



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN
UNA MUJER ADULTA CON ANSIEDAD RELACIONADA CON
TRATAMIENTO PROLONGADO POR HIPOTIROIDISMO, BASADO
EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

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

PRESENTA:

MARICELA MUÑOZ ALPIZAR

NO. DE CUENTA 404118299

DIRECTORA ACADÉMICA:

MTRA. MARGARITA GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MÉXICO 2016

CIUDAD DE MÉXICO



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.

A Dios:

El ser supremo y creador
nuestro y de todo lo que nos rodea, por darme
sus bendiciones sobre mí y llenarme de su fuerza
para vencer todos los obstáculos desde el
principio de mi vida.

A mi madre:

A ti Luigi por darme la vida y siempre estar a mi
lado por creer siempre en mí y ser mi guía como
el gran ser humano que eres, como la gran mujer
que me enseñó a siempre luchar y sobre todo por
ser mi gran amiga, gracias mama por ser mi gran
tesoro.

A mi asesora:

A mi maestra Margarita Gonzáles Vázquez, quien
siempre fue y será mi gran inspiración para con
mi profesión, siendo el soporte ante las
adversidades y que me enseñó ser día a día un
mejor ser humano y una gran profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN 5

JUSTIFICACIÓN 7

OBJETIVOS 8

General

Específicos

CAPITULO I 9

METODOLOGÍA

CAPITULO II 12

MARCO TEÓRICO.

2.1 Definición de enfermería

2.2 Proceso atención enfermería

2.2.1 Antecedentes del Proceso Atención de
Enfermería

2.2.2 Etapas del proceso atención de Enfermería

Etapa de Valoración

Etapa de Diagnósticos de enfermería

Etapa de Planeación

Etapa de Ejecución

Etapa de Evaluación

2.3 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson

2.3.1 Antecedentes

2.3.2 Necesidades Básicas

CAPÍTULO III

49

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

3.1. Presentación del Caso

3.2. Valoración con el Modelo de Virginia Henderson

3.3. Diagnóstico de Enfermería, Planeación,
Ejecución y Evaluación

3.4. Análisis del Modelo de Virginia Henderson.

3.5 Plan de alta

CONCLUSIONES 93

BIBLIOGRAFÍA 95

ANEXOS

Anexo I Patología: El hipotiroidismo 100

INTRODUCCION.

El proceso de enfermería es un instrumento metodológico para sistematizar la prestación de cuidados centrada en cada individuo, familia o comunidad que asegure la calidad y proporciona la base para la práctica profesional de enfermería y el medio para hacer investigación en enfermería. Este método ofrece ventajas para el profesional que otorga la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería

En la aplicación de este Proceso Atención de Enfermería se aplicó la Teoría de Virginia Henderson, valorando las 14 necesidades básicas de la persona que fue atendida en el Hospital Regional del ISSSTE “Centenario de la Revolución Mexicana” ubicado en el Municipio de Emiliano Zapata, Morelos.

El trabajo está conformado por tres capítulos:

En el primer capítulo se aborda la Metodología que explica cada una de las etapas que se siguieron para llevarlo a cabo.

En el segundo capítulo se hace referencia de marco teórico se abordan las etapas que conforman el Proceso Atención de Enfermería y los conceptos básicos del Modelo Teórico de Virginia Henderson.

En el siguiente capítulo se llevó a cabo la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una mujer adulta con ansiedad relacionada con el tratamiento prolongado por hipotiroidismo. Por lo tanto la valoración de Enfermería, se presenta con base en un instrumento guía de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson.

Después se mencionan las conclusiones, las sugerencias en el Plan de alta para esta paciente, el glosario, la bibliografía consultada se incluye en apartados anexos.

JUSTIFICACIÓN.

Este proceso pretende llegar a la atención y diagnóstico de enfermería desde las actividades registradas utilizando para ello el lenguaje propio de las enfermeras.

La aplicación de Proceso de atención Enfermería (P.A.E.) es de vital importancia para mantener la estabilidad de salud en las personas, familias y/o comunidades ya que este sistema metodológico de atención y asistencia enfermero permite identificar y tratar de forma integral las necesidades de una persona, familia y/o comunidad, esto con el fin de mantener un óptimo estado de salud y así mismo una cultura de autocuidado.

Se pueden identificar no solo las necesidades de carácter objetivo sino también las subjetivas ya que el PAE abarca todas las esferas de la vida de una persona, familia y/o comunidad y con esto, la corrección y tratamiento de conductas o necesidades que alteran su salud.

Este proceso está encaminado a cubrir las necesidades básicas de una mujer adulta con ansiedad relacionada con tratamiento prolongado por hipotiroidismo, implementando

intervenciones que permitan una mejor calidad en las diversas áreas de su vida, como son la social, la física y la emocional.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

Aplicar el proceso de atención de enfermería a una mujer con ansiedad relacionada con tratamiento prolongado por hipotiroidismo, de acuerdo con las necesidades de atención detectadas, los factores de riesgo y la prevención de complicaciones, en el servicio de consulta externa en la especialidad de endocrinología del Hospital Centenario de la Revolución Mexicana del municipio de Emiliano Zapata, Morelos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Detectar factores de riesgo y alteraciones en el paciente a través de la valoración de las necesidades.

- Aplicar plan de cuidados de enfermería con base en los diagnósticos enfermeros de la paciente.
- Evaluar los cuidados de la paciente y proporcionar plan de alta para seguimiento del tratamiento con la finalidad de lograr un buen resultado.

CAPITULO I

METODOLOGÍA.

Este proceso de Atención de Enfermería (PAE) se llevó a cabo en el Hospital Centenario de la Revolución Mexicana que se encuentra ubicado en el municipio de Emiliano Zapata, Morelos.

Durante el periodo de prácticas de Obstetricia II que abarco de enero a marzo del 2010.

Me intereso el caso de la paciente L.J. Ma. Teresa, que acudió al servicio de consulta externa, Posteriormente se entrevistó a la paciente y se le pidió su consentimiento para realizar el Proceso de Enfermería, se le dio seguimiento en el servicio y posteriormente se programaron visitas

domiciliarias, para orientarla y ayudarla a resolver las dudas que pudiera tener con respecto a su enfermedad y así ella pueda tener un mejor control del padecimiento sin complicación.

Valoración:

En esta etapa se llevaron a cabo varias actividades:

La valoración inicial se llevó a cabo en consulta externa en la especialidad de Endocrinología del Hospital Centenario de la Revolución Mexicana en el municipio de Emiliano Zapata Morelos, se utilizó un instrumento basado en el Modelo de Virginia Henderson con las catorce necesidades para el interrogatorio de la paciente y la revisión de expediente clínico, exámenes de laboratorio y gabinete. Se realizó una minuciosa observación e inspección de la paciente, así como el seguimiento periódico a través de cuatro entrevistas domiciliarias programadas. Los resultados de la valoración fueron analizados, registrados y organizados para establecer los diagnósticos de enfermería.

Diagnóstico:

Los diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar de enfermería se desarrollaron utilizando como recurso bibliográfico. La North American Nursing Diagnoses Asociación taxonomía (NANDA).

Planeación:

En la tercera etapa se desarrolló el plan de cuidados o tratamiento enfermero conjuntamente con la paciente y su familia para la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas sociales y espirituales, por medio de la taxonomía de la clasificación de resultados (NOC).

Ejecución:

En la aplicación del plan de cuidados de enfermería para obtener resultados concretos con la colaboración de la paciente, se enfocó en la ejecución de intervenciones de enfermería así como las actividades de la taxonomía de la Clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC) para la solución de problemas de la persona y se registran en formatos correspondientes del expediente clínico.

Evaluación y/o resultados:

En la etapa de evaluación se verificaron y midieron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa, se corroboraron los beneficios de la paciente y su familia.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

2.1 Definición de enfermería.

Enfermería tiene como única función ayudar al individuo, sano o enfermo a realizar las actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila.

Actividades hasta que la paciente realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, para realizarlas con el objeto de conseguir su independencia lo más rápido posible.

2.2 Proceso Atención Enfermería.

El proceso Atención Enfermería es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de

objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistemática porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) durante los cuales el profesional lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea de que mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses, ideales y deseos íntimos del usuario de los cuidados de salud (la persona, la familia o la comunidad).

El proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana, es decir, como responde la persona a los problemas de salud, los tratamientos y los cambios en las actividades de la vida diaria.

Objetivos:

- Construir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, familia y comunidad.
- Favorecer una interacción entre el paciente y la enfermera.

- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos necesidades del individuo favoreciendo la satisfacción del cliente (Alfaro 2003).

2.2.1 Antecedentes del Proceso Atención Enfermería.

El ejercicio profesional de enfermería está sustentado en la metodología del proceso enfermero, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 lo declara como un “Sistema de intervenciones propias de la enfermería sobre la salud basado en el método científico para la identificación de las necesidades, definiré objetivos, fijar prioridades e identificar los cuidados que se deben proporcionar. Estas acciones implican un proceso intelectual, mediante el cual se razone y se tomen decisiones para dar cuidados oportunos, con calidad y calidez al usuario”.¹

Para Alfaro el Proceso Enfermero (PE) es: “Una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, eje de todos los abordajes enfermeros el proceso promueve

¹ NANDA (2009---2011). Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación. 2ª Ed. Elsevier Barcelona España. Revisión Carmen Espinosa, profesora asociada de la escuela Universitaria de enfermería en la universidad de Andorra. P.3

cuidados humanísticos, centrados en objetivos y resultados eficaces”.

Impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.²

El PE está estructurado por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. La etapa diagnóstica incorpora al diagnóstico enfermero definido como un juicio o conclusión que se produce como resultado de la evaluación de enfermería.

Carpenito en 1987 describe la respuesta humana como el estado de salud o patrón de interacción real/potencial alterado de un individuo o grupo, la cual legalmente puede identificar una enfermera y ordenar las intervenciones con el fin de mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.³

En marzo de 1990, en la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la

² Alfaro LeFevre Rosalinda, Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 4ª ed. Springer-Verlag Ibérica; España 1988 p.23

³ Carpenito Linda Juall. Diagnóstico de enfermería aplicación a la práctica, 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1987 p.25

asamblea general aprobó la definición oficial del diagnóstico de enfermería con un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. La NANDA ha identificado tres tipos diagnósticos de enfermería:

1. El diagnóstico real que describe respuestas humanas a procesos vitales/estado de salud que existen en un individuo, familia o comunidad, apoyado por características definitorias:

Manifestaciones, signos y síntomas las cuales se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

2. El diagnóstico de riesgo, describe respuestas humanas a procesos vitales/estado de salud que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables, apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

3. El de salud describe respuestas humanas a procesos vitales/estado de salud que están en disposición de mejorar.⁴

⁴ NANDA (2009-2011) Op. Cit. p.48

El desempeño enfermero se ha centrado no deliberadamente en el problema interdependiente considerado como complicaciones fisiológicas que están relacionadas con una enfermedad, traumatismo, tratamiento, medicación o las pruebas diagnósticas, que pueden prevenirse, resolver o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración de enfermería.

El problema interdependiente –complicación potencial- emplea la terminología médica para un problema real; inicia con la denominación “PI”, seguido del problema, etiología con el conector “secundario a” y signos y síntomas “manifestado por”, en caso de un problema de riesgo solo se enuncia el problema y la etiología, no existe un listado oficial de los problemas interdependientes, como si lo hay de los diagnósticos enfermeros esto debido a que las bases científicas están dadas en la fisiopatología, y se reconocen con mayor facilidad las complicaciones derivadas de las patologías, con dificultades en la diferenciación con los diagnósticos enfermeros que surgen de respuestas humanas y las directrices para definir las intervenciones independientes de la enfermería.

Considerando este suceso en 1983, Carpenito introdujo un modelo de práctica clínica bifocal que describe los objetivos fundamentales de la enfermería clínica: los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes: interdisciplinarios, colaboración, complicación; definido como juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su diagnóstico, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo multidisciplinario.³ Para elaborar los diagnósticos enfermeros primero se identifica la respuesta humana que presenta la persona, retomando los componentes de la metodología de la NANDA que incluyen:

a) Etiqueta que da el nombre al diagnóstico en una frase breve, a través del cual se establecen los resultados esperados, la definición proporciona una descripción del significado de la etiqueta permitiendo diferenciación de diagnósticos similares.

b) Factores relacionados o de riesgo determinados como causas o etiología del problema de tipo fisiológico, psicológico, ambiental, químico o genético que aumentan la vulnerabilidad del individuo, familia o comunidad, estas

causas determinan el tipo de intervención del profesional de enfermería, en forma independiente o interdependiente con el equipo multidisciplinario.

c) Las manifestaciones clínicas, signos y síntomas que han evolucionado a datos objetivos, datos subjetivos o indicios establecidos en la actualidad como características definitorias que permiten validar el diagnóstico enfermero.

El proceso Atención Enfermería ha sido legitimado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA lo utilizo como directriz para el desarrollo de la práctica de enfermería.

El PAE se ha incorporado en el marco conceptual de los planes de estudio de enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las leyes de la práctica de enfermería: Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar las capacidades de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del proceso de enfermera.

Existen en la actualidad diferentes definiciones del proceso de atención de enfermería Alfaro lo define como un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados ya que cada persona responde

de forma distinta ante una alteración real o potencial. Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la enfermera en un orden específico con el fin de que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

El pensar como enfermera es importante conocer los fines del proceso de enfermería para entender que este es una metodología que permite aplicar los conocimientos teóricos adquiridos teniendo en cuenta las capacidades propias de cada individuo entre las cuales están el manejo de las relaciones interpersonales y la capacidad de análisis entre otros, con el fin de orientarlos hacia actividades que satisfagan las necesidades del usuario y su familia.

El proceso Atención Enfermería es el conjunto de una serie de pasos que intenta lograr un resultado en particular con base en la planeación y ejecución sistemática de los cuidados de enfermería, el proceso de enfermera constituye una serie de acciones que pretende conservar el estado óptimo de salud del paciente y en caso de cambiar este

estado proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que su estado requiera para recuperar su salud⁵.

Capacidades que se requieren para el desarrollo del PAE.

- Ser flexible y adaptarse a los distintos entornos y circunstancias identificando los nuevos conocimientos, habilidades y perspectivas necesarias para ejercer de forma eficiente.
- Pensar de manera crítica y creativa, respondiendo a la complejidad clínica y resolver problemas.
- Tomar decisiones independientes y compartidas, considerando los costos e implicando al usuario y a su familia.
- Colaborar con otros profesionales, colegas usuarios, familia y otros trabajadores de la salud, cultivando la comunicación interpersonal y las habilidades de reflexión grupal.
- Pensar holísticamente, contemplando a la persona como un todo, considerando tanto el proceso de la enfermedad como el impacto de esta y de los

⁵ Ibídem p.11

problemas asociados a ella en el estilo de vida individual.

- Promover el bienestar mediante la educación, la reducción de los factores de riesgo y el control de los síntomas y de los factores causales.
- Valorar y dar respuesta a las distintas necesidades y valores en los diversos grupos étnicos y culturales.

Liderar, supervisar, escuchar y comprender las necesidades de los seguidores.⁶

Ventajas:

El proceso enfermero define el cambio del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad. El cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería

Para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción así como de la profesionalidad.

⁶ Proceso de enfermería(consultado el día 20 de febrero del 2011)www.enfermeria.fundamental

Otras ventajas del proceso enfermero son:

- Agilizar el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios.
- Desarrollar un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimientos humanos como el gasto económico.
- Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para :

Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones.

Dejar un rastro de papel que pueda seguirse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería mejorando la eficacia y eficiencia de los cuidados de salud.

- Evitar que se pierda de vista el factor humano.

- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- Ayuda a que los usuarios se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos son recursos.
- Que la enfermera tenga la satisfacción de obtener resultados.

Características:

Tiene una finalidad se dirige a un objetivo

Sistemático: Parte de un planteamiento organizado para alcanzar los objetivos.

Dinámico: responde a un cambio continuo.

Interactivo: Basado en las relaciones reciprocas que establecen entre la enfermera en cualquier lugar o área

especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencia y humanidad.

2.2.2 Etapas del Proceso Atención Enfermería

Etapa de Valoración

Proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diferentes fuentes , está incluido al paciente como fuente primaria ,expediente clínico , la familia o cualquier otra persona quede atención al paciente (lo que es necesario para realizar el diagnostico de enfermería).⁷

Existen dos formas de obtener información en enfermería

son:

Valoración de datos fundamentales: Recolección de datos de las personas y sus procesos vitales, psicológicos,

⁷ Alfaro LeFevre Rosalinda, 1988 Op. Cit p 7

fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como los patrones de interacción con el medio.

Valoración de datos específicos (Aspinal MJ y Tanner C 1985): se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto ya identificado.⁸

Métodos para obtener datos:

Los métodos de recolección de información suponen, en enfermería una forma sistemática y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son:

- La entrevista.
- La observación.
- Examen físico.

⁸ Carpenito Linda Juall. Op cit. p. 12

La entrevista tiene cuatro finalidades que son:

- 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 en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieran un análisis específico a lo largo de la valoración.

Etapas de Diagnóstico de Enfermería.

Diagnóstico de Enfermería.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería en esta etapa se analizan los datos e identifican problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados.

Tipos de diagnóstico:

Real: Estado del paciente que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Este consta de 3 partes formato PES: Problema (P) más etiología, factores causales o contribuyentes (E) más signos y síntomas (S) estos últimos son los que validan el diagnóstico.

De riesgo: Es un juicio clínico que no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que se presente un problema en el individuo, familia y comunidad. Este consta de dos componentes (E).

Posible: Es un juicio clínico en el cual las pruebas de que existe un problema de salud no son claras o son insuficientes. Consta de dos componentes formato (PE) Problema (P) más etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

De síndrome: Comprende un grupo de diagnóstico de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.⁹

Componentes del diagnóstico.

Etiqueta: Proporciona un nombre al diagnóstico, es un término o frase concisa que representa un patrón de necesidades relacionadas. Puede incluir modificadores.

Definición: Proporciona una descripción clara precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

⁹ García Gonzales María de Jesús. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. 2ª ed. México ed. Progreso 2004. P. 76

Características definitorias: Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Puede describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico.¹⁰

Etapa de Planeacion.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, esta consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma”.

10 NANDA (2009---2011). Diagnósticos enfermeros Op. Cit p. 48

Los pasos de la planeación son:

1.- Establecer prioridades con el empleo del pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo con la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si la persona se encuentra hospitalizada y grave, sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

2.- Elaborar los resultados esperados. Son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado” al evaluar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados.

3.- Intervenciones de enfermería. Son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona a conseguir los

objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente, en la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección acciones de enfermería específica.

4.- Documentar el plan de cuidados. Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes. Para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente) y que las funciones de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

La clasificación de los resultados de enfermería (NOC) presenta terminología, indicadores y las medidas

estandarizadas para los resultados obtenidos de los pacientes que resultan de las intervenciones que se han aplicado. La NOC es una sigla definida como "estado del paciente después de una intervención de enfermería." La traducción de la sigla es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos, por lo que pueden medir estado del paciente con varios acontecimientos de la salud.

La estructura taxonómica CRE permite identificar con más facilidad los resultados en la primera clase, se agruparon 175 resultados de esta forma se aplicó el análisis de agrupamiento jerárquico para combinar los resultados de la clasificación. Este proceso CRE, establece 24 clases. Las clases creadas mediante este proceso son: Mantenimiento de la Energía, Crecimiento y Desarrollo, Movilidad, Auto cuidado, Cardiopulmonar, Eliminación, Líquidos y Electrolitos, Respuesta Inmune, Regulación Metabólica, Neuro cognitiva, Nutrición, Integridad Tisular, Bienestar Psicológico, Adaptación Psicológica, Autocontrol, Interacción Social, Conducta de Salud, Creencias sobre la Salud, Conocimientos sobre Salud, Control del Riesgo y Seguridad, Salud y Calidad de Vida, Sintomatología, Estado del

Cuidador Familiar y Resolución del Maltrato. En la segunda fase, estas clases se clasificaron para crear el nivel superior de la taxonomía. Los resultados de este proceso identificaron 6 dominios: Salud Funcional, Salud Psicológica, Salud Fisiológica, Conocimiento y Conducta en Salud, Salud Percibida y Salud Familiar.¹¹

Taxonomía NOC resultados esperados.

- Son los instrumentos de medición del plan de cuidado. El éxito del plan de cuidados depende si se alcanzaron los resultados esperados.
- Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados esperados y luego como se consiguen.
- Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos hacia ello.

La clasificación de los resultados del NOC es una agrupación estandarizada de resultados en las personas

¹¹ Moorhead Sue, Johnson Marion, Mas. M.L. & Swanson. E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería, NOC España: Elsevier España. P. 133

desarrollada para evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería.

La clasificación de resultados contienen 385 resultados cada uno de ellos incluye un nombre de identificación (etiqueta). Una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico de la persona, cuidador familiar o sociedad en relación del resultado, una escala de medida de tipo Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas, utilizadas en la descripción del resultado.

Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición, cada resultado tiene un código único 4 dígitos los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más el código de su respectivo resultado y las escalas van codificadas con letra¹².

Etapas de Ejecución.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero, comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería

¹²Ibidem. P. 145

que ayudan a la persona a conseguir los resultados esperados.

Pasos para la ejecución son:

Preparación.

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características de la persona y que sean compatibles con las de otros profesionales, haciéndose necesaria la revaloración.
- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- Tener en mente las complicaciones que se puedan presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- Reunir el material y equipo para llevar a cabo cada intervención.
- Crear un ambiente confortable y seguro para la persona durante la realización de cada actividad.
- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación, (tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta).

Intervención.

Las intervenciones de enfermería pueden llevarse a cabo de forma independiente o interdependiente que incluyen, la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación de la persona, familia y comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es importante considerar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de la persona durante la ejecución de las acciones de enfermería para lograr su participación e independencia.

Documentación.

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente de la persona y como registro indispensable en todas las instituciones de salud. Existen gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a registros particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud, sin embargo estos deben de reunir ciertas características como son: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados

obtenidos, nombre y firma de la enfermera. Así mismo las notas deben ser claras, concisas, completas, legibles, relevantes y oportunas. (IYER, PW)

Taxonomía NIC. Intervenciones de enfermería.

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey (actualmente Joanne Docheterman) y Gloria Bulechek en la University of Iowa. El equipo desarrolló la clasificación de intervenciones que realizan las enfermeras (NIC) una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras (os), publicada por primera vez el año 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como << cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un

profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras tanto los cuidados indirectos dirigidas a las personas, las familias o la comunidad ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras por los médicos o por otros profesionales >>¹³. Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que lleva a la intervención y una breve lista de referencias.

La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que está estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados. Sin embargo estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de enfermería elige las más adecuadas para una persona o familia. (Bulechek 2009)

¹³ Docheterman J. McCloskey, G.M. Bulechek. Clasificación de intervención de enfermería (NIC) 4ª ed. Elsevier, España, 2004. P. 3

Etapa de Evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez Etapa de Evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda la práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución. La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

La evaluación consta de dos partes:

Recolección 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 compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continúa, ya que se brinda una base

cognoscitiva para la práctica autónoma de enfermería y requiere de la interrelación con la persona y su familia.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para alcanzar los resultados esperados. Identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado por lo tanto, es necesaria la valoración de la persona, familia o comunidad. Para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas, para el desarrollo de esa actividad, la enfermera y la persona deben determinar el progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta, identificando obstáculos y estrategias.(Rodríguez B)

Este proceso de evaluación consta de dos partes:

Recolección 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.¹⁴

2.3 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.

2.3.1 Antecedentes

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente con una gran trayectoria profesional como autora e investigadora a lo largo de su carrera declaró que su preocupación por los pacientes era el elemento esencial del servicio de enfermería y planeo cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería repitió las necesidades de evaluar de forma continua las necesidades del paciente , ya que su estado como su objeto final cambian permanentemente .

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera

¹⁴ García Op. Cit p.80-81

es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a su recuperarla.

Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas. El cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidados.

2.3.2 Necesidades Básicas:

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1° Respiración con normalidad.
- 2° Comer y beber adecuadamente.
- 3° Eliminar los desechos del organismo.
- 4° Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- 5° Descansar y dormir.
- 6° Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7° Mantener la temperatura corporal

8° Mantener la higiene corporal.

9° Evitar los peligros del entorno.

10° Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades miedos u opiniones.

11° Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12° Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13° Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14° Estudiar descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que componen todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas pero cuando algo de esto falta o falla en la persona una o más necesidades no se satisfacen, por

lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos o relacionados a una falta de conocimiento.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer o dichas necesidades son normalmente por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentra cada individuo, sin embargo dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanente: Edad nivel de inteligencia, medio social y cultural capacidad física.

Variables: Estados patológicos.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados básicos de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera paciente, destacando tres niveles de intervención:

Como sustituta, como ayuda o como compañera. Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson y los conceptos Básicos de enfermería.

El paradigma de enfermería es el primer nivel de especialidad y perspectiva de los cuidados de enfermería.

Nombra persona, entorno, cuidados de enfermería y salud de una manera general.

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal / física y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así como incluye más responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud:

La calidad de salud, más que la vida misma, es en ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una

persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considerando la salud en términos de habilidades del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería.

2.3.4 Afirmaciones teóricas:

Relación Enfermera - Paciente.

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- **La enfermera como sustituta del paciente :**
Esta se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave , aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física , voluntad o conocimiento
- **La enfermera como auxiliar del paciente:**
Durante los periodos de convalecencia La enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

- **La enfermera como compañera del paciente:** La enfermera supervisa y educa al paciente pero es el quien realiza su propio cuidado.
- **Relación Enfermera- Medico:** La enfermera tiene una función especial diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo , hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen
- **Relación Enfermera Equipo de salud:** La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.¹⁵

¹⁵ Henderson, V.A., (1978) The Concepts of Nursing journal of advance Marzo P. 25-30

CAPITULO III.

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA CON EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

3.1. Presentación del Caso

Mujer con enfermedad de graves, que fue captada en el hospital centenario de la Revolución Mexicana Cuernavaca Morelos, en el mes de noviembre del 2011.

Es originaria de Cuernavaca Morelos tiene un nivel de educación profesional, es soltera trabaja y vive con sus padres y hermanos trabaja cuando su salud lo permite y obtiene ingresos limitados.

Es la hija más pequeña de 9 hermanos, su padre finado por problemas de diabetes mellitus y por alcoholismo.

Es originaria de Cuernavaca Morelos, la casa donde habita es propia.

Las características de la casa son:

2 recamaras, sala, comedor, cocina, baño, y un patio, construida con tabique techo de loza, tiene buena ventilación e iluminación, cuenta con buenos servicios domiciliarios de agua potable, luz y drenaje y extra domiciliarios de pavimentación, transporte y teléfono público. En su domicilio

viven su mamá 2 hermanas y un sobrino lleva una buena relación con su madre y sus hermanos y sobrino.

Profesa la religión católica la cual no interfiere para la toma de sus decisiones.

Las condiciones de higiene que se observan son buenas.

En su domicilio colocan la basura en un bote y la tiran cada tercer día. No convive con animales domésticos.

Al momento del interrogatorio refirió nerviosismo , taquicardias, temblor , piel reseca, dolor en los globos oculares, ansiedad, estreñimiento, diarrea, bajar de peso y subir de peso, depresiones, angustias, temor, miedo, calambres, sudoración excesiva, aumento de calor, escalofríos.

Preocupada por su estado de salud, porque no había sido diagnosticada con el problema si no hasta ahora que está recibiendo un mejor tratamiento y actualmente ya se encuentra mucho mejor del padecimiento y motivada a seguir adelante aunque sabe que va a necesitar mucho tiempo para tener este control y seguimiento con buena actitud y motivada para mejorar su salud.

Al realizar la exploración física se encontró con un peso de 76 kg y una talla de 1.60cm, con una ligera palidez de tegumentos, con una ligera ansiedad , resequedad ocular, y de piel, taquicardia, temblor de manos, ligeros exoftalmos. Con una presión arterial de 110/70 y en ocasiones con

tendencias a la hipotensión, su aspecto es inquietud, y distraída en ocasiones, notándose un bocio leve.

Se le informo sobre la importancia del tratamiento y estudios de laboratorio, y sobre los beneficios que va ha obtener si lo lleva bien se logra un buen resultado y la paciente lleva un mejor nivel de salud

Al preguntarle sobre la metodología del tratamiento refiere el perfil tiroideo con el anticuerpo Antiperoxidasa se lo realizan cada 3 meses y 6 meses y le han ido modificando la dosis de los medicamentos como la Levotiroxina que actualmente toma 1.25 mg diarios, Tamazol 2.5 mg, Prednisona 25 mg, cada tercer día y Citalopram 30mg diarios.

Actualmente con el tratamiento que está llevando ha obtenido una gran mejoría y que no le gustaría dejarlo ya que con ello su estado de salud ha mejorado, y que no le gustaría tener una recaída por eso lo trata de llevar al pie ya que con ello ha respondido favorablemente su organismo.

He puesto mucho énfasis en este tema porque me he dado cuenta que no ha sido tan fácil diagnosticar este problema, y que se necesita de muchas pruebas para ello, de aquí la importancia de que las personas que sean detectadas con este problema lleven un buen control y tratamiento para obtener un buen resultado.

3.2 Valoración De Enfermería con el Modelo de Virginia Henderson.

1.- Necesidad de Oxigenación:

Datos Objetivos:

A la exploración se encuentra con los siguientes signos vitales.

Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto

Frecuencia cardiaco 80 latidos por minuto

Presión arterial 100/60 mmHg

Datos subjetivos No refiere alteración

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación:

Datos Objetivos:

Su peso antes que fuera diagnosticado de hipotiroidismo era de 58kgs y después aumento a 73kgs Talla de 1.60 cm. Con peso actual de 76.500kgs.

Datos subjetivos:

Refiere ingesta de carne 3 veces a la semana, huevo 3 veces a la semana, leche 2 a 4 días a la semana, vegetales dos veces a la semana, fruta frecuentemente y frijoles,

ingiere en regular cantidad de agua y en ocasiones refresco y jugos.

3.-Necesidad de Eliminación.

Datos objetivos:

En los resultados de laboratorio ego y urocultivo en el ultrasonido se reportan infecciones frecuentes el examen general de orina se observa bacterias +++

Datos subjetivos:

Refiere orina semi concentrada ligeramente turbia con comezón y ardor en área genital evacua una o dos veces al día, estreñimiento y dolor constante por colitis.

4.- Necesidad de Movimiento.

Datos objetivos:

Sin dificultad de movimiento.

Datos subjetivos:

Refiere que realiza sus actividades sin complicaciones.

5.- Necesidad de Descanso y Sueño.

Datos objetivos:

Se observan ojeras y en ocasiones bostezos y presta atención durante la entrevista.

Datos subjetivos.

Refiere que desde el principio de su problema presento insomnio mucho estrés debilidad, agotamiento, irritabilidad, nerviosismo.

6.- Necesidad de Higiene usar Prendas de Vestir Adecuadas.

Datos objetivos: No tiene

Datos subjetivos:

Aspecto limpio y agradable.

7.- Necesidades de Termorregulación.

Datos objetivos:

La paciente presenta Temperatura 36.5°C.

Datos subjetivos:

La paciente presenta bochornos, mucho calor, sudoración excesiva.

8.- Necesidad de Cuidado de La Piel.

Datos objetivos:

Se observan mucosas orales semi hidratadas, piel reseca, uñas cortas y limpias, cabello limpio y peinado, cuidado de pies limpios y uñas cortas.

Datos subjetivos:

Refiere lavarse las manos cada vez que ella considera necesario.

9.- Necesidad de Evitar Riesgos y Peligros.

Datos objetivos:

Refiere anteriormente no haber tenido información suficiente sobre su padecimiento. Y actualmente ya cuenta con ello.

Datos subjetivos:

No refiere

10.- Necesidad de Comunicarse.

Datos objetivos:

Ligeros problemas con la comunicación.

Datos subjetivos:

Ella vive con su mamá dos hermanas y un sobrino quienes colaboran con ella para su pronta recuperación

11.- Necesidad de Actuar de Acuerdo a Sus Creencias y Valores.

Datos objetivos: No tiene

Datos subjetivos:

Es de religión católica creyente.

12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Datos objetivos: no manifiesta

Datos subjetivos:

Refiere que actualmente está estudiando porque se quiere seguir superando quiere terminar una carrera profesional y está muy entusiasmada en ello.

13.- Necesidad de Jugar/ Participar en Actividades Recreativas

Datos objetivos:

No tiene

Datos subjetivos:

Actualmente realiza ejercicio una vez por semana ya que con ello ha mejorado su estado de salud.

14.- Necesidad de Aprendizaje

Datos objetivos: Comprende las acciones de Enfermería

Datos subjetivos:

Muestra interés en aprender contenido de Plan de alta.

3.3 Diagnósticos de enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Necesidad de alimentación

Riesgo de desequilibrio nutricional (00003)

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

Riesgo de desequilibrio nutricional. Ingesta superior a las necesidades relacionado con ansiedad y depresión.

Definición. Riesgo de aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

NOC

Nivel de estrés (1212)

Dominio 2: Salud psicosocial.

Clase 2: Bienestar psicológico

Definición. Gravedad de la atención física o mental, manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

Indicadores:

Trastornos Estomacales puntuación diana 3 aumentar a 5 (ninguno)

Indicador.

Depresión 2 (sustancial) aumentar a leve 4

Indicador Ansiedad. (Sustancial) aumentar a 4.

NIC

Intervenciones de Enfermería (1030)

Actividades.

- Proporcionar apoyo (terapia de relajación , ejercicio de sensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que el paciente incorpora

nuevas conductas de alimentación , cambia su imagen corporal y

- Estilo de vida.
- Animar al paciente que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos.
- Disponer de un programa de ejercicios, supervisado cuando corresponda.
- Ayudar al paciente y seres queridos, si procede a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación.
- Ayudar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.
- Ayudar al paciente a evaluar lo adecuado / consecuencias de las opciones de alimentación y actividad física.

Necesidad de evitar peligros – seguridad

Dominio 9 Afrontamiento – Tolerancia

Clase 2 Respuestas de Afrontamiento.

Ansiedad: (00146) Relacionado con amenaza de cambio en el estado de salud. Manifestado por trastornos del sueño, aumento de la transpiración, diarrea fatiga, sequedad bucal, debilidad, nauseas, frecuencia urinaria, bloqueo del pensamiento, confusión, preocupación, olvidos, deterioro de la atención, dificultad para la concentración.

Definición: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo,) sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

NOC

Ansiedad

- Autocontrol de la ansiedad
- Control de síntomas

Indicadores

- Autocontrol de la ansiedad

Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad 2 (raramente demostrado, aumentar a 4 (frecuentemente demostrado),

NIC:

- Autocontrol de la ansiedad
- Disminución de la ansiedad

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Administrar masajes en la espalda/ cuello, si procede.
- Escuchar con atención.

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos.
- Establecer un programa de tratamiento y un seguimiento de los cuidados y asesoramiento para el manejo en casa.

Necesidad de eliminación.

Dominio. Eliminación e intercambio.

Clase I. Función urinaria.

Etiqueta deterioro de la eliminación urinaria. (00016)
Relacionado con infección del tracto urinario
manifestado por disuria, polaquiuria, urgencia,
retención.

NOC

Resultados

Eliminación urinaria, severidad de la infección.

Indicadores

Patrón de eliminación 2 (sustancialmente
comprometido) aumentar a 5(No comprometido).

Severidad de la infección:

Dominio salud fisiológica.

Clase: Respuesta Inmune.

Indicadores:

Fiebre 3 (Moderado) aumentar a 5 (ninguno).

NIC

Intervenciones.

Riesgo de infección:

-control de Infecciones:

Actividades:

-Enseñar al personal de cuidados, el lavado de manos apropiado.

-Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos.

-Usar guantes según lo exige las normas de precaución universal.

-Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de síntomas de retorno, si procede.

-Ordenar al paciente que tome antibióticos según prescripción.

Necesidad Evitar peligros

Temor: (00148)

Afrontamiento/tolerancia al estrés

Dominio 9

Clase 2 respuesta de afrontamiento

Dx de enfermería, Temor Relacionado con la falta de apoyo familiar y físico manifestado por tristeza, coraje, culpa, intranquilidad, inquietud, pánico sequedad bucal, aumento de la transpiración, palidez y dilatación pupilar.

NIC

Asesoramiento (5240)

Actividades

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer metas
- Proporcionar información objetiva según sea necesario por si procede
- Favorecer la expresión de sentimientos
- Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos

- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseados
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente....
- Facilitar el control familiar de los aspectos médicos de la enfermedad por parte de los miembros de la familia.

Necesidades de comunicación

Deterioro de la interacción Social (00052)

Dominio: 7 Rol/relaciones

Clase 3: Desempeño del Rol

Dx de enfermería: Deterioro de la Interacción Social relacionado con barreras de comunicación, manifestado por Interacción disfuncional con los demás.

NOC Resultados Esperados

Clima Social de la Familia (2601)

Dominio: Salud Familiar

Clase: Bienestar familiar

Indicador: Comparte sentimientos y problema con los miembros de la familia

Puntuación: 2 raramente demostrado, siempre demostrado

NIC Intervenciones de Enfermería

- Fomentar la implicación familiar (código 7110)
- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado
- Identificar los déficit de auto cuidado del paciente
- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente
- Observar la estructura familiar y sus roles

Necesidades de Comunicación

Disposición para mejorar las relaciones. (00207)

Dominio: 7: Rol/Relaciones

Clase 3: Desempeño del Rol

Manifestado por el alcance de los objetivos de desarrollo apropiados para la Etapa del Ciclo Vital de la Familia.

NOC: Resultados Esperados

Apoyo familiar durante el tx (609)

Dominio: salud familiar

Clase: bienestar familiar

Indicador: los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al miembro enfermo

Puntuación: 2 raramente demostrados, 5 siempre demostrado

NIC Intervenciones de Enfermería (7110)

Fomentar la implicación familiar

Actividades:

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.

- Comentar las acciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa.

Necesidades de Comunicación (249)

Aislamiento código (00053)

Dominio 12 confort

Clase 3: confort social

Dx Enfermería: aislamiento, relacionado con alteración del bienestar, manifestado por tristeza, retraimiento, preocupación por los propios pensamientos, acciones repetitivas.

Resultado Esperado NOC

Dominio: Salud Psicosocial

Clase: bienestar psicológico

Indicador Muestra Interés por lo que lo que le rodea

Puntuación: 2 raramente demostrado, Aumentar a 5,5 siempre demostrado

Intervenciones de Enfermería NIC 5270

Apoyo Emocional

Actividades:

- Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Proporcionar apoyo en la toma de decisiones
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad

Evaluación

La paciente mostro interés por su tratamiento y por todo lo que sucede en su entorno para beneficio de su salud.

Necesidad de aprender

Deterioro de la memoria. Código (00131)

Dominio: 5 Percepción/cognición

Clase: 4 cognición

Dx de enfermería: Deterioro de la memoria, relacionado con trastornos neurológicos, manifestado con de olvidos, olvidar realizar una conducta en el momento programado para ello. Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida.

Resultado Esperado NOC

Concentración (0905)

Dominio: Salud Fisiológica

Clase: Neuro cognitiva

Indicador: Se mantiene centrado sin distraerse

Puntuación: 2 sustancialmente comprometido

Aumentar a 5 no comprometido

Intervenciones de Enfermería

Entrenamiento de la Memoria (código 4760)

Actividades:

- Recordar Experiencias pasadas con el paciente si procede

- Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje o recuperación de la información verbal o gráfica presentada, si procede.
- Guiar el nuevo aprendizaje, como localizar accidentes geográficos en un mapa
- Estructurar los métodos de enseñanza de acuerdo con la organización de la información por parte del paciente.
- Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.

Evaluación: logramos la concentración y un grado óptimo de memoria.

Necesidad de Aprendizaje

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.

Dominio: 1 Promoción de la Salud

Clase: 2 Gestión de la Salud

Dx de Enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud, manifestado por deseos de manejar el tratamiento de la propia enfermedad

Prevención de secuelas y reducción de factores de riesgo.

Resultados esperados NOC

- Conocimiento: régimen terapéutico (1813)
- Indicador descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad
- Puntuación: 2 escaso aumentar a 5 extenso

Intervención NIC

- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Observar el nivel de responsabilidad que asume la paciente
- Fomentar la independencia, pero ayudar a la paciente cuando no pueda realizar la acción dada
- Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta

Necesidad de Aprendizaje

Disposición para mejorar la toma de decisiones

Dominio: 5 percepción cognición

Clase: 4 cognición

Dx de enfermería: Disposición para mejorar la toma de decisiones, manifestada por el deseo de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones

Resultados esperados NOC

- Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas (3011)

Indicador: acciones tomadas para prevenir síntomas

Puntuación: 3 moderadamente satisfecho aumentar a completamente satisfecho

Intervenciones NIC

Apoyo en toma de decisiones (5250)

- Informar a la paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones
- Ayudar a la paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa

- Facilitar a la paciente la articulación de los objetivos de los cuidados
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración

Necesidad de creencias

Disposición para mejorar el auto concepto (00167)

Dominio: 6 auto percepción

Clase: I Auto concepto

Dx de enfermería: Disposición para mejorar el auto concepto manifestado por con-

Fianza en sus habilidades satisfacción por su sentido de valía personal y deseos de

Reforzar el auto concepto.

Resultados esperados NOC

Autonomía personal (1614)

Indicador: Expresa satisfacción con las elecciones de la vida.

Puntuación 2 raramente demostrado aumentar a 5 siempre demostrado.

Intervenciones NIC

Aumentar el afrontamiento (5230)

Actividades:

- Valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad
- Utilizar un enfoque sereno de reafirmación
- Disponer un ambiente de aceptación
- Explorar los éxitos anteriores de la paciente
- Ayudar a la paciente a identificar respuestas positivas de los demás
- Explorar las barreras para el ejercicio
- Animar a la paciente a empezar o continuar con el ejercicio
- Ayudar a la paciente a establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.

- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos de la paciente

Necesidades de movilización

Sedentarismo

Dominio: 4 actividad reposo.

Clase: 2 actividad Ejercicio.

Dx de enfermería: sedentarismo relacionado con falta de motivación y manifestado por rutina diaria con falta de ejercicio físico.

Resultados esperados NOC

Forma física (2004)

Indicador: participación en actividades físicas

Puntuación: 3 moderadamente comprometida

Aumentar a 5 no comprometida

Ejercicio habitual: puntuación: 2 sustancialmente comprometido aumentar a no comprometido

Participación en actividades de ocio (1604)

Indicador: identificación de opciones recreativas

Puntuación: 2 raramente demostrado aumentar a 5 siempre demostrado

Intervenciones de enfermería

- Fomento de ejercicio (0200)

Actividades:

Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.

Necesidad de movilización

Fatiga 0096

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 3 equilibrio de la energía

Dx de Enfermería: fatiga relacionada con mal estado físico por enfermedad,

Manifestado por falta de energía, cansancio, somnolencia

Resultados esperados NOC

Conservación de la Energía (00029)

Indicador: 2 raramente demostrado aumentar a 5 siempre demostrado

Intervención NIC

Manejo de la energía (0180)

Actividades:

- Determinar las limitaciones físicas de la paciente
- Determinar las causas de la fatiga (tratamientos)
- Dolor y medicamentos
- Favorecer el reposo/limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso)
- Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular

Necesidad de control térmico

Hipotermia (00006)

Dominio: 11 Seguridad/protección

Clase: 6 termorregulación

Dx de Enfermería: Hipotermia relacionada con enfermedad Tiroidea, manifestada por frialdad de la piel, escalofrió, palidez, y temperatura corporal por debajo del rango normal.

Resultados esperados NOC

Nivel de comodidad (2100)

Indicador: control de síntoma

Puntuación: 2 algo satisfecho a 5 completamente satisfecho

Intervención NIC

Tratamiento de la Hipotermia (3800)

Actividades:

- Monitorizar la temperatura de la paciente con un termómetro en caso necesario
- Observar si se presentan síntomas asociados con la hipotermia: fatiga, debilidad, confusión, apatías

deterioro de la coordinación, escalofríos y cambios en el color de la piel.

- Cubrir con mantas si procede

Riesgos de Desequilibrio Nutricional

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Dx de enfermería: Desequilibrio Nutricional

Ingesta Superior a las necesidades: Relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas manifestado por factores psicológicos.

Resultados Esperados NOC

Nivel de Estrés (1212)

Puntuación 2 sustancial aumentar a 5 ninguno

Indicador: cambio en la ingestión de alimentos

Intervenciones NIC

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.

- Establecer metas realistas a corto y largo (plazo)
Plazo para el cambio del estado nutricional
- Determinar el conocimiento y parte de la paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesidad de modificar la dieta
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias de la paciente
- Determinar actitudes y creencias a cerca de la comida y el cambio nutricional de la paciente
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

Necesidad: Eliminación

Estreñimiento (00011)

Dominio: 3 eliminaciones intercambio

Clase: 2 función gastrointestinal

Dx de enfermería: Estreñimiento relacionado con depresión, estrés emocional manifestado por indigestión flatulencias, distención abdominal y eliminación de heces duras, secas y formadas.

Resultado Esperado NOC

Eliminación Intestinal (05019)

Indicador: Heces blandas y formadas

Puntuación: 2 sustancialmente comprometido
aumentar a no comprometido

Intervenciones NIC

Manejo Intestinal (0430)

Actividades:

- Observar sonidos peristálticos intestinales
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación
- Disminuir la ingesta de alimentos que forman gases
- Instruir a la paciente sobre la ingesta de alimentos de alto contenido de fibra y líquidos

Necesidades de Reposo/sueño

Insomnio (00095)

Dominio: 4 actividad/reposo

Clase: 1 sueño reposo

Dx de Enfermería: Insomnio relacionado con medicamentos, estrés y ansiedad, manifestado por dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño y falta de energía.

Resultados Esperados NOC

(538)

Sueño (0004)

Indicador: Duerme toda la noche puntuación 2 sustancialmente comprometido aumentar a 5 no comprometido

Puntuación: 5

(Re) Intervenciones NIC

Mejorar el sueño (1850)

Actividad: mejorar el sueño

- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad

- Observar el número de horas de sueño y las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor y conductas de miedo o ansiedad que interrumpen el sueño)
- Controlar la ingesta de alimentos y líquidos que alteren el sueño.
- Comentar con la paciente y su familia técnicas favorecedoras del sueño.

Estrés

Necesidad de seguridad y evitar peligros

Dx de Enfermería: Estrés por sobrecarga

Código: (00177)

Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2 respuesta de afrontamiento

Dx de Enfermería: Estrés por sobrecarga relacionado con enfermedad crónica manifestado por sufrimiento psicológico, sensación de estar enferma o de empeorar.

Resultados Esperados NOC

Equilibrio Emocional (1204)

Indicador: muestra un estado de ánimo sereno

Puntuación: 2 raramente demostrado aumentar a siempre demostrado

Intervenciones NIC

Aumentar el afrontamiento (5230)

Actividades:

- Valorarla comprensión de la paciente del proceso de enfermedad
- Utilizar un enfoque sereno de reafirmación
- Proporcionar información objetiva respecto del DX, tratamiento y pronóstico
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia sobre una situación estresante
- Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades

- Animar a la paciente a evaluar su propio comportamiento

Necesidades de creencias

Disposición para mejorar la esperanza (001859)

Dominio: 10 principios vitales

Clase: 1 valores/clase 2 creencia

Dx de Enfermería: Disposición para mejorar la esperanza manifestado por deseos de mejorar la confianza en las posibilidades de curación.

Resultados esperados NOC

Esperanza (1201)

Indicador: Demostración de entusiasmo por la vida

Puntuación: 2 raramente demostrado aