

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería



Trabajo de Suficiencia Profesional

Título: PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR DE LA CLINICA CHENET 2022.

Para optar: El título profesional de Licenciada en Enfermería

Autor: Bach. En Enfermería Raquel Sara Aquino Cano

Asesor: Mg. Gutiérrez Belsuzarri Marisol

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o institución de investigación: Clínica Especializada “Chenet”

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado primeramente a Dios por darme la vida y salud.

A mis padres y hermanos por ser mi soporte y base fundamental de mi vida.

Quiero dedicar a mi abuela Seferina que ya no está conmigo, pero siempre está presente en mí, por guiarme y mostrarme lo bonito de la vida.

.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por guiar cada uno de nuestros pasos, llenarnos de muchas bendiciones a pesar de los obstáculos y dificultades y por haber puesto en nuestros caminos a personas que han sido nuestro soporte y compañía durante estos años de vida.

Agradezco a mis padres y hermanos que fueron un apoyo incondicional.

A nuestra alma mater, UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES, gran casa de estudios por la sabia conducción de nuestros pasos por el camino de la profesionalización.

Agradezco a mi asesora Mg. Marisol Gutiérrez Belsuzarri por su apoyo y profesionalismo para concluir este trabajo.

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titula do:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO VERTEBRAL MEDULAR DE LA CLINICA CHENET 2022

Cuyo autor (es) : **AQUINO CANO RAQUEL SARA**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ENFERMERIA**
Asesor (a) : **MG. GUTIERREZ BELSUZARRY MARISOL**

Que fue presentado con fecha: 27/02/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 27/02/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 11%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 27 de febrero de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud

P.D. EDITH ANCO GOMEZ
DIRECCION DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION

CONSTANCIA N° 04 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/jdp

CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
CONTENIDO	4
CONTENIDO DE TABLAS	7
RESUMEN	8
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 DIAGNÓSTICO DE LA SALUD GENERAL	12
1.3 OBJETIVOS:	12
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
II. MARCO TEÓRICO	13
2.2 BASES TEÓRICAS	15
2.2.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	15
2.2.2 TRAUMATISMO VERTEBROMEDULAR.....	17
2.2.2.1 FISIOPATOLOGIA.....	17
2.2.2.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	18
2.2.2.3 DIAGNÓSTICO.....	19
2.2.2.4 TRATAMIENTO	19
2.2.3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....	19
III. CONTENIDO	22
3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	22
3.1.1 HISTORIA CLÍNICA.....	22
3.1.2 VALORACIÓN:	22
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	31
V. DISCUSIÓN	52
VI. CONCLUSIONES	53
VII. RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	57

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Patron respiratorio ineficaz.....	32
Tabla 2. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Duelo.....	34
Tabla 3. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Insomio	36
Tabla 4. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Deterioro de la eliminaciòn urinaria.....	38
Tabla 5. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Dolor agudo ..	40
Tabla 6. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería -Ansiedad	42
Tabla 7. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Deterioro de la movilidad fisica	44
Tabla 10. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - trastorno de la imagen.....	45
Tabla 10. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Baja autoestima.....	47
Tabla 10. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Estreñimiento.....	49

RESUMEN

El procedimiento de atención por parte del personal de enfermería es un método sistémico, estructurado que, para su adaptación necesita de conocimientos, actitudes y habilidades para asegurar cuidados de enfermería de forma racional, lógica y humanística al paciente.

Las lesiones de la médula espinal son lesiones en la columna vertebral en pacientes con múltiples lesiones. En una emergencia por lesión medular, lo más importante es evitar movimientos innecesarios, para no causar más daños irreversibles. Las lesiones de la médula espinal afectan principalmente a adultos jóvenes, adultos y, en menor medida, a ancianos. Así, ese cuidado del paciente tiene como objetivo la prevención de complicaciones, aumentando así la conciencia del personal de enfermería, promoviendo así el cuidado adecuado del paciente a través de un enfoque basado en valores humanísticos. Esta intervención busca utilizar su potencial para apoyar a los pacientes y buscar su propia autonomía e independencia a lo largo de su recorrido con ellos para aprovechar al máximo sus capacidades, habilidades y destrezas. Esto se hace a través de incentivos.

Es por ello que en el capítulo del marco teórico se adjuntan los antecedentes relacionados al presente estudio, en el nivel local, nacional e internacional; base teórica relacionada al traumatismo espinal en el proceso de enfermería y en la teoría de enfermería. Seguido de presentación de los casos clínicos y aplicación de enfermería e intervenciones basadas en evidencias y SOAPIE, en última instancia se presenta la discusión, conclusiones, recomendaciones, finalmente las bibliografías y anexos.

Se ha empleado la “Taxonomía NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma edición y NOC 5ta edición” para lograr con el Proceso de Atención de Enfermería, para que en la misma línea se clasifique las intervenciones de los resultados de enfermería.

Palabras clave: Proceso de enfermería, traumatismo vertebro medular.

ABSTRACT

The nursing care procedure is a systemic, structured method that, for its adaptation, requires knowledge, attitudes, and skills to ensure rational, logical, and humanistic nursing care for the patient.

Spinal cord injuries are injuries to the spine in patients with multiple injuries. In an emergency due to spinal cord injury, the most important thing is to avoid unnecessary movements, so as not to cause more irreversible damage. Spinal cord injuries primarily affect young adults, adults, and to a lesser extent, the elderly. Thus, this patient care aims to prevent complications, thus increasing the awareness of nursing staff, thus promoting proper patient care through an approach based on humanistic values. This intervention seeks to use its potential to support patients and seek their own autonomy and independence throughout their journey with them to make the most of their abilities, skills, and abilities. This is done through incentives.

That is why in the theoretical framework chapter the background related to this study is attached, at the local, national, and international level; Theoretical basis related to spinal trauma in the nursing process and in nursing theory. Followed by the presentation of the clinical cases and nursing application and evidence-based interventions and SOAPIE, ultimately the discussion, conclusions, recommendations, and finally the references and appendices are presented.

The "NANDA Taxonomy 2018 - 2020, NIC 7th edition and NOC 5th edition" has been used to achieve the Nursing Care Process, so that the interventions of nursing results are classified along the same lines.

Key words: Nursing process, spinal cord trauma.

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico que organiza, y es un instrumento integrado al cuidado de enfermería para la atención del paciente, su objetivo es determinar si la situación de salud es real o potencial, individual, familiar o comunitario. el cual tiene en su proceso cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (1) (2)

La lesión de la médula espinal se define como la lesión aguda que llega a afectar la columna y también la médula espinal. siendo la principal complicación la limitación funcional irreversible que perjudica las funciones corporales y limita la autonomía de la persona con el fin de buscar la autonomía e independencia de la persona para que pueda hacer pleno uso de sus capacidades restantes. Ocurre con mayor frecuencia en adultos jóvenes entre las edades de 25 y 35 años, con mayor porcentaje de incidencia en los varones. Las principales causantes son los accidentes de tráfico y las caídas abruptas. (3)

La presente investigación aplica el PAE en enfermería dirigido en específico a un caso clínico para las intervenciones y el proceso de seguimiento de los resultados, mencionando el caso puntual de un joven de 18 años diagnosticado con traumatismo vertebro medular de la Clínica especializada Chenet Huancayo, 2022.

Para En el caso comentado se realizó el PAE como herramienta y procedimiento de trabajo, y se describió su importancia y manejo en la atención integral de los pacientes con traumatismo vertebromedular en la citada clínica. Se basa en marcos teóricos que sientan precedentes para la investigación local, nacional e internacional. Un principio similar se asocia con el trauma de la médula espinal. Proceso de atención de enfermería, teoría de enfermería; presentación de casos clínicos y enfermería basada en evidencia y aplicación de seguimiento de tratamientos e intervenciones SOAPIE. Continúa con discusión, conclusiones y recomendaciones y concluye con una bibliografía y anexos.

También, se ha empleado la “Taxonomía NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma edición y NOC 5ta edición para proceso de atención de enfermería”.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado de estos pacientes tiene como objetivo prevenir complicaciones, apoyar al paciente y motivar a buscar la autonomía y hacer el mejor uso de sus capacidades restantes. La incidencia de estas lesiones también está aumentando en todo el país. Son el resultado de la violencia y son hoy las principales causantes de morbilidad y mortalidad. Otros incluyen accidentes automovilísticos y accidentes laborales. Las lesiones en la médula espinal tienen como efecto una movilidad física reducida, cuya principal complicación es la limitación funcional, una característica que impactan de manera devastadora en la vida de los pacientes y en la de sus familias. Este tipo de lesiones son irreversibles y deterioran las funciones corporales, imposibilitando que una persona realice sus actividades diarias de manera independiente. (4)

Según la OMS, entre 250 000 y 500 000 personas alrededor del mundo sufren de algún tipo de lesión en la médula espinal por año (3) mientras que otro estudio encontró que en una proporción de 4:1 entre hombres y mujeres, más de 12 000 casos requirieron tratamiento y cirugía. (5) Durante los últimos años se han incrementado los incidentes de traumatismos por accidentes de tránsito, violencia (impacto directo, compresión vertical), y actualmente es una de las principales causantes de mortalidad y morbilidad en el Perú. (6) En consecuencia, la incidencia de traumatismos raquídeos también está aumentando, afectando especialmente a los hombres en edad laboral, y los costes médicos dependen inevitablemente de su gravedad. (5).

La lesión de la médula espinal está asociada con una serie de condiciones depresivas e incluso potencialmente mortales, que incluyen ansiedad, disminución de la movilidad física, cuidado personal deficiente, malestar general, intolerancia a la actividad, dificultad para orinar, calambres musculares y patrones de respiración ineficaces, y puede estar en riesgo, escaras, dolor crónico, etc. (7)

Esto puede conducir a eventos traumáticos que causan estragos en la vida de los pacientes y sus familias. La atención de los pacientes con este trastorno requiere una atención adecuada debido a su estado adictivo.

1.2 DIAGNÓSTICO DE LA SALUD GENERAL

Paciente referido del Hospital General De Oxapampa ingresa al servicio de emergencia en camilla, acompañado por el personal de salud, quien sufrió un accidente de tránsito mientras conducía una moto lineal, ocasionando contusión en tórax y columna, presentando fractura dorsal a nivel de la D5-D8 con sección completa de medula, a su ingreso paciente con saturación 84% y deterioro de la movilidad y fuerza en miembros inferiores, portador de una sonda Foley, A la evaluación despierto con Glasgow 15/15 con funciones T: 37.3 C° FC: 130x' FR: 25x' SATO2: 84% P/A: 120/79 mm Hg.

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar el proceso de atención de enfermería en paciente con traumatismo vertebro medular en la Clínica Especializada Chenet de Huancayo 2022.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la valoración en el paciente con traumatismo vertebro medular en la Clínica Especializada Chenet de Huancayo 2022.
- Identificar el diagnóstico reales y potenciales en el paciente con traumatismo vertebro medular en la Clínica Especializada Chenet de Huancayo 2022.
- Establecer un plan de cuidados en el paciente con traumatismo vertebro medular en la Clínica Especializada Chenet de Huancayo 2022.
- Realizar las intervenciones en el paciente con traumatismo vertebro medular en la Clínica Especializada Chenet de Huancayo 2022.
- Realizar la evaluación del estado de salud en el paciente con traumatismo vertebro medular en la Clínica Especializada Chenet de Huancayo 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

En primer lugar, se presentan estudios relacionados al tema de investigación en el nivel internacionales, sobre el proceso de atención a personas con traumatismo vertebral medular como el estudio de Bustamante Boza. (2021) quienes investigaron “El traumatismo Raquimedular” en “El nivel neurológico más frecuentemente comprometido en las lesiones raquimedulares por trauma es el cervical (16%-75%), seguido del torácico (16%-36%) y lumbar (9%-17%) según diferentes publicaciones”. La interrupción súbita y repentina de los conductos nerviosos a nivel de la médula espinal arroja como resultado un shock espinal, caracterizado por síntomas neurológicos, hemodinámicos, respiratorios y urinarios agudos relacionados con la termorregulación, con parálisis flácida con pérdida de reflejos. Los efectos neurológicos se caracterizan por déficits motores manifestados por alteraciones sensoriales sub focales, pérdida de actividad simpática y pérdida de reflejos adaptativos. El manejo del traumatismo medular, sea múltiple o no, debe comenzar en el lugar del incidente. Mientras que la tendencia es para la fijación selectiva, identificando la población de pacientes que realmente se beneficia. Se describen en detalle las imágenes del choque medular o de la médula espinal, además de otros puntos clínicos del componente de la médula. El diagnóstico obtenido debe incluir también un examen neurológico total y estudio de imagen. El tipo de imagen seleccionado fue la tomografía (TEM). Se han analizado diversas formas terapéuticas como alternativa: cirugía descompresiva temprana o tardía, metilprednisolona, neuroprotección y neuroregeneración. Por último, se refina el uso de la anestesia. El objetivo es minimizar el movimiento de la lesión (particularmente durante la laringoscopia y la colocación y manipulación de la cánula) y mantener la presión de perfusión de la médula ósea lo más estable posible. La atención posoperatoria debe dedicarse al correcto manejo de la analgesia, además de prevenir de la tromboembolia y el destete del ventilador. (8)

Asimismo, tenemos el estudio de Baabor A, Cruz T, Villalón F (2016). Con su trabajo de investigación “Actualización en la fisiopatología y manejo de traumatismo raquimedular. Revisión bibliográfica” donde refiere “La mortalidad del TRM disminuyó debido a los avances en las unidades de cuidados intensivos, por lo tanto, aumentó el número de sobrevivientes con secuelas”. El impacto de esta enfermedad en los individuos, las

familias, la sociedad y la economía la convierte en un tema de actualidad. Por lo tanto, es importante saber cómo manejar mejor esta patología, lo que requiere una comprensión de los mecanismos moleculares y biomecánicos del trauma y sus complicaciones. Aunque actualmente no existe un tratamiento que pueda restaurar completamente la función neurológica en todos o la mayoría de los pacientes, los tratamientos más nuevos, como la hipotermia, los agentes neuroprotectores y neurodegenerativos, e incluso el trasplante de células madre, no se informan lo suficiente. Sin embargo, la evidencia de alto nivel sugiere que los resultados clínicos para los pacientes son prometedores. (9)

Con respecto a la literatura peruana se estudiaron Rodríguez R, (2019) con el “Estudio Clínico Epidemiológico del Traumatismo Vertebral Medular, Hospital Carrión de Huancayo”, en la investigación se inscribieron 153 pacientes, la mayoría (34,0%) tenían 51 años o más. El 60,7% de los hombres de la muestra presentaron mayor frecuencia. La principal ocupación es la agricultura, con el 34%, y la mayor parte de la educación es la educación secundaria, con el 41,2%. El mecanismo lesional más frecuente fue la caída de altura en el 52,3% de los pacientes y el 25,5% de los pacientes registró el alcohol como hábito nocivo. Solo el 29 por ciento de los pacientes tenía alguna enfermedad, siendo la osteoporosis en el 11 por ciento y la enfermedad cardíaca en el 9,1 por ciento las condiciones más comunes. Los síntomas más frecuentes fueron dolor en 86,9% y discinesia en 69,3%. La región lumbar fue la región con mayor número de casos, de los cuales el 38,7% fueron lesiones medulares incompletas, las más frecuentes en el 28% de las muestras, y la paraplejía fue la neuropatía más frecuente, con el 42,9%. De las muestras expuestas, el 54,9% padecía shock medular. (10)

Juscamaita C (2017) en su estudio titulado “Cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo vertebral medular cervical, servicio de emergencia, Hospital Central Policial Nacional Del Perú, Luis Nicasio Sáenz”, la lesión de la médula espinal se refiere a cambios agudos, temporales o permanentes que afectan la columna y/o a la médula espinal, cuando es importante cuidar a la columna de todo de tipo de lesión. Un estabilizador o collar cervical es esencial para la función sensorial, motora y/o autonómica normal. (11)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un sistema de resolución de problemas de salud, basado en el método científico aplicado de forma lógica y continua con acciones de enfermería, para establecer un plan dirigido a los cuidados. (12)

Proceso de atención de enfermería (PAE) es un término que hace referencia al conjunto de actividades de enfermería que utilizan métodos científicos para determinar las necesidades y cuidados de las personas, familias y comunidades. Según Sánchez Rodríguez Jr., el PAE tiene un enfoque sistémico que da respuestas individuales o grupales a los problemas de salud, dijeron. (13)

El PAE tiene cinco pasos que, al igual que otros métodos, son secuenciales e interrelacionados:

- Valoración: incluye la recopilación y organización de información relevante para el individuo, la familia y su situación. Es el punto de partida para tomar decisiones y emprender las acciones correspondientes.
- Diagnóstico de enfermería: es el contenido totalidad de los resultados de una evaluación de enfermería.
- Planificación: implementación de una variedad de estrategias que previenen, minimizan o corrigen alguna discapacidad y la promoción general de la salud.
- Ejecutar: Ejecutar para ejecutar el procesamiento planificado.
- Evaluar: Descubrir respuestas del individuo, familiares y entorno frente a los objetivos planteados. (12)

Si bien la investigación o análisis de cada fase se lleva a cabo de forma independiente, su implementación es diferente de otras fases y en realidad está directamente relacionada e implementada de manera completa e integral. Intereses y necesidades de salud del usuario. Flexibilidad con pérdida de salud o mantenimiento de la salud. Tiene una visión de práctica específica, sistemática y estructurada para identificar signos y síntomas de evaluación integral, identificar barreras y algunas necesidades, planificación de la gestión para la mejor atención y evaluar los resultados.

El programa está centrado en las personas, ya que identifica los factores de riesgo modificables y las condiciones asociadas con las actividades de promoción de la salud para apoyar y educar a las personas. Priorizar la atención de las molestias en el trabajo, la calidad del trabajo y las responsabilidades, el comportamiento y las obligaciones del gerente, y la continuidad del cuidado y la concientización. (14)

La enfermería es considerada un tipo de arte y una ciencia que exige la comprensión y aplicación de informaciones propias de la disciplina, y su finalidad como profesión es suplir, resumir y complementar lo que se necesita para ser independiente e integral, para potenciar y mejorar (15). Además, la atención médica, las iniciativas y las iniciativas en el campo se dirigen a personas, familias y comunidades que reciben atención. La naturaleza de los servicios médicos no está solo dentro del alcance de la atención médica, porque los servicios médicos se brindan dentro del alcance de la atención médica. La enfermería se puede describir como una "disciplina" que funciona en una variedad de espacios y situaciones sin perder su esencia. (16) Opera independientemente de dónde y cuándo se brinda la atención, el estado de salud del individuo o los recursos disponibles; la actividad incluye planificar, organizar, motivar y monitorear la atención oportuna, segura e integral que posibilite la continuidad, el desarrollo estratégico y la salud humana (17).

La necesidad de tales avances también afecta la rentabilidad de los procedimientos clínicos. El planeta considera que la "curación" es el objetivo concreto de este campo, tanto en la teoría como en la práctica como un tema principal (18).

El PAE dijo que la industria se basa principalmente en la atención médica basada en planes de acción. Es el resultado de identificar necesidades individuales, familiares y comunitarias que no pueden ser atendidas individualmente, sino que deben ser efectivas.

