

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en pacientes encamados con Síndrome de Inmovilización

Application of the Nursing Care Process in patients bedridden with Immobilization Syndrome

Fornaris Delgado, Karina ¹,
Lezcano Leiva, Miriam Yanet ²
Suárez Revol, Danelis ³

¹Centro Internacional de Salud "La Pradera"/Enfermería. La Habana. Cuba. karinafd@infomed.sld.cu

²Centro Internacional de Salud "La Pradera"/Enfermería. La Habana. Cuba. janelezcano@infomed.sld.cu

³Centro Internacional de Salud "La Pradera"/Enfermería. La Habana. Cuba. revol@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: El encamamiento prolongado unido a la no realización de ejercicios puede conllevar a cualquier persona a un Síndrome de inmovilización que es el desequilibrio de la relación normal entre reposo y actividad física, dos procesos biológicos esenciales para mantener un estado físico óptimo. **Objetivo:** Describir mediante el Proceso de Atención de enfermería los avances en la evolución de un paciente con síndrome de inmovilización a través de la presentación de su caso clínico. **Métodos:** Investigación cualitativa. Estudio descriptivo de corte transversal basado en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con síndrome de inmovilización poniendo en práctica un plan de cuidados individualizado con el uso de las taxonomías NANDA, NIC, NOC. Se utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita. **Resultados:** Paciente con actividad neuromuscular restringida que de acuerdo a los parámetros usados para medir el grado de movilidad se encuentra en el de valor 3, o sea, está disminuida: inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos. La necesidad de movimiento está afectada. **Conclusiones:** El adecuado manejo del síndrome de inmovilización evita complicaciones que comprometen la calidad de vida del paciente. La realización del plan de cuidados individualizado y el uso de las taxonomías NANDA, NOC, NIC mejora la calidad de los cuidados, proporciona un lenguaje común entre los profesionales facilitando el trabajo en equipo y la mejora del estado de salud del paciente. **Palabras clave:** síndrome de inmovilización; actividad física; encamamiento; Proceso de Atención de Enfermería.

Abstract

Introduction: The long encamamiento joined not achievement of exercises can bear any person to a Syndrome of immobilization that is the imbalance of the normal relation between rest and physical activity, two essential biological processes to maintain the ideal physical state. **Target:** To describe by means of the Process of Attention of infirmery the advances in the evolution of a patient with immobilization syndrome across the presentation of its clinical case. **Method:** Qualitative investigation. Descriptive study of cross section based on the application of the Process of Attention of Infirmery to a patient with immobilization syndrome putting into practice a plan of care individualized with the use of the taxonomies NANDA, NIC, NOC. There uses a scale type Likert of five points to demonstrate the changeability in the state, conduct or described perception. **Results:** Patient with activity neuromuscular restricted that in accordance with the parameters used to measure the mobility grade finds in that of value 3, or, it is diminished: it initiates voluntary movements with enough frequency but it needs help to realize, to complete or to maintain some of them. The need for movement is affected. **Conclusions:** The suitable handling of the syndrome of immobilization avoids complications that compromise the quality of life of the patient. The achievement of the

individualized plan of care and the use of the taxonomies NANDA, NOC, NIC improves the quality of the care, provides a common language between the professionals facilitating the work in team and the progress of the state of health of the patient.

Keywords: immobilization syndrome; physical activity; encamamiento; Process of Attention of Infirmity.

I INTRODUCCIÓN

El encamamiento prolongado unido a la no realización de ejercicios puede conllevar a cualquier persona a un Síndrome de inmovilización que no es más que el desequilibrio de la relación normal entre el reposo y la actividad física, dos procesos biológicos esenciales para mantener un estado físico óptimo.¹

Se trata de un síndrome muy común en estos tiempos y sobre todo en la atención primaria de salud aunque puede verse también en la atención secundaria y terciaria y sin embargo los profesionales de enfermería no son capaces aún de diagnosticarlo.

Para el desarrollo del caso clínico se pone en práctica el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), este es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente, sistema familiar o comunidad. Es una herramienta de trabajo, que permite a Enfermería presentar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.²

Este trabajo tiene como objetivo describir mediante el Proceso de Atención de enfermería los avances en la evolución de un paciente con síndrome de inmovilización a través de la presentación de su caso clínico

II MÉTODOS

Investigación cualitativa donde se realiza un estudio descriptivo de corte transversal basado en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con síndrome de inmovilización en el período comprendido desde enero a abril de 2019 en el Centro Internacional de Salud “La Pradera” poniendo en práctica un plan de cuidados individualizado con el uso de las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

Revisión documental que conforma la historia clínica y el manual de organización y procedimientos del proceso de atención de enfermería-NANDA Internacional-. Se utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos con todos los resultados e indicadores para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita. Se establece una puntuación basal y otra posterior a las intervenciones que se realizan para poder medir los resultados obtenidos en el paciente.

III RESULTADOS

Presentación de caso

Paciente HRM masculino, de raza blanca y 20 años de edad con antecedentes de asma bronquial controlada. En el año 2009 sufre herida por arma de fuego en región dorsal alta, provocándole paraplejía con lesión en D1 y D2. Fue intervenido quirúrgicamente para retirar fragmentos de proyectil y esquirlas de hueso alojados en el canal medular, no es fijado. Es remitido al CIREN para tratamiento rehabilitador de donde es trasladado hace 90 días al centro por presentar 2 úlceras por decúbito.

Datos subjetivos: refiere “me siento bien pero llevo 4 días sin defecar”

Datos objetivos: Vemos al paciente con muy buen estado general aparente. Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Se moviliza en silla de ruedas con ayuda por presentar paraplejía espástica por lo cual es dependiente parcialmente de su acompañante pues no logra realizar su autocuidado pero es capaz de ayudar en algo durante su desarrollo. Se ha observado dificultad en el uso de dispositivos de ayuda para el traslado de la silla a la cama y viceversa En estos momentos se mantiene acostado bajo prescripción médica con cambios frecuentes de posición hasta la completa cicatrización de la úlcera por decúbito localizada en región sacra y se cura con suero fisiológico y ozono constatándose presencia de costra. Signos vitales dentro de los parámetros normales, afebril. Apetito conservado. Se trata de un paciente que utiliza la técnica

ca de cateterismo vesical intermitente para la eliminación urinaria la cuál es realizada por la acompañante pues refiere estar entrenada para ello; aunque se ha constatado por la enfermera dificultades en el proceder y se han rectificado; y él lo prefiere así para mantener su privacidad. Padece de constipación secundaria a su patología de base la cual se trata con laxantes que toma cuando decide que lo necesita pues lleva mucho tiempo sin defecar. Cumple con su tratamiento médico sin dificultad. Refiere su acompañante (abuela paterna) que la agrede verbalmente cada vez que esta emite una opinión para intentar ayudarlo o cuando ella le realiza algún proceder en su cuidado.

Examen físico:

- Sistema respiratorio: murmullo vesicular audible, no estertores FR- 20.
- Sistema cardiovascular: ruidos rítmicos y de buena intensidad, no soplos TA – 110 – 70, FC - 83.
- Sistema digestivo: abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación. Constipación: defeca irregularmente cada 2 o 3 días.
- Sistema genitourinario: diuresis abundante y clara mediante cateterismo vesical intermitente cada 4 horas y no más pues si no se orina.
- Sistema nervioso central: consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. No deambula.
- SOMA: paraplejia espástica, contractura en flexión de miembros inferiores.
- Piel: Presenta úlcera por decúbito en región sacra de cuatro por dos centímetros de diámetro y un cuarto de centímetro de volumen, siendo esta de bordes irregulares o elípticos ocupando un área de 6,28 centímetros. No presenta tunelizaciones ni fístula. Presencia de tejido de granulación. La piel perilesional se observa lacerada. Cicatriz en región isquiática izquierda.

14 necesidades de Virginia Henderson ³

NECESIDAD	INDICADOR
Respirar normalmente	Sin alteración
Comer y beber adecuadamente	Sin alteración.
Eliminar los desechos corporales	Disminución en frecuencia y volumen de las heces. Incapacidad para llegar hasta el inodoro u orinal. Expresa pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina.
Moverse y mantener posturas deseables	No camina. Actividad neuromuscular restringida que de acuerdo a los parámetros usados para medir el grado de movilidad se encuentra en el de valor 3, o sea, está disminuida: inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.
Dormir y descansar	Sin alteración
Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse	Necesita ayuda para obtener las prendas de vestir
Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno	Sin alteración.
Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel	Necesita ayuda para su aseo. Presenta úlcera por decúbito.
Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros	No refiere alergias. Conducta destructiva hacia los otros (abuela) Presenta alto riesgo de caídas y de infección.
Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones	Poco comunicativo con su familiar y agresiones verbales.

Rendir culto según la propia fe.	Mantiene sus ritos religiosos.
Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro	Preocupación e inquietud por no poder lograr lo deseado.
Jugar o participar en diversas formas de ocio.	Mantiene actividades de ocio dentro de su habitación (lee, TV y usa videojuegos)
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.	Se mantiene al tanto de su evolución y cooperativo con los procedimientos que se le realizan. No puede acceder a las instalaciones sanitarias.

Paciente con síndrome de inmovilización y úlceras por decúbito como complicación, secundario a paraplejia espástica, secuela de lesión medular por herida por arma de fuego. Principales diagnósticos de enfermería (taxonomía II de la NANDA 2018-2020). ^{7, 9, 10}

Dominios, clases y diagnósticos con su definición.

Dominio 3: Eliminación e intercambio: Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.	
Clase 02: Función gastrointestinal: Proceso de absorción y excreción de los productos finales de la digestión	
Diagnóstico	Definición
00235 Estreñimiento crónico funcional R/C disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal M/P disminución en frecuencia y volumen de las heces.	Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.
Clase 01: Función urinaria	
00176 Incontinencia urinaria por rebosamiento R/C hipcontractilidad del detrusor M/P pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina.	Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga.
Dominio 4: Actividad/Reposo: Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.	
Clase 02: Actividad/Ejercicio: Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.	
Diagnóstico	Definición
00088 Deterioro de la ambulación R/C deterioro neuromuscular M/P paraplejia espástica.	Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.
Clase 05: Autocuidado: Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales.	
00108, 00110, 00109 Déficit de autocuidado: baño, uso del inodoro y vestido R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para acceder al cuarto de baño, al inodoro y para coger la ropa.	Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene, de evacuación y de vestido y arreglo personal.
Dominio 09: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés: Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.	
Clase 02: Respuestas de afrontamiento: El proceso de gestionar el estrés del entorno	
Diagnóstico	Definición
00069 Afrontamiento ineficaz R/C crisis situacional M/P conducta destructiva hacia los otros (abuela).	Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.
Dominio 11: Seguridad/protección: Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y de la protección y seguridad	
Clase 02: Lesión física: Lesión o daño corporal.	
Diagnóstico	Definición
00044 Deterioro de la integridad tisular R/C deterioro de la movilidad física y factores mecánicos (presión) M/P úlceras por decúbito.	Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos

XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019

00155 Riesgo de caídas R/C deterioro de la movilidad física M/P falta de habilidades para el uso de dispositivos de ayuda.	Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.
Clase 01: Infección: Respuesta del huésped tras una invasión por gérmenes patógenos.	
00004 Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos y defensas primarias inadecuadas: traumatismo tisular (destrucción tisular) M/P cateterismo vesical intermitente y úlcera por decúbito.	Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Interrelación de la NANDA/NIC/NOC. 8, 11, 12,13

