

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON ALTERACIÓN DEL PATRÓN CONFORT FÍSICO
DE ACUERDO CON LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

**PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

FAJARDO VAZQUEZ KARLA PAOLA

CUENTA: 408526889

ASESORA:

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SAN LUIS POTOSÍ, MAYO DE 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A LA ESCUELA DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA MEXICANA

Por darme la oportunidad de cursar la carrera y así a todas las instituciones que me abrieron las puertas para poder poner en práctica mis conocimientos frescos en diferentes campos que engloban lo que es enfermería.

A MIS PADRES

A mi madre IMELDA VAZQUEZ DE FAJARDO por todo el apoyo incondicional durante la carrera por que como sea siempre me sacó adelante a pesar de tantos obstáculos que se presentaron finalmente lo logramos, a mi padre LAURO ANTONIO FAJARDO ROMERO por siempre estar al pendiente de mí, de igual manera apoyándome siempre, sobre todo por creer en que todos los esfuerzos al fin dieron frutos y darme esos ánimos de seguir adelante siempre.

A MIS HERMANOS

CINTHIA FAJARDO, LAURA FAJARDO, ARMANDO FAJARDO hermanos muchas gracias por siempre brindarme su apoyo, por esos consejos y que a pesar de diferencias saben que son para mí un ejemplo a seguir, hemos sido guiados por unos excelentes padres y gracias a ellos somos unidos y sabemos que contamos los unos con los otros.

A LA FAMILIA FAJARDO

Gracias a todos por su apoyo y sobre todo por sus motivaciones, tíos, primos a mi abuelito y a mi abuelita que ya no está con nosotros, pero ha sido una gran inspiración para mí ser parte de esta gran profesión que portamos orgullosamente y que sus consejos jamás se olvidaran.

A MIS AMIGOS

LUCERO ARRIAGA TORRES, amiga muchas gracias por demostrar que existe una amistad autentica, por siempre estar a mi lado y por alentarme a superarme profesionalmente, porque a pesar de tantas cosas que pasamos juntas estamos de pie y al fin culminando esta etapa que siempre deseamos.

A MIS ASESORES

DRA GANDHY muchas gracias por su paciencia y apoyo incondicional que me brindo a lo largo de este trayecto por transmitirme su sabiduría y brindarme su tiempo para poder dar por terminada mi etapa de estudiante y finalmente así convertirme en una profesional de la salud.

A MIS AMIGOS

LUCERO ARRIAGA TORRES, amiga muchas gracias por demostrar que existe una amistad autentica, por siempre estar a mi lado y por alentarme a superarme profesionalmente, porque a pesar de tantas cosas que pasamos juntas estamos de pie y al fin culminando esta etapa que siempre deseamos.

Contenido

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.-JUSTIFICACIÓN.....	2
II.- OBJETIVOS.....	3
III.- METODOLOGÍA.....	4
IV.- MARCO TEÓRICO	5
4.1 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA	5
4.2. PROCESO CUIDADO ENFERMERO.....	7
4.2 ETAPAS.	7
4.2.1. VALORACIÓN:	8
4.2.2 DIAGNÓSTICO	18
4.2.3 PLANEACIÓN.....	25
4.2.4. EJECUCIÓN.....	27
4.2.5. EVALUACIÓN	28
4.3.Hipertiroidismo	31
V. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	40
VI. VALORACION.....	41
6.1. PATRONES FUNCIONALES	41
6.2. PATRONES DISFUNCIONALES	44
VII.PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	46
VIII.- PLAN DE ALTA	56
IX. CONCLUSIONES	57
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

I.- INTRODUCCIÓN.

El presente proceso de atención de enfermería, está realizado de una forma práctica y sencilla para comenzar a conocer un poco más de esta extraordinaria herramienta (P.A.E) el cual se encarga de brindar una atención holística a partir de un proceso sistematizado y fundamentado del cuidado de enfermería, a nuestros pacientes en nuestros distintos nosocomios, recorriendo los conceptos y características del plan cuidado enfermero, reforzando los conocimientos teóricos, en alumnos que cursan un nivel avanzado, encaminado a los cuidados integrales del individuo, familia y comunidad.

En este escrito, también, se describen las etapas de Proceso Cuidado Enfermero, las cuales son, valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación, así como la elaboración de un caso clínico y un Plan Cuidado Enfermero, enfocado a un paciente postquirúrgico de tiroidectomía parcial, causada por hipertiroidismo, el cual se encargara de evaluar e identificar las necesidades del mismo y de igual forma satisfacer y garantizar el estado el óptimo estado de salud.

1.1.-JUSTIFICACIÓN.

Este trabajo es realizado con la finalidad de aprender el uso de herramientas didácticas, como lo son la NANDA, NANDA NIC Y NOC, con las que cuenta el personal de enfermería, para la elaboración del Plan Cuidado Enfermero, y poder desarrollar con mayor facilidad la clasificación de los objetivos y de intervenciones de enfermería, así como poder evaluar los resultados ante una situación que amerite la buena praxis de enfermería. Aprender a implementar cuidados estandarizados de una manera responsable y profesional haciendo uso de nuestro criterio profesional.

II.- OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL

Fortalecer los conocimientos teóricos para la práctica de enfermería mediante el Proceso de Atención de Enfermería, y brindar un cuidado de eficiencia y eficacia , en el individuo, familia y/o comunidad que requiera de cuidados para su bien estar fisiológico, psicológico y social,

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente
- Llevar a la práctica planes de cuidados ya establecidos para identificar y resolver necesidades prioritarias en el paciente.
- Desarrollar las habilidades y destrezas en cuanto al manejo del Proceso Cuidado Enfermero enfocado al desempeño profesional de enfermería
- Desarrollar las habilidades y destrezas en cuanto al manejo Plan Cuidado Enfermero enfocado al desempeño profesional de enfermería.
- Obtener mayor conocimiento en cuanto a cuidados de enfermería en cuanto a pacientes con tiroidectomía parcial.