La práctica de enfermería desarrolla así la relación entre los comportamientos de cuidado personal de los enfermeros y el cuidado del paciente. Incluye una variedad de procesos para crear una atención adecuada, incluida la integración de

valores y creencias, introspección, aplicación de información, juicio y clínica. El análisis, la evaluación de la calidad de las intervenciones y organizar los recursos. Parte de la información proporcionada por la administración pública, la economía y la política, los profesionales responsables de la gestión de actividades también consideran valores, conocimientos y valores que brindan diferentes y específicas perspectivas de enfermería. También deben ser líderes empáticos que puedan motivar a los empleados a promover el cuidado de las personas. Enfermería Las Enfermeras tienen la función de brindar los cuidados correspondientes. (19)

Este resultado se considera el mejor para evaluar el nivel de atención brindado por los establecimientos de salud. De esta manera, consideramos lo que realmente importa, como el bienestar y la salud de los pacientes y otros, y las percepciones de los pacientes sobre la atención que reciben. Obtener el proceso es el resultado. En varias instituciones médicas, el propósito de su trabajo es obtener beneficios sociales. En otras palabras, la mayor satisfacción de los usuarios es crear varios productos, ya sean servicios o bienes. (20)

2.2.2 TRAUMATISMO VERTEBROMEDULAR

Estos son cambios focales o difusos en la columna, tejidos blandos, médula espinal y los nervios de la parte periférica. (21) Pueden dañar el hueso, los ligamentos, los músculos, el cartílago, los vasos sanguíneos, las raíces o las estructuras meníngeas en toda la médula espinal. Suele estar asociado a politraumatismos, lesiones en el cráneo, el tórax, la pelvis u otros huesos. (9)

2.2.2.1 FISIOPATOLOGIA

La lesión de la médula espinal tiene un proceso de lesión primario y un proceso de lesión secundaria. Los procesos de lesiones primarias incluyen traumatismos mecánicos causados por el desplazamiento de energía dirigida a través de estructuras de la columna, como huesos, discos o ligamentos de la columna. El mecanismo mencionado da como resultado la ruptura axonal, la lesión cardiovascular y la muerte celular inmediata, la pérdida completa de la conjunción de la médula espinal. Aunque inusuales, los cambios anatómicos persistentes pueden

provocar daños permanentes. En cuanto al proceso lesional secundario, se inicia con cambios vasculares progresivos por edema e isquemia del traumatismo inicial, dando lugar a liberación de radicales libres, deterioro de la función reguladora de iones de calcio, destrucción y aumento del daño. Como resultado, los receptores de los neurotransmisores. Es importante enfatizar que todo trauma tiene causas y mecanismos. Por tanto, su evolución y pronóstico difieren y dependen de ellos. La primera fase del proceso de lesiones secundarias es la fase inmediata, que ocurre de 0 a 2 horas después de las lesiones, se caracterizan por la inflamación de la sustancia de tono gris central y hemorragia extensa. La segunda es la fase aguda, de 2 a 48 horas después de la lesión, durante la cual las células se caracterizan por respuestas celulares mejoradas al proceso de regulación iónica alterada, excitotoxicidad, daño por liberación de iones (radicales libres) y aumentos secundarios en la permeabilidad de la médula ósea. La tercera fase, la fase subaguda, ocurre entre los 2 días y las 2 semanas y se caracteriza por una respuesta fagocítica que empieza con la cicatrización de las células gliales y restaura la homeostasis iónica y la permeabilidad de BHM. La etapa intermedia de 2 semanas a 6 meses, la cuarta etapa, se caracteriza por la maduración de la cicatriz glial y el crecimiento axonal en regeneración, y la etapa final, la etapa crónica, está caracterizada por la maduración y estabilización de la lesión, posteriormente, aparece la degeneración.

2.2.2.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolores en el cuello y la espalda que se irradia a las extremidades.
- Hematomas en cráneo, rostro y cervicales.
- Variación en el patrón normal de respiración.
- Hipotensión con bradicardia.
- Globo vesical.
- Hipotonía del esfínter anal.
- Priapismo (erección permanente).
- Reducción y/o pérdida de la función motora (hemiparesia, hemiplejia, cuadriparesia, cuadriplejia).
- Disminución y/o pérdida de la función sensitiva.

- Ansiedad.

2.2.2.3 DIAGNÓSTICO

De la Patología Clínica:

- Hemograma, hemoglobina y hematocrito, tipo de sangre, urea y creatinina, curva de coagulación.
- Completa una prueba en la concentración de la orina.

De Imágenes:

- Radiografía de la columna vertebral
- Tomografía axial
- Resonancia magnética (21)

2.2.2.4 TRATAMIENTO

- Estabilización y mantenimiento de funciones vitales: funciones respiratorias y cardiovasculares y terapia de choque
- Inmovilización: Transporte y Collar
- Prevención de una amplia gama de causas de muerte: aspiración y shock
- Esteroides. Cambios en la retroalimentación de cortisol. Reduce la isquemia y el edema. Dosis: 80-100 mg/dexametasona o equivalente.
- Manitol. El edema de la médula ósea se puede aliviar. Dosis: 0,25 g/kg de peso corporal por vía intravenosa cada 4 horas.
- Antibióticos. No rutina.
- Rehabilitación. incontinencia. (21)

2.2.3. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

2.2.3.1 VIRGINIA HENDERSON

Establece claramente el papel autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio, se adapta muy bien a la realidad de salud del país, ya que su función específica del enfermero lo considera único y separado ya que contempla interdependencia al resto de profesionales de salud. (22)

El Conjunto de acciones que realiza un área de atención en un ámbito hospitalario, clínico que atiende a los pacientes y recupera necesidades insatisfechas o insatisfechas. A continuación, se presentó el modelo de atención de Virginia Henderson, en el cual se enumeraron las 14 necesidades básicas y fundamentales de una persona. Henderson, por su parte, argumenta que las personas tienen necesidades comunes, a pesar de que todas las culturas y todas las personas expresan necesidades de manera diferente y están en constante cambio debido a la interpretación de las necesidades de cada individuo. dentro del método de elementos, se integran los requerimientos:

1. Respiración.
2. Alimentación y consumo de líquidos.
3. Excreción de sólidos.
4. Desplazamiento y preservación de la posición correcta.
5. Descanso y reposo.
6. Vestimenta adecuada.
7. Conservación de la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y proteger la piel.
9. Evitar al máximo las amenazas al medio ambiente.
10. Relaciones sociales.
11. Practicar una religión.
12. Trabajar.
13. Compartir recreación en grupo social.
14. Alcanzar información. (23)

2.2.3.2 SOR CALLISTA ROY

- a) En el modelo de callista Roy contiene cinco elementos esenciales:
- Paciente: individuo que recibe los cuidados de enfermería.
 - Meta de enfermería (que se adapte al cambio).
 - Salud.
 - Entorno.
 - Dirección de las actividades enfermeras. (24)

- b) Según Callista Roy, la adaptación “el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido”. (25) Como parte de un equipo, es la capacidad del individuo de elegir consciente y selectivamente procesos y resultados para incorporarlos a otros. Las respuesta adaptativa o crítica efectiva promueven las metas de adaptación y la integridad de los sistemas humanos, que permite la resolución de situaciones de adaptación o recuperación, esto genera integridad humana o el propósito de integrar y unificar el mundo.
- c) El Definición del modelo de Callista Roy: Quien define la enfermería como el campo que estudia las capacidades humanas de adaptación y evolución en un entorno cambiante. También analiza los comportamientos y estímulos que determinan la práctica de la industria e influyen en la 'adaptación'. El papel de la enfermera es facilitar las respuestas adaptativas, incluidas cuatro respuestas adaptativas conocidas como fisiología: cuerpo, autoimagen, identidad grupal, desempeño del rol e interdependencia. Según Roy, los humanos son criaturas perfectas y adaptables. Como cualquier proceso de ajuste, la persona es íntegra y solidaria. Los sistemas adaptativos complejos y dinámicos involucran procesos internos (asociación y regulación), adaptaciones que sustentan los cuatro estilos de vida (fisiología, autoestima, roles e interdependencia), estar completamente presente. Es un reflejo de la adaptación, de la relación mutua entre el hombre y el medio ambiente. Roy cree que el medio ambiente es la condición o entorno que afecta el progreso de un individuo o un grupo, con especial énfasis en la relación entre los recursos humanos y la tierra, considerando como el punto central de la gravedad, lo profundo y otros estímulos. (25)

III. CONTENIDO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO VERTEBRO MEDULAR DE LA CLINICA CHENET HUANCAYO, 2022.

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1.1 HISTORIA CLÍNICA

3.1.2 VALORACIÓN:

3.1.2.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:

Apellidos y Nombres	H.Q.J. D
Edad	18 años
Sexo	Masculino
Fecha de nacimiento	09/12/2003
Lugar de nacimiento	Lago Grande
Lugar de procedencia	Pichanaqui
Dirección	Aso. Playa escondida MZÑLT13
Fecha de ingreso	01/06/2022
Persona responsable	H. S. F

3.1.2.2 ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de enfermedad	+ - 1 día
Signos y síntomas principales	Dolor de la cadera, limitación funcional en miembros inferiores

3.1.2.3 FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito	Disminuido
Orina	Conservado
Deposiciones	Disminuido
Sueño	Conservado
Sed	Aumentado

3.1.2.4. ANTECEDENTES:

3.1.2.4.1 ANTECEDENTES DEL PACIENTE:

Patologías anteriores	Niega
Internamientos anteriores	Niega
Alergias	Niega
Transfusión sanguínea	Niega

3.1.2.4.2 ANTECEDENTES DE LOS FAMILIARES:

Patologías anteriores de la mamá y el papá	Niega
Enfermedades anteriores familiares	Niega
Internamientos anteriores de los papás	Niega
Otras patologías infectocontagiosas	Niega

3.1.2.5. EXAMEN FÍSICO GENERAL:

Temperatura: 37.3 ° C	FC: 130x'
Respiración: 25x'	PA: 102/76 mm Hg
Peso: 90 kg	Talla: 175 cm
IMC: 20.9	Saturación Oxígeno: 84%

3.1.2.6. EXAMEN FÍSICO REGIONAL:

Cabeza	Normo céfalo
Ojos	Pupilas isocóricas, fotorreactivas.
Oídos	Simétrico, sin alteraciones
Fosas nasales	Permeable
Cavidad oral	Sin alteraciones
Cuello	Simétrico, sin alteraciones.
Aparato respiratorio:	
Inspección	Amplexación conservada.
Palpación	Amplexación conservada.
Percusión	Conservado
Auscultación	Normal Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares
Aparato cardiovascular:	
Inspección	No se evidencia choque de puntas No se palpa choque de puntas
Palpación	Matidez cardiaca conservada
Percusión	No soplos, ruidos cardiacos rítmicos
Abdomen:	
Inspección	Globuloso, simétrico
Palpación	Blando depresible, no doloroso.
Percusión	Matidez hepática conservado
Auscultación	Con presencia de ruidos hidroaéreos normales
Ano y recto:	Sin presencia de alteración
Extremidades	Buen tono muscular
Sistema nervioso:	Somnoliento, colaborador, apertura ocular conservada, pupilas fotorreactivas

3.1.2.7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Traumatismo vertebro medular dorsal (6,7,8) sección total de medula espinal con salida del liquido cefalorraquídeo

3.1.2.8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

• Rayos x
• Tomografía
• Hemograma completo
• Glucosa, urea y creatinina.
• Descarte covid 19

3.1.2.9. TRATAMIENTO MEDICO:

1. Nada por vía oral
2. Cl Na 9% 1000cc (1)
3. Ketoprofeno 100 mg EV C/8h
4. Dexametasona 8 mg E.V C/8h
5. Metoclopramida 10 mg C/12h
6. Omeprazol 40 mg E.V. C/24h
7. Metamizol 1.5 gr E.V. PRN a T > 38°
8. Tramadol 100 mg PRN dolor intenso
9. Oxigenoterapia
10. C.F.V. + B.H.E.
11. Preparar para SOP

3.1.2.10. CASO CLÍNICO

01/06/2022 Paciente referido del Hospital General De Oxapampa ingresa al servicio de emergencia en camilla, acompañado por el personal de salud, quien sufrió un accidente de tránsito mientras conducía una moto lineal, ocasionando contusión en tórax y columna, presentando fractura dorsal a nivel de la D5-D8 con sección completa de medula, a su ingreso paciente con saturación 84% y deterioro de la movilidad y fuerza en miembros inferiores, portador de una sonda Foley, despierto con Glasgow 15/15 con funciones FC: 130x' FR: 25x' T: 37.3 C° P/A: 120/79 mm Hg Por indicación médica se coloca cánula binasal 1L, exámenes de laboratorio hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, rayos de X de columna y tórax tomografía de columna y descarte de COVID 19. Paciente continua con indicaciones médicas, se muestra quejumbroso preocupado, temeroso y callado, indican preparar para SOP.

Paciente se realiza cirugía para estabilizar la columna: instrumentación quirúrgica de la columna dorsal más laminectomía (mielopatía compresiva dorsal, paraplejía flácida arreflexica, vejiga neurogénica) y se halla salida del líquido cefalorraquídeo. Paciente pasa a UCI post quirúrgico, a la valoración mecánica ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplo, abdomen blando globuloso, sistema nervioso central en sedo analgesia RASS -4 en la columna herida operatoria cubierta con apósitos el doctor indica retiro de sedación.

02/06/2022 Paciente hemo dinámicamente estable se decide la extubación, tolera la extubación, paciente despierto al momento con apoyo de oxígeno a 2L por cánula binasal y nebulizaciones. Paciente continua con indicaciones médicas, parapléjico con evolución favorable, se muestra confundido, temeroso y callado.

3.1.2.11. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN DOMINIOS:

DOMINIO 2: Nutrición Clase 4: Metabolismo Clase 5: Hidratación	Paciente con IMC 29.00
DOMINIO 3: Eliminación e intercambio Clase 1: función urinaria	Paciente refiere no siento cuando micciono
DOMINIO 4: Actividad y reposo Clase 3 Equilibrio y energía	Paciente desesperado, temeroso, no puede conciliar con el sueño.
DOMINIO 6: Actividad y Reposo. Clase 2: Autoestima/autopercepción	Paciente refiere ya no sirvo para nada
DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento	Paciente se muestra temeroso, callado.
DOMINIO 11: Seguridad/protección Clase 1: Infección	Paciente es portador de vía periférica en miembro superior derecho e izquierdo. Portador de sonda Foley.
DOMINIO 12: Confort Clase 1. Confort físico	Paciente refiere tener mucho dolor en la espalda

3.1.2.12. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS ENCONTRADOS:

1	DOMINIO2: Nutrición Clase 5: Ingestión Código. 000232 Obesidad R/C consumo de bebidas azucaradas E/V índice masa corporal 29.0.
2	DOMINIO4: Actividad/reposo Clase 1: sueño/reposo Código: 00095 Insomnio R/C duelo E//V dificultad para conciliar con el sueño.
3	DOMINIO 3: Eliminación e intercambio Clase 1: función urinaria Código: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor E/V sonda vesical.
4	DOMINIO 3: Eliminación e intercambio Clase 2: función gastrointestinal Código: 00015 Estreñimiento R/C disminución de la movilidad gastrointestinal E/V incapacitar para defecar.
5	DOMINIO 4: Actividad y Reposo. Clase 4: Actividad/ejercicio

	Código: 00085 Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular E/V Nivel sensitivo a partir de D6.
6	DOMINIO 4: Actividad y Reposo. Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neuromuscular E/V Nivel satO2 85%.
7	DOMINIO 6: Actividad y Reposo. Clase 2: Autoestima Código: 00120 Baja autoestima situacional R/C Alteración de la imagen corporal E/V verbalización de negación así mismo
8	DOMINIO 6: Autopercepción Clase: imagen corporal Código: 00118 Trastorno de la imagen corporal R/C Traumatismo E/V Paraplejia
9	DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento Código: 00146 Ansiedad R/C cambios de estado de salud E/V angustia.
10	DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento Código: 00136 Duelo R/C muerte de persona significativa E/V culpabilidad.
11	DOMINIO 11: Seguridad/protección Clase 1: Infección Código: 00004 Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.
12	DOMINIO 11: Seguridad/protección Clase 2: lesión/fisica Código: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad fisica.
13	DOMINIO 7: Rol/relaciones Clase 1: Roles de cuidador Código: 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C complejidad de las tareas de cuidados
14	DOMINIO 12: Confort Clase 1. Confort fisico Código: 00132 Dolor agudo R/C agentes lesivos fisico traumatismo E/V conducta expresiva.

Utilización de NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma Edición y NOC 5ta Edición. (26)

3.1.2.13. PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS:

1	Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neuromuscular E/V Sat O2 84%	Prioridad Alta
2	Duelo R/C muerte de persona significativa E/V culpabilidad.	Prioridad Alta
3	Insomnio R/C duelo E//V dificultad para conciliar con el sueño.	Prioridad Alta
4	Ansiedad R/C cambios de estado de salud E/V angustia	Prioridad Alta
5	Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor E/V sonda vesical.	Prioridad Media
6	Dolor agudo R/C agentes lesivos físico traumatismo E/V conducta expresiva.	Prioridad Media
7	Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular E/V Paraplejia	Prioridad Media
8	Trastorno de la imagen corporal R/C Traumatismo E/V Paraplejia	Prioridad Media
9	Baja autoestima situacional R/C Alteración de la imagen corporal E/V verbalización de negación así mismo	Prioridad Media
10	Estreñimiento R/C disminución de la movilidad gastrointestinal E/V incapacidad para defecar.	Prioridad Media
11	Obesidad R/C consumo de bebidas azucaradas E/V índice masa corporal 29.0	Prioridad Baja
12	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física.	Prioridad Baja
13	Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C complejidad de las tareas de cuidados	Prioridad Baja
14	Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.	Prioridad Baja

Utilización de NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma Edición y NOC 5ta Edición.

3.1.2.14. FUNDAMENTO CIENTÍFICO

N °	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
1	Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neuromuscular E/V Nivel satO2 84%.	Inspiración y/o espiración que proporciona una ventilación adecuada
2	Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor E/V sonda vesical.	Disfunción de la eliminación urinaria.
3	Duelo R/C muerte de persona significativa E/V culpabilidad	Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las personas incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

4	Insomnio R/C duelo E//V dificultad para conciliar con el sueño.	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento
5	Dolor agudo R/C agentes lesivos físico traumatismo E/V conducta expresiva.	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.
6	Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular E/V Nivel sensitivo a partir de D6.	Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
7	Ansiedad R/C cambios de estado de salud E/V angustia.	Sensación vaga e intranquilizante de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
8	Trastorno de la imagen corporal R/C Traumatismo E/V Paraplejia	Confusión en la imagen mental del yo físico
9	Baja autoestima situacional R/C Alteración de la imagen corporal E/V verbalización de negación así mismo	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual
10	Estreñimiento R/C disminución de la motilidad gastrointestinal E/V incapacidad para defecar	Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.
11	Obesidad R/C consumo de bebidas azucaradas E/V índice masa corporal.	Problema en el cual un individuo acumula un nivel anormal o excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso
12	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física.	Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.
13	Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C complejidad de las tareas de cuidados	Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer a salud.
14	Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos	Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Utilización de NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma Edición y NOC 5ta Edición.

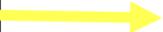
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Tabla 1. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería- Patrón respiratorio ineficaz

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO		EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION	
Paciente con saturación de 84% y frecuencia respiratoria de 22	DOMINIO 4: Actividad y Reposo. Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro neuromuscular E/V Nivel satO2 85%.	PRIORIDAD ALT A	PACIENTE MEJORARÀ EL ESTADO RESPIRATORIO CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD EN 1 HORA		INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	INTERDEPE ETIQUETA NIC: CODIGO:	Estimulación de un esquema respiratorio espontaneo optimo que maximice el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones Recopilación y análisis de datos del paciente para asegurar la	❖ Paciente disminuyo el nivel de dolor en 30 minutos. ❖ La escala de diana se logró un puntaje total de 15. ❖ Paciente se encuentra con una sato2 96% y frecuencia respiratoria 18
			ETIQUETA NOC: Estado respiratorio DOMINIO: salud fisiológica CLASE: cardiopulmonar CODIGO: 0415	PUNTAJE MANAUM TENTA ERARA 9 15	AYUDA A LA VENTILACIÓN (3160) • Posición semifowler con la finalidad de reducir el trabajo respiratorio. • Proporcionar oxígeno suplementario de manera continua mediante mascarilla facial con	MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA (3350) Valorar que los parámetros establecidos en el ventilador correspondan a las necesidades de la paciente. Evaluar y mantener el funcionamiento adecuado del equipo		
			INDICADOR	ESCALA:  1. Desviación grave del rango normal	TOTAL AL: 3 L: 5			

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Frecuencia respiratoria</u> ❖ <u>Ritmo respiratorio</u> 	<p>2. <u>Desviación sustancial del rango normal</u></p> <p>3. <u>Desviación moderada del rango normal</u></p> <p>4. <u>Desviación leve del rango normal</u></p> <p>5. <u>Desviación del rango normal</u> →</p>		<p>intercambio gaseoso y la oxigenación de los tejidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar continuamente la saturación de oxígeno mediante oxímetro de pulso permanente que permita conocer el estado general de la oxigenación 	<p>ventilación mecánica.</p> <p>Aspiración de secreciones de la vía traqueal y oral para mantenerla permeable.</p> <p>Colocar a la enferma en posición decúbito lateral para evitar broncoaspiración</p>	<p>aéreas y el intercambio gaseoso adecuado</p>	
--	--	---	--	--	--	--	---	--

Tabla 2. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Duelo

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION		
Paciente desesperado, temeroso.	DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento o Duelo R/C muerte significativa E/V conducta expresiva. Código: 00136	PRIORIDAD	PACIENTE DISMINUIRA SEVERIDAD DE SUFRIMIENTO CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD EN 24 HORAS		INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:		INTERDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente. Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación de las	❖ Paciente se encuentra más tranquilo queda en observación al cuidado del personal de salud brindando cuidado para disminuir la severidad del sufrimiento. ❖ La escala de diana se logra un puntaje total de 19.		
			ALTA	ETIQUETA NOC: Severidad de sufrimiento DOMINIO: Salud percibida CLASE: Sintomatología CODIGO: <u>2003</u>		ESCUCHA ACTIVA (4920) <input type="checkbox"/> Mostrar interés por el paciente. <input type="checkbox"/> Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. <input type="checkbox"/> Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgo, presunciones				TERAPIA DE REMINISCENCIA (4860) <input type="checkbox"/> Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, de los sucesos pasados. <input type="checkbox"/> Observar el lenguaje corporal, expresión facial y el tono de voz para identificar la importancia de los recuerdos del paciente.	
				INDICADOR ❖ <u>Tristeza</u> ❖ <u>Impotencia</u> ❖ <u>Aflicción</u> ❖ <u>Culpa</u>	ESCALA:  1. <u>GRAVE</u> 2. <u>SUSTANCIAL</u> <u>AL</u>	PUNTAJE EN DIANA MANTENIMIENTO A A 6 19 TOTAL L: L: 1 4 1 4 1 4 1 4					

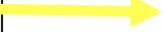
		<p>❖ <u>Soledad</u></p>	<p>3. <u>MODERAD</u> <u>O</u> 4. LEVE 5. <u>NINGUNO</u></p> 	<p><u>2</u></p>	<p>3</p>	<p>personales y otras distracciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.</p> <p><input type="checkbox"/> Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ayudar a la persona a recordar situaciones dolorosas, de enfado y otro tipo negativo.</p> <p>MEJORAR EL AFRONTAMIENTO (5230)</p> <p><input type="checkbox"/> Desarrollar una relación de confianza entre la enfermera y el paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Animarle para que exprese sus motivos de preocupación e inquietudes.</p> <p><input type="checkbox"/> Facilitar la presencia de las personas importantes en su vida</p>	<p>circunstancias actuales.</p> <p>Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida</p>
--	--	-------------------------	---	-----------------	----------	--	--	---

Tabla 3. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Insomnio

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION					
Paciente no puede conciliar con el sueño..	DOMINIO 4: Actividad/reposo Clase 1: sueño/reposo Código: 00095 Insomnio R/C duelo E//V dificultad para conciliar con el sueño.	PRIORIDAD	PACIENTE CONCILIARÀ EL SUEÑO CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD EN 24 HORAS		PUNTAJEDIANA	INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	INTERDEPE ETIQUETA NIC: CODIGO:	Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.	❖ Paciente se encuentra más tranquilo, puede conciliar con el sueño queda en observación al cuidado del personal de salud brindando cuidado					
			ALTA	ETIQUETA NOC: Sueño DOMINIO: Salud funcional CLASE: mantenimiento de la energía CODIGO: <u>2003</u>						MANTENIMIENTO A A 4 16	MEJORAR EL SUEÑO (1850)	CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO (5330)	Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.	
				INDICADOR ❖ <u>Horas de sueño</u> ❖ <u>Patrón del sueño</u>										ESCALA:  <u>1.GRAVEMENTE</u> <u>NTE</u> <u>COMPROMETIDO</u>

		<p>❖ <u>Calidad del sueño</u></p> <p>❖ <u>Duerme toda la noche</u></p>	<p>2.SUSTANCI ALMENTE</p> <p>COMPROME TIDO</p> <p>3.MODERAD OMENTE</p> <p>COMPROME TIDO</p> <p>4.LEVEMENT E</p> <p>COMPROME TIDO</p> <p>5. _____ NO</p> <p>COMPROME TIDO →</p>	4	<p>obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</p> <p><input type="checkbox"/> Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama).</p>	<p><input type="checkbox"/> Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y rehabilitación.</p> <p><input type="checkbox"/> Ayudar al paciente a anticiparse y afrontar los cambios de la vida.</p> <p><input type="checkbox"/> Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de forma adecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional.</p>		
--	--	--	--	---	--	---	--	--

Tabla 4. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Deterioro de la eliminación urinaria

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO		EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION
Paciente refiere no sentir cuando micciona, portador de sonda vesical	DOMINIO 3: Eliminación intercambio urinaria Clase 1: función urinaria Código: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor E/V sonda vesical.	PRIORIDAD	PACIENTE CONTROLARA ESTADO NEUROLOGICO: FUNCION SENSITIVA/ MOTORA MEDULAR CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD	INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	INTERDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	Recogida de análisis de datos del paciente para regular el estado de equilibrio de líquidos. Inserción de una sonda en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina	❖ Paciente con estado neurológico motor medular portador de una sonda vesical ❖ La escala de diágnosis se mantiene un puntaje total de 4.
		MEDICACION	ETIQUETA NOC: Estado función neurológico: sensitiva/motora medular DOMINIO: salud fisiológica CLASE: neurocognitiva CODIGO: 0914	SONDAJE VESICAL (0580) Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje vesical. Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada del paciente para preservar su pudor. Mantener la técnica aséptica estricta. Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido	Monitorización de líquidos (4130) Monitorizar entradas y salidas. Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación		
		INDICADOR ❖ <u>Función autónoma.</u>	ESCALA:  1. <u>GRAVEMENTE</u>	PUNTAJE ANTERIOR 4	PUNTAJE POSTERIOR 4		

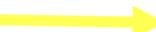
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Reflejos tendinosos profundos.</u> ❖ <u>Sensibilidad ad cutánea de la parte inferior del cuerpo.</u> 	<u>COMPROMETID</u> <u>0</u> <u>2.</u> <u>SUSTANCIALME</u> <u>NTE</u> <u>COMPROMETID</u> <u>0</u> <u>3.</u> <u>MODERADOME</u> <u>NTE</u> <u>COMPROMETID</u> <u>0</u> <u>4. LEVEMENTE</u> <u>COMPROMETID</u> <u>0</u> <u>5. NO</u> <u>COMPROMETID</u> <u>0</u> →	1	1	Monitorizar las entradas y salidas.		
--	--	--	---	---	---	-------------------------------------	--	--

Tabla 5. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería - Dolor agudo

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION
Paciente refiere dolor de espalda	DOMINIO 12: Confort Clase 1. Confort físico Código: 00132 Dolor agudo R/C agentes lesivos físico traumático E/V conducta expresiva	PRIORIDAD	PACIENTE DISMINUIRA EL NIVEL DE DOLOR CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD EN 4 HORAS				INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	INTERDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Paciente disminuyo el nivel de dolor en 2 horas. ❖ La escala de dianá se logra un puntaje total de 16. ❖ Paciente se encuentra más tranquilo, ya no hay dolor referido ni expresión de fascias
	MEDIA	ETIQUETA NOC: nivel del dolor		PUNTAJE MANTENIMIENTO		ADMINISTRACION DE ANALGESICOS (2210)	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Atender a las necesidades de la comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta al analgésico. 		
	A	DOMINIO: salud percibida CLASE: sintomatología CODIGO: 2102		ENERGIA	ACTIVIDAD			TOTAL	
	INDICADOR	ESCALA:	L:	TOTAL:					
	❖ <u>Dolor referido</u>	→ 1. GRAVE	2	4					
	❖ <u>Gemidos y gritos</u>		3	4					
			2	4					
					-MANEJO DEL DOLOR (1400)				

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Expresión de fascias de dolor</u> ❖ <u>Inquietud</u> 	<u>2.</u> <u>SUSTANCI</u> <u>AL</u> <u>3.</u> <u>MODERAD</u> <u>O</u> <u>4. LEVE</u> <u>5.</u> <u>NINGUNO</u> 	3	4 5	<p>. Observar los signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente desencadenantes.</p> <p>. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondiente.</p> <p>. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a la intervenir en consecuencia.</p>			
--	--	--	---	---	--------	---	--	--	--

Tabla 6. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería -Ansiedad

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION			
Paciente inquieto, angustiado.	DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento Código: 00146 Ansiedad R/C cambios de estado de salud E/V angustia.	PRIORIDAD ALTA	PACIENTE DISMINUIRA EL NIVEL DE ANSIEDAD CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD EN 24 HORAS		PUNTAJES MANTENIMIENTO 8 19	INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820) <input type="checkbox"/> Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. <input type="checkbox"/> Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. <input type="checkbox"/> Permanecer con el paciente para promover la	INTERDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO: MEJORAR EL AFRONTAMIENTO (5230) <input type="checkbox"/> Desarrollar una relación de confianza entre la enfermera y el paciente. <input type="checkbox"/> Animarle para que exprese sus motivos de preocupación e inquietudes. <input type="checkbox"/> Evaluar lo que la paciente sabe respecto a su estado de salud.	Minimizar la presión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o	❖ Paciente se encuentra más tranquilo en la observación al cuidado de personal de salud brindando cuidado para disminuir la ansiedad ❖ La escala de diana se logró un puntaje total de 19.			
			ETIQUETA NOC: Nivel de ansiedad DOMINIO: Salud psicosocial CLASE: Bienestar psicosocial CODIGO: <u>1211</u>	INDICADOR ❖ <u>Inquietud</u> ❖ <u>Tensión muscular</u>						ESCALA:  <u>1. GRAVE</u>	TOTAL L: 2	TOTAL L: 5
											TOTAL L: 2	TOTAL L: 5

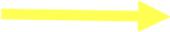
		<p>❖ <u>Tensión facial</u></p> <p>❖ <u>Sudoración</u></p>	<p>2. <u>SUSTANCI</u></p> <p>3. <u>AL</u></p> <p><u>MODERAD</u></p> <p><u>O</u></p> <p>4. <u>LEVE</u></p> <p>5. <u>NINGUNO</u></p> 	3	5	<p>seguridad y reducir el miedo</p> <p><input type="checkbox"/> Crear un ambiente que facilite la confianza</p> <p><input type="checkbox"/> Explicar todos los procedimientos incluidos las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento</p>	<p><input type="checkbox"/> Favorecer la visita de su guía espiritual</p> <p><input type="checkbox"/> Respetar valores y creencias religiosas.</p> <p><input type="checkbox"/> Disminuir la estimulación sensorial: apagar la luz, planear las intervenciones de enfermería para permitir el descanso.</p> <p><input type="checkbox"/> Facilitar la presencia de las personas importantes en su vida</p>	<p>amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida</p>	
--	--	---	---	---	---	--	--	--	--

Tabla 7. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería – Deterioro de la movilidad física

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO			EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION	
Paciente refiere "no puedo movilizar mis piernas"	DOMINIO 4: Actividad y Reposo. Clase 4: Actividad/ejercicio Código: 00085 Deterioro de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular E/V Nivel sensitivo a partir de D6.	PRIORIDAD MEDIA	PACIENTE SE ADAPTARÁ A LA DISCAPACIDAD FISICA CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA			INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	INTERDEPENDIENTE ETIQUETA NIC: CODIGO:	Ayudar a otra persona a realizar las actividades diarias Conseguir una posición optima adecuada para el paciente. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo	❖ Paciente se empieza adaptar a la discapacidad física ❖ La escala de dianosis se logra un puntaje total de 13. ❖ Paciente inició terapia psicológica
			ETIQUETA NOC: Adaptación a la discapacidad física DOMINIO: salud psicosocial CLASE: adaptación psicosocial CODIGO: 1308	PUNTAJE MANAUM 6	PUNTAJE EN TENDENCIA 15	AYUDA CON EL AUTOCUIDADO (1800) Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. Proporcionar un ambiente terapéutico garantizado con experiencia cálida, relajante, privada y personales. Animar al paciente a realizar las	CAMBIO DE POSICION NEUROLOGICO (0844) Inmovilizar la parte corporal afectada según corresponda. Colocar en la posición terapéutica designada. Emplear una mecánica corporal correcta al colocar al paciente. Proporcionar un colchón firme. Colocar en una cama con flujo de		
			INDICADOR ❖ <u>Verbaliza capacidad para adaptarse a la</u>	ESCALA:  1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado	TOTAL: 1 2 3	TOTAL:			

		<p><u>discapacida</u></p> <p>❖ <u>Se adapta a las limitaciones funcionales</u></p> <p>❖ <u>Acepta la necesidad de ayuda</u></p>	<p>3. <u>A veces demostrado</u></p> <p>4. <u>Frecuentemente demostrado</u></p> <p>5. <u>Siempre demostrado</u></p> <p style="text-align: center;"></p>		<p>5 actividades normales de la vida ajustadas al nivel de capacidad</p> <p>5 Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada</p> <p>5 Establecer una rutina de autocuidados</p>	<p>aire, si fuera posible.</p> <p>Animar al paciente a cambios de posición</p> <p>CONTROL DE ESTADO DE ANIMO (5330)</p> <p>Evaluar estado de animo</p> <p>Comprobar la capacidad de autocuidado. (aseo, higiene, ingesta de alimentos).</p> <p>Animar al paciente que siga con el tratamiento y la rehabilitación según corresponda</p>	<p>disfuncionalmente deprimido o eufórico</p>	
--	--	---	--	--	---	--	---	--

Tabla 8. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería – Trastorno de la imagen corporal

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO		EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION	
Paciente refiere "Porque no puedo mover las piernas desde que llegue, porque no siento nada la parte de abajo"	DOMINIO 6: Autopercepción. Clase 3: Imagen corporal. Código: 00118 Trastorno de la imagen corporal R/C Traumatismo E/V Paraplejia	PRIORIDAD	PACIENTE SE ADAPTARÁ A LA IMAGEN CORPORAL CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	INTERDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	Mejora de las percepciones y actitudes e inconsciente del paciente hacia su cuerpo. Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.	❖ Paciente se empieza adaptar a la imagen corporal ❖ La escala de dian se logra un puntaje total de 11. ❖ Paciente inicio terapia psicológica	
		MED	ETIQUETA NOC: Imagen corporal DOMINIO: salud psicosocial CLASE: adaptación psicosocial CODIGO: 1200	PUNTAJE MANAJERAR	MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL (5220)			ESCUCHA ACTIVA (4920)
		LA		INDICADOR ❖ <u>Descripción de la parte corporal afectada</u> ❖ <u>Actitud hacia tocar</u>	ESCALA:  1. Nunca positivo 2. Raramente positivo			MANAJERAR 3 13 TOTAL: 1 TOTAL: 1

		<u>la parte</u> <u>afectada</u> ❖ <u>Adaptación</u> <u>a cambios</u> <u>en su</u> <u>aspecto</u> <u>físico</u>	<u>3. A veces</u> <u>positivo</u> <u>4.</u> <u>Frecuentemente</u> <u>positivo</u> <u>5. Siempre</u> <u>positivo</u>		5 4 4 5	Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios causados por el traumatismo.	palabras expresadas.		
--	--	--	---	--	------------------	--	----------------------	--	--



Tabla 9. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería – Baja autoestima

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO		EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION	
Paciente refiere "Ya no sirvo para nada"	DOMINIO 6: Autopercepción. Clase 2: Autoestima. Código: 00120 Baja autoestima situacional R/C Alteración de la imagen corporal E/V verbalización de negación así mismo	PRIORIDAD	PACIENTE MEJORARÁ EL AUTOESTISMA CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	INTERDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las	❖ Paciente mejora la autoestima. ❖ La escala de dian se logra un puntaje total de 16. ❖ Paciente inició terapia psicológica	
		MEDIA	ETIQUETA NOC: Imagen corporal DOMINIO: salud psicosocial CLASE: bienestar psicológico CODIGO: 1205	PUNTAJE MANAUM TENDENCIA	POTENCIACION DE LA AUTOESTIMA A (5400)			MEJORAR EL AFRONTAMIENTO (5230)
		INDICADOR ❖ <u>Verbalización de autoaceptación.</u> ❖ <u>Descripción del yo.</u>	ESCALA:  1. Nunca positivo 2. Raramente positivo	TOTAL: 1 1 1 TOTAL:	Observar las afirmaciones sobre sí mismo. Ayudar al paciente encontrar la autoaceptación. Animar al paciente conversar consigo mismo y autoafirmaciones positivas a diario.			Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico y pronóstico. Tratar de comprender

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Aceptación de los cumplidos de los demás.</u> ❖ <u>Sentimientos sobre su propia persona</u> 	<u>3. A veces positivo</u> <u>4. Frecuentemente positivo</u> <u>5. Siempre positivo</u>	1 	5 5 5 5	Abstenerse a realizar críticas negativas de mismo.	perspectiva del paciente sobre una situación estresante.	demandas y papeles de vida.	
--	--	---	---	---------------	------------------	--	--	-----------------------------	--



Tabla 10. Plan De Cuidados Del Proceso De Atención De Enfermería – Estreñimiento

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION - NOC RESULTADO ESPERADO		EJECUCION - NIC INTERVENCIONES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION	
Paciente con tres días que no hace deposiciones.	DOMINIO 3: Eliminación intercambio. Clase 2: función gastrointestinal. Código: 00011 Estreñimiento R/C disminución de la motilidad gastrointestinal E/V incapacidad para defecar	PRIORIDAD	PACIENTE MEJORARÁ LA ELIMINACIÓN INTESTINAL CON AYUDA DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	INDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	INTERDEPENDIENTE ETIQUETA NIC:	Prevención y alivio del estreñimiento / impactación fecal. Instalación de una solución en el aparato digestivo inferior. Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.	❖ Paciente mejora la eliminación intestinal. ❖ La escala de diana se logra un puntaje total de 15.	
		MEDIA	ETIQUETA NOC: Eliminación intestinal DOMINIO: salud fisiológica CLASE: eliminación CODIGO: 0501	PUNTAJE DIANA	MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO (0450)			CONTROL INTESTINAL (0430)
		INDICADOR		ESCALA:  1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido	MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO (0450) vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Vigilar la existencia de peristaltismo. Identificar factores que pueden ser la causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.			CONTROL INTESTINAL (0430) Anotar la fecha de defecación. Monitorizar las defecaciones incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir

		❖ <u>Eliminación fecal sin ayuda</u>	<u>3. Moderadamente comprometido</u> <u>4. Levemente comprometido</u> <u>5. No comprometido</u> 	5	Fomentar el ritmo intestinal adecuado. aumentar la ingesta de líquidos.		
				5	ADMINISTRACION DE ENEMA (0466) Verificar la orden médica para el enema y ausencia de cualquier contraindicación Explicar el procedimiento al paciente y familia. Proporcionar intimidad. Ayudar al paciente a colocarse en posición adecuada.		

Utilización de NANDA 2018 – 2020, NIC 7ma Edición y NOC 5ta Edición. (26)

V. DISCUSIÓN

Virginia Henderson nos guía a realizar un correcto proceso de atención de enfermería, ya que, en su modelo, busca que se llegue a independizar la satisfacción de las 14 necesidades básicas, para poder diagnosticar, priorizar las necesidades y problemas del paciente.

Callista Roy en su teoría nos conduce a realizar intervenciones de enfermería, para que el paciente pueda adaptarse a los cambios según sus necesidades fisiológicas, sobre su autopercepción, en su desempeño y en su relación mutua durante la salud y enfermedad. Según este estudio, “PAE en pacientes con Trauma vertebromedular en la Clínica Chenet de Huancayo, 2022”, estoy de acuerdo y comparto sus conclusiones al mencionar lo siguiente: Para brindar un cuidado integral y de calidad a los pacientes, se debe evaluar todas las áreas para controlar y prevenir anomalías relacionadas con la enfermedad. Porque con una evaluación más completa se puede brindar un cuidado humanizado e integral y obtendremos mejores resultados con el tiempo.

El proceso de atención de enfermería en una herramienta importante para intervenir en la práctica de enfermería del caso presentado, ya que permite mejorar el proceso de salud y enfermedad; la aplicación científica de las intervenciones de enfermería siempre ha sido un poco tediosa, ya que hoy en día ha cambiado mucho con las nuevas actualizaciones de NANDA, NIC y NOC; muchos diagnósticos, factores asociados e intervenciones no son previsibles y, por lo tanto, se parametrizan en momentos específicos. A pesar de ello, hemos podido traspasar los límites para llevar a cabo correctamente nuestras responsabilidades como enfermeras, así mejorando nuestra atención, entregada con calidad y calidez, para demostrar nuestra adaptabilidad.

VI. CONCLUSIONES

- El proceso de atención de enfermería realizado, es la práctica diaria como método científico, para la gestión y administración de los cuidados, fue primordial y de gran importancia, para el desarrollo de una atención integral del paciente con traumatismo vertebromedular de la clínica Chenet, Huancayo.
- Se realizó la valoración mediante la recolección de datos objetivos y subjetivos en el paciente con traumatismo vertebromedular en la Clínica Especializada Chenet, Huancayo.
- Se identificó 11 diagnósticos reales y 3 potenciales en el paciente con traumatismo vertebromedular en la Clínica Especializada Chenet, Huancayo.
- Se realizó la planificación de cuidado individualizado en el paciente con traumatismo vertebromedular en la Clínica Especializada Chenet Huancayo.
- Se elaboró intervenciones de cuidado, de calidad dirigidas a la resolución del problema en el paciente con traumatismo vertebromedular en Clínica Especializada Chenet, Huancayo.
- Se realizó la evaluación, fase final que se determinó el progreso del paciente con traumatismo vertebromedular de la Clínica Especializada Chenet, Huancayo.

VII. RECOMENDACIONES

- Estandarizar la aplicación de intervenciones NIC y evaluación NOC en los profesionales de enfermería ya que esto nos otorga la posibilidad de generar el pensamiento crítico, así como también poder elaborar un plan de cuidados donde los resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) sean necesarias para su consecución proporcionando una mejor descripción del proceso enfermero, para el planteamiento de cuidados de calidad que aseguren el bienestar del individuo, familia o comunidad.
- Realizar una evaluación integral que considere todos los datos e historial médico para un mejor diagnóstico. Al documentar un plan de salud, se puede comparar el estado de salud inicial y actual de un paciente y evaluar la eficacia de la atención. Como parte de nuestro trabajo como profesionales de la salud, desarrollamos intervenciones u otras actividades nuevas para lograr la recuperación o mantener una buena salud.
- Renovación de métodos modernos y efectivos en el curso de enfermería en la etapa de formación universitaria debido a las necesidades sociales y consecuentes grandes avances. Mejorar los métodos de enseñanza y aprendizaje en los programas de enfermería y difundir el conocimiento de enfermería entre los profesionales de la salud. para la carrera de hoy.
- Sugerir a las distintas autoridades de enfermería que puedan supervisar si se desarrolla el correcto proceso en la atención de enfermería de las diferentes instituciones privadas.
- Realizar campañas, capacitaciones de concientización al personal de enfermería para que pueda ejecutar el correcto proceso para la atención de enfermería para así dar un cuidado humanizado.
- Finalmente, alentamos la atención de investigadores, profesionales médicos y educadores. Esto se debe a que muchos de los hallazgos descubiertos en este estudio requieren una comprensión más profunda del tema, lo que requiere el uso y la articulación precisa de trabajo y programas profesionales que reflejen plenamente esa experiencia. Capacidad para brindar atención de calidad al público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G. FC. Area De Fundamentos. [Online].; 2020. Acceso 13 de Diciembre de 2022. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>.
2. Caro Ríos SE. El proceso de atención en enfermería: notas de clase Barranquilla: Universidad del Norte; 2012.
3. SALUS OMDL. Perspectivas internacionales sobre las lesiones medulares Chan DM, editor.: OMS; 2014.
4. VERA CDJ. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO VERTEBROMEDULAR CERVICAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA. PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERO ESPECIALISTA EN EMERGENCIA Y DESASTRES. LIMA: HOSPITAL CENTRAL POLICIAL NACIONAL DE PERU, LIMA.1.
5. Zuckerman JEKAKKJ. MANUAL DE FRACTURAS: Wolters Kluwer Health; 2015.
6. García López A. ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO: ECU; 2011.
7. SALUD OMDL. LESIONES MEDULARES..
8. Bozzo RB. Traumatismo raquimedular. revista chilena de anestesia. chile : anestesia en urgencia.
9. Marcos Baabor A SCTJVF. Actualización en la fisiopatología y manejo de traumatismo raquimedular. Revisión bibliográfica. revista. chile.
10. Rocío RRR. Estudio Clínico Epidemiológico del traumatismo vertebro medular. tesis para medico cirujano. Huancayo: Hospital Daniel Alcides Carrion, junin.
11. VERA CDJ. cuidado de enfermeria en acientes con traumatismo vertebro medular cervical, servicio de emergencia, Hospital Central Policia Nacional Del Peru, Luis Nicasio Saenz. tesis para optar el titulo de enfermero especialista en emergencia y desastres. Lima: Hospital Policial Central Policia Nacional Del Peru, Lima.
12. LeFevre R. Aplicacion de proceso enfermero guia paso a paso. En 4 , editor.. Estados Unidos: Lippincott-Raven Publisher, Filadelfia; 1998. p. 6,7.
13. Rodriguez JRS CCCL. DESARROLLO DE CONOCIMIENTO EN BUSCA DE CUIDADO PROFESIONAL. Rev. Cuba Enferm. Cuba.
14. Viltres MP VKPEODON. Nivel de conocimiento sobre proceso de atencion de enfermeria en profesionales de enfermeria del municipio Yara. Revista Cubana de Enfermeria. 2016; 32(3).

15. Roman CAL. Enfermería ciencia y arte del cuidado. [Online].; 2006. Acceso 17 de JULIO de 2022. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007.
16. SALUD OPD. Enfermería. [Online]; 2022. Acceso 27 de JULIO de 2022.
Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/enfermeria#:~:text=La%20enfermer%C3%ADa%20abarca%20el%20cuidado,atenci%C3%B3n%20centrada%20en%20la%20persona>
:
17. Agramonte del Sol A FVR. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. [Online].; 2010. Acceso 24 de setiembre de 2022. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192010000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
18. Rosa MS. Gestión del cuidado en enfermería. [Online].; 2010. Acceso 25 de setiembre de 2022. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192010000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
19. Grajales Z AR. La gestión del cuidado de enfermería. [Online].; 2004. Acceso 17 de setiembre de 2022. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
20. JP. RB. GESTIÓN DE ENFERMERÍA Y EL COMPORTAMIENTO DE INDICADORES DE. Tesis para Magister en enfermería. COLOMBIA: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Bogotá.
21. ENFERMERÍA GDID. TAUMATISMO VERTEBRO..
22. Social MdSPyB. Proceso de Atención de Enfermería. Rev. Salud Pública. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción.
23. Gonzales MDJG. El Proceso de Enfermería. 1st ed. Naranjo SMIRDdC, editor. Guanajuato: PROCESO, S.A. DE C.V; 2002.
24. Orta Gonzales VHPDNBPG. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Revista Duazary. Lepe: Academia Accelerating the world's research.
25. Aquichan. Análisis del Concepto del modelo de adaptación de Roy Callista. [Online]. Colombia: Aquichan; 2002. Acceso 15 de setiembre de 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120204>.
26. Heather H SkTL, editor. NANDA Internacional, Inc. Diagnóstico de enfermería. duodécima ed. Nueva York: Thieme; 2021.

ANEXOS

ANEXO N° 1:
INFORME DE TOMOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL

CIRUGÍA DE AVANZADA
TOMOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL

NOMBRE : _____

FECHA : 01.06.2022

TÉCNICA:

Se practicó estudio TC del segmento dorsal de la columna en fase sin contraste obteniéndose cortes axiales multiplanares y tridimensionales observándose:

EL ESTUDIO TOMOGRAFICO MUESTRA:

- XIFOSIS DORSAL FISIOLÓGICA DE ASPECTO CONSERVADO. NO SIGNOS DE ESCOLIOSIS.
- TRAZOS DE FRACTURA LINEALES DISCRETAMENTE DESPLAZADOS DE LAS APOFISIS ESPINOSAS DE C6, C7 Y D5, SON DE TIPO A0 SEGÚN LA CLASIFICACION DE LA AO SURGERY.
- TRAZOS DE FRACTURA MULTIFRAGMENTARIOS DE CUERPO VERTEBRAL DE D6 Y DE LA PLATAFORMA SUPERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL DE D7 DE MAYOR REPRESENTACION EN SU ASPECTO LATERAL IZQUIERDO, DICHS TRAZOS SE EXTIENDEN HACIA SUS PEDICULOS, LAMINAS Y APOFISIS TRANSVERSAS CON PRESENCIA DE FRAGMENTOS LIBRES EN EL CANAL MEDULAR, ESTOS HALLAZGOS SUGIEREN FRACTURA POR ESTALLAMIENTO DE D6 Y D7. ASIMISMO, SE EVIDENCIA ANTEROLISTESIS DE GRADO I/IV Y LATEROLISTESIS DERECHA DE D6 SOBRE D7. ESTOS HALLAZGOS AMERITAN CORRELATO CON RESONANCIA MAGNETICA A FIN DE CONFIRMAR GRAVEDAD DE LESION MEDULAR.
- TRAZOS DE FRACTURA LINEAL NO DESPLAZADO EN LA APOFISI TRANSVERSA DERECHA DE D8, ES DE TIPO A0 SEGÚN LA CLASIFICACION DE LA AO SURGERY.
- TRAZO DE FRACTURA LINEAL NO DESPLAZADO EN EL ASPECTO POSTERIOR DEL 6º ARCO COSTAL IZQUIERDO.
- SE CONSERVA LA MORFOLOGÍA Y TEXTURA DE LOS RESTANTES ELEMENTOS ÓSEOS QUE CONFORMAN LAS VERTEBRAS DE LA REGIÓN DORSAL DE LA COLUMNA.
- SIMETRÍA DE LA INTERLINEA DE LAS ARTICULACIONES INTERAPOFISIARIAS.
- NO DESPLAZAMIENTOS DISCALES PATOLÓGICOS.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

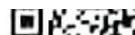
1. FRACTURAS MULTIFRAGMENTARIAS DEL CUERPO VERTEBRAL DE D6 Y DE LA PLATAFORMA SUPERIOR DEL CUERPO VERTEBRAL DE D7, DE SUS PEDICULOS, LAMINAS Y APOFISIS TRANSVERSAS PROBABLEMETNE POR ESTALLAMIENTO, ES DE TIPO A3 SEGÚN LA CLASIFICACION DE LA AO SURGERY, ASOCIA ANTEROLISTESIS DE GRADO I/IV Y LATEROLISTESIS DERECHA DE D6 SOBRE D7.
2. FRATURAS LINEALES DISCRETAMENTE DESPLAZADAS DE LA APOFISIS ESPINOSAS DE C6, C7 Y D5 Y DE LA APOFISISTRANSVERSA DERECHA DE D8, SON DE TIPO A0 SEGÚN LA CLASIFICACION DE LA AO SURGERY.
3. FRACTURA LINEAL NO DESPLAZADA DEL 6º ARCO COSTAL IZQUIERDO. ✓
4. SE SUGIERE CORRELATO CON RESONANCIA MAGNETICA.


DR. FRANKS MASCARÓ HUANAY
MÉDICO RADIÓLOGO
CMD: 62199 RNE 41249

ANEXO N° 2:

RESULTADOS DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS

Av. Daniel A. Carrón N° 1124 - HYO - Telef. (51)(64) 232921 - Anexo 422



Nombre:		Cama:	
Fecha:	2/06/2022 - 01:51		
Indicación Di.	NINGUNO 0 0		

BIOQUÍMICA

GASES ARTERIALES

Ph	----- 7.299
Rango Referencial	----- 7.35 - 7.45
PCO2	----- 41.5 mm/Hg
Rango Referencial	----- 35 - 45 mm/Hg
PO2	----- 44 mm/Hg
Rango Referencial	----- 80 - 105 mmHg
BEecf	----- - 6 mmol/L
Rango Referencial	----- (-2) - (+3) mmol/L
HCO3	----- 20.6 mmol/L
Rango Referencial	----- 22 - 26 mmol/L
TCO2	----- 22 mmol/L
Rango Referencial	----- 23 - 27 mmol/L
SO2	----- 77 %
Rango Referencial	----- 95 - 98 %

ELECTROLITOS

Na	----- 142 mmol/L
Rango Referencial	----- 138 - 146 mmol/L
K	----- 4.5 mmol/L
Rango Referencial	----- 3.5 - 4.9 mmol/L
iCa	----- 0.98 mmol/L
Rango Referencial	----- 1.12 - 1.32 mmol/L


TONY E. TELLO ENRIQUEZ
TECNÓLOGO MÉDICO
C.T.M.P. 11147

ANEXO N°3:

RESULTADOS DE HEMOGRAMA Y HEMATOCRITO

Paciente:			
Sexo:	MASCULINO	Codigo de Barra:	
Edad:	18		CH0020620220005
Dni:	76940671	Sede:	Huancayo
Indicado Dr(a):		Fecha de Impresión:	02/06/2022
EXAMENES	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES REFERENCIALES
HEMOGRAMA COMPLETO			
SERIE ROJA			
HEMATOCRITO	32,0	%	(35.0 - 55.0)
HEMOGLOBINA	<u>10.6</u> ✓	g/dL	(11.0 - 18.0)
GLOBULOS ROJOS	3.25	106/uL	(3.80 - 5.80)
VCM	909.09	fL	(80 - 100)
HCM	29.32	pg	(26 - 32)
CHCM	33.0	g/dL	(32 - 36)
SERIE BLANCA			
GLOBULOS BLANCOS	17.8	109/L	(5.0 - 10.0)
SEGMENTADOS	92,8	%	(60 - 70)
LINFOCITOS	4,0	%	(20.0 - 40.0)
MONOCITOS	3,2	%	0 - 10
SERIE PLAQUETARIA			
PLAQUETAS	160	10 ³ /uL	150 - 450
Observaciones	HEMATOCRITO Y HEMOGLOBINA VERIFICADA.		

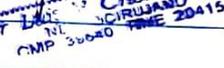


Angelina Cecilia Veliz Espinoza
 Lic. en Bioanalista
 C.B.P. 16148

ANEXO N°4
ORDENES MÈDICAS



ORDENES MÈDICAS

FECHA Y HORA	ORDENES MÈDICAS	FIRMA
10/04/22	<p align="center">OCTAVIO</p>	
	(1) Dieta líquida atráumatica	
	(2) NaCl 0.9% 1000cc + Kcl 20% 1 amp + SO y Mg 1 amp > 150cc	
	(3) Dexametasona 8mg q/8h EV	
	(4) Ceftriaxona 1g q/24h EV	
	(5) H ₂ O ₂ NP 8.4% 2 amp q/8h EV	
	(6) Metamizol 1.5g PRN T > 38	
	(7) + Samat 100mg PRN Dolor	
	(8) Omeprazol 40mg q/24 horas	
	(9) Paracetamol 1g q/8h	
	(10) Hidratación Sic SF + 1/2 amp Adrenalina > I, II, III	
	(11) Nebulización Sic Sol hipertónica > I, II, III	
	(12) O ₂ x cánula nasal a 3lx Min	
	(13) Mefenopresol EV/8hr.	
	→ CF Vv	
	→ Certil de 7°	
	→ BHE.	
		
		
		
		

ANEXO N° 5

PERMISO AUTORIZADO PARA LA INVESTIGACION

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación

Dr. Luis Vladimir Chenet Rojas

DIRECTOR DE LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CHENET

Yo Raquel Sara Aquino Cano, identificada con DNI N° 76262260, domiciliado en Jr. Pachacutec y Psje. Tovar S/N, Auquimarca, Chilca. Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo:

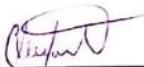
Que siendo bachiller de ENFERMERIA en la UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES, solicito a Ud. Permiso para realizar trabajo de investigación en su institución sobre "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO VERTEBROMEDULAR" para optar el grado de licenciado.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder mi solicitud.

CHENET
CLINICA ESPECIALIZADA

Luis V. Chenet Rojas
NEUROCIRUJANO
CMP 39640 RNE 20415


AQUINO CANO RAQUEL SARA

76262260

ANEXO N° 6

REGISTRO FOTOGRÁFICO