NANDA: 00235 Estreñimiento crónico funcional		
Resultado NOC		Intervenciones NIC
Resultado	Indicador	
0501 Eliminación intestinal.	50121 Eliminación fecal sin ayuda.	440 Entrenamiento intestinal. 200 Fomento del ejercicio.
NANDA: 00176 Incontinencia urinaria por rebosamiento		
0502 Continencia urinaria.	50201 Reconoce la urgencia miccional.	570 Entrenamiento de la vejiga urinaria. 582 Sondaje vesical intermitente. 610 Cuidados de la incontinencia urinaria. 600 Entrenamiento del hábito urinario
0503 Eliminación urinaria.	50313 Vacía la vejiga completamente. 50314 Reconoce la urgencia.	
NANDA: 00088 Deterioro de la ambulación		
0200 Ambular	20001 Soporta el peso. 20003 Camina a paso lento.	5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. 3480 Monitorización de las extremidades inferiores.
NANDA: 00108, 00110, 00109 Déficit de autocuidado: baño, uso del inodoro y vestido		
0301 Autocuidados: Baño.	30101 Entra y sale del cuarto de baño.	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. 7460 Protección de los derechos del paciente. 6480 Manejo ambiental. 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.
0310 Autocuidados: uso del inodoro.	31005 y 31008 Se coloca y se levanta en el inodoro u orinal.	
0302 Autocuidados: vestir	30216 Coge la ropa del armario. 30214 y 30205 Se quita y se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo.	
NANDA: 00069 Afrontamiento ineficaz		
1308 Adaptación a la discapacidad	130802 Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad. 130804 Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad.	5230 Aumentar el afrontamiento. 4360 Modificación de la conducta. 5270 Apoyo emocional. 4410 Establecimiento de objetivos comunes.
NANDA: 00044 Deterioro de la integridad tisular		
1101 Integridad tisular: piel.	110111 Perfusión tisular. 110117 Tejido cicatrizal	3500 Manejo de presiones. 2316 Administración de medicación: tópica. 840 Cambio de posición.
NANDA: 00155 Riesgo de caídas		
1912 Caídas	191205 Caídas durante el traslado.	6490 Prevención de caídas. 6654 Vigilancia: seguridad.
1909 Conducta de prevención de caídas	190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda.	
NANDA: 00004 Riesgo de infección		
0305 Autocuidados: higiene.	30501 Se lava las manos. 30517 Mantiene la higiene corporal.	5606 Enseñanza: individual. 3590 Vigilancia de la piel. 6540 Control de infecciones.
1802 Conocimiento: con-	184201 Modo de transmisión.	

XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019

trol de la infección.	184203 Prácticas que reducen la transmisión. 184204 Signos y síntomas de la infección.	6550 Protección contra las infecciones. 3660 Cuidados de las heridas.
-----------------------	---	--

Evaluación de resultados NOC. Al ingreso y al egreso del paciente. ²

Indicadores	Fecha de evaluación	ESCALA LIKERT				
		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Propuesta de resultado/ tiempo 0501 Eliminación intestinal.						
50121 Eliminación fecal sin ayuda.	Ingreso	1				
	Egreso					5
0502 Continencia urinaria. 0503 Eliminación urinaria.						
50201 Reconoce la urgencia miccional.	Ingreso	1				
	Egreso				4	
50313 Vacía la vejiga completamente.	Ingreso	1				
	Egreso					5
50314 Reconoce la urgencia.	Ingreso	1				
	Egreso					5
0200 Ambular						
20001 Soporta el peso.	Ingreso	1				
	Egreso				4	
20003 Camina a paso lento.	Ingreso	1				
	Egreso			3		
0301, 0310, 0302 Autocuidados: Baño, uso del inodoro y vestir.						
30101 Entra y sale del cuarto de baño.	Ingreso	1				
	Egreso					5
31005 y 31008 Se coloca y se levanta en el inodoro u orinal.	Ingreso	1				
	Egreso					5
30216 Coge la ropa del armario.	Ingreso	1				
	Egreso				4	
30214 y 30205 Se quita y se pone la ropa de la parte inferior del cuerpo.	Ingreso	1				
	Egreso					5
1101 Integridad tisular: piel.						
110111 Perfusión tisular.	Ingreso	1				
	Egreso					5
110117 Tejido cicatrizal.	Ingreso	1				
	Egreso					5
1308 Adaptación a la discapacidad.						
130802 Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad.	Ingreso	1				
	Egreso					5
130804 Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad.	Ingreso	1				
	Egreso					5
1912 Caídas. 1909 Conducta de prevención de caídas						
191205 Caídas durante el	Ingreso		2			

traslado.	Egreso					5
190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda.	Ingreso			3		
	Egreso					5
0305 Autocuidados: higiene. 1802 Conocimiento: control de la infección.						
30501 Se lava las manos.	Ingreso		2			
	Egreso					5
30517 Mantiene la higiene corporal.	Ingreso		2			
	Egreso					5
184201 Modo de transmisión.	Ingreso	1				
	Egreso					5
184203 Prácticas que reducen la transmisión.	Ingreso	1				
	Egreso					5
184204 Signos y síntomas de la infección.	Ingreso		2			
	Egreso					5

