERT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
		Problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones</li> </ul>	ESCALA DE LIKERT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>
		Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones</li> <li>• Tratamiento</li> </ul>	ESCALA DE LIKERT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A veces</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Nunca</li> </ul>



Anexo II: Consentimiento Informado

**Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación  
Plan de Cuidados y algoritmo para la atención de Enfermería a pacientes  
parapléjicos desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy en Hospital  
de Especialidades Eugenio Espejo, de agosto 2018 a febrero 2019**

**Dirigido a personal de enfermería del Hospital de Especialidades Eugenio  
Espejo.**

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación “Plan de Cuidados y algoritmo para la atención de Enfermería a pacientes parapléjicos desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy”, trabajo de investigación perteneciente estudiantes de Enfermería de la Universidad de las Américas.

Dicho Proyecto tiene como objetivo principal, Diseñar el plan de cuidados y el algoritmo para la atención de enfermería a pacientes parapléjicos mediante la estandarización de un formato de valoración.

En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado para realizar una encuesta que aporte con la información necesaria.

Entrevista para validar el conocimiento y aplicación de modelos teóricos y proceso de enfermería

1.- Servicio que trabaja

2.- Años de experiencia

<1 año

1 5 años

5 – 10 años

>10 años

3.- Nivel académico

Internos de Enfermería

Licenciada en Enfermería

Especialista de Enfermería

Magister en Enfermería

4.- Años de graduada

<5años

>5 años

5.- Como considera que el cuidado enfermero tenga una base epistemológica estableciendo un modelo y una teoría para la atención de sus pacientes

Necesario

Poco necesario

Innecesario

6.- Escriba los modelos teóricos con los que se identifica el cuidado de sus pacientes

1. -----

2. -----

3. -----

7.- Aplica el proceso de enfermería en su unidad hospitalaria

Aplicación del proceso de atención de enfermería	Totalmente	Parcialmente	Nunca
--	------------	--------------	-------

Aplica el PAE en su servicio			
Existen formatos para registrar la valoración de enfermería			
Utiliza la valoración para elaborar el PAE de su paciente			
En la valoración utiliza datos objetivos			
Analiza e interpreta medios de diagnósticos y exámenes de laboratorio			
Realiza la valoración de enfermería a los pacientes al ingreso			
Realiza la valoración de enfermería en cada turno			
Prioriza los problemas encontrados en la valoración			

Elabora diagnósticos de enfermería			
Elabora resultados de enfermería para los problemas encontrados			
Planifica el cuidado con intervenciones y actividades			
Utiliza un formato para elaborar un plan de cuidados			
Utiliza el formato SOAPIE para los reportes de enfermería			

## Anexo III: Formato de valoración



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA  
DE ENFERMERÍA

GUIA DE VALORACION PARA EL PACIENTE ADULTO

ELABORADO POR: Msc. ROSA LOPEZ RUALES

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

NOMBRE..... SEXO..... EDAD..... FECHA DE  
NACIMIENTO..... ESTADO CIVIL.....  
ESCOLARIDAD..... FECHA DE INGRESO..... SERVICIO..... CAMA.....  
HCL..... ETNIA.....  
PROCEDENCIA: URBANA ( ) RURAL ( ) RESIDENCIA..... ENFERMEDAD  
ACTUAL..... DIAGNOSTICO  
DE INGRESO..... RAZONES PARA  
EL INGRESO.....  
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS  
ENFERMEDAD..... INICIO DE LA  
ANTECEDENTES QUIRURGICOS  
DIAGNOSTICO  
ACTUAL..... TRATAMIENTO  
ACTUAL.....

DOMINIO: PROMOCION DE LA SALUD

CLASES: TOMA DE CONCIENCIA Y MANEJO DE LA SALUD.

Que realiza para mantener su salud:

FARMACOLOGICO  SI  NO EJERCICIO  SI  NO DIETA  SI  NO  
CONSUMO: ALCOHOL  SI  NO DROGAS  SI  NO  
Desde cuando..... Con que frecuencia..... Conocimiento del daño que  
ocasiona..... Como es el entorno donde  
vive..... Como es el entorno donde  
trabajo..... Convive con algún  
animal.....

Problemas.....

**DIAGNOSTICO ENFERMERO**

**DOMINIO 2 NUTRICION**

**CLASES: ingestión, digestión absorción, metabolismo e hidratación**

Tipo de dieta habitual..... Intolerancia alimentaria

Talla..... Peso.....  SI  NO  IMC

Bajopeso(-20) Normopeso(20-25) Sobrepeso (25-30)  
 Obesidad (+30) Alteración del

apetito  
 Aumentado  SI  NO  Disminuido

Desde..... Lo atribuye a..... Dificultad para masticar

Causas..... Dieta prescrita:  
 Absoluta  Oral  SI  NO  Enteral  Parenteral

Tipo de sonda..... Fecha de colocación..... Dificultad para deglutir

Sólido Líquidos  desde  Vómito/nauseas:  
 SI  NO  desde  Piel y mucosas:  Hidratadas

SI  NO Secas Edemas

PROBLEMAS.....