III.- METODOLOGÍA.

El siguiente trabajo es elaborado mediante investigación bibliográfica como planes de cuidados de enfermería séptima edición de Mary Frances Moorhouse, NANDA internacional 2009 Y 2011, clasificación de resultados de Enfermería de Sue Moorhead, Clasificación de Intervenciones De Enfermería de Gloria M. Bulechek, también mediante páginas electrónicas como www.medicaplus.com, así como conocimientos aprendidos en las instalaciones de la facultad de enfermería cruz roja mexicana, así como conocimientos bajo opiniones fundamentadas y trabajos implementados acerca de Proceso Cuidado Enfermero y la Del Plan Cuidado De Enfermería.

También se elaboraron algunos esquemas didácticos para la comprensión precisa de los temas implementados en este trabajo y la elaboración de un caso clínico enfocado a un paciente con procedimiento postquirúrgico de tiroidectomía parcial por hipertiroidismo, donde es implementando el Plan Cuidado Enfermero como enseñanza didáctica en el aprendizaje del alumno.

Se seleccionó un paciente de.....

Se aplicó la valoración de Marjory Gordon por Patrones funcionales durante 2 días de acompañamiento

Se dedujeron diagnósticos de enfermería a partir de los Patrones Alterados.

Se realizaron los planteamientos para una hoja de Plan de Atención.

Se implementaron intervenciones y evaluaron las mismas con el respectivo reajuste en caso de requerirse

IV.- MARCO TEÓRICO

4.1 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA

El cuidado como objeto de estudio de la enfermería, se ha ido consolidando en las distintas épocas históricas a través de los roles que ha cumplido la enfermera, la reflexión filosófica, la indagación científica y el desarrollo que esto ha significado. La transición de una concepción sobre los cuidados con características eminentemente positivas, técnicas, instrumentales, hacia el desarrollo de un pensamiento complejo, multidimensional, no fue sencillo y requirió el aporte de numerosas enfermeras teorizadoras, que en un dialogo fructífero con otras disciplinas tuvieron la ardua tarea de remontar siglos de historia de sometimiento de los saberes de género. ¹

“Cuidar representa un conjunto de actos de la vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres humanos para permitirles reproducirse y perpetuar la especie” – F. Collier

De igual manera que otras actividades, la tarea de cuidadora ha sido acompañada de un saber latente, que a nuestro juicio no se ha hecho explicito, en parte por los problemas de trasfondo que albergan las formas de pensamiento, en las cuales el saber de enfermería ha dejado descansar sus principios de explicación más básicos y fundamentales. ¹



El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del

profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. El cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.²

4.2. PROCESO CUIDADO ENFERMERO

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.¹ Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

4.2 ETAPAS.

1.-Valoración

2.-Diagnóstico

3.-Planificación

4.-Ejecución

1

5.-Evaluación

4.2.1. VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.²

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.³

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- - Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la

enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.⁴

- - Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.⁵
- - Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- - Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- - Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.⁶
- - Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:⁷

4
5
6
7

- - Criterios de valoración siguiendo un orden de "cefalocaudal" sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- - Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.⁸

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- - Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- - Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- - Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- - Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- - Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- - Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.⁹

8

9

En la recogida de datos necesitamos:

- - Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- - Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- - Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- - Capacidad creadora.
- - Sentido común.
- - Flexibilidad.¹⁰

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.¹¹

Los tipos de datos:

- - Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).¹²

¹⁰

¹¹

¹²

- - Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- - Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).¹³
- - Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.¹⁴

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.

¹³

¹⁴

3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.¹⁵

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

1.- *Iniciación*: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

2.- *Cuerpo*: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.¹⁶

3.- *Cierre*: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

* Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;

* Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

15

16

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),

Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- 1.-El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- 2.-La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- 3.-Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- 4.-Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

*Expresiones faciales,

* La forma de estar y la posición corporal,

* Los gestos,

* El contacto físico,

* La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: **empatía, calidez, concreción, y respeto.**

° *Empatía:* Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

° *Calidez:* Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

° *Respeto:* Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

° *Concreción:* Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).¹⁷

- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.¹⁸

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

1.-Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

2.-Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

3.-Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

4.2.2 DIAGNÓSTICO

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.¹⁹

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- - La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.²⁰
- - La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros

profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

- - Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.-Identificación de problemas:²¹

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.-Formulación de problemas.

Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan

ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.²² Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- *Docencia:* la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:²³
 - * Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - * Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita

22

23

enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

- *Asistencial:* El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:²⁴
 - - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
 - - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
 - - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
 - - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - - Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.

- *Gestión:* Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - * Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - * Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - * Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - * Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - * Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
 - * Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa

F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)

- De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.

- Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.

F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- *Real*: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- *Alto Riesgo*: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- *Posible*: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- *De bienestar*: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir

esta capacidad basándose en y los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

4.2.3 PLANEACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

ELABORACIÓN DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

4.2.4. EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar

en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

4.2.5. EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes²⁵

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

- *1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:*
 - * Observación directa, examen físico.
 - * Examen de la historia clínica
- *2.- Señales y Síntomas específicos*
 - * Observación directa
 - * Entrevista con el paciente.

- * Examen de la historia
- 3.- *Conocimientos:*
 - * Entrevista con el paciente
 - * Cuestionarios (test)
- 4.- *Capacidad psicomotora (habilidades)*
 - * Observación directa durante la realización de la actividad
- 5.- *Estado emocional:*
 - * Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - * Información dada por el resto del personal
- 6.- *Situación espiritual (modelo holístico de la salud):*
 - * Entrevista con el paciente.
 - * información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:²⁶

- - El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- - El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

²⁶ Carchi Soliz, M. D. (2014). *Valoración y cuidados de enfermería en el dolor abdominal agudo inespecífico en pacientes adultos del servicio de urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, de mayo-agosto del 2012* (Master's thesis).