DISCUSIÓN

El plan de cuidados se realizó sobre la base de diagnósticos de enfermería según las necesidades que tenía afectadas el paciente, las cuales se satisfacen con acciones de colaboración, independientes e interdependientes de enfermería. Este problema puede ser valorado de satisfactorio, ya que hemos sido capaces de solucionar totalmente casi todas las necesidades que tenía afectadas el paciente. Se logró eliminar o aliviar las complicaciones producidas por el síndrome de inmovilización y prevenir la aparición de otras.

IV CONCLUSIONES.

El adecuado manejo del síndrome de inmovilización evita sus complicaciones que comprometen la calidad de vida del paciente. La realización de un plan de cuidados individualizado y el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC mejora la calidad en la prestación de los cuidados, proporciona un lenguaje común entre los profesionales enfermeros facilitando el trabajo en equipo y consecuentemente la mejora del estado de salud del paciente. Es fundamental el papel de enfermería al proporcionar al paciente/familia los conocimientos necesarios para alcanzar la autonomía y lograr la reinserción del paciente a su medio, obteniendo así, el éxito en su recuperación.²

V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hernández L.; Sánchez G. y Véliz PL. Conocimiento y percepción de riesgo sobre el síndrome de inmovilización en unidades de atención al grave. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Calle 17 entre Paseo y A, Plaza, La Habana. Cuba. Rev. Cub Med Int Emerg 2015;14(1):30-44. Recuperado en: < <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2015/cie151e.pdf> >. Consultado el: 20/5/19.
- Déborah A.; Domínguez N.; Brenes L. Síndrome confusional agudo en adulto mayor de 80 años. Aplicación de la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria RNPS 2110 ISSN 1816-8450 Vol.13. No.1. 2018
- Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 8va. Edición. Cap. 5: Teorías en enfermería de importancia histórica pág. 46. Elsevier www.medilibros.com.
- Ivo J. Proceso Enfermero. Pensamiento Crítico y NANDA, NIC, NOC, 2018 - 2020. Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería. Riobamba. Ecuador. 2019 ivojosebrice@gmail.com capacitaec@gmail.com Recuperado en: <<https://es.slideshare.net> > Publicado el 6 de Feb. de 2019. Consultado el: 20/5/19.

5. Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) Parte I: Características y objetivos. Recuperado en: <<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/03/31/proceso-de-atencion-de-enfermeria-caracteristicas-y-objetivos/>>. Consultado el: 20/5/19.
6. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Fase de valoración. Recuperado en: <<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/04/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae-valoracion/>>. Consultado el: 20/5/19.
7. Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E) Parte III Diagnóstico. Recuperado en: <<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/05/17/pae-enfermeria-diagnostico/>>. Consultado el: 20/5/19.
8. PAE Parte IV Planificación, Ejecución y Evaluación. Recuperado en: <<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/09/30/pae-enfermeria-planificacion-ejecucion-y-evaluacion/>>. Consultado el: 20/5/19.
9. ¿Cómo hacer Diagnósticos enfermeros? NANDA, NIC, NOC paso a paso. Recuperado en: <<https://yoamoenfermeriablog.com/2019/04/27/diagnosticos-enfermeros-nanda/>>. Consultado el: 20/5/19.
10. EU Renato. Gómez B. Diagnósticos NANDA aceptados 2018 -2020. UCI - Hospital Clínico Universidad de Chile Docente Escuela de Enfermería / Departamento de Enfermería / Facultad de Medicina / Universidad de Chile Máster de Cuidados Especializados de Enfermería de Urgencias, Área de Pacientes Críticos y Postanestesia, Universidad de Valencia - España.
11. Resultados NOC 4ª edición. Aplicación androide EDUCSA.
12. Intervenciones NIC 5ª edición. Aplicación androide EDUCSA.
13. Vínculos 3ª edición. Aplicación androide EDUCSA.