Diagnóstico de enfermería.....

**Clase 1 Sistema Urinario**

Características de la orina: Color:..... Olor:..... Cantidad \_\_\_\_\_ en 24 horas.  
 Hábitos de eliminación urinaria:..... Medidas para facilitar la micción:.....  
**Presencia de:**  
 Sensación de urgencia..... Disuria ..... Polaquiuria ..... Nicturia.....  
 Incontinencia urinaria..... Total ..... Nocturna.....

PROBLEMAS.....  
 DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**Clase 2 Sistema Gastrointestinal**

Características de las evacuaciones. Olor:..... Color:..... Consistencia:..... Hábitos de eliminación intestinal:..... cada ..... días  
 Utiliza laxantes  SI  NO Especificar.....  
**Presencia de:**  
 Peristaltismo..... Distensión abdominal..... Incontinencia..... Flatulencia..... Dolor al evacuar..... Hemorroides..... Ostomías.....  
 Fisuras..... Halitosis.....  
 Debilidad de los músculos abdominales:..... Hábitos alimenticios:.....  
 Males

PROBLEMAS.....  
 DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**Clase 3 Sistema Tegumentario**

Temperatura:..... Pérdidas insensibles (sudoración):.....

**Clase 4 Sistema Pulmonar Presencia de: Rinorrea**

Función respiratoria  BUENA  MALA  
 Secreción pulmonar:  SI  NO  SI  NO

PROBLEMAS.....  
 DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO**

**Clase 1 Reposo y sueño**

Cuántas horas duerme al día:..... Tiempo que tarda en conciliar el sueño:..... Despierta durante el sueño:..... Frecuencia:..... Como se encuentra al despertar:..... Acostumbra tomar algún método para conciliar el sueño \_

Factores interrumpan su descanso y sueño:.....

PROBLEMAS.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**Clase 2 Actividad / ejercicio**

Hábitos de actividad y Ejercicio: ..... Realiza algún ejercicio recreativas:  
 ..... Limitaciones para el movimiento:  
 ..... Actividades que realiza para su auto  
 cuidado:..... Presencia de reflejos:  
 ..... Cuales:.....

PROBLEMAS.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**Clase 3 Equilibrio de la energía Presencia**

de:

Disnea		Estertores		Arritmias		Cianosis		Fatiga		Espasmos	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

PROBLEMAS.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**Clase 4 Respuestas**

**Cardiovasculares / respiratorias**

Características	Cifras
Frecuencia cardiaca	
Frecuencia respiratoria	
Pulso	
Llenado capilar	
Tensión arterial	
Pulsos periféricos	

PROBLEMAS.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**DOMINIO DE PERCEPCIÓN / COGNICIÓN**

Nivel de conciencia: *[Handwritten notes]*



<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Estuporoso	<input type="checkbox"/> Coma
Orientado/a del pensamiento <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	(ideas delirantes) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Alteraciones de la memoria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Espacio Contenido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
plazo <input type="checkbox"/> Largo plazo <input type="checkbox"/> Dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Personas <input type="checkbox"/> Tiempo <input type="checkbox"/> Alteraciones de la memoria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Traqueostomía <input type="checkbox"/> Otro idioma <input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/>	
Hablar <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/>			
Prótesis sensoriales (especificar) .....		Dificultades para el aprendizaje (especificar) .....	

PROBLEMAS.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**DOMINIO AUTOPERCEPCIÓN**

Estado de ánimo / emocional al ingreso:

<input checked="" type="checkbox"/> Tranquilo	<input type="checkbox"/> Preocupado	<input type="checkbox"/> Ansioso
<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Apático	<input type="checkbox"/> Irritable

Normalmente logra lo que se propone  SI  NO

Se infravalora  SI  NO      Normal  SI  NO      Se supervalora  SI  NO

Ha habido y/o se prevén cambios en su cuerpo  SI  NO      Especificar.....

PROBLEMAS.....

DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**DOMINIO ROL RELACIONES**

Con quién vive.....      Personas a su cargo.....      Situación laboral.....

Cuidador principal.....

Coherencia entre actitud cronológica:

Edad		Sexo		Peso		Talla		Crecimiento y desarrollo		Escolaridad		Comportamiento	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

PROBLEMAS.....  
 DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

<input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Menarquia	
Días por ciclo	
FUM	
Practica algún método de Planificación familiar - ¿Cuál?	
Fecha de la última toma de Papanicolaou	
Autoexploración de mamas	
No. de Embarazos	
Partos / Cesáreas	
No. de hijos	
Presencia de dismenorrea	

Hombre	
Desarrollo de los genitales externos	
Pubarquia	
Cambios en el timbre de voz	
Prácticas sexuales	
Problemas de identidad sexual	

PROBLEMAS.....  
 DIAGNOSTICO ENFERMERO.....

**DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

SI	NO
----	----

--	--

Expresa sentimientos/observa signos de preocupación por su situación Ansiedad Temor

Lo atribuye a.....

--

**Clase 1 Respuesta postraumática**

Reacciones tras un trauma físico o psicológico

Falta de atención		Agresión		Alteración del estado de humor		Hipervigilancia		Vergüenza		Temor	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Negatividad		Desesperanza		Culpa							
SI	NO	SI	NO	SI	NO						

**Respuesta Física:**

Deterioro funcional		Dermatitis		Trastorno del sueño		Cambio del rol social		Cansancio	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

**Clase 2 Respuestas de Afrontamiento**

Afrontamiento:	Inefectivo	
	Defensivo	
	Inadaptación	
	Duelo	
	Negación	
	Ansiedad	

Familiar: Aceptación familiar

SI	NO

Integración familiar

SI	NO

**Clase 3 Estrés neuro comportamental**

Presencia de:

Cefalea		Irritabilidad		Enrojecido		Temblores		Movimientos exagerados		Contracciones		Movimientos descoordinados		Bradicardia		
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Sabor metálico en la boca		Taquicardia		Escalofríos		Arritmias		Bradipnea		Taquipnea		Apnea		Color		
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Pálido	Cianótico	Moteado

Problemas:.....

**DIAGNOSTICO ENFERMERO**

.....

¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta durante su hospitalización

Especificar.....

SI	NO
----	----

Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su enfermedad	
Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su tratamiento	
Relaciona su enfermedad con alguna creencia	

Problemas:.....

**DIAGNOSTICO ENFERMERO**

Procedimientos invasivos

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sondavesical

Tipo.....

Fecha de colocación..... Viavenosa

Herida quirúrgica

Drenaje

**ESCALA DE NORTON**

Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntaje
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIO O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIO Y FECAL	1

**CLASIFICACION DEL RIESGO:**

PUNTUACION DE 5 A 9..... RIESGO MUY ALTO

PUNTUACION DE 10 A 12..... RIESGO ALTO

PUNTUACION DE 13 A 14..... RIESGO MEDIO

PUNTUACION MAYOR A 14..... RIESGO MINIMO

EVALUACION DE PACIENTE

- Piel íntegra Especificar tipo / No de lesión / úlcera.....

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Riesgo de caída

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemas:.....

**DIAGNOSTICO ENFERMERO**

.....



Problemas:.....

**DIAGNOSTICO ENFERMERO**

.....

**DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Clase 1 Crecimiento Peso  Talla  Edad

Congruencia entre edad, peso y talla		Desnutrición		Aumento/ pérdida de peso		Anemia		Trastornos congénitos o genéticos		Obesidad	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades crónicas		Prematuridad		Anorexia							
SI	NO	SI	NO	SI	NO						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**Clase 2 Desarrollo**

Alteración del crecimiento físico  SI  No

Retraso o dificultad para realizar las actividades:

Motoras  Sociales  Expresivas

Incapacidad para realizar las actividades de autoquidado: SI  No

Incapacidad para realizar actividades de autocontrol propias de su edad: SI  No

Estado Nutricional:

Normal \_\_\_\_\_ % Leve \_\_\_\_\_ % Moderado \_\_\_\_\_ % Severo \_\_\_\_\_ %

**Presencia de:**

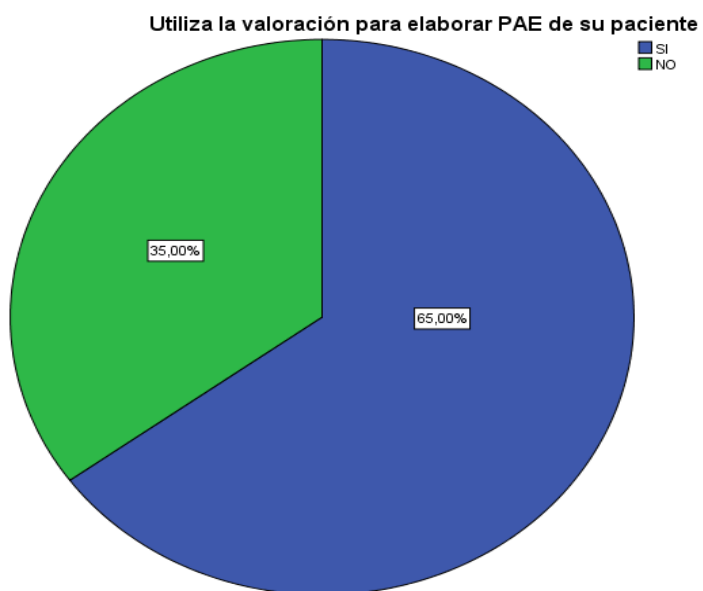
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malos tratos Pobreza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad
--------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	------------

Problemas:.....

**DIAGNOSTICO ENFERMERO**

**Anexo IV**

Figura 19

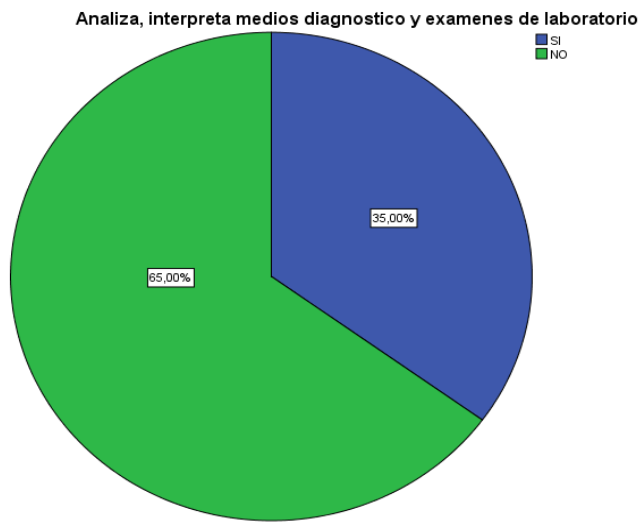
*Valoración para elaborar PAE*

Nota: Tomado de Cuestionario



Figura 20

*Interpreta medios de diagnóstico, datos de laboratorio*



Nota: Tomado Cuestionario.

Figura 21

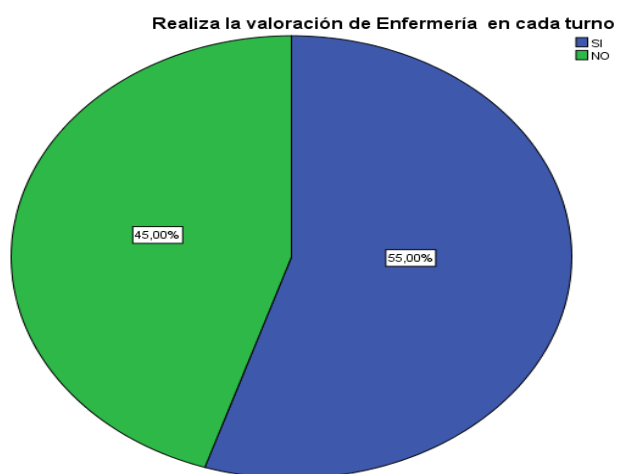
Valoración de pacientes al ingreso



Nota: Tomado de Cuestionario

Figura 22

*Valoración de enfermería en cada turno*



Nota: Tomado Cuestionario

Figura 23

*Priorización de problemas encontrados*

Nota: Tomado de Cuestionario.

Figura 24

*Formatos para registro de valoración de enfermería*

Nota: Tomado de Cuestionario

Figura 25

*Formato para elaborar plan de cuidados*

Nota: Tomado de Cuestionario.

## Anexo V

## Certificado de aprobación

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO



Quito, 04 de enero de 2019

**CERTIFICADO**

Por la presente certifico que los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas con la supervisión de las docentes de la Carrera: Msc. Rosa López y Esp. Verónica Castro y la supervisión de Msc. Nelly Bastidas Moreno como Coordinadora de las IV Jornadas de Actualización en Enfermería, el día 14 de noviembre de 2018 aplicaron una encuesta sobre la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, así como, participaron en el taller de validación de un instrumento para valorar al paciente a través de la taxonomía NANDA, NOC, NIC a los y los profesionales de Enfermería del Hospital Eugenio Espejo.

Los estudiantes que realizaron esta actividad como parte de su proyecto de tesis son los siguientes:

Blanca Isabel Pillajo Cholango, Bryan Chicaiza Anangono, Carla Becerra Punguil, Carmen Carrera Landeta, Cecilia Carrión Carrión, Cynthia Jiménez Chiles, Daniela Castro Salazar, Evelyn Montero Agualema, Gabriela Parra Martínez, Jazmín Gualoto Andrango, Carla Changoluisa Paredes, Carla Pozo Rosero, Luz Belén Moreno Albán, Pamela Mera Ortiz, Yesenia Cando Saquina, Yomaira González Benavides.  
Es todo cuanto puedo certificar.

Atentamente,

*Lic. Nelly Bastidas M.*  
ENFERMERÍA  
COORDINADORA

Lic. Nelly Bastidas M.  
Líder de Enfermería  
Neurología Clínica