- - El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.²⁷

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- - Medir los cambios del paciente/cliente.
- - En relación a los objetivos marcados.
- - Como resultado de la intervención enfermera
- - Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica

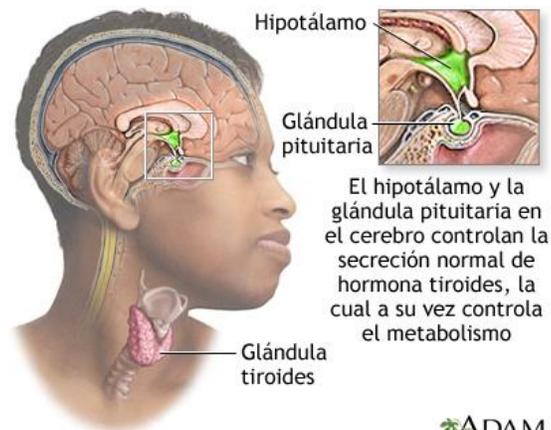
Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

27

PFS	Dominios NANDA t.II.	Henderson	Actividades Vitales RLT
P.1. Percepción - manejo de la salud	D.1. Promoción de la salud D.11. Seguridad – protección D.12. Confort D.13. Crecimiento - desarrollo	N.9. Seguridad N.7. Temperatura	AV.1. Mantenimiento de entorno seguro AV.7. Control de temperatura corporal
P.2. Nutricional – metabólico	D.2. Nutrición	N.2. Alimentación – hidratación N.8. Higiene - piel	AV.4. Comer - beber
P.3. Eliminación	D.3. Eliminación	N.3. Eliminación	AV.5. Eliminación
P.4. Actividad – ejercicio	D.4. Actividad – reposo	N.1. Respiración N.4. Movilización N.6. Vestirse N.8. Higiene – piel	AV.3. Respiración AV.6. Higiene personal y vestirse AV.8. Movimiento
P.5. Sueño – descanso	D.4. Actividad – reposo	N.5. Reposo - sueño	AV.11. Sueño
P.6. Cognitivo – perceptivo	D.5. Percepción - cognición	N.10. Comunicación	AV.2. Comunicación
P.7. Auto percepción – autoconcepto	D.6. Auto percepción	N.12. Trabajar – realizarse N.14. Aprender	AV.9. Trabajo - ocio
P.8. Rol – relaciones	D.7. Rol – relaciones	N.10. Comunicación N.12. Trabajar - realizarse N.13. Actividades lúdicas	AV.9. Trabajo - ocio
P.9. Sexualidad – reproducción	D.8. Sexualidad		AV.10. Expresión de la sexualidad
P.10. Adaptación -tolerancia al estrés	D.9. Afrontamiento – tolerancia al estrés		
P.11. Valores - creencias	D.10. Principios vitales	N.11. Religión - creencias	AV.12. Muerte

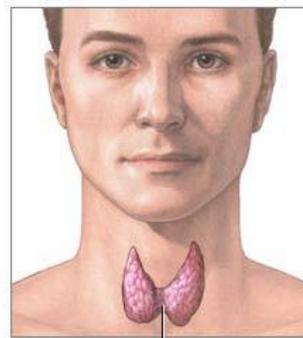
4.3.Hipertiroidismo

Es una afección en la cual la glándula tiroides produce demasiada hormona tiroidea. La afección a menudo se denomina tiroides hiperactiva.²⁸



Causas

La glándula tiroides es un órgano importante del sistema endócrino. Se localiza en la parte frontal del cuello, justo por debajo de donde se encuentran las clavículas. La glándula produce las hormonas que controlan la forma como cada célula del cuerpo usa la energía. Este proceso se denomina metabolismo.



Tiroides

ADAM.

Muchas enfermedades y afecciones pueden causar hipotiroidismo, incluso:

Enfermedad de Graves (la causa más frecuente de hipertiroidismo)

Inflamación (tiroiditis) de la tiroides debido a infecciones virales, algunos medicamentos o después del embarazo

Tomar demasiada hormona tiroidea (frecuente)

Tumores no cancerosos de la glándula tiroidea o de la hipófisis (poco frecuente)

Tumores de los testículos o de los ovarios (poco frecuente)

Someterse a exámenes imagenológicos médicos con medio de contraste que tenga yodo (poco frecuente, y solo si existe un problema con la tiroides)

Consumir demasiados alimentos que contengan yodo (poco frecuente, y solo si existe un problema con la tiroides) ²⁹

Síntomas

Los síntomas comunes incluyen:

Dificultad para concentrarse

Fatiga

Deposiciones frecuentes

Bocio (tiroides visiblemente agrandada) o nódulos tiroideos

Pérdida del cabello

Temblor en las manos

Intolerancia al calor

Aumento del apetito

Aumento de la sudoración

Irregularidades en la menstruación en las mujeres

Nerviosismo

Latidos cardíacos muy fuertes o frecuencia cardíaca muy acelerada (palpitaciones)

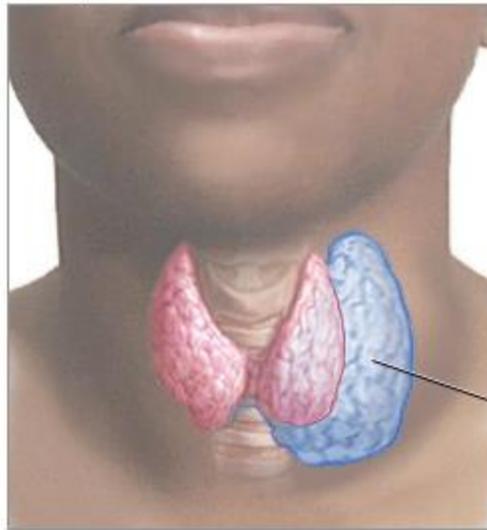
Inquietud

Problemas del sueño

Pérdida de peso (o aumento de peso, en algunos casos)

²⁹

Hipertiroidismo causado por el adenoma tiroideo



Tiroides hipertrófica (bocio)

ADAM.

Otros síntomas que pueden presentarse con esta enfermedad son:

Desarrollo de mamas en los hombres

Piel pegajosa

Diarrea

Hipertensión arterial

Prurito o irritación en los ojos

Comezón en la piel

Náuseas y vómitos

Ojos saltones (exoftalmos)

Piel caliente o enrojecida

Debilidad de caderas y hombros



Pruebas y exámenes

El proveedor de atención médica realizará un examen físico. El examen puede encontrar lo siguiente:

Presión arterial alta sistólica (el primer número en una lectura de la presión arterial)

Aumento de la frecuencia cardíaca

Agrandamiento de la tiroides

Temblor de las manos

Hinchazón o inflamación alrededor de los ojos

Reflejos muy fuertes

Cambios en la piel, cabello y uñas

También se ordenan exámenes de sangre para medir los niveles de hormonas tiroideas TSH (hormona estimulante de la tiroides), T3 y T4.

También le pueden hacer exámenes de sangre para verificar:

Niveles de colesterol

Glucosa

También puede ser necesario llevar a cabo exámenes de imagenología de la glándula tiroides, incluso:

Gammagrafía de captación de yodo radioactivo

Ecografía de la glándula tiroides

Tratamiento

El tratamiento depende de la causa y de la gravedad de los síntomas. El hipertiroidismo generalmente se trata con una o más de las siguientes opciones:

Medicamentos antitiroideos (propiltiouracilo o metimazol)

Yodo radiactivo para destruir la tiroides y detener la producción excesiva de hormonas

Cirugía para extirpar la tiroides

En caso de que se tenga que extirpar la tiroides con cirugía o destruirla con yodo radiactivo, usted tiene que tomar pastillas sustitutivas de hormona tiroidea por el resto de la vida.

Los medicamentos llamados betabloqueadores se pueden recetar para tratar síntomas como frecuencia cardíaca rápida, temblores, sudoración y ansiedad, hasta que se pueda controlar el hipertiroidismo.³⁰

Expectativas (pronóstico)

El hipertiroidismo es tratable. Algunas causas pueden desaparecer sin tratamiento.

El hipertiroidismo causado por la enfermedad de Graves generalmente empeora con el tiempo. Tiene muchas complicaciones, algunas de las cuales son graves y afectan la calidad de vida.

Posibles complicaciones

La crisis (tormenta) tiroidea es un empeoramiento súbito de los síntomas que puede suceder con infección o estrés. Se puede presentar fiebre, disminución de la lucidez mental y dolor abdominal. Los pacientes requieren tratamiento en el hospital.

Otras complicaciones del hipertiroidismo incluyen:

Problemas cardíacos como frecuencia cardíaca acelerada o ritmo cardíaco anormal e insuficiencia cardíaca

Osteoporosis

Las complicaciones relacionadas con la cirugía pueden incluir:

Cicatrización del cuello

Ronquera debido al daño a un nervio de la laringe

Nivel bajo de calcio debido a daño en las glándulas paratiroides (localizadas cerca de la glándula tiroidea)

Hipotiroidismo (tiroides poco activa)

Cuándo contactar a un profesional médico

Llame a su proveedor si presenta síntomas de hipertiroidismo. Acuda a la sala de urgencias o llame al número local de emergencias (como el 911 en los Estados Unidos) si presenta:

Cambio en el estado de conciencia

Mareo

Latidos cardíacos rápidos e irregulares

Llame a su proveedor si está recibiendo tratamiento para el hipertiroidismo y presenta síntomas de insuficiencia tiroidea, como:

Depresión

Lentitud física y mental

Aumento de peso

Nombres alternativos

Tirotoxicosis; Glándula tiroides hiperactiva; Enfermedad de Graves - hipertiroidismo; Tiroiditis - hipertiroidismo; Bocio tóxico - hipertiroidismo; Nódulos en la tiroides - hipertiroidismo; Hormona tiroidea – hipertiroidismo

Tiroidectomía parcial ³¹

La tiroidectomía parcial es un procedimiento para extraer parte de la glándula tiroides. La tiroides es una glándula ubicada en el interior y al frente de la parte baja del cuello. La tiroides produce las hormonas que regulan su metabolismo, temperatura corporal y ritmo cardíaco. Las glándulas más pequeñas, conocidas como paratiroides, regulan los

31

niveles de calcio en la sangre. Usted tiene 4 glándulas paratiroides situadas a los lados de la glándula tiroides. Las glándulas paratiroides no serán extraídas durante la cirugía

V. PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente femenino de 43 años de edad. Postquirúrgico de tiroidectomía parcial, con 10 hora de evolución. Refleja hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, controlada desde hace 5 años.

APARIENCIA GENERAL Y ADITAMENTOS

Somnolienta, pupilas isocóricas, mucosa oral seca, afónica palidez de tegumentos, sin uso de músculos accesorios, no integra, bien conformada, refiere dolor en sitio quirúrgico, astenia, oxígeno con mascarilla a 30%, penrose en área quirúrgica con drenaje hematoso de 30ml en un lapso de 8 hrs. Líquidos parenterales 1000cc sol. Hartman, sonda vesical Foley No 14 Fr. con buen gasto urinario. T/A 140/85 mmHg, FC. 86 x', FR. 18 x', T° 36.6 °C, SpO2 95%, glicemia de 190 mg/dl.

VI. VALORACION.

6.1. PATRONES FUNCIONALES

MANEJO PERCEPCIÓN DE LA SALUD.

Percibe su estado de salud un poco afectado por enfermedades crónico degenerativas pero hasta la fecha tratado, cuenta con esquema de vacunación completo, antecedentes heredofamiliares con HTA y DMII, y C.A de mama, alimentación balanceada, no le gustan los remedios caseros cuando se encuentra enferma, no consume bebidas alcohólicas, ni alguna otra droga, así mismo niega el consumo de tabaco. Medicamentos que toma actualmente, metformina 850mg., Telmisartan 40mg. Omeprasol 20mg.

Refiere sus padres son hipertensos y madre con diabetes mellitus tipo II. Tía por parte de su madre haber padecido C.A. de mama, hermanos aparentemente sanos, todos viviendo en zona urbana..

La paciente niega alergias, refiere no haber sido interferida quirúrgicamente con anterioridad. Actualmente se encuentra hospitalizada tras habersele realizado tiroidectomía parcial por hipertiroidismo padecido desde hace ya 15 años.

NUTRICION METABÓLICO:

Peso: 62Kg. Talla 1.55cm. IMC. 25.8 = obesidad grado 1. Glicemia 190mg/dl

Coloración de tegumentos, actualmente pálida, mucosa oral seca, llenado capilar 3 segundos, nauseosa, encontrándose actualmente con dieta líquida.

Por las mañanas acostumbra tomar una taza de café con una pieza de pan dulce, posteriormente variando su alimentación en el almuerzo, acostumbra generalmente consumir huevo acompañado de embutidos, cereales y un vaso de leche libre de lactosa. Para la comida acostumbra consumir cereal, y proteínas de origen animal en sus distintos precederos, consume pescado, carne de cerdo, carne de pollo, y res, en proporciones adecuadas para su sexo y edad, acompañado de un vaso con agua natural, para la

merienda señala ser parte de su dieta una fruta y por último en la cena consume un vaso de leche libre en lactosa con un poco de cereal y fruta, durante el día consume 1 litro de agua natural aproximadamente.

ELIMINACIÓN:

Se encuentra con sonda Foley # 14fr, presentando disuria con un gasto urinario de 0.6ml/kg/hr., de color amarillo ambar, si sedimentos, presentando ligero globo vesical, patrón de defecación alterado por lo que ha presentado problemas para defecar, ya que últimamente ha padecido de estreñimiento, cuenta con un en rose de ½ , el cual ha drenado hasta el momento 30ml de característica hematoso.

ACTIVIDAD Y EJERCICIO:

Refleja astenia y adinamia, en reposo aún, con signos dentro de parámetros normales, T/A 140/85 mmHg, FC. 86 x', FR. 18 x', T° 36.6 °C, SpO2 95% implementando oxígeno con mascarilla al 30%, en posición sem

ifowler, monitorizada por el momento, presentando tos seca, campos pulmonares libres de sonidos anormales y bien ventilados, con buena simetría a la expansión torácica a la inhalación, comenta caminar 30 minutos diarios, sin practicar algún deporte alguno, totalmente independiente para realizar sus actividades diarias.

SUEÑO DESCANSO:

Acostumbra dormir de 6 a 7 horas diarias amaneciendo descansada y lista para sus actividades diarias, utilizando dos almohadas, una en cabecera y cello y la otra entre piernas cuando duerme de decúbito lateral, refiere presencia de seños y en ocasiones su ausencia.

COGNITIVO PERCEPTUAL:

Alerta, consciente y orientado es tiempo, lugar y espacio, GLASGOW de 15 puntos, afónico pero responde con mímica acorde a lo que se le pregunta, proporcionando respuestas claras, utiliza lentes de aumento por presentar miopía bifocal. Refiere dolor en sitio quirúrgico de 8 en escala de EVA, presentando facies de dolor y quejándose de una manera constante.

AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO:

Indica ser una persona amable, responsable en sus actividades, y de buen juicio para tomar decisiones en su hogar y en el trabajo, se siente feliz con todos los objetivos que ha logrado durante su trayecto de vida, capaz de realizar toda tarea que se le sea impuesta siempre y cuando este dentro de sus capacidades y conocimientos, que cada oportunidad es para aprovecharla y aprender de ellas, incluyendo esta nueva etapa en la que tiene que superar su nuevo diagnóstico el cual le afecta un poco debido a que cambiara parte de su tratamiento habitual y eso le preocupa, pero hará lo posible para llevar acabo el tratamiento como se lo indica el personal de salud, apoyándose en todo momento con sus seres queridos que conforman su núcleo familiar, aunque por el momento me siento un poco extraña por el procedimiento quirúrgico realizado ya que tuvieron que extraer de mi cuerpo una parte de él, que me estaba haciendo daño.

ROL RELACIONES:

Actualmente vive con 2 de sus 4 hijos y su esposo, dedicándose al oficio de transito vial en zonas escolares con jornadas de 8 horas matutinas descansando sábados y domingos, y periodos vacacionales 2 veces al año, comenta llevar una buena relación con sus padres quienes aún viven, así como con cada uno de sus hermanos, y junto con su esposo se hacen cargo de las responsabilidades del hogar, así como comparten del mismo modo participación para la solución de problemas, acude con frecuencia a visitar a sus amigas quienes viven cerca de su localidad, sin pertenecer a ningún club social, uso de redes sociales como face book, y whats App. No fuma, no consume bebidas alcohólicas ni ninguna otra droga por el estilo

SEXUALIDAD:

Femenino con menarquia presentada a los 12 años de edad, amenorrea presente en estado de premenopausia con FUM hace un tres meses , iniciando su vida sexual activa a los 19 años de edad con una sola pareja, antecedentes de 4 gestas, 4 partos, 0 cesáreas y 0 abortos, aun presenta vida sexual con su pareja.

TOLERANCIA Y AFRONTAMIENTO A ESTRÉS:

Una de las situaciones más difíciles que ha enfrentado hoy en día, ha sido su padecimiento actual, y no poder aportar apoyo en las tareas del hogar, pero aun así siente la fortaleza emocional para enfrentar esta nueva situación, refiere acudir a la lectura cuando su tiempo es libre y al estar en espacios abrumadores o encerrados donde tiene que practicar la espera. Le gusta escuchar música y ver películas en casa y acudir al cine o parques de diversión con la familia todos los fines de semana.

VALORES Y CREENCIAS.

Refiere ser católica y acudir a eventos religiosos cada domingo con la familia, compartiendo que le es de mucha ayuda para su pronta recuperación. Y acude a oración todos los días pidiendo por ella y sus seres queridos, así como agradecimiento por todas y cada una de sus buenas acciones.

6.2. PATRONES DISFUNCIONALES

PATRON	DATO
MANEJO / PERSEPCION DE LA SALUD	Hipertensión arterial Post- quirúrgica de tiroidectomía parcial
NUTRICIÓN	Diabetes Mellitus tipo II Obesidad grado I. Pálida

	Nauseas Mucosa oral seca
ELIMINACIÓN	Sonda Foley # 14 Oliguria Leve estreñimiento Penrose de ½ en herida quirúrgica
ACTIVIDAD / EJERCICIO	T/A 140 / 85 mm.Hg. Oxigeno con mascarilla Tos seca
SUEÑO/ DESCANSO	Ninguno
COGNITIVO/ PECEPTUAL	Dolor de 8 en escala de EVA
AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO	Abrumada por el padecimiento actual
ROL / RELACIONES	Afónica
SEXUALIDAD	Premenopáusica
TOLERANCIA AL ESTRÉS	Ninguna
VALORE Y CEENCIAS	Ninguna

			VII.PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA				
NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):				
<p style="text-align: center;">NANDA</p> <p>DOMINIO 12 : CONFORT CLASE 1: CONFORT FÍSICO ETIQUETA: 00132 Dolor Agudo</p> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>Dolor agudo R/C Agentes lesivos físicos. M/P. Mascara facial (movimientos escasos y gemidos), informe verbal del dolor, observación de evidencias del dolor.</p>			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
			DOMINO 5: SALD	210201- Dolor referido	3.- Moderado	Mantener	Aumentar
			PERSIVIDA	210204-Duración de los episodios del dolor	2.- Sustancial	a	a
			CLASE V. SINTOMATOLOGÍA	210206- Expresiones verbales del dolor.	3.-Moderado	18	20
			RESULTADO (2102) NIVEL DEL DOLOR	210217.- Gemidos de dolor.	3.-Moderado.		
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC):							
ACTIVIDADES INDEPENDIENTES: 1400 MANEJO DEL DOLOR CAMPO 1.- FISIOLÓGICO BASICO				ACTIVIDADES DE COLABORACION: 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS			

CLASE.- E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA	CAMPO II.- FISIOLÓGICO COMPLEJO CLASE H CONTROL DE FARMACOS
<ul style="list-style-type: none"> .-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. .-Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor. .-Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. .-Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados .-Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. 	<ul style="list-style-type: none"> .-Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. .-Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. .-Comprobar el historial de alergias a medicamentos. .-Administrar analgésicos y / o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia. .-Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):				
<p align="center">NANDA</p> <p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION.</p> <p>CLASE 2: LESION FÍSICA</p> <p>ETIQUETA: 00044 Deterioro de la integridad tisular</p> <p align="center">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA</p> <p>Deterioro de la integridad tisular. R/C factores mecánicos (Cizallamiento).M/P. lesión tisular (tejido subcutáneo)</p>			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
			DOMINIO II: SALUD FISIOLÓGICA	110102.- Sensibilidad	3.- Moderadamente comprometido	Mantener a	Aumentar a
			CLASE L: INTEGRIDAD TISULAR	110103.-Hidratación	4.- Levemente comprometido	20	25
			RESULTADO: 1101 INTEGRIDAD TISULAR.	110108.- Textura	3.-Mod.		
			PIEL Y MEMBRANAS MUOSAS	110111.-Perfusión tisular. 110115.- Lesiones cutáneas	Comprometido 4.-Lev. Comprometido 2.- sustancialmente comprometido		
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC):							
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS			3440 CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN				
CAMPO 2: FISIOLÓGICO COMPLEJO			CAMPO 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO				
CLASE: L CONTROL DE LA PIEL / HERIDAS			CLASE L: CONROL DE LA PIEL /HERIDAS				

<ul style="list-style-type: none"> .-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. .-Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. .-Reforzar el apósito, si es necesario. .-Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. .-Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. .-Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. .-Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario. .-Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. 	<ul style="list-style-type: none"> .-Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. .-Tomar nota de las características de cualquier drenaje. .-Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. .-Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. .-Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia. .-Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión. .-Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados. .-Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión. .-Enseñar al paciente y / o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.
--	---

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):				
<p align="center">NANDA</p> <p>DOMINIO 6: AUTOCONCEPTO / AUTOPERCEPCION</p> <p>CLASE 1: AUTOCONCEPTO</p> <p>ETIQUETA. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCONCEPTO</p> <p align="center">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>Disposición para mejorar el autoconcepto M/P Expresa satisfacción por su imagen corporal, expresa satisfacción por los pensamientos sobre si mismo</p>			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
			<p>DOMINIO V: SALUD</p> <p>PERSIVIDA</p> <p>CLASE U: SALUD Y CALIDAD DE VIDA</p> <p>RESULTADO: 2002 BIEN ESTAR PERSONAL</p>	<p>200201.-Satisfaccion con la realización de las AVD.</p> <p>200205.- Satisfacción con el funcionamiento fisiológico.</p> <p>200207.- Satisfacción con la capacidad de superación</p> <p>200209.- Satisfacción con el nivel de felicidad.</p>	<p>3.- moderadamente satisfactorio.</p> <p>3.- Moderadamente satisfactorio.</p> <p>4.-Muy satisfactorio.</p> <p>4.- Muy satisfactorio.</p>	<p>Mantener a</p> <p>14</p>	<p>Aumentar a</p> <p>20</p>
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC):							
<p>ACTIVIDADES INDEPENDIENTES 4920 Escucha actica</p> <p>DOMINIO 3: CONDCTUAL</p> <p>CLASE Q: ESCUCHA ACTIVA</p>			<p>ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN 4420 Acuerdo con el paciente</p> <p>CAMPO 3: CONDUCTAL</p> <p>CLASE O: TERAPIA CONDUCTUAL</p>				

<ul style="list-style-type: none">.-Establecer el propósito de la interacción..-Mostrar interés en el paciente..-Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones..-Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones..-Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones..-Identificar los temas predominantes..-Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.	<ul style="list-style-type: none">.-Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades..-Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados..-Al ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente..-Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos..-Establecer objetivos en términos positivos,
---	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):				
<p align="center">NANDA</p> <p>DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</p> <p>CLASE 1: INFECCION</p> <p>ETIQUETA 00004 RIESGO DE INFECCIÓN</p> <p align="center">DIAGNOSTICO DE ENFERERIA</p> <p>Riesgo de infección F/R. Destrucción tisular</p>			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
			<p>DOMINIO IV:</p> <p>CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA DE SALUD.</p> <p>CLASE T: CONTROL DEL RIESGO Y SEGURIDAD</p> <p>RESULTADO: 1924</p> <p>CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO.</p>	<p>192401.-Reconoce el riesgo personal de infección.</p> <p>192407.-identifica estrategias para protegerse.</p> <p>192409.-Controla el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección.</p>	<p>4.- Frecuentemente demostrada</p> <p>3.- Raramente demostrada.</p> <p>3.- Raramente demostrada</p>	<p>Mantener</p> <p>a</p> <p>10</p>	<p>Aumentar</p> <p>a</p> <p>15</p>
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC):							
<p>ACTIVIDADES INDEPENDIENTES 6550 Protección contra las infecciones.</p> <p>CAMPO 4: SEGURIDAD</p> <p>CLASE V: CONTROL DE RIESGO</p>			<p>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p> <p>CAMPO 2: FISIOLÓGICO COMPLEJO</p> <p>CLASE: L CONTROL DE LA PIEL / HERIDAS</p>				

.-Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.

.-Limitar el número de visitas, si procede.

.-Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

.-Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.

.-Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.

.-Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.

.-Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.

.-Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.

.-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.

.-Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico.

.-Reforzar el apósito, si es necesario.

.-Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.

.-Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

.-Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

.-Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.

.-Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):				
<p align="center">NANDA</p> <p>DOMINIO 2. NUTRICIONAL METABOLICO</p> <p>CLASE 4: METABOLISMO</p> <p>ETIQUETA: RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE</p> <p align="center">DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable F/R. Estado de salud física,</p>			RESULTADO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
			<p>DOMINIO II: SALUD FISIOLÓGICA</p> <p>CLASE K: DIGESTIÓON Y NUTRICIÓN</p> <p>RESULTADO: 2300 NIVEL DE GLUCEMIA</p>	<p>230001.- Concentración sanguínea de glucosa</p>	<p>3.- Desviación moderada del rango normal</p>	<p>Mantener a 4</p>	<p>Aumentar a 5</p>
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC):							
<p>ACTIVIDADES INDEPENDIENTES 1100 Manejo de la nutrición</p> <p>CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p>CLASE D: APOYO NUTRICIONAL</p>			<p>ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN 7690 Interpretación de datos de laboratorio</p> <p>CAMPO 6: SISTEMAS SANITARIOS</p> <p>CLASE Y: MEDIACION DEL SISTEMA SANITARIO</p>				

<ul style="list-style-type: none">.-Realizar una selección de comidas..-Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico..-Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas..-Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida..-Proporcionar un sustituto del azúcar,.-Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados,	<p>Utilizar los márgenes de referencia del laboratorio que esté realizando los análisis.</p> <p>Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores de laboratorio, incluyendo género, edad, embarazo, dieta (especialmente la hidratación), hora del día, nivel de actividad y estrés.</p> <p>Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio, incluyendo medicamentos prescritos así como los medicamentos de venta libre.</p> <p>Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y cambios bruscos.</p> <p>Consultar con las referencias/textos para determinar si hay implicaciones clínicas de análisis que no sean familiares.</p>
--	---

VIII.- PLAN DE ALTA

- Permanecer en reposo domiciliario los 3 primeros días después de la intervención, y evitará hacer esfuerzos físicos como levantar pesos.
- No puede conducir ninguna clase de vehículos ni utilizar maquinaria peligrosa hasta pasadas 72 horas de la intervención.
- No puede ingerir bebidas alcohólicas hasta pasados los 3 primeros días. La dieta será blanda y en cantidad moderada las primeras 24 horas rica en lácteos.
- Puede tener cierta molestia o dolor ligero que cederá con los calmantes indicados.
- Acudirá a urgencias en caso de calambres musculares, dificultad respiratoria, inflamación importante o sangrado de la herida, así como dolor intenso que no cede con los analgésicos o fiebre superior a 38°.

IX. CONCLUSIONES

Como resultado en este trabajo presentado es posible concluir que se ha aprendido el manejo inmediato de los diagnósticos de enfermería propios de la nanda, implementando el pae que es un método para dar cuidados de manera integral, y cabe mencionar que es individual ya que cada persona es diferente aunque padezca una patología similar es por eso que los objetivos deben de estar planteados de acuerdo a las necesidades alteradas de cada persona , analizando los objetivos, las intervenciones , actividades e indicadores.

Siendo de gran utilidad para brindar una óptima calidad de cuidados al paciente y así poder reestablecer o mantener las funciones y actividades según las necesidades del ser humano.

Fomentando así el autocuidado al paciente postquirúrgico de tiroidectomía parcial por hipertiroidismo ya que es importante que conozcan tanto el paciente como los familiares sobre su enfermedad y así poder llevar a cabo una estabilidad mental, social y emocional.

Y por último es de igual importancia para obtener una estadística de índice de morbilidad bajo y poder reducir el riesgo de mortalidad en la persona, familia o comunidad.

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zapata Ledesma, L. A., & Villacís Vásquez, J. G. (2012). *Proceso de atención de enfermería y su aplicación en pacientes con diabetes asilados en el hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo durante el primer trimestre del 2012* (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB, 2012).
2. Bernabé Caamaño, D. E. (2014). *Candidiasis vaginal en mujeres de 20 a 35 años en el Barrio Brisas del mar durante el primer semestre del año 2013* (Bachelor's thesis, Machala: Universidad Técnica de Machala).
3. GÓMEZ, TSU Oriana. Rehabilitacion de un adulto mayor con ACV hemorragico.
4. Fernanda, M., & Liliana, L. (2010). *Estrés de las internas rotativas de enfermería de la universidad nacional de Chimborazo y su influencia en el desarrollo de las prácticas hospitalarias durante el periodo enero a junio 2010* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2010.).
5. Salas Perea, R. S., & Salas Mainegra, A. (2014). La educación en el trabajo y el individuo como principal recurso para el aprendizaje. *Edumecentro*, 6(1), 6-24.
6. COLELLA, G. Cátedra de Taller de Trabajo Final.
7. Zamora Izquierdo, L. S., & Santos Zurita, L. E. (2012). *Prácticas de enfermería y su influencia en la diabetes en adultos mayores que asisten al hospital Jaime Roldos aguilera del cantón ventanas durante el primer semestre del año 2012* (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB, 2012).
8. Hernández, M. P. (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Rev Mex Enf Cardiol*, 10, 62-citation_lastpage.
9. Caro, S. E., & Guerra, C. E. (2011). *El proceso de atención a enfermería. Notas de clase*. Universidad del Norte.

10. Guaygua López, S. C. (2012). *Pensamiento crítico de las enfermeras en relación a la toma de decisiones para el manejo de los pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del hospital provincial docente ambato. febrero-abril 2009*(Bachelor's thesis).
11. Lopez, M. V. Educacion Sanitaria para prevencion y control de obesidad en sometidos a cirugia coronaria.
12. Lopez, M. V. Educacion Sanitaria para prevencion y control de obesidad en sometidos a cirugia coronaria.
13. Maldonado Gutiérrez, Z. A., Galabay, N., Ludizaca, S., & Mariela, B. (2010). *Aplicación del proceso de enfermería en la atención de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2009* (Bachelor's thesis).
14. Ortiz, S. E. T. (2012). Método de enfermería: herramienta importante para la aplicación de teorías de enfermería. *Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC*, 29.
15. Pineda Orellana, A. J. (2015). *Calidad de atención de enfermería que reciben los usuarios ingresados en el hospital provincial general Julius Doepfner de Zamora. Año 2015*(Bachelor's thesis, Zamora).
15. Blanco, R., & Mompert, M. (2003). Administración de servicios de enfermería. *Barcelona: Editorial Masson*, 20-35.
16. Valls, A. T. (2002). El análisis de la conversación: entre la estructura y el sentido. *Sociolinguistic Studies*, 3(1), 133-153.
17. Carlosama, C., & Viviana, K. (2016). *Calidad de atención del personal de enfermería en el área de consulta externa del centro de salud Anidado Zamora. año 2015* (Bachelor's thesis).
18. Pacci, H., Jozami, Y., & Viña, L. (2003). Investigación acerca de los Diagnósticos de Enfermería empleados en la atención de los usuarios quirúrgicos del Hospital de Clínicas" Dr. Manuel Quintela".
19. Ortiz, S. E. T. (2012). Método de enfermería: herramienta importante para la aplicación de teorías de enfermería. *Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC*, 29.

20. Torres Esperón, J. M., & Pérez Sánchez, A. (2002). Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(3), 0-0.
21. Díaz Batanero, C. (2007). Viabilidad de la enseñanza de la inferencia bayesiana en el análisis de datos en psicología.
22. Guaygua López, S. C. (2012). *Pensamiento crítico de las enfermeras en relación a la toma de decisiones para el manejo de los pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del hospital provincial docente ambato. febrero-abril 2009*(Bachelor's thesis)
23. González, A. E., & del Valle López, Á. (2008). *El aprendizaje basado en problemas: una propuesta metodológica en educación superior* (Vol. 18). Narcea Ediciones.
24. Torres Esperón, J. M., & Pérez Sánchez, A. (2002). Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(3), 0-0.
25. García, M. J. T. (2007). *Guía práctica de informes de enfermería en salud mental*. Editorial Glosa, SL.
26. Bahn, R. S., Burch, H. B., & Cooper, D. S. 1. Hipertiroidismo
27. García de Francisco, S., Taboada Taboada, M., & Álvarez Vega, P. (2001). Disfunción tiroidea subclínica. *Medifam*, 11(5), 21-38.
28. Rivera, A., Ríos, R. M. S., Rojas, R., & Sánchez, B. H. E. (2005). Módulo Instruccional. *Análisis literario del cuento: el narrador. Departamento de Español. Centro de Competencias de la Comunicación. UPR-Humacao.*
29. BAHN, R. S., et al. 1. Hipertiroidismo.
30. Bahn, R. S., H. B. Burch, and D. S. Cooper. "1. Hipertiroidismo."
31. Pardal Refoyo, J. L. (2010). Complicaciones de la cirugía tiroidea.