

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“CUIDADOS QUE BRINDA LA ENFERMERA/O EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA”

**(Estudio a realizar en el Hospital Nuestra Señora del Carmen en el período
Diciembre – Agosto del 2019)**

Autores:

Castro, Elba Lina

García, Carmen Analía

Asesor a Metodológica:

Prof. Esp. Díaz, Estela del Valle

San Salvador de Jujuy, Agosto de 2018

DATOS DE LAS AUTORAS

CASTRO ELBA LINA

Técnica Profesional Enfermera egresada de la Escuela de Enfermería Dr. Guillermo C. Paterson de la Ciudad de San Salvador de Jujuy en el año 2004. Actualmente cumple su función en la sala 4 de Neumonología de mujeres del Hospital San Roque, Provincia de Jujuy como personal de planta permanente.

GARCIA CARMEN ANALIA

Enfermera egresada del instituto Dr. Guillermo Cleland Paterson de la provincia de Jujuy en el año 2010.

Trabajo en el Hospital de Monterrico, Hospital de Rehabilitación “Dr. Vicente Arroyabe” y en el Hospital Nuestra Señora del Carmen, donde actualmente desempeña sus funciones en el Servicio de Guardia como personal de planta permanente.

AGRADECIMIENTO

Este proyecto de investigación se logró con la participación y colaboración de personas importante en nuestra vida educativa, laboral y personal a las que agradecemos profundamente.

Además queremos dar un agradecimiento especial a la Lic. Esp. Estela del Valle Díaz quien con su conocimiento y paciencia nos ayudó en la realización de este proyecto y a la Lic. Olga Genovese, quien hizo posible llegar a nuestra meta.

Y a nuestras familias que nos apoyó desde siempre.

PROLOGO

La discapacidad es en la actualidad, un problema mundial para la Salud Pública. Se espera que en el futuro, sea un asunto de gran preocupación ya que su prevalencia se va incrementando.

La Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la Salud (2011) definen la discapacidad como el término que engloba las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación.

En la Encuesta Mundial de Salud (2011), cerca de 785 millones de personas (15,6%), de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto Carga Mundial de Morbilidad (2010), estima una cifra próxima a los 975 millones (19.4%).

En Argentina, según la OMS, los datos oficiales respecto a la discapacidad corresponden al último censo a nivel nacional realizado en 2010viven más de 5 millones de personas con dificultad o limitación permanente, lo cual es equivalente al 12,9% del total de la población.

Lamentablemente cada vez, se observa la presencia de personas con dificultad motora en las salas de internación como consecuencia de accidentes viales, la amputación de miembros por diabetes y como consecuencias propias de la vejez.

La atención de estos pacientes dentro del nosocomio requiere especial cuidado de parte del personal de enfermería, ya que se debe tener presente el grado de dependencia y sus complicaciones, para favorecer la pronta recuperación.

Con el presente proyecto, se pretende conocer las diferentes acciones que el personal de enfermería lleva a cabo en la atención de pacientes que presenten discapacidad motora. Dado que los mismos pertenecen a un grupo vulnerable, presentando en la mayoría de los casos dependencia física, emocional y requiriendo cuidados especiales. El resultado de este estudio podría permitir generar estrategias de planificación en el abordaje de la asistencia en estos

Pacientes brindando satisfacción por una buena y adecuada atención de calidad. Además de mejorar la relación enfermero-paciente y sentir la alegría de saber que como profesionales se brinda lo mejor que se puede hacer por una persona.

La metodología que se utilizará en esta investigación es la de un estudio descriptivo transversal, estructurada en dos capítulos:

CAPITULO I: incluye el planteo del problema, definición del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación y marco teórico.

CAPITULO II: en esta sección se incluye el diseño metodológico que contiene tipo de estudio, universo, operacionalización de la variable; fuente; técnica; instrumento de recolección de datos; procesamiento; presentación y análisis de datos; cronograma de actividades y presupuesto.

INDICE

CAPÍTULO I: El Problema

Planteo del problema.....	Pág.2
Justificación.....	Pág.7
Marco Teórico.....	Pág.8
Definición conceptual de la variable.....	Pág.23
Objetivos.....	Pág.26

CAPÍTULO II: Diseño Metodológico

Tipo de estudio.....	Pag.28
Universo.....	Pág.28
Operacionalizacion de la variable.....	Pág.29
Fuente, técnica e instrumento.....	Pág.31
Plan de recolección de datos.....	Pág.31
Plan de procesamiento de datos.....	Pág.31
Plan de presentación de datos.....	Pág.34
Plan de análisis de datos.....	Pág.36
Cronograma de actividades.....	Pág.37
Presupuesto.....	Pág.38
Referencia Bibliográfica.....	Pág.39
Anexo.....	Pág.41

CAPITULO I
El Problema

PLANTEO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Se define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre las personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down, depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte, edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social). (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2011)

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS y BM, 2011) se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial. Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.

En la Encuesta Mundial de Salud (2011), cerca de 785 millones de personas (15,6%), de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto Carga Mundial de Morbilidad (2010), estima una cifra próxima a los 975 millones (19.4%).

Entre 110 y 190 millones de personas, según ambas fuentes, tienen dificultades muy significativas de funcionamiento.

El número de personas con discapacidad está creciendo debido al envejecimiento de la población – las personas ancianas tiene un mayor riesgo de discapacidad -y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países con ingresos bajos y medianos.

En América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad cuya prevalencia está en aumento al igual que a nivel mundial por lo que será motivo de gran preocupación en los años futuros.

En Argentina según la OMS, los datos oficiales respecto a la discapacidad corresponden al último censo a nivel nacional realizado en 2010, en el país viven más de 5 millones de personas con dificultad o limitación permanente, lo cual es equivalente al 12,9% del total de la población. En la distinción por géneros, las mujeres representan un porcentaje levemente mayor (14% contra 11,7%).

Por razones lógicas, la discapacidad presenta una correlación con la edad. A medida que aumenta una, también incrementa la otra. Entre los 0 y los 39 años, la dificultad o limitación permanente (DLP) afecta tan solo al 6%. A partir de los 40, la incidencia aumenta hasta que alcanza un preocupante 43,6% en las personas entre 75 y 79. En los mayores de 80 años, la DLP se presenta en un 56,4% de los casos.

Los números fueron presentados en el marco del Encuentro del Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad en octubre de 2014, realizada en Buenos Aires. Del total de la población con discapacidad permanente, la mayoría (el 59,5) padece atrofia visual. En menor cantidad, el 20% sufre dificultades motora inferior; el 8,4%, cognitiva; el 8,3%, auditiva, y el 3,8%, motora superior. De todos ellos, el 68% sufre una DLP, y el 32%, dos o más.

En la Ciudad de Buenos Aires, se presenta la menor incidencia de discapacidad a nivel nacional con un 8%. La región más afectada es el Noroeste: en La Rioja, hay un 17,1%, en Jujuy, 16,3% y en Salta, 16,2%. Dentro de la población económicamente activa con DLP, menos de la mitad (44,6%) tiene un trabajo como ocupación.

La Dirección General de Epidemiología de Jujuy año 2013 informa que la prevalencia de discapacidad permanente en la provincia es de 16,1 %. De las cuales, el 67% es discapacidad visual, 23,4% auditiva, 51,2 % motora y 22,5 % cognitiva.

En la Ciudad de El Carmen, Departamento de El Carmen según Informe de la 2da Ronda de APS que finalizó en el mes de agosto (2017) refiere que de 25272 personas que habitan en zona urbana y rural, el 2,57% (650) presenta algún tipo de discapacidad.

- Discapacidad mental: 223 casos
- Discapacidad visceral: 101 casos
- Discapacidad sensorial: 121 casos
- Discapacidad motora: 193 casos

Entre las causas más prevalentes de discapacidad motora se identifican las siguientes:

- amputación de miembro inferior relacionado a accidentes viales y diabetes,
- hemiplejía, diplejía, distonía muscular, mal de Parkinson relacionado con ACV, vejez.

Estos datos mencionados se obtuvieron del Servicio de Estadísticas perteneciente al Hospital Nuestra Señora del Carmen, que es un nosocomio de Segundo Nivel que pertenece al Área Programática V de la Zona Sanitaria II (Valles).

Cuenta con los servicios de Guardia, Clínica Médica, Maternidad, Pediatría, y Consultorios Externos con atención Fisioterapia y Kinesioterapia, entre otras.

Los pacientes que requieren atención de mayor complejidad son derivados al Hospital Pablo Soria, que es el referente de la provincia.

Se observa que en los últimos años, en el servicio de Guardia y en Sala de Clínica Médica aumento la concurrencia de pacientes con discapacidad motora relacionada a ACV y accidentes viales.

Ingresan a la institución deshidratada, desnutrida, con crisis de angustia, deprimidos, en situación de abandono personal y del tratamiento médico.

Refieren que debido a sus limitaciones no pueden asistir por sus propios medios y que no cuentan con la ayuda de sus familiares por razones laborales o porque viven solos o en zonas alejadas.

Estos pacientes frente a la atención de enfermería manifiestan recibir un trato desigual con otros pacientes.

De lo observado surgen los siguientes interrogantes:

¿Qué cuidados brinda la enfermera en pacientes con discapacidad motora en el segundo nivel de atención? ¿Incorporan a la familia en los cuidados?

¿Cuáles son las patologías y las complicaciones más frecuentes por las que asisten los pacientes con discapacidad motora al centro hospitalario?

¿Existen estrategias de cuidados de enfermería en paciente con discapacidad motora en el primer nivel de atención?

ANTECEDENTES

Con respecto al primer interrogante planteado, según Andaluz Aman, O. (2014) la estrategia fundamental de enfermería para mejorar la calidad de vida en las personas con discapacidad severa son “la capacitación a la actualización de conocimiento para satisfacer las necesidades básicas, empezando por el ejercicio pleno de los derechos del buen vivir”. El cual se lograra mediante el diseño de tarjetas de seguimiento de estos pacientes, programar talleres de conocimientos sobre cuidados básicos y la elaboración de material informativo. Las acciones que el personal lleva a cabo son de acuerdo al criterio del profesional y la demanda del paciente.

La asistencia domiciliaria tiene diversos objetivos como la de mejorar la asistencia médica, disminuir la frecuencia de la internación en los nosocomios y disminuir las enfermedades infecciosas.

Pérez Guerrero, M. (2013) destaca la importancia de educar a la familia a través de una propuesta de intervención domiciliaria acerca del tratamiento postural y fisioterapia respiratoria como vía para prevenir infecciones respiratorias agudas en el caso del paralítico cerebral.

Se consulta a Supervisora del Departamento de Enfermería del Hospital Nuestra Sra. del Carmen, acerca de las estrategias que utiliza el personal de enfermería en pacientes con discapacidad motora en otros centros de salud, a lo cual refiere que lamentablemente solo se limita al control de peso y talla, control de parámetros vitales y a tratamiento prescripto por el médico de pacientes que asisten al centro. La demanda impide que realicen visitas domiciliarias y charlas a la comunidad.

Con respecto al tercer interrogante, la OMS (2017) refiere que las afecciones secundarias que acompañan a la discapacidad son evitables y

prevenibles como son las úlceras por presión, la osteoporosis, las infecciones urinarias y el dolor crónico.

Ruiz Vinueza, V. & Jimbo Ludueña, M. (2016) menciona que las complicaciones como la depresión, bajo y exceso de peso se presentan con elevada frecuencia en los pacientes con discapacidad severa asociadas a la pobreza.

La jefa del servicio de clínica médica refiere que las patologías más frecuentes por los que los pacientes con discapacidad motora son internadas por escaras, neumonías, traumatismos por caídas en el hogar, o en la vía pública, desnutrición y deshidratación.

En la búsqueda bibliográfica, con respecto a las acciones de enfermería en pacientes con discapacidad motora en el segundo nivel de atención no se encontró antecedentes.

Síntesis del Exploratorio

Habiendo analizado el tema en cuestión se concluye que:

- Las patologías más frecuentes que genera la discapacidad motora son las úlceras por presión, infecciones urinarias, depresión, neumonías, deshidratación y desnutrición.
- Las estrategias de cuidado que realizan las enfermeras a pacientes con discapacidad motora en el primer nivel se encuentran las visitas domiciliarias y la capacitación no solo del profesional sino de los cuidadores informales.
- En el segundo nivel, las estrategias de cuidado que realizan las enfermeras son la rotación y a la utilización de dispositivos mecánicos.
- La enfermera a veces incorpora a la familia en los cuidados.
- No se encontró antecedentes sobre cuidados que brinda la enfermera a pacientes con discapacidad motora en el segundo nivel de atención.

Por tal razón se define el problema de investigación como:

¿Cuáles son los cuidados que brinda la enfermera/o a pacientes con discapacidad motora en el Hospital del Carmen durante el periodo Diciembre –Agosto del 2019?

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación surge de la necesidad de conocer las acciones que Enfermería lleva a cabo en pacientes con discapacidad motora. Dado que los mismos pertenecen a un grupo vulnerable y en la mayoría de los casos presentan dependencia física, emocional y económica.

Estos pacientes que muchas veces son discriminados dentro de la sociedad requieren de una atención permanente, integral, y sobre todo de calidad.

Existen pocos estudios realizados sobre el actuar de enfermería en el ámbito comunitario, no encontrándose investigaciones en el ámbito hospitalario. Lo cual constituye un vacío de conocimiento que hace necesaria su investigación.

La elaboración de este proyecto podría generar incentivo para fortalecer el área de Atención Primaria de la Salud y mejorar la atención dentro del nosocomio.

Los datos que se obtendrían como resultado permitirán generar estrategias de planificación en el abordaje de la asistencia en este tipo de pacientes, cuyo objetivo es lograr la contención del paciente frente a su enfermedad y la satisfacción por una buena y adecuada atención de calidad.

La buena disposición por parte del personal de enfermería y director del nosocomio hace factible la realización de esta investigación. Además de contar con los recursos humanos y materiales por parte de las investigadoras.

MARCO TEÓRICO

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS y BM, 2011) se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial.

En la Encuesta Mundial de Salud (2011), cerca de 785 millones de personas (15,6%), de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto Carga Mundial de Morbilidad (2010), estima una cifra próxima a los 975 millones (19.4%).

Discapacidad es, según la citada clasificación de la OMS (2017), “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La discapacidad se tiene. La persona no es discapacitada, sino que está discapacitada.

Abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. “Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.” (OMS, 2016).

En Argentina, la Ley N° 22.431 Sistema de Protección Integral de los discapacitados, según el artículo 2 consideradiscapacitada a “toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.”

Existen diferentes tipos de discapacidades según la OMS (2001):

1. Las discapacidades sensoriales y de la comunicación: incluyen deficiencias y discapacidades oculares, auditivas y del habla, por ejemplo, la ceguera, la pérdida de un ojo, la pérdida de la vista en un sólo ojo, la sordera, la pérdida del oído de un sólo lado, la mudez, etcétera.

2. Las discapacidades motrices: incluye deficiencias y discapacidades para caminar, manipular objetos y coordinar movimientos (por ejemplo una restricción grave de la capacidad para desplazarse), así como para utilizar brazos y manos. Por lo regular, estas discapacidades implican la ayuda de otra persona o de algún instrumento (silla de ruedas, andadera etc.) o prótesis para realizar actividades de la vida cotidiana.
3. Las discapacidades mentales: incluye las deficiencias intelectuales y conductuales que representan restricciones en el aprendizaje y el modo de conducirse, por lo que la persona no puede relacionarse con su entorno y tiene limitaciones en el desempeño de sus actividades.

Con respecto a la Discapacidad Motora, se la ha definido como:

Según Demetrio (2011), “toda restricción en la movilidad y desplazamiento de una persona, que limita su participación y relación con el entorno social y o actividades de la vida diaria.”

La OMS (2017), la Discapacidad Motora entiende como aquellas limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que sufre una persona como consecuencia de una deficiencia a nivel de sus estructuras biológicas y de las funciones que hacen posibles el control corporal y la movilidad.

El INDEC (2012) la define como un trastorno de la capacidad motriz (alteración del aparato motor), de carácter transitorio o permanente, a consecuencia de una deficiente funcionalidad en el sistema muscular, óseo-articular y/o nervioso, impidiendo un ritmo evolutivo normal de dichos sistemas, estas deficiencias van a ocasionar la falta de control en la ejecución de los movimientos o bien la carencia de estos.

La Guía de Apoyo Técnico – Pedagógico (2007) la define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes

espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las barreras (impedimentos que el contexto físico o social le pone al individuo que dificultan su acceso y/o participación en actividades consideradas normales para cualquier persona de su edad y cultura) presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona.

Las causas por las que se presenta este tipo de discapacidad pueden ser muy variadas:

- factores congénitos
- hereditarios
- cromosómicos
- accidentes
- enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas entre otras.

Factores congénito: Congénito cualquier rasgo o identidad presente en el nacimiento adquirido durante el desarrollo intrauterino. Puede ser resultado de un factor hereditario, físico (por ejemplo, radiación x), químico (por ejemplo, fármacos o sustancias tóxicas) o infeccioso (por ejemplo infecciones virales-rubeolas congénitas entre otras). Ejemplos de estos pueden ser enfermedades como malformaciones en las extremidades (causadas por fármacos teratógenos usados durante el periodo fetal temprano), retraso mental radio inducido (causado por radiaciones en el periodo fetal tardío) y ceguera (causada por rubeola contraída en el primer trimestre de gestación)

Hereditario: Secuencia de ADN que constituye la unidad funcional para la transmisión de los caracteres hereditarios.

Cromosómicos: Son estructuras que se encuentran en el centro (núcleo) de las células que transportan fragmentos largos de ADN. El ADN es el material que contiene los genes y es el pilar fundamental del cuerpo humano, los cromosomas también contienen proteínas que ayudan al ADN a existir en la forma apropiada.

Accidente: Se determina como un hecho o acontecimiento que es provocado por una acción violenta y repentina causada por un tercero externo

involuntario, el cual da lugar a una lesión corporal que es cuando el accidente haya causado la muerte o lesión a una persona.

Enfermedad Degenerativa: Es una afección crónica mediante un proceso continuo basado en cambios degenerativos en las células, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo. La misma se puede manifestar por procesos normales de desgaste del cuerpo, elecciones relacionadas con el estilo de vida tales como ejercicio o hábitos alimenticios. Las enfermedades degenerativas son contrapuestas con las enfermedades infecciosas.

Se originan por la alteración anatómica y funcional de los tejidos de cualquier aparato o sistema del organismo. Ejemplo muy conocido de enfermedad degenerativa son el Mal de Parkinson y el Mal de Alzheimer, que afectan al sistema nervioso central. Los síntomas son variados, como vértigo y la fibra muscular que va adelgazándose mientras que el cuerpo anatómicamente pierde ciertas estructuras óseas, como consecuencias: aumenta el campo craneal afectando al sistema neurológico, hasta causar invalidez.

Las enfermedades neuromusculares: Afectan los nervios que controlan los músculos voluntarios. Los músculos voluntarios son los que se pueden controlar, como es el caso de los brazos y las piernas. Las células nerviosas, también llamadas neuronas, envían mensajes que controlan esos músculos.

Las enfermedades infecciosas: Son causadas por microorganismo patógeno como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos, estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. Las zoonosis son enfermedades infecciosas en los animales que pueden ser transmitidas al hombre.

Enfermedad metabólica: Es adquirida o hereditaria que se produce por una o más alteraciones en el metabolismo, como la diabetes (alteración en el metabolismo de los glúcidos), la gota (metabolismo de los nucleótidos), las aminoacidopatías (metabolismo de las proteínas).

Un estudio de Rosell (2010) refiere que la movilidad limitada, es la consecuencia que presenta una persona a causa de las secuelas de

alteraciones generales o específicas que dificultan el desplazamiento, y ésta se divide en dos tipos:

- a) según su origen
- b) según la imposibilidad de llevar a cabo un movimiento.

La clasificación de las discapacidades motrices según el origen puede ser:

Encefálica	Parálisis cerebral
	Traumatismo craneoencefálico
	Tumores
	Ataxia
Espinal	Espina bífida
	Lesiones medulares degenerativas
	Traumatismo medular
	Atrofia medular
Muscular	Miopatías
Osteo-articular	Malformaciones congénitas
	Malformación distróficas
	Reumatismos infantiles
	Lesiones osteo-articulares por desviaciones del raquis

Pérez y Garaigordobil (2007), presentan una clasificación de los trastornos motrices utilizando distintos criterios

- Monoplejía: se encuentra afectado un miembro del cuerpo, ya sea brazo o pierna.
- Hemiplejía: se encuentra afectado un lado simétrico del cuerpo, ya sea derecho o izquierdo.

- Paraplejia: se encuentran afectados ambos miembros inferiores.
- Tetraplejia: se encuentran afectados los cuatro miembros.
- Diplejía: se encuentran más afectados los miembros inferiores que los superiores.

La discapacidad puede ser clasificada según el grado de las mismas según Casañas (2009):

Leve: cuando la persona presenta alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, sin embargo la persona es independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno.

Moderada: cuando presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas del autocuidado y supera con dificultades algunas barreras del entorno.

Severa: las personas ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas requiriendo el apoyo o cuidados de una tercera persona y no logrando superar las barreras del entorno.

Coveo (2010) menciona algunos de los problemas y complicaciones más comunes:

Úlcera por presión: Una úlcera o llaga es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia. Las úlceras pueden tener origen y localización muy variada. Los sitios más comunes donde se presentan las úlceras por decúbito son las prominencias óseas (huesos cercanos a la piel), como en los codos, los talones, las caderas, los tobillos, los hombros, la espalda y la parte posterior de la cabeza.

Fiebre: Es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal, y que es causado por un evento fisiopatológico (infección, inflamación).

Crisis Convulsiva: La expresión crisis convulsiva o "ataque convulsivo" se refiere a una disfunción cerebral súbita o repentina que hace que la persona se desplome, tenga convulsiones o presente otras anomalías de carácter

temporal en el funcionamiento cerebral, que a menudo van acompañadas de cambios en el nivel de conciencia o de pérdida de la conciencia.

Bronco aspiración: Ocurre cuando un alimento sólido o líquido pasa a las vías respiratorias accidentalmente. También puede ocurrir cuando el contenido gástrico vuelve a la boca (en caso de regurgitación o vómito) y éste queda atrapado en las vías respiratorias al respirar.

Dificultad para la deglución: La deglución consiste en masticar los alimentos y llevarlos a la parte posterior de la boca para transportarlos por el esófago, el conducto que moviliza el alimento hasta el estómago. La dificultad con la deglución es la sensación de que el alimento sólido o líquido se atora en la garganta o en cualquier punto antes de que éste ingrese al estómago. Este problema también se denomina disfagia.

Atragantamiento: El atragantamiento es la obstrucción accidental de las vías respiratorias altas o medias, generalmente al fallar la deglución de alimentos, y que puede llegar a provocar la asfixia del sujeto afectado y en la mayoría de los casos, a la muerte si no se atiende con rapidez. A menudo se produce con alimentos de consistencia pastosa como chicles o pastillas de goma en niños o grandes trozos de carne mal masticados en adultos.

La atención de estos pacientes dentro del nosocomio requiere especial atención ya que se debe tener presente el grado de dependencia y sus complicaciones, para favorecer la pronta recuperación.

La OMS (2008) refiere que Enfermería cumple un rol fundamental en la atención a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Las acciones o intervención de enfermería según la NIC (2016) son todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Dicha intervención se fundamenta teóricamente en diferentes Modelos de Cuidados.

Du Gas, B. (2000) refiere que ante la necesidad de comprender los procesos, los problemas y las situaciones de la vida en un mundo en constante evolución, las enfermeras han elaborado modelos conceptuales que tienen una visión diferente de la atención de enfermería para identificar científicamente los conocimientos y tener un marco de referencia que permita dirigir la práctica profesional.

Un modelo es una guía teórica que orienta el pensamiento y la acción de enfermería, el modelo da una perspectiva general de lo que es importante observar, de cuál es el diagnóstico y la intervención necesaria.

Dentro de los modelos conceptuales se encuentran los de:

Virginia Henderson (1955) que expresa como principales conceptos:

- **Enfermería:** el cuidado enfermero consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible. La prioridad del enfermero es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad).
- **Salud:** considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.
- **Entorno:** no especifica una definición propia pero la define como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y desarrollo de un organismo.
- **Persona:** la considera como un individuo que requiere asistencia, obtener salud e independencia o la muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y familia como una unidad.

Para Virginia Henderson la palabra necesidad se define en sentido positivo y amplio como un requisito más que una carencia.

Las definiciones se basan en principios psicológicos y fisiológicos que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería.

La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

Son 14 las necesidades o requisitos:

1. Necesidad de respirar: se necesita valorar amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos. Entre los factores que influyen en esta necesidad se encuentra la edad, postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo y enfermedades asociadas.

2. Necesidad de beber y comer: se valora alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional. Influyen la edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, estatus socioeconómico, religión, cultura.

3. Necesidad de eliminar: valorar defecación, diuresis, micción, heces, sudor. Influyen en esta necesidad alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura. La amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular deben ser valoradas. Influyen en esta necesidad la edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5. Necesidad de dormir y descansar: se considera el descanso, sueño, ritmo circadiano. La edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo son factores influyentes.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse: valora la capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada. Influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, estatus social, empleo, cultura.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. La Temperatura, ambiente, abrigo se evalúa. El sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos se valora las faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas. Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social.

9. Necesidad de evitar los peligros se valora el entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica. Influyen en esta necesidad la edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, estatus socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10. Necesidad de comunicar se evalúa la accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo. Factores que influyen en esta necesidad son la integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores: valora las creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores. Influyen gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse: valora autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración. La edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales influyen.

13. Necesidad de recrearse: debe evaluarse diversión, juego, ocio, placer, influyen en esta necesidad la edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles, organización social.

14. Necesidad de aprender: se valora el aprendizaje, enseñanza. Factores que influyen en esta necesidad son la edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

Dorothea Orem (1971) define a:

Cuidados de enfermería como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de estas.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Define tres Teoría del Autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente

La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo.

Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. Regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Marjory Gordon (1977)

Considera al proceso de atención de enfermería, como herramienta fundamental para brindar cuidado de calidad al paciente, familia y comunidad está sustentado en bases científicas que permiten identificar el estado de salud del paciente, sus necesidades o problemas de salud reales o en riesgo y proporcionar los cuidados específicos para solucionar los problemas o necesidades identificadas.

Para el desarrollo del cuidado de enfermería se requieren procesos organizados y sistemáticos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, abordados desde el desarrollo teórico y aplicado durante la práctica clínica.

Los agrupo en 11 patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo. Los patrones funcionales tienen las características de conducir de forma lógica el diagnóstico enfermero, contemplan al paciente en forma holística y recogen toda la información del paciente, familia y entorno.

- 1) Percepción y control de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar incluye: estilo de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgo.

- 2) Patrón actividad-ejercicio: Incluye las actividades, de la vida diaria que requieren gastos energéticos, tales como higiene, cocinar, comprar, comer trabajar y hacer las actividades diarias de la casa.
- 3) Patrón de eliminación: Describe los patrones de la función excretora (vejiga intestino y piel)
- 4) Patrón de reposo-sueño: Comprende los periodos de sueño y descanso relajación durante las 24 hs. del día.
- 5) Patrón cognitivo perceptual: Incluye la adecuación de los modos sensoriales como la visión, el tacto, el gusto y el olfato.
- 6) Patrón autopercepción - autoconcepto: Incluye las actividades del individuo hacia sí mismo, la percepción de sus habilidades, imagen corporal, identidad y patrón emocional general.
- 7) Patrón de rol-relaciones: Incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual.
- 8) Patrón de sexualidad –reproducción: Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo.
- 9) Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés: Incluye la reserva del individuo o capacidad de resistir los ataques a la autointegridad, modos de manejar el estrés, familia u otros sistemas de soporte.
- 10) Patrón valores y creencias: Incluye lo que se percibe como importante en la vida, la calidad de vida y la percepción de cualquier conflicto en los valores creencias o expectativas relacionadas con la salud.
- 11) Patrón nutricional y metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólica.

Callista Roy (1976)

Desarrollo el denominado “MODELO DE ADAPTACION DE ROY” compuesto por un conjunto de premisas filosóficas y científicas, cuyos postulados básicos son:

Los seres humanos son holísticos y trascendentes

1- Son autónomos y responsables de los procesos de interacción y creatividad.

2- Personas y mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, lo que lleva a que sean seres únicos

3- Cada persona tiene la capacidad de interpretar el medio ambiente interno y externo.

4- Adaptación es el proceso y resultado por el que las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental.

Sus conceptos principales son:

➤ **Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

➤ **Cuidado de enfermería:** Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

➤ **Persona:** Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

➤ **Entorno:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona, es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

El modelo considera 4 modos o métodos de adaptación

➤ Las necesidades fisiológicas básicas: Pertenecen los aspectos físicos de los sistemas humanos, tiene nueve componentes:

- Circulación

- Temperatura corporal
- Oxígeno
- Líquidos orgánicos
- Sueño
- Actividad
- Eliminación
- Alimentación
- Protección
- Respiración

➤ Modo adaptativo de autoconcepto: Se refiere específicamente al aspecto personal; se centra en aspectos psicológicos y espirituales de la persona incluye la sensación de imagen del cuerpo que se tiene, también incluye el ser espiritual, ético y moral

El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

➤ Modo adaptativo del dominio de un rol o papel: Se centra específicamente en los roles que la gente ocupa en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

➤ Modo adaptativo de Interdependencia: Se centra en las relaciones cercanas con la gente, como individuos y grupos. La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

El concepto de Discapacidad motora que se escogió para este estudio es el de la OMS (2016) “Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.”

El proyecto se sustentara en el Modelo de Callista Roy (1984) que considera la adaptación del paciente a su enfermedad importante. Subraya que en su intervención el enfermero/a debe estar consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo tiene presente no solo las necesidades fisiológicas básicas sino también aspectos psicológicos, espirituales, el rol que desempeña en la sociedad y sus relaciones.

Se seleccionará 3 Modos de Adaptación del ser humano que el profesional debe considerar en la atención de paciente con discapacidad motora.

Variable:

Cuidados que brinda la enfermera en pacientes con discapacidad motora.

Dimensiones:

1-Modo de Adaptación Fisiológica básica

➤ Subdimensión: Actividad y Ejercicio

Los indicadores a medir serán:

La Enfermera utiliza dispositivos mecánicos como: aro, colchón de aire, almohadillas y cabestrillo en el cuidado brindado.

Facilita elementos de movilización (silla de ruedas, muletas, andador y bastón).

Moviliza cada dos horas,

Colabora en ejercicios activos de caminatas y pasivos de flexión, extensión y rotación.

➤ Subdimensión: Descanso

Sus Indicadores a medir serán:

-Respetar las horas de sueño (evita interrumpir frecuentemente al paciente durante el sueño).

-Fomenta un ambiente tranquilo para el descanso (luminosidad y eliminación de ruidos).

➤ Subdimensión: Alimentación

Los indicadores a tener en cuenta serán:

-Brinda la posición de 90° para la alimentación.

- Respetar el horario y duración de la comida.

-Facilita el aporte de líquidos VO como agua o jugos.

-Mantiene cuidados de la alimentación enteral (permeabilidad de la sonda, temperatura de la alimentación y tolerancia gástrica)

-Realiza higiene bucal.

-Asiste al paciente en el momento de la alimentación.

-Promueve la autonomía para la alimentación.

➤ Subdimensión: Eliminación

Los indicadores a tener en cuenta serán:

-Realiza higiene perineal según necesidad, una vez por turno o a pedido del paciente.

-Facilita chata y papagayo a demanda del paciente.

-Registra catarsis y diuresis.

-Promueve la autonomía del autocuidado: baño, higiene

.

2- Modo Adaptativo de Auto-concepto:

➤ Subdimensión: Identidad Personal

Los indicadores a tener en cuenta serán:

- Respetar la individualidad del paciente utilizando biombos, empleando cortinas cerrando puertas y ventanas en las higienes.
- Comunicar los procedimientos que realizara.
- Aceptar cuando el paciente refiere utilizar su propia vestimenta (poncho, enagua, chulos y aguayos)
- Respetar sus creencias e ideologías.
- Integrar a la familia en el cuidado, alimentación, movilización e higiene del paciente durante todo el día.

.3-Modo adaptativo de Interdependencia

➤ Subdimensión: Conducta dependiente

Los indicadores a tener en cuenta serán:

- Control de parámetros vitales: presión arterial, temperatura, pulso, respiración y saturación.
- Emplea baranda de contención y medidas de sujeción en caso de ser necesarios.

➤ Subdimensión: Conducta independiente

Los indicadores a tener en cuenta serán:

- Fomenta el autocuidado facilitando elementos de higiene personal; cepillo, dentífrico, peine, toallas, rasuradoras, utensilios para la alimentación; tenedor, cuchara, cuchillo, servilletas y sorbetes.
- Fomenta actividades de recreación: juegos lúdicos, lecturas de libros, revistas y diarios, deambulación en pasillos y jardines adaptándolos a su cultura.
- Indaga acerca de sus gustos (música y lectura)

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Conocer cuáles son los cuidados que brinda la enfermera en pacientes con discapacidad motora del Hospital Nuestra Señora del Carmen de la Provincia de Jujuy en el periodo de Diciembre - Agosto del año 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar los cuidados que brinda la enfermera considerando el modo adaptativo Fisiológico del paciente con discapacidad motora.
- ❖ Establecer los cuidados que brinda la enfermera en el modo adaptativo de autoconcepto del paciente con discapacidad motora.
- ❖ Identificar los cuidados de enfermería brindados en el modo adaptativo de interdependencia del paciente con discapacidad motora.
- ❖ Analizar que cuidados que brinda la enfermera prevalecen.

CAPÍTULO II
Diseño Metodológico

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizará en este proyecto de investigación será:

-Descriptivo: Porque apunta a realizar una descripción del fenómeno bajo estudio: en este caso cuidados que brinda la enfermera.

- Transversal: La variable será estudiada por única vez en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo entre los meses Diciembre- Agosto del 2019.

UNIVERSO

El universo estará constituido por 32 enfermeros, que desempeñen funciones en la atención del cuidado en pacientes con discapacidad motora en las salas de Clínica Médica y Observación del servicio de Guardia del Hospital Nuestra Señora del Carmen durante los meses de Diciembre- Agosto del 2019.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

variable	Dimensión	Subdimensión	Indicador
Cuidados que brinda la Enfermera en Pacientes con Discapacidad Motora	Modo de Adaptación Fisiológica Básica	Actividad y Ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> -Utiliza dispositivo mecánicos como aro, colchón de aire, almohadillas y cabestrillos en el cuidado brindado. -Facilita elementos de movilización (silla de rueda, muletas, andador y bastón). -Moviliza cada 2 horas. -Colabora en ejercicios activos de caminatas, y pasivos de flexión, extensión y rotación
		Descanso	<ul style="list-style-type: none"> -Respetar las horas de sueño (evita interrumpir frecuentemente al paciente durante el sueño) -Fomenta un ambiente tranquilo para el descanso (luminosidad y eliminación de ruido)
		Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> -Brinda la Posición de 90° para la alimentación - Respetar el Horario y duración de las comidas -Facilita el aporte de líquidos VO como agua o jugos -Mantiene cuidados de la alimentación enteral (permeabilidad de la sonda, temperatura de la alimentación y tolerancia gástrica). -Realiza Higiene bucal -Asiste al paciente en el momento de la alimentación. -Promueve la autonomía a la alimentación
		Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> -Realiza Higiene perineal según necesidad, una vez por turno o a pedido del paciente -Facilita chata y papagayo a demanda del paciente. -Registra catarsis y diuresis. -Promueve la autonomía (baño e higiene)

	<p>Modo Adaptativo de Autoconcepto</p>	<p>Identidad Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Respeta la individualidad del paciente utilizando biombos, empleando cortinas, cerrando puertas y ventanas durante la higiene. - Comunica los procedimientos que se realizará. -Acepta cuando el paciente refiere utilizar su propia vestimenta (ponchos, chulos, enagua y aguayos) -Respetar sus creencias e ideologías. - Integra a la familia en el cuidado nocturno, alimentación , movilización e higiene del paciente.
	<p>Modo Adaptativo de Interdependencia</p>	<p>Conducta Dependiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Controla parámetros vitales: presión arterial, temperatura, pulso, respiración y saturación - Emplea barandas de contención y medidas de sujeción en caso de ser necesario.
		<p>Conducta Independiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Indaga acerca de sus gustos (música y lectura) -Fomenta el autocuidado; facilitando elementos de higiene personal; cepillo , dentífrico peine toalla, rasuradoras, utensilios para la alimentación: tenedor, cuchara, cuchillo servilleta y sorbetes -Fomenta actividades de recreación; juegos lúdicos, lecturas de libros, revistas y diarios, deambulación en pasillos y jardines adaptándolos a su cultura.

FUENTE, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La fuente: será primaria ya que la información se recolectará de los profesionales de enfermería.

La Técnica: de recolección de datos será la observación.

El Instrumento: para registrar la información será una lista de cotejo.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la siguiente investigación se realizará primeramente la solicitud de los permisos necesarios para la obtención de datos dirigidos al Director Médico del Hospital y Jefa del Departamento de Enfermería.

Se va a asistir a los servicios tres veces a la semana para completar la lista de cotejos turnándose las investigadoras para dicho fin.

La lista de cotejo será aplicada 3 veces y los datos obtenidos en la primera observación NO serán tenidos en cuenta porque el personal de enfermería que se ven observadas cambian de actitud.

PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de datos será realizado de la siguiente manera:

➤ Para la Dimensión modo de adaptación fisiológica básica según subdimensión actividad y ejercicio que contiene 4 indicadores los cuales serán observados en tres oportunidades

Se categorizarán en:

-Presente: valor de 1 punto

-Ausente: 0 punto

- Se considerará que la enfermera realiza los cuidados referidos a actividad y ejercicio a pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es de 12 a 6 puntos.

- Se considerará que la enfermera NO realiza los cuidados referidos a actividad y ejercicio a pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es de 6 puntos o menos.

➤ Para la Dimensión modo de adaptación fisiológica básica según subdimensión descanso que contiene 2 indicadores los cuales serán observados en tres oportunidades

Se categorizarán en:

-Presente: valor de 1 punto

-Ausente: 0 punto

- Se considerará que la enfermera realiza los cuidados referidos al descanso en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es de 6 a 3 puntos.
- Se considerará que la enfermera NO realiza los cuidados referidos al descanso en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es menor a 3 puntos

➤ Para la Dimensión modo de adaptación fisiológica básica según subdimensión alimentación que contiene 7 indicadores los cuales serán observados en tres oportunidades

Se categorizarán en:

-Presente: valor de 1 punto

-Ausente: 0 punto

- Se considerará que la enfermera realiza los cuidados referidos a la alimentación a pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es de 21 a 6 puntos.
- Se considerará que la enfermera NO realiza los cuidados referidos a la alimentación a pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es menor a 6 puntos

➤ Para la Dimensión modo de adaptación fisiológica básica según subdimensión eliminación que contiene 4 indicadores los cuales serán observados en tres oportunidades

Se categorizarán en:

-Presente: valor de 1 punto

-Ausente: 0 punto

- Se considerará que la enfermera realiza los cuidados referidos a la eliminación en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es de 12 a 6 puntos.
- Se considerará que la enfermera NO realiza los cuidados referidos a la eliminación en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es menor a 6 puntos

➤ Para la Dimensión modo adaptativo de autoconcepto según subdimensión identidad personal que contiene 5 indicadores los cuales serán observados en tres oportunidades

Se categorizarán en:

-Presente: valor de 1 punto

-Ausente: 0 punto

- Se considerará que la enfermera realiza los cuidados referidos a la identidad personal en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es de 15 a 6 puntos.
- Se considerará que la enfermera NO realiza los cuidados referidos a la identidad personal en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es menor a 6 puntos

➤ Para la Dimensión modo adaptativo de interdependencia según subdimensión conducta dependiente que contiene 2 indicadores los cuales serán observados en tres oportunidades

Se categorizarán en:

-Presente: valor de 1 punto

-Ausente: 0 punto

- Se considerará que la enfermera realiza los cuidados referidos a la conducta dependiente en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es de 6 a 3 puntos.
- Se considerará que la enfermera NO realiza los cuidados referidos a la conducta dependiente en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es menor a 3 puntos

➤ Para la Dimensión modo adaptativo de interdependencia según subdimensión conducta independiente que contiene 3 indicadores los cuales serán observados en tres oportunidades

Se categorizarán en:

-Presente: valor de 1 punto

-Ausente: 0 punto

- Se considerará que la enfermera realiza los cuidados referidos a la conducta independiente en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es de 9 a 6 puntos.
- Se considerará que la enfermera NO realiza los cuidados referidos a la conducta independiente en pacientes con discapacidad motora si la suma total obtenida es menor a 6 puntos

PLAN DE PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos sociodemográficos se presentarán en tablas de frecuencia de la siguiente manera:

TABLA 1: Acciones que implementa la Enfermera en el Modo Adaptativo Fisiológico de Actividad y Ejercicio, en pacientes con discapacidad motora en el Servicio de Clínica Médica y Guardia durante Diciembre – Agosto de 2019.

Acciones que implementa la Enfermera de Actividad y Ejercicio	Clínica Medica		Guardia	
	P	A	P	A
Utiliza dispositivos mecánicos como aro, colchón de aire, almohadillas y cabestrillos en el cuidado brindado.				
Utiliza elementos de movilización (silla de rueda, muletas, andador y bastón).				
Moviliza cada 2 horas				
Colabora en ejercicios activos de caminatas, y pasivos de flexión, extensión y rotación				
TOTAL				

Fuente: Lista de Cotejo

TABLA 2: Cuidados de Enfermería en el Modo Adaptivo Fisiológico en pacientes con discapacidad motora en el Servicio de Clínica Médica y Guardia durante Diciembre – Agosto de 2019.

Cuidados en el Modo de Adaptación Fisiológico	Clínica Medica		Guardia	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Actividad y Ejercicio				
Descanso				
Alimentación				
Eliminación				
TOTAL				

Fuente: Lista de Cotejo

TABLA 3: Cuidados de Enfermería en los Modos Adaptativos según Callista Roy en pacientes con discapacidad motora en el Servicio de Clínica Médica y Guardia durante Diciembre - Agosto del 2019.

Cuidados de Enfermería en Modo de Adaptación	Clínica Medica		Guardia	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Fisiológico				
De Autoconcepto				
De Interdependencia				
TOTAL				

Fuente: Lista de Cotejo

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Se realizará detenidamente mediante la aplicación de la estadística descriptiva en la que se analizarán los datos obtenidos, para identificar cuáles son las acciones de enfermería en pacientes con discapacidad motora en el Hospital Nuestra Señora del Carmen durante Diciembre - Agosto del 2019.

El programa informático para el análisis de los resultados será Microsoft Office Excel 2010.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PERÍODO DICIEMBRE - AGOSTO DE 2019

Gráfico de Gantt.

Actividades	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Revisión del proyecto									
Recolección de datos									
Procesamiento de datos									
Presentación de resultados									
Análisis de resultados									
Conclusiones									
Elaboración de informe e impresión									

PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
HUMANOS: -Investigadores	2	Sin costo	-
MATERIALES: -Fotocopias	50	\$2	\$ 100
-Pendrive	2	\$100	\$ 200
-Resma de papel	1	\$50	\$ 50
-Artículo de librería	Varios	Varios	\$ 150
-Recarga de cartucho de tinta para impresora	1	\$400	\$ 400
GASTOS VARIOS			
-Transporte local	50	\$ 10	\$ 500
-Carga virtual de teléfono	2	\$ 50	\$ 100
-Refrigerio	10	\$40	\$ 400
TOTAL			\$1.900

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Andaluz Aman, O, V. (2014). *Estrategias de Enfermería para el Mejoramiento de la calidad de vida en las personas con Discapacidad Severa del Hospital Básico Pelileo*. (Tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador.

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2847/1/TUAENF007-2014.pdf>

-Sánchez Cortez, J. M. (2016). *Proceso de atención integral en pacientes adultos con discapacidad física que acuden al área de emergencia del Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas*. (tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeralda.

<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/874/1/SANCHEZ%20CORTES%20JANELLA%20MARIA.pdf>

-Enfermedad Metabólica. (2008). Diccionario Medico. Disponible en:

<http://www.doctissimo.com/ar/salud/diccionario-medico/enfermedad-metabolica>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades Infecciosas.

Recuperado de: http://www.who.int/topics/infectious_diseases/es/

-Enfermedades neuromusculares (2010). Medline Plus. Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/neuromusculardisorders.html>

- Dirección general de Epidemiología de Jujuy. (2013). *Prevalencia de Discapacidad Permanente*. Recuperado de:

http://www.msaludjujuy.gov.ar:8081/archivos/ENT/Perfil_de_salud_de_la_provincia_de_Jujuy_2013.pdf

- Landa Paucar, M, B. (2015). *Atención primaria de Enfermería y su incidencia en el mejoramiento de la salud en personas con discapacidad motora*. (Tesis de Pregrado). Centro del Cantón Quero. Ambato Ecuador.
<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/874/1/SANCHEZ%20ORTES%20JANELLA%20MARIA.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de:
<http://www.citamericas.org/archivos/8eb24c8f67879c1b5b9bfdef68ba48f2.pdf>

- Pérez Parra, J. E., Henao Lema, C. P. (2013). *Relación entre complicaciones clínicas y discapacidad en población colombiana con lesión medular: resultados desde el WHO-DAS II*. Aquichan. Vol. 13 (No. 2) ,173-185. Recuperado de:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2567/3221>

- Infobae. (2016). *El panorama de la discapacidad en la Argentina*. Recuperado de:
<https://www.infobae.com/salud/2016/12/02/el-panorama-de-la-discapacidad-en-argentina/>

ANEXO

Anexo 1. Nota de solicitud de autorización al Director del Hospital Nuestra
Sra. Del Carmen



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

1877 - 2017
140
AÑOS



Universidad
Nacional
de Córdoba



2017 - "Año de las Energías Renovables"

San Salvador de Jujuy, Diciembre de 2018.

A la Directora

Del Hospital Nuestra Sra. del Carmen

Dra. F. R

S_____ / _____ D:

Quienes suscriben estudiantes de la Licenciatura en Enfermería modalidad distancia de la Universidad Nacional de Córdoba tienen el agrado de dirigirse a Ud., con el motivo de solicitarle autorización para efectuar un trabajo de investigación en dicho Hospital durante el periodo de Diciembre- Agosto de 2019, este trabajo se denomina "Cuidados que brinda la enfermera/o en pacientes con discapacidad motora" correspondiente a la cátedra de Taller de Trabajo final e involucra al personal de Enfermería que desarrollan sus funciones en los servicios de Clínica Médica y servicio de Guardia (sector de observación).

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable se despiden de Ud. muy atentamente.

Anexo 2. Nota de solicitud de autorización a la Jefa del Departamento de
Enfermería del Hospital Nuestra Sra. Del Carmen



2017 - "Año de las Energías Renovables"

San Salvador de Jujuy, Diciembre de 2018

A la Jefa del Departamento de Enfermería

Del Hospital Nuestra Señora del Carmen

Lic. N. T.

S _____ / _____ D:

Quienes suscriben estudiantes de la Licenciatura en Enfermería modalidad distancia de la Universidad Nacional de Córdoba tienen el agrado de dirigirse a Ud., con el motivo de solicitarle autorización para efectuar un trabajo de investigación que involucra al personal de Enfermería operativo de los servicios de Clínica Médica y Guardia, este trabajo se denomina "Cuidados que brinda la enfermera/o en pacientes con discapacidad motora" durante el periodo Diciembre - Agosto del 2019 que corresponde a la cátedra de Taller de Trabajo Final.

Sin otro particular, y a la espera de una respuesta favorable se despiden de Ud. muy atentamente.

Anexo 3. Consentimiento Informado



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas

1877 - 2017
140
AÑOS



Universidad
Nacional
de Córdoba



2017 - "Año de las Energías Renovables"

Consentimiento Informado

Día /mes/año: ___/___/___ Código del Sujeto: _____

Información para las personas a quienes se les ha pedido que participen en una investigación.

Declaro a través de este documento, que he sido invitado a participar en un estudio de investigación, cuyo objetivo es conocer cuáles son los cuidados que brinda la enfermera en pacientes con discapacidad motora del servicio de Clínica Médica y guardia del Hospital Nuestra Señora del Carmen durante el periodo de Diciembre- Agosto del año 2019. La información será recogida a través de la técnica de observación y un cuestionario auto administrado, la información obtenida es confidencial, mi nombre no aparecerá, y yo seré identificado con un número que será asignado como consecutivo para el análisis de los datos de esta investigación. Me han explicado el objetivo y alcances de la investigación. Durante el tiempo en que participe de la investigación soy consciente de que puedo cambiar de opinión en cualquier momento del estudio y retirar mi autorización. Los datos obtenidos se custodian bajo clave y solamente estarán autorizados a acceder a ellos los investigadores y el asesor.

Por lo anterior firmo de forma voluntaria que acepto participar en el proyecto y en las entrevistas que se deriven de éste.

_____ FIRMA DEL PARTICIPANTE

_____ FIRMA DEL INVESTIGADOR

Lista de Cotejo

MODO ADAPTATIVO FISIOLÓGICO BÁSICO

Actividad y Ejercicio	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	P	A	P	A	P	A
Utiliza dispositivos mecánicos						
Facilita elementos de movilización						
Moviliza cada 2 horas						
Colabora en ejercicios activos y pasivos						
TOTAL						

Descanso	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	P	A	P	A	P	A
Respetar las horas de sueño						
Fomenta un ambiente tranquilo para el descanso						
TOTAL						

Alimentación	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	P	A	P	A	P	A
Brinda la posición de 90° para la alimentación.						
Respetar el horario y duración de las comidas						
Facilita el aporte líquido V.O como agua o jugo						
Mantiene cuidados de la alimentación enteral						
Realiza higiene bucal						
Asiste al paciente en el momento de la alimentación.						
Promueve la autonomía durante la alimentación						
TOTAL						

Eliminación	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	P	A	P	A	P	A
Realiza higiene perineal						
Facilita chata y papagayo a demanda						
Registra						

catarsis y diuresis						
Promueve autonomía durante el baño e higiene						
TOTAL						

MODO ADAPTATIVO DE AUTOCONCEPTO

IDENTIDAD PERSONAL	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	P	A	P	A	P	A
Respeto la individualidad del paciente						
Comunica los procedimientos que realizará						
Acepta cuando el paciente refiere a utilizar su propia vestimenta (poncho, chulo, enagua y aguayo)						
Integra a la familia en el cuidado						
TOTAL						

MODO ADAPTATIVO DE INTERDEPENDENCIA

Conducta Dependiente	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	P	A	P	A	P	A
Controla parámetros vitales						
Emplea barandas de contención y medidas de sujeción en caso de ser necesario						
Indaga acerca de sus gustos (música y lectura)						
TOTAL						

Conducta Independiente	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	P	A	P	A	P	A
Fomenta el Autocuidado						
Fomenta actividades de recreación						
TOTAL						