



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“Estudio de Caso dirigido a un Adulto con Dependencia en las Necesidades de Termorregulación, Evitar Peligros y Comunicación A través del Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson”

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta: Reyes Diego Leticia Olimpia
No-Cta: 08651393-1

DIRECTORA ACADÉMICA

Maestra Angelina Rivera Montiel

MÉXICO, D.F. FEBRERO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Pág.

UNIDAD I INTRODUCCION

Introducción.....	1
-------------------	---

UNIDAD II MARCO TEÓRICO

2.1 Cuidado.....	3
2.1.1 Antecedentes históricos.....	4
2.1.2 Proceso de los cuidados de enfermería.....	5
2.1.3 Tecnologías para el cuidado.....	6
2.2 Enfermería.....	7
2.2.1 Antecedentes históricos.....	7
2.2.2 Núcleos conceptuales.....	9
2.3 Proceso de Atención de Enfermería.....	10
2.3.1 Antecedentes del proceso enfermero	11
2.3.2 Valoración	12
2.3.3 Diagnóstico.....	14
2.3.4 Planeación.....	19
2.3.5Ejecución.....	21
2.3.6 Evaluación.....	23

2.4 Modelo de Virginia Henderson	24
2.4.1 Antecedentes.....	24
2.4.2 Supuestos teóricos.....	26
2.4.3 Conceptos teóricos	28
2.5 Anatomía y fisiología de la tiroides.....	32
2.5.1 Adenoma tiroideo.....	33
2.5.2 Hemitiroidectomía derecha.....	34
2.5.3 Necesidades afectada en el postoperatorio inmediato.....	34

UNIDAD III JUSTIFICACION

Justificación.....	38
--------------------	----

UNIDAD IV OBJETIVOS

4.1 Objetivo general.....	39
4.2 Objetivos específicos.....	39

UNIDAD V METODOLOGÍA.

5.1 Metodología.....	40
5.1.1 Estudio de caso.....	42
5.1.2 Valoración de enfermería.	43
5.1.3 Plan de Atención de Enfermería.	52
Termorregulación	
Evitar peligros	
Comunicación	

Anexos.....	60
Bibliografía.....	65

I INTRODUCCIÓN

El método que utiliza la enfermería para el cuidado se fundamenta en el método científico en el que a través de la observación-valoración, hipótesis-diagnóstico, planeación-planeación, experimentación-ejecución, teorías y leyes-evaluación pone en práctica el quehacer enfermero.

El proceso enfermero que ha continuación se presenta esta dividido en tres capítulos.

En el primer capítulo se establecen los objetivos deseados de acuerdo a la identificación de necesidades del paciente, en las diferentes etapas del proceso de enfermería para poder dirigir y evaluar los cuidados.

En el segundo capítulo Marco teórico se presentan conceptos, antecedentes históricos, objetivos, clasificaciones, etapas e intervenciones entre otros, de cuidado, enfermería, proceso atención de enfermería y el modelo de Virginia Henderson dando sentido y significado a la actividad profesional.

Se presenta una reseña histórica del cuidado y de la enfermería. El cuidado aplicado no tan solo desde una visión enfermería, sino como una necesidad del ser humano para la existencia de la especie. Haciendo mención de la evolución del cuidado hasta llegar a los cuidados profesionales enfermeros con un enfoque humanístico, holístico orientados al mantenimiento y desarrollo de las condiciones de vida y muerte, a través de los conocimientos y tecnología que la enfermería aplica para el cuidado.

Se plasma como nace la enfermería como profesión y su evolución académica a través de nuevos modelos educativos. Se toma en consideración el modelo conceptual de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.

El enfoque holístico con que la enfermera proporciona el cuidado requiere de elementos cognitivos relacionados con la enfermedad por lo que se considera importante mencionar la anatomía y fisiología de la tiroides, la patología y el tratamiento quirúrgico del adenoma de tiroides.

En este capítulo se considera de gran importancia mencionar y fundamentar lo relacionado a las necesidades de dependencia del paciente post operado, ya que carece de voluntad y fuerza para satisfacer sus necesidades de termorregulación, seguridad y comunicación.

En el capítulo tres Metodología se presenta un estudio de caso que se realizó en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza en el servicio de quirófano, de una paciente en el postoperatorio inmediato, operada de hemitiroidectomía derecha por un adenoma de tiroides.

Se detectaron en la paciente las necesidades de Termorregulación, Evitar peligros y Comunicación.

Se utilizaron las cinco etapas del proceso de enfermería basadas en el modelo conceptual de Virginia Henderson, orientado al cuidado.

II MARCO TEÓRICO

2.1 CUIDADO

Collier menciona que cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, es un acto individual que uno se da cuando adquiere autonomía, pero también es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona, que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el paciente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar, prestando una consideración especial en la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y enfermedad, a partir de la visión antropológica antes que técnica, no sustituyendo, sino ayudando al bienestar de proyecto personal.¹

Los cuidados profesionales enfermeros son todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados, a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones de vida y muerte.²

Representan un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida contribuyendo al desarrollo de la vida de nuestro ser. El cuidado es clasificado como: cuidado genérico, es definido como actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana.

¹ Medina, J. La pedagogía del cuidado. Pág. 37

² Ibíd. Pág. 41

Los cuidados profesionales son acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente, que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Los cuidados que proporciona un profesional de enfermería, *care*, son los relacionados con las funciones de conservación así como de continuidad de la vida, conocidos como cuidados de costumbre y habituales, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida, estos cuidados se basan fundamentalmente en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias.

2.1.1 Antecedentes históricos

El cuidado nace desde el origen del hombre como una necesidad que como ser vivo tiene de ser cuidado, permitiendo de este modo la continuidad y desarrollo de la vida y en consecuencia la existencia de la especie. Cuando surge la especie humana, los cuidados no eran propios de un oficio, género o una profesión, eran actos de cualquier persona para ayudar a otra a satisfacer sus necesidades para continuar su vida.

El cuidado humano ha permitido a la especie humana vivir y sobrevivir ante las más adversas condiciones ambientales, sociales, políticas y económicas.³

A través de la historia la mujer transmite los conocimientos de la práctica de los cuidados, desaprobada posteriormente por la iglesia. Los cuidados de enfermería surgen en los dispensarios y hospitales generales.

³ Medina, J. La pedagogía del cuidado. Pág. 40

La pionera de la enfermería Florencia Nightingale relacionaba el cuidado con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio.

Consideraba los buenos cuidados de salud como sinónimo de estilos de vida y medio ambiente saludable.

En la época moderna desde el punto de vista humanista, la razón moderna era unilateral: Una razón calculadora que solo entendía de eficacias cuantitativas, pero que marginaba los aspectos cualitativos, los más cálidos y entrañables de la existencia humana. La razón posmoderna pretende atenerse a la realidad viva del hombre entero. Antes de cambiarlas quiere comprenderlas, su valor preferido ya no es la eficacia sino el cuidado.⁴

2.1.2 Proceso de los cuidados de enfermería

El proceso de los cuidados de enfermería es un trámite de análisis de la situación enfocada a identificar la naturaleza de las necesidades o de los problemas de salud vividos por una o varias personas que requieren cuidados de enfermería, en un medio dado, diferenciando los cuidados en: cuidados para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación y de suplencia o compensación.⁵ Y se crea a partir de aquello que se descubre al movilizar las informaciones que proceden de la situación, a través de los conocimientos que guían el cuidado.

La razón de ser del proceso de los cuidados de enfermería se arraiga en lo que es importante para lo que viven las personas, teniendo en cuenta su enfermedad, los daños que comporta y las dificultades que encuentran, es una construcción propia de cada situación.

⁴ Medina, J. La pedagogía del cuidado. Pág., 38

⁵ Collier. Promover la Vida Pág. 294,295

El proceso de los cuidados de enfermería se realiza a través de dos o más personas que detectan elementos del proceso de cuidados y determinan la naturaleza de los cuidados que hay que proporcionar, la razón de esos cuidados, lo que se proponen conseguir y los medios necesarios para ponerlos en práctica.

2.1.3 Tecnología para el cuidado

La tecnología es un arte, un conocimiento de los instrumentos útiles para ejercer una profesión. La enfermería hace uso de los instrumentos de la tecnología que sirven para el mantenimiento de la vida. El primer instrumento de cuidado que utiliza la enfermería es el cuerpo, utilizado como vehículo mediador de los cuidados a través del uso de los sentidos como en el caso del tacto que es utilizado a través de aquellas acciones que realiza la enfermera para hacer con las manos el proceso del cuidado. El mensaje es transmitido a través del sentido del oído por el cual se pueden diferenciar los distintos sonidos o silencios analizando y comprendiendo el significado de los diferentes sonidos. La vista capta el entorno, descubre y descifra los mensajes enviados por el individuo. A parte de los sentidos, existen otras tecnologías relacionadas con el cuidado como la tecnología para el mantenimiento de la vida, la cual compensa defectos funcionales utilizando instrumentos que permiten al individuo realizar actividades que por si mismo no podrían sin la ayuda de estos. Estar al corriente de la existencia de estos medios de compensación, utilizarlos, aconsejarlos y enseñar a servir de ellos, forma parte intrínsecamente del dominio de los cuidados de enfermería.⁶

La tecnología de curación y de información son otros vehículos utilizados por la enfermería para el cuidado.

⁶ Collier, M. Promover la vida Pág. 265.

2.2 ENFERMERÍA

La enfermería se define como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud y situaciones vitales reales o posibles.⁷

2.2.1 Antecedentes históricos

Davison 1894, menciona que la enfermería debe ser reconocida como la piedra angular de la medicina puesto que esta precede a la medicina. En la época prehispánica las mujeres tenían conocimientos y habilidades precisas sobre hierbas medicinales y atención de partos que adquirían de madre a hija.

Collier menciona que los cimientos de la enfermería se han basado en principio en las creencias religiosas heredadas de las mujeres consagradas que hacían una profesión de fe antes de transmitirse por la moral profesional dando lugar a unos comportamientos y actitudes determinadas a la responsabilidad de servir. Casi totalmente desprovistas de las características de un oficio hasta las postrimerías de la segunda guerra mundial, la enfermería se enraíza en las creencias que durante muchos decenios dan prioridad a la actitud en el trabajo mas que al trabajo en sí mismo.

La enfermería nace como profesión con Florencia Nightingale en 1860, implanta un sistema de enseñanza en el que daba entrenamiento a las mujeres que atendían a los enfermos, centrandó el proceso educativo en la práctica, estableciendo una fusión escuela-hospital, el cual gozaba de autonomía. El sistema fue ampliado a Europa y EU con una concepción precisa del deber ser.

⁷ Carpenito Manual de Dx de Enfermería Pág. xxvii

El sistema, modelo republicano aplicado en Francia, legitima a la enfermera en función de sus capacidades y cualidades desarrolladas durante su capacitación, en el que a través de un examen obtiene un diploma.

En EU se establece un programa formal en 1872 centrado en la experiencia práctica divididos en cuatro periodos: cirugía, medicina, maternidad y asistencia domiciliaria. La parte teórica incluía conducta en los hogares de los pacientes, fisiología, alimentación para enfermos, enfermería quirúrgica y de niños encamados, desinfectantes y enfermería general. Al iniciar el nuevo siglo la preparación es fuera de los servicios para tener bases teóricas en la práctica. En México con la expulsión en 1874 de las ordenes religiosas, principalmente de las hermanas de la caridad, el cuidado de los enfermos quedan en manos de gente sin preparación las que solo prestaban sus servicios por un empleo remunerado. En 1882 el Dr. Liceaga establece un proyecto para la preparación de las enfermeras y en 1898 se establece la primera escuela práctica y gratuita de enfermeros en el hospital de maternidad e infancia, por acuerdo del presidente Porfirio Díaz. Liceaga contrato enfermeras estadounidenses, las que tenían que dar un informe detallado de todas las actividades de los estudiantes.

La escuela de enfermería del Hospital General se inauguro el 09/02/1907 estableciendo la carrera en tres años, el director del hospital era el que realizaba el plan de estudios, que contenía asignaturas equivalentes a las de Francia y EU.

A inicios y a través del tiempo en el siglo XX van surgiendo hospitales y escuelas de enfermería dirigidas por el personal médico, los programas educativos son adecuados a los intereses del ejercicio médico, la SSA realiza modificaciones en el turno de trabajo de las parteras de día a la noche, para que los estudiantes de medicina atendieran los partos durante el día. En el Hospital Maximino Ávila Camacho a las parteras se les prohíbe atender los partos, y en el IMSS desaparece

de los tabuladores la enfermera partera. EN 1945 la enfermería se separa de la medicina tomando el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia. En 1967 se establece la licenciatura en enfermería y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) que es dirigida por la enfermera Marina Guzmán Vanmeeter hasta 1974.

En 1974 inician los talleres sobre proceso de enfermería, a la evaluación determinan la urgencia de complementar la educación universitaria de las enfermeras, surgiendo el proyecto de investigación sobre la factibilidad de diferenciar entre las funciones de enfermería, los niveles intermedio y profesional y experimentar modelos de preparación de personal, gestionadas por las diferente instituciones educativas.

A partir del TCL en 1992-98 se evalúa la educación de la enfermería a través del CIEES SALUD. De 1998-2001 se constituye el consejo Mexicano para Acreditación y Certificación en enfermería el que desarrolla talleres sobre currículo y postgrado.

El 01/01/2005, el presidente de la Republica Vicente Fox Quesada, desincorpora del catalogo de salarios mínimos generales y profesionales, el nominado con el número 31 correspondiente al enfermero (a) con título en virtud de que lesionaba de manera muy importante sus derechos económicos, jurídicos y sociales, y las legítimas aspiraciones de recibir un trato equitativo al de todas las profesiones que para su ejercicio profesional requieren de un título y cedula profesional.⁸

2.2.2 Núcleos conceptuales (metaparadigma)

Kérouac define el metaparadigma como la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones.

⁸ Moran, V. Proceso de Enfermería Pág. 35.

El paradigma de la transformación es una corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica y compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.⁹ Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- Persona. Es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- Salud. Es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- Entorno. Es ilimitado, es el conjunto del universo.
- Cuidado. Se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción de los que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.¹⁰

2.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrado en el logro de objetivos de forma eficiente.

⁹ F:\Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería.htm.

¹⁰ F /Modelos y Teorías en Enfermería-ENFERMEROS-ORG-Temas y recursos de enfermería htm.

El PAE es un método de identificación y resolución de problemas. Para la identificación de problemas la enfermera utiliza la valoración y el diagnóstico, y en la resolución del problema incluye la planificación o proyección de objetivos, la intervención o ejecución, y la evaluación de resultados.

2.3.1 Antecedentes del proceso enfermero

El proceso de enfermería por la propia naturaleza de la profesión en evolución, ha llegado a ser este proceso en cinco etapas. Fue considerado un proceso distinto por primera vez por Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) consideraron cada uno por separado, un proceso con tres etapas, que contenían elementos primitivos del proceso final con cinco. En 1967, Yura y Walsh por primera vez describen en un texto el proceso en cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación de resultados. A mediados de los años setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco etapas.¹¹

Para la Asociación Americana de Enfermería, el proceso de enfermería es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. El proceso se ha incorporado al marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio de la enfermería. En muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio profesional de enfermería.

¹¹ W. Iyer. El Proceso de Enfermería. Pág. 10,11

2.3.2 VALORACIÓN

Constituye la primera etapa del cuidado de enfermería donde se realiza una recolección y análisis de datos para la percepción del paciente.

Objetivo

- Favorecer la comunicación.
- Facilitar la prestación de una asistencia de calidad al paciente.
- Proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia.
- Formación de un registro legal permanente.

Tipos de valoración

1. Detección selectiva o de datos fundamentales: recopilación de datos predeterminados, habitualmente durante el contacto visual, reúne todos los aspectos de salud del paciente.
2. Focalizada: recopilación de datos específicos sobre un problema que ya ha sido identificado, formando parte de una valoración diaria continuada determinados por el cliente familia o situación.

Fuentes de información

Fuentes directas

1. Principal o primaria: información procedente del paciente
2. Exploración física.

Fuentes indirectas

1. Secundaria: información procedente de la familia del paciente o de otros allegados como amigos o compañeros de trabajo.

2. Expediente clínico: información obtenida a través de la historia clínica, análisis de laboratorio y radiodiagnóstico, indicaciones y notas medicas, registros de enfermería, notas de evolución y consultas por escrito.
3. Otros profesionales de la salud: información manual y escrita facilitada por otros profesionales de la salud que traten con el paciente como enfermeras, asistentes sociales, médicos y fisioterapeutas.

Métodos de valoración

1. Entrevista clínica de enfermería: la entrevista puede ser formal o informal, un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal del interrogatorio es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista tiene como finalidad obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera paciente, permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y planteamiento de sus objetivos, ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista en tres partes

- Iniciación; comienza con una fase de aproximación centrándose en la creación de un ambiente favorable, desarrollándose una relación interpersonal positiva
- Cuerpo. La conversación se centra en la obtención de la información necesaria a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente, se amplía con los antecedentes personales patológicos y heredo familiares, cuestiones socioculturales a través de formatos estructurados que permiten la recogida sistematizada y lógica de la información sobre el paciente.

- Cierre. Fase final de la entrevista en la que no se deben introducir temas nuevos.
2. Observación sistemática: implica la utilización de todos los sentidos para obtener información del paciente y su entorno.
 3. Exploración física de enfermería: consiste en un examen exhaustivo y sistemático del paciente a través de la:
 - Observación. Examen visual, cuidadoso y global.
 - Auscultación. Examen basado en la audición con un estetoscopio.
 - Palpación. Examen basado en el tacto y la sensación.
 - Percusión. Examen basado en el tacto, la percusión y la audición.
 4. Identificación de datos objetivos y subjetivos
 - Datos subjetivos. Son los que el paciente expresa, son sentimientos y percepciones, son sentidos por el paciente. (dolor, náuseas)
 - Datos objetivos. es la información correcta y observable (signos vitales, estudios de laboratorio, comportamientos)

2.3.3 DIAGNOSTICO

Los diagnósticos de enfermería son razonamientos clínicos, sobre respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la

selección de intervenciones de enfermería que consigan resultados, de los que son responsables las enfermeras.¹²

Tipos de diagnóstico de enfermería

Los diagnósticos de enfermería son de tipo real, de riesgo, de bienestar o de síndrome.

1. El diagnóstico Real describe un juicio clínico que la enfermera ha validado gracias a la presencia de características mayores que lo definen.
2. El diagnóstico de riesgo describe un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo o grupo a presentar un problema que otros en la misma o similar situación.
3. Un diagnóstico de bienestar es un juicio clínico acerca de un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel de bienestar específico a uno superior.
4. El diagnóstico de síndrome consiste en un grupo de diagnósticos de enfermería reales o de riesgo cuya presencia se pronostica debido a una determinada situación o acontecimiento.

Componentes de un diagnóstico

Los componentes de un diagnóstico la NANDA los define como:

1. Etiqueta. Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.
2. Definición. Es una definición clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

¹² Carpenito, L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Pág. xxxiii

3. Características definitorias. Claves observables / inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de salud.
4. Factores de riesgo. Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.
5. Factores relacionados. Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico.

Estructura diagnóstica

Se escriben en enunciados de una, dos o tres partes, los cuales describen el estado de salud de un individuo o de un grupo y los factores que han contribuido a ese estado.

1. Enunciado de una parte

Los diagnósticos de bienestar se escriben como enunciados de una parte, con la oración *potencial para mejorar*_____.

2. Enunciado en dos partes

Los diagnósticos de enfermería de riesgo y los posibles constan de dos partes
Enunciado del problema + *factores de riesgo*

3. Enunciado en tres partes.

Un diagnóstico real de enfermería esta formado por tres partes
Etiqueta diagnostica + factores relacionados +signos y síntomas

Etiqueta diagnóstica de la NANDA

Antecedentes históricos

Los diagnósticos de la NANDA son el resultado del trabajo conjunto de varias enfermeras que establecieron y perfeccionaron categorías diagnósticas de enfermería, pudiendo ser utilizadas por todas las enfermeras, de esta forma la enfermería ha empezado a conceptuar los conocimientos y las acciones propias de la enfermería.

La NANDA surgió en 1973 y celebra reuniones bianuales para la elaboración de diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos están agrupados en 9 patrones y trata al hombre como un ser social con dimensiones internas (biológico y psicológico) y externas (entorno), por ejemplo, déficit de volumen de líquidos, disfunción sexual (biológico); afrontamiento individual inefectivo (psicológico); alteración de los procesos familiares, atención a la familia, deterioro de la interacción social (social); sufrimiento espiritual (espiritual.) No solo se diagnostican respuestas alteradas sino respuestas potenciales que puedan causar un problema al paciente (alto riesgo de intolerancia a la actividad, alto riesgo de asfixia) y también diagnósticos de bienestar de salud que su objetivo es elevar aún más el nivel de salud alcanzado por el individuo, la familia y la comunidad (lactancia materna eficaz y conductas generadoras de salud.) Tanto la tendencia organicista de las bases teóricas, el PAE y los diagnósticos de enfermería denotan, en opinión de los autores, el carácter holístico de la profesión.

La enfermería va en dirección ascendente en el camino de la profesionalización, cumple con los criterios de *Povalko* para que determinado grupo laboral alcance el nivel profesional, en este caso se considera a la enfermería una profesión de ayuda; tiene un cuerpo de conocimientos abstractos formado por una serie de teorías y modelos conceptuales que abordan los conceptos metaparadigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero, este es enriquecido a través de la

investigación y le da estatus de ciencia a la actividad con un método científico (PAE) y el cuidado en su dimensión más amplia como objeto de estudio.

La forma de valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación del individuo, la familia y la comunidad tiene definitivamente carácter holístico por lo que se puede afirmar que la enfermería es una disciplina científica profesional con carácter holístico.^{13t}

Estructura del diagnóstico de enfermería

Los componentes esenciales de los diagnósticos enfermeros son, en base al formato **PES**.

- (P) Identificación de **problemas**
- (E) Identificación de causas, **etiología**
- (S) Manifestaciones, **signos- síntomas**

Diagnósticos de enfermería de la NANDA (1999-2000)

(*) Diagnósticos aprobados por NANDA en 1998

(**) Etiquetas diagnósticas susceptibles

PATRÓN 1: INTERCAMBIO (**)

PATRÓN 2: COMUNICACIÓN (**)

PATRÓN 3: RELACIONES (**)

PATRÓN 4: VALORES (**)

¹³ Revista cubana. La Enfermería Como Disciplina Profesional Holística. htm

PATRÓN 5: ELECCIÓN (**)

PATRÓN 6: MOVIMIENTO

PATRÓN 7: PERCEPCIÓN (**)

PATRÓN 8: CONOCIMIENTO (**)

PATRÓN 9: SENSACIONES

2.3.4 PLANEACIÓN

Es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

Formulación de objetivos.

- Los objetivos se plantean de acuerdo a los problemas detectados en el paciente
- Los objetivos se deben fijar como metas a alcanzar por el paciente en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

Tipos de objetivos:

- Los objetivos del paciente se anotan en términos de lo que se espera que haga el paciente, como conductas esperadas.
- Objetivos de la enfermera. Indican lo que la enfermera debe realizar a fin de ayudar al paciente a cumplir su objetivo.¹⁴

¹⁴ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Pág. 95.

- Objetivos a corto plazo. Satisfacción de las necesidades del paciente.
- Objetivos a mediano plazo. Recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades o en ciertas situaciones.

Verbos en la construcción de los objetivos

- Mensurables: Identificar, describir, hacer, explicar, comentar, discutir, demostrar, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, andar, debatir etc.
- No mensurables: Saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir creer.

Etapas

- Fijación de prioridades. Se determina que diagnósticos deben ser tratados en primer término en relación con la percepción de prioridades del propio paciente, el plan general de tratamiento, el estado general del estado de salud del paciente y la presencia de problemas potenciales. Cuando el paciente tiene limitaciones o incapacidad para tomar sus propias decisiones, la enfermera es quien basándose en sus conocimientos y análisis reflexivo es quien toma las decisiones oportunas.
- Determinación de las actividades. La determinación de las actividades dependerá de las acciones de suplencia y ayuda total o parcial
- Tipos de intervenciones:
 - independientes o autónomo. Las prescripciones que realiza la enfermera son de su exclusiva responsabilidad, corresponde a su campo autónomo de actuación, en base en un modelo de enfermería que le proporciona la estructura teórica y van dirigidas hacia las respuestas humanas.

-Interdependiente. Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos.

-Dependiente. Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de la actuación médica, son las intervenciones delegadas que prescribe él médico y que realiza la enfermera.

- Registrar el plan de cuidados. Las prescripciones de enfermería se deben registrar en el plan de cuidados describiendo: Las acciones a realizar (de hábitos de la vida diaria, de apoyo o enseñanza.) Por quien (por la enfermera, el paciente, la familia etc.) De que modo se realizaran (como, donde, cuando, con qué frecuencia.)

Criterios de evaluación

- Comprensibles, claros y concisos.
- Dirigidos al cliente, que reflejen acciones del paciente.
- Observables y medibles.
- Deben tener un límite de tiempo.
- Deben determinarse conjuntamente entre el paciente y la enfermera.

2.3.5 EJECUCIÓN

Es la etapa en la que la enfermera lleva a la práctica el plan de cuidados que ha elaborado para el paciente, familia o comunidad.

Etapas

- Continuar con la recogida de datos. Durante las actividades de enfermería se debe seguir recopilando los datos pertinentes y valorar los comportamientos del paciente.
- Realización de actividades de enfermería. Las actividades de enfermería son aquellas acciones que efectúa la enfermera y el paciente para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y promover, mantener o reestablecer la salud.¹⁵
- Registro de cuidados de enfermería. La hoja de enfermería es un documento legal en donde se hacen anotaciones de los cuidados de enfermería, estas notas constituyen la comunicación escrita más actual de lo que le ha sucedido a un enfermo en un día determinado.
- Comunicación de los informes verbales de enfermería. La información básica incluye: nombre del paciente, No. de cama, edad, médico responsable, fecha de ingreso, diagnóstico médico, procedimiento quirúrgico y diagnósticos de enfermería. Dentro de la información se debe utilizar las cinco etapas del proceso de enfermería.
- Mantenimiento de un plan actualizado de cuidados. Durante las intervenciones de enfermería se debe evaluar los progresos diarios del paciente, si no evoluciona favorablemente se deben buscar los factores que estén obstaculizando su mejoría.

¹⁵ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Pág. 135.

2.3.6 EVALUACIÓN

Es la medición de los resultados perceptibles en las respuestas humanas del paciente, familia o comunidad después de la intervención de enfermería.¹⁶ En esta fase del proceso de enfermería, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos que determina si las acciones de enfermería deben suspenderse, continuarse o cambiarse.

Objetivo

Se determina si los objetivos han sido alcanzados llegando a una de tres posibles conclusiones.

1. El objetivo se consiguió. ¿La respuesta del paciente coincide con la evolución esperada?
2. El objetivo se cumplió parcialmente. ¿El objetivo a corto plazo se alcanzó, pero el objetivo a largo plazo no, o la evolución esperada no se consiguió en su totalidad?
3. El objetivo no se alcanzo.

Etapas

- Establecimiento de los criterios de resultado. Los criterios que se establecen para la evaluación coincidirán con los objetivos fijados en la planeación.
- Evaluación de la consecución de objetivos. Para la consecución de los objetivos, se tendrá que comparar las acciones o comportamientos del paciente con los objetivos marcados en la planeación. De esta forma se evaluara si se han conseguido los objetivos a corto o largo plazo, si los objetivos son realistas en ese paciente, si el paciente considera que esos objetivos son importantes, lo que cree el paciente que es relevante, si el

¹⁶ Moran. Proceso de Enfermería, Pág. 80.

paciente puede identificar algo que piense que esta frenando el proceso, si se ha ejecutado el plan de cuidados o se han omitido algunas actividades.¹⁷

- Identificación de las variables que afectan la consecución de objetivos. Después de identificar en que medida se han alcanzado los objetivos, es importante identificar las variables que influyen el logro o fracaso de los objetivos y cuales pueden impedir el progreso. Se realizará una nueva valoración y se determinará si los problemas son los mismos, si son más complicados, si han surgido nuevos problemas, si los cuidados de enfermería son adecuados con los definidos originalmente y que motiva o desalienta al paciente.¹⁸
- Modificación del plan de cuidados. Se realiza una nueva valoración completa del paciente, el plan de cuidados se modifica estableciendo nuevos objetivos realistas e identificando las variables que puedan estar afectando el plan de cuidados.
- Conclusión de los cuidados de enfermería. Cuando los objetivos han sido cubiertos, y se ha alcanzado la finalidad en los cuidados de enfermería, se da por concluido el plan de cuidados.

2.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

2.4.1 Antecedentes históricos

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de cansas city, Missouri, pasa su infancia en virginia. Henderson ingreso a la escuela de enfermería del ejercito en 1918, en Washington, en 1921se graduó y acepto un

¹⁷ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería Pág. 154

¹⁸ *Ibíd.* Pág. 154

puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York, en 1922 inicio como docente en enfermería en un hospital de Virginia.

Cinco años después ingresa en Teacher College de la Universidad de Columbia consiguiendo los títulos de B.S. y M.A. en la rama de enfermería. En 1929 ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 regresa al Teacher College como miembro del profesorado impartiendo cursos de técnicas de análisis de enfermería y prácticas clínicas hasta 1948. Henderson vivió una larga trayectoria como autora e investigadora, durante los años como profesora del Teavher College rescribió la cuarta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, de Berta Harmer publicado en 1939, en la quinta edición de este texto aparecen definiciones de enfermería de Henderson. Henderson dirigió el proyecto *Nursing Studies Index* el cual se diseño sobre las bibliografías, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

En 1960 se publicó su folleto *Basic Principles of Nursing Care* para el International Council of Nurses, traducido a más de 20 idiomas. En su obra de *Nature of Nursing* editada en 1966 se describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería. *The Pinciples and Practice of Nursing*, elaborada por Henderson y Gladis Nite ha constituido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería, sus textos clásicos han sido traducidos a más de 25 idiomas. En la década de 1980 Henderson permaneció en activo como asociada emérita de investigación en Yale. Sus conclusiones y su influencias en la profesión de enfermería la han hecho merecedora de mas de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio *Cristiane Reimann*. El aporte teórico de Virginia Henderson entre los que se cuenta la definición de la enfermería y el enunciado de catorce necesidades básicas, ofrece la posibilidad de explicar toda la conducta de la enfermería presente y futura.

2.4.2 Supuestos teóricos

Enfermería

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. (Henderson subrayo que la enfermera, por ejemplo una comadrona, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así, si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera)
- Una enfermera debe tener nociones de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona (Paciente)

Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad Influyente por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir

para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.¹⁹

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para adquirir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las 14 necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería

Henderson no presentó ninguna definición formal de salud y entorno, pero de sus publicaciones han extraído los siguientes supuestos.

Salud.

La salud es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales.²⁰

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno

No dio una definición concreta, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios

¹⁹ F/ Teoría y Método en Enfermería II htm.

²⁰ Kérouac. El Pensamiento Enfermero. Pág. 29.

de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. Según Henderson se puede deducir que el entorno es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona.

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestión de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger al paciente de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

2.4.3 Conceptos teóricos

Independencia.

Es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.²¹

Dependencia.

Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce

²¹Fernández, Ferrín. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Pág.5

necesidades. Por otro lado puede ocurrir que realice actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.²²

Las causas de dificultad

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y se clasifican según Henderson en:

1. Falta de fuerza. La fuerza se interpreta no solo en la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también en la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, determinadas por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.
2. Falta de conocimiento. Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad. Es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Factores que influyen en la satisfacción de las necesidades

1. Biofisiológicos. Se refieren a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos y sistemas, de acuerdo con su edad, desarrollo y estado general de salud.
2. Psicológicos. Son los sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensorialidad y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento.)
3. Socioculturales. Se refiere al entorno físico de la persona (próximo y más lejano) y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la persona.

²² Fernández, Ferrín. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos Pág.6

14 Necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de respirar. Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular, y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.
2. Necesidad de beber y comer. Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.
3. Necesidad de eliminación. Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura. Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.
5. Necesidad de dormir y descansar. Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas. Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frió, calor, humedad) y permitir la libertad de movimiento. En ciertas sociedades el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual del individuo, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos.
7. Necesidad de termorregulación. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura mas o menos constante (la oscilación normal en el adulto sano se sitúa entre 36.1°C a 38°C) para mantenerse en buen estado.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
9. Necesidad de evitar peligros. Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. Necesidad de comunicarse. La necesidad de comunicarse es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores. Actuar según sus creencias y valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conforme a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.
12. Ocuparse para realizarse. Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo, este debe llevar a cabo actividades que le permita satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.
13. Necesidad de recrearse. Recrearse es una necesidad para el ser humano, divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. Necesidad de aprender. Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud

2.5 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA TIROIDES

Glándula firme de color rojo café y lisa, consta de dos lóbulos laterales y un istmo central que los une, su peso normal en el adulto es de 30 y 40 g, se localiza en el cuello por debajo de la laringe, esta rodeado por una capa adherente fibrosa. La tiroides esta muy vascularizada y tiene una de las tasas mayores de flujo sanguíneo por gramo de tejido comparado con cualquier otro órgano. La tiroides secreta dos hormonas, la tiroxina y triyodotironina. Las unidades estructurales de la tiroides se les denomina folículos, cada folículo es un saco cerrado pequeño que consta de una

capa exterior de epitelio cuboideo. Estos sacos están llenos de coloide, sustancia compuesta por triyodotironina, tiroglobulina y globulina las cuales se unen, produciendo la tiroglobulina, después las hormonas se separan de la globulina y son secretadas al torrente sanguíneo en forma de tiroxina y triyodotironina, inmediatamente después se combinan con una proteína sanguínea y van por la sangre en esta forma conjugada conocido como yodo conjugado a proteínas, sus valores normales son de 4 a 8 microgramos por 100 ml. de plasma.²³

Las funciones de las hormonas tiroideas son aumentar la producción de calor y aumentan el consumo de oxígeno, promover el crecimiento y desarrollo esquelético y acelera el recambio óseo, ayudan a regular el metabolismo lipídico, incrementan la contractilidad cardiaca mediante la estimulación de la proteína miosina e incrementan la absorción intestinal de los carbohidratos.²⁴

2.5.1 Adenoma tiroideo

La patogénesis de la enfermedad tiroidea corresponde frecuentemente a un proceso autoinmunitario. El inicio de la enfermedad puede resultar de factores ambientales (infecciones virales o bacterianas o alta ingesta de yodo) y de factores genéticos (defectos en los linfocitos T supresores)

La neoplasia más frecuente que explica el 30 % de los nódulos tiroides solitarios corresponde al adenoma folicular. Este consiste en un nódulo solitario, duro, color gris o rojo, de hasta cinco cm. de diámetro y completamente rodeado por una cápsula fibrosa. El adenoma comprime el tejido tiroideo normal circundante.

Microscópicamente el adenoma tiroideo tiene folículos con apariencia normal de tamaño variable, algunas veces acompañadas con hemorragia, fibrosis, calcificación y degeneración quística.²⁵

²³ Anthony, C. Anatomía y Fisiología. Pág. 335,336.

²⁴ McPhee, S. Fisiopatología Médica: Una Introducción a la Medicina Clínica. Pág. 571

²⁵ Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica Pág. 584

2.5.2 Hemitiroidectomía derecha

Consiste en la extirpación quirúrgica del lóbulo derecho de la tiroides con un abordaje transversal en cuello, incidiendo piel, tejido celular subcutáneo, músculo platisma, realizan colgajo superior e inferior, separan músculo estilo y esternoideo, seccionan aponeurosis, visualizan glándula tiroidea, disecan arterias y venas de tiroides derecha, seccionan pieza quirúrgica, realizan hemostasia del lecho quirúrgico, colocan penrose dirigido hacia el lecho quirúrgico, suturan por planos.

2.5.3 Necesidades afectadas en el postoperatorio inmediato

Termorregulación

El centro regulador de la temperatura es el hipotálamo y los receptores de la temperatura son neuronas sensibles al calor situados en distintas partes del hipotálamo, así como receptores cutáneos de temperatura que mandan impulsos nerviosos a la medula espinal y luego a la región hipotalámica.²⁶

Los mecanismos por los que se pierde calor son radiación, convección, evaporación y conducción. La cantidad de calor perdida por estos fenómenos depende considerablemente según las condiciones atmosféricas. En una sala de operaciones la perdida de calor a considerar es por los fenómenos de radiación y convección principalmente.

Un cuerpo desnudo en una habitación a temperatura normal elimina el 60 por 100 de la perdida total de calor por radiación.²⁷ Considerando la disminución de la temperatura en el área quirúrgica y la preparación física de un paciente que requiere como vestido únicamente una bata, es indudable que la perdida de calor por el mecanismo de radiación es a considerarse.

²⁶ Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Pág. 955

²⁷ *Ibíd.* Pág. 950

Una persona desnuda en una habitación de temperatura agradable, sin corrientes de aire, perderá el 12 por 100 aproximadamente de su calor con convección.²⁸

La circulación constante del aire frío del área quirúrgica implica una pérdida de calor por convección. Cuando el cuerpo queda expuesto al viento la capa de aire inmediatamente vecina de la piel, es sustituido por aire nuevo mucho más rápido que en condiciones normales en consecuencia aumentando en forma correspondiente la pérdida de calor por convección.²⁹

La pérdida de calor por convección y conducción de un cuerpo en contacto con el agua es mayor que con el aire, puesto que el agua tiene varios de miles de veces el calor específico de aire, de manera que cada unidad de volumen de agua vecina de la piel puede absorber cantidades de calor mucho mayores que el aire.³⁰ El uso de soluciones antisépticas y aire frío son situaciones que favorecen la pérdida de calor en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Seguridad

El decreto 2309-2002 define la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científica probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.³¹

Uno de los objetivos para el sistema de salud es garantizar la seguridad del paciente mediante la prevención de eventos adversos.

²⁸ Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica Pág. 951

²⁹ *Ibíd.* Pág. 951

³⁰ *Ibíd.* Pág. 951

³¹ [http://www.cancerologia.gob.co/documentos/10-1-2007-9-52-18-AM-Archivo 2.Pdf](http://www.cancerologia.gob.co/documentos/10-1-2007-9-52-18-AM-Archivo%202.Pdf)-microsoft internet Explorer

Un evento adverso ocurre durante la atención en la salud y son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y pueden conducir a la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de costos de no-calidad.³²

En las unidades quirúrgicas el 45.8% de los pacientes tienen un evento adverso (18% grave)

Enfoques de riesgo

- Insumos: carencia de los insumos o las condiciones de manejo mínimo necesario para los servicios ofrecidos.
- Coordinación: carencia de servicios de apoyo indispensable para los servicios ofrecidos o atención de los pacientes sin la capacidad técnica científica adquirida.
- Recursos humanos: atención brindada por personal asistencial sin las condiciones mínimas de formación.
- Equipos: carencia de los equipos o su mantenimiento mínimo para los servicios ofrecidos.
- Métodos: carencia de los procesos asistenciales mínimos, la información de la historia clínica o los registros de actividades asistenciales para los servicios ofrecidos.
- Medio ambiente: instalaciones físicas que carecen de las condiciones mínimas ofrecidas para el servicio.

Comunicación

Los movimientos de boca, lengua y laringe son la causa directa de la emisión del sonido, estos músculos son activados por las zonas faciales y laríngeas de la corteza

³² [http://www.cancerologia.gob.co/documentos/10-1-2007-9-52-18-AM-Archivo 2.Pdf](http://www.cancerologia.gob.co/documentos/10-1-2007-9-52-18-AM-Archivo%202.Pdf)-microsoft internet Explorer

motora, en cirugía de cuello son manipulados estas estructuras lo que puede provocar cambios en la emisión del lenguaje.

III JUSTIFICACIÓN

El proceso de Atención de Enfermería es una opción para obtener el título de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

Mediante el Proceso de Atención de Enfermería se trata de ver al individuo más que a un enfermo, se visualiza holísticamente.

Como pasante trato de aplicar todos los conocimientos adquiridos durante la formación profesional, de tal forma que a la evaluación del Proceso de Atención de Enfermería se hayan cumplido con la mayoría de los objetivos planteados.

Por lo tanto el Proceso de Atención de Enfermería se realiza como la etapa final en la formación profesional de la licenciatura en enfermería y obstetricia utilizando conjuntamente los conocimientos teóricos y prácticos en beneficio de la paciente.

IV OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

A través de la metodología proceso atención enfermería y de la incorporación de los aspectos conceptuales de Virginia Henderson, ayudar a la persona en la satisfacción de sus necesidades de dependencia mientras se encuentra en una área quirúrgica

4.2 Objetivos específicos sobre el proceso

Identificar una base de datos con relación a la persona para conocer el grado de dependencia que tiene, así como las causas y problemas que los están originando.

Realizar un análisis de los datos obtenidos para establecer los diagnósticos de enfermería.

Con base a diagnósticos establecidos definir los roles de enfermería de suplencia y ayuda, planear los cuidados asistenciales que ayuden a satisfacer las necesidades de dependencia del individuo.

Ejecutar los cuidados planeados bajo el sustento de una fundamentación científica.

Evaluar el impacto de los cuidados de enfermería en función del logro de la satisfacción de las necesidades.

V METODOLOGIA

1.1 METODOLOGÍA

El estudio de caso se realizó en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, a una paciente en el área de quirófano, los principios que se guiaron fueron el respeto y la confidencialidad. El estudio de caso esta integrado por un proceso metodológico basado en las cinco etapas del proceso atención de enfermería, y por el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

La recogida de datos se realizó por fuentes indirectas a través del expediente clínico y el método para la recolección de información que se utilizó fue la observación sistemática, así como también la exploración física utilizando la técnica de inspección.

La valoración tiene como objetivo integrar una base de datos con relación a las necesidades de la paciente, se identifico las necesidades de termorregulación, seguridad y comunicación así como el grado de dependencia total y parcial de la paciente.

Para la valoración se utilizó un instrumento llamado hoja de valoración de necesidades, la información se registro en diversos instrumentos y para su análisis se diseñaran algunos instrumentos de ayuda. Anexos de Valoración y necesidades.

En la etapa de diagnóstico se analizó la información obtenida identificando los diagnósticos de: *Riesgo de alteración de la temperatura corporal*, *Riesgo de lesión*, *Trastorno de la comunicación* y *Riesgo de aspiración* quedando de esta forma jerarquizados de acuerdo a las necesidades observadas en la paciente.

Para la estructura de los diagnósticos se utilizó el formato *PES* identificando los diagnósticos reales y de riesgo y para enunciar el problema se retomó la taxonomía de la NANDA.

En la etapa de planeación los cuidados de enfermería fueron de tipo independiente.

Para cada diagnóstico se estableció un objetivo y para cada intervención criterios de evaluación.

Es importante señalar que cada cuidado de enfermería cuenta con una fundamentación científica y esta dirigido a ayudar a la persona a la satisfacción de las necesidades afectadas.

5.1.1 Estudio de caso

Patricia paciente femenino de 47 años de edad, adulto maduro se encuentra en sala de operaciones sobre mesa quirúrgica, fue intervenida de hemitiroidectomía derecha por un adenoma de tiroides.

Del expediente clínico se obtuvieron los datos de peso corporal de 73 kilogramos talla de 1.60 cm. Los estudios de laboratorio del 29/09/2007 son hemoglobina de 11.6, hematocrito 35.9, plaquetas 267 mil, TP 11.6 por minuto, TTP de 28.6.

Patricia bajo efectos residuales de anestesia general, es mantenida bajo monitoreo cardiorrespiratorio, sus signos vitales son T/A 120/70, FR, 18, FC 76, SO₂ de 96, temperatura axilar de 36 °C. Se palpa y observa piel tibia y pálida, mucosas orales semi hidratadas. Viste bata hospitalaria mojada por soluciones antisépticas.

Patricia en posición de decúbito dorsal con hiperextensión de cabeza, con mascarilla de oxígeno, herida quirúrgica en cuello cubierta y penrose por herida quirúrgica con escasa salida de líquido hemático, recibe hidratación intravenosa con solución hartamn. Posteriormente Patricia aun en mesa de operaciones presenta movimientos involuntarios debido a la alteración de la sensopersepción por anestésicos. Minutos después cuando ya recupero la conciencia presenta dificultad para comunicarse.

Posteriormente a la valoración de los datos y considerando el concepto de independencia como “La capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación”, se llega a la conclusión de que la persona en la que se realizó el estudio de caso, tiene afectadas las necesidades termorregulación, evitar peligros y comunicación, presentando dependencia total y parcial.

5.1.2 Valoración de enfermería siguiendo el modelo de Virginia Henderson

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre R F P Sexo Femenino
 Ocupación Empleada
 Escolaridad Preparatoria incompleta Lugar de nacimiento Distrito
Federal
 Lugar de residencia Distrito Federal
 Fuente de información primaria Principal y expediente clínico
 Cuidador primario Esposo
 Religión Protestante

1. NECESIDAD DE OXIGENACION

BIOFISIOLÓGICO: Patricia tiene 47 años de edad, nariñas permeables, boca
mediana con FR. 18, hemoglobina de 11.6, hematocrito de 35.9
respiración de 18 por minuto, saturación de oxígeno de 96, solución hartmann
intravenosa para mantener vena, mascarilla de oxígeno y temperatura de 36 °C

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL Niega tabaquismo, fármaco dependencias, así como enfermedades respiratorias

ESPIRITUAL _____

2. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

BIOFISIOLÓGICO Eliminación a través de la transpiración y respiración.

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

3. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

BIOFISIOLÓGICO Ayuno indispensable en el postoperatorio inmediato por riesgo de bronco aspiración. Actualmente Patricia mantiene una hidratación intravenosa con solución hartmann, peso 73 Kg., talla 1.60

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

BIOFISIOLOGICO El organismo debe mantener una temperatura de 36 a 38 °C para mantener un buen estado. Actualmente Patricia mantiene una temperatura axilar de 36.0 °C, sistema tegumentario tibio, inmovilización por proceso quirúrgico y anestésico, piel pálida.

SOCIOCULTURAL Presenta dependencia en esta necesidad por encontrarse en un medio ambiente en sala de operaciones frío, mesa de operaciones fría, bata mojada con soluciones antisépticas.

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

BIOFISIOLOGICO Actualmente en mesa de operaciones, inquieta por efectos residuales de anestesia

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL Los factores que influyen en la satisfacción de esta necesidad es principalmente el psicológico dado el nivel de conciencia de somnolencia que presenta Patricia en estos momentos.

ESPIRITUAL _____

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

BIOFISIOLOGICO Somnolencia

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

7. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

BIOFISIOLOGICO Herida quirúrgica cubierta en cuello, penrose por herida quirúrgica con escaso gasto hemático, presión en brazo derecho por brazaletes de T/A, venoclisis en miembro torácico izquierdo. Se observan dos cicatrices por eventos quirúrgicos anteriores, una en región infraumbilical media de hace 20 años por una cesárea y otra paramedia transversa izquierda.

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

8. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

BIOFISIOLOGICO No tiene la capacidad de satisfacer esta necesidad por el estado de conciencia que presenta, bajo los efectos residuales de anestesia general, solo viste una bata de paciente mojada por soluciones antisépticas.

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

BIOFISIOLOGICO Madre fallecida por cáncer de mama. Patricia fue intervenida quirúrgicamente hace 20 años de cesárea y hace diez años de quiste de ovario. los estudios de laboratorio del 29/09/2007 son hemoglobina de 11.6, hematocrito 35.9, plaquetas 267 mil, TP 11.6 por minuto, TTP de 28.6,

Actualmente tiene una dependencia total en esta necesidad, en mesa quirúrgica, post operada de hemitiroidectomía por adenoma de tiroides derecho, con efectos residuales de anestesia general, inquieta con movimientos involuntarios.

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL La necesidad de evitar peligros y mantener una integridad física y psicológica se ve afectada por el estado de conciencia de Patricia debido ha medicamentos anestésicos.

ESPIRITUAL _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

BIOFISIOLÓGICO _____ Presenta dificultad para articular palabras debido a manipulación de estructuras anatómicas.

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____ La interacción a través de la comunicación con la paciente, aumenta el grado de bienestar psicológico.

ESPIRITUAL _____

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL _____ De religión protestante

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

BIOFISIOLÓGICO _____

SOCIOCULTURAL Es empleada en Telmex

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

BIOFISIOLOGICO _____

SOCIOCULTURAL _____

PSICOEMOCIONAL _____

ESPIRITUAL _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

BIOFISIOLOGICO _____

SOCIOCULTURAL Tiene estudios de preparatoria incompleta,

PSICOEMOCIONAL Una vez que Patricia recupera el estado de conciencia y a partir de las indicaciones independientes de enfermería, ella adquirió los

conocimientos y actitudes para modificar su comportamiento y mantener su salud.

ESPIRITUAL_____

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

No.	NECESIDAD	I	TD	PD
1	Oxigenación.			
2	Nutrición e hidratación.			
3	Eliminación			
4	Moverse y mantener una buena postura.			
5	Descanso y sueño.			
6	Uso de prendas de vestir adecuadas.			
7	Termorregulación.		*	
8	Higiene y protección de la piel.			
9	Evitar peligros.		*	
10	Comunicarse.			*
11	Vivir según las creencias y valores.			
12	Trabajar y realizarse.			
13	Jugar y participar en actividades recreativas.			
14	Aprendizaje			

I: INDEPENDIENTE

TD: TOTALMENTE DEPENDIENTE

PD: PARCIALMENTE DEPENDIENTE

5.1.3 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INICIALES DEL PACIENTE: RFP

HOJA No: 1

FECHA: 29/10/2007

NECESIDAD AFECTADA: Termorregulación (Totalmente dependiente, falta de voluntad y de fuerza)

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionada a temperatura ambiental baja del quirófano y la inmovilidad de la paciente.

Objetivo

Evitar la hipotermia en la paciente

Intervenciones de enfermería

- Control de los signos vitales.
- Calentar ropa previa al término a cirugía.
- Retirar la ropa mojada del paciente.
- Cubrir a la paciente con bata, sabana y cobertor.
- Observar color y medir temperatura de la piel.
- Observar si hay signos de hipotermia (aumento de la FR, T/A, y pulso aumentado y luego disminuido).
- Aplicación de calor seco (lámpara.)
- Vigilar signos de hipotermia (escalofríos, piel fría, pilo erección, palidez, llenado capilar lento, lecho ungueal cianótico, bradipsiquia y disritmias)

Fundamentación

- La hipotermia leve, activa el SNS, que puede aumentar los niveles de los signos vitales, al progresar la hipotermia, el corazón se inhibe, disminuyendo el gasto cardiaco y en consecuencia los signos vitales.
- Mantener el cuerpo de la paciente cubierto evita la hipotermia.
- La pérdida de calor en un paciente semidesnudo por los fenómenos de radiación, conveccion y conducción en un cuarto frío son altos, una persona desnuda en una habitación a una temperatura normal pierde el 12 por 100 de su temperatura corporal por conveccion, aproximadamente.

Criterios de evaluación

- Temperatura axilar de 36 °C
- Piel tibia
- Constantes vitales normales

Evaluación

- La paciente mantiene una temperatura axilar de 36°C
- Los signos vitales se encuentran dentro de niveles normales.
- La paciente se mantiene cubierta con cobertor

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INICIALES DEL PACIENTE: RFP

HOJA No: 2

FECHA: 29/10/2007

NECESIDAD AFECTADA: Evitar riesgos (totalmente dependiente, falta de voluntad y fuerza)

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de lesión relacionado con los efectos residuales de anestesia general sobre la movilidad. (Somnolienta, inquietud, con movimientos corporales involuntarios.)

Objetivo: Evitar lesiones que pongan en peligro la integridad física de la paciente.

Intervenciones de enfermería

- Identificación de factores que ponen en riesgo las caídas.
- Colocación gentil de cinturón de seguridad al nivel de cintura.
- Sujeción de extremidades superiores.
- Sujeción manual de extremidades inferiores.
- Vigilar el estado de la piel de las extremidades sujetas.
- Vigilancia estrecha de los movimientos corporales de la paciente.
- Evitar la manipulación por la paciente de la herida quirúrgica mediante la sujeción gentil.
- Vigilar el buen estado de la herida quirúrgica.
- Vigilar que la venoclisis este en buenas condiciones.
- Orientar a la paciente en donde se encuentra y el peligro que tiene de caerse.
- Retiro de sujeciones de extremidades superiores por autocontrol de la paciente.

- Utilizar la técnica adecuada para la transferencia del paciente de la mesa de operaciones a la camilla (sujetar cabeza, cuello y extremidades inferiores así como cuidados de las vías intravenosas.)
- Mantener la alineación correcta del paciente.
- Utilizar los frenos de seguridad en mesa de operaciones y camilla.
- Colocar los barandales de la camilla.

Fundamentación

- Los dispositivos de apoyo de seguridad como es el cinturón debe estar flojo y abrochados sobre la cintura, esta medida mantiene la adecuada circulación y perfusión hística.
- El cinturón de seguridad debe estar suficientemente ajustado para asegurar al paciente a la mesa pero lo bastante suelta para impedir la obstrucción de la circulación.
- La técnica adecuada en la transferencia de la paciente evita lesiones músculo esquelético.
- Las reacciones en los pacientes en la salida de la anestesia general por inhalación e intravenosos, incluyen la perdida a las reacciones apropiadas a las ordenes y a movimientos involuntarios.

Criterios de evaluación

- Que la paciente mientras se encuentre bajo efectos secundarios del anestésico no presente lesiones por:
 - Traumatismo por caída de la mesa de operaciones y camilla.
 - Lesiones de la piel por retiro involuntario de la venoclisis.
 - Manipulación involuntaria de la herida quirúrgica.

Evaluación

- Se tomaron medidas de seguridad y se observa integridad física en la paciente.
- Después de recobrar el conocimiento patricia acepta las indicaciones de no moverse en la mesa de operaciones.
- Patricia mantiene una sensopercepción adecuada. Retiro de sujeciones de extremidades superiores por autocontrol de la paciente.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INICIALES DEL PACIENTE: RFP

HOJA No: 3

FECHA: 29/10/2007

NECESIDAD AFECTADA: Comunicación (parcialmente dependiente, falta de fuerza)

Diagnóstico de enfermería

Trastorno de la comunicación relacionado con la manipulación del nervio laríngeo de las cuerdas vocales manifestado por la disminución de la capacidad para producir el lenguaje.

Objetivo

Establecer una comunicación con la paciente y detectar necesidades

Intervenciones de enfermería

- Reducir los sonidos innecesarios.
- Establecer un acercamiento físico con la paciente.
- Escuchar con atención las demandas de la paciente.
- Expresar el mensaje de la paciente en voz alta, pero no gritando para confirmar dicho mensaje.
- Dedicar tiempo para la comunicación con la paciente.
- Documentar la necesidad afectada.

Fundamentación

- La interacción más humana y personal de la enfermera con la paciente aumenta el grado de bienestar psicológico.
- Los gritos pueden espantar y evitar la comunicación.

Criterios de evaluación

- Se pudo establecer la comunicación con Patricia.

Evaluación

- El mensaje de la paciente es comprendido.
- Satisfacción de la paciente con relación a la comunicación.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INICIALES DEL PACIENTE: RFP

HOJA No: 4

FECHA: 29/10/2007

NECESIDAD AFECTADA: Evitar peligros (parcialmente dependiente, falta de fuerza)

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de aspiración relacionado con la alteración de los reflejos de protección secundaria a cirugía de cuello.

Objetivo

La paciente no presentara bronco aspiración.

Intervenciones de enfermería

- Mantener elevada la cabecera.
- Vigilar presencia de náusea.
- Mantener equipo de aspiración preparado.

Criterios de evaluación

- Se mantiene en posición semifowler.
- Ayuno.

Evaluación

- Patricia mantiene un intercambio gaseoso adecuado.
- No se observan signos de deterioro respiratorio.

A

N

E

X

O

S

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: PRF

FECHA: 29/10/2007

NECESIDAD AFECTADA: Termorregulación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura axilar 36.°C • Piel tibia. • Leve palidez. • Frecuencia cardiaca 78 • Frecuencia respiratoria 18 • Presión arterial 120/70 • Inmovilidad por procedimiento quirúrgico 			<ul style="list-style-type: none"> • Medio ambiente frío del quirófano. • Ropa mojada por soluciones antisépticas

* TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

* F. FUERZA
 * F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

* R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionada a temperatura ambiental baja del quirófano y la inmovilidad de la paciente

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: PRF

FECHA: 29/10/2007

NECESIDAD AFECTADA: Evitar peligros

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia • Movimientos involuntarios en mesa de operaciones. • Peso de 73 kilos. • Talla 1.60 cm. 			<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de operaciones reducida para el libre movimiento de la paciente

TOTALMENTE DEPENDIENTE
 PARCIALMENTE DEPENDIENTE

F. FUERZA
 F. VOLUNTAD
 F. DE CONOCIMIENTOS

R. SUPLENCIA
 R. AYUDA
 R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de lesión relacionado con los efectos residuales de anestesia general sobre la movilidad

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: PRF **FECHA:** 29/10/2007

NECESIDAD AFECTADA: Evitar peligros

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de cuello • Inmovilidad de la paciente • Reflejo de deglución y tusígeno disminuido • Dificultad para incorporarse • Paciente totalmente dependiente 			<ul style="list-style-type: none"> • Posición decúbito dorsal

*	TOTALMENTE DEPENDIENTE
	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

*	F. FUERZA
	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	R. SUPLENCIA
*	R. AYUDA
	R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de aspiración relacionado con la alteración de los reflejos de protección secundaria a cirugía de cuello

**GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES
DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD**

INICIALES DEL CLIENTE: PRF **FECHA:** 29/10/2007

NECESIDAD AFECTADA: Comunicación

BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de cuello (hemitiroidectomía) • Anestesia general (cánula traqueal) • Tono de voz baja 			

	TOTALMENTE DEPENDIENTE
*	PARCIALMENTE DEPENDIENTE

*	F. FUERZA
*	F. VOLUNTAD
	F. DE CONOCIMIENTOS

*	R. SUPLENCIA
*	R. AYUDA
*	R. ACOMPAÑAMIENTO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Trastorno de la comunicación relacionado con la manipulación del nervio laríngeo de las cuerdas vocales manifestado por la disminución de la capacidad para producir el lenguaje

BIBLIOGRAFIA

1. Ackley, B. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Séptima edición 2007. editorial Elsevier Mosby.
2. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermería.
3. Anthony, C. Anatomía y Fisiología. Décima edición 1983. Editorial Interamericana. Carpenito, Linda. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Novena edición 2003. Editorial McGraw-Hill. Interamericana.
4. Carpenito, Linda Juall, Planes De Cuidados y Documentación en Enfermería. Primera edición, Editorial McGraw-Hill. Interamericana. 1994
5. Collier, M. Promover la Vida. Editorial McGraw-Hill. Interamericana 1993.
6. Espinosa, A. Docencia en Enfermería, Antología. ENEO, SUA. Reimpresión Junio 2000.
7. Fernández C. EL Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson 1993.
8. Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. Cuarta edición 1977. Editorial Iberoamericana.
9. Kérouac, S. El Pensamiento Enfermero. Edición Masson 1996.
10. Marriner, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Cuarta edición. Editorial Harcourt Brace 1999.
11. McCloskey, Joanne. Clasificación De Intervenciones de Enfermería (NIC)

12. McPhee, S. Fisiopatología Médica: Una Introducción a la Medicina Clínica. Quinta edición 2007. Editorial Manual Moderno.
13. Medina, J. La Pedagogía del Cuidado: Saberes y Practicas en la Formación Universitaria en Enfermería. Primera Edición Enero 1999. editorial Alertes.
14. Moran A, Victoria. Proceso de Enfermería, modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE y CRE. Segunda edición febrero 2006, editorial Trillas
15. Riopelle, L. Cuidados de Enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Primera edición 1993. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.

Paginas consultadas en Internet

1. <http://www.cancerologia.gob.co/documentos/10-1-2007-9-52-18-AM-Archivo>
2. Pdf-microsoft internet Explorer
<http://www.cancerologia.gob.co/documentos/10-1-2007-9-52-18-AM-Archivo>
2. Pdf-microsoft internet Explorer. Consultado el 16/11/2007 18:20hrs.
2. F /Modelos y Teorías en Enfermería-ENFERMEROS-ORG-Temas y recursos de enfermería. Htm. . Consultado 08/11/2007 23:40 hrs.
3. F/ Teoría y Método en Enfermería II htm. Consultado 08/11/2007 24:00 hrs.
4. Revista cubana. La Enfermería Como Disciplina Profesional Holística. Htm. Consultado el 08/11/2007

5. F:\Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Htm. Consultado 08/01/2008 21:15 hrs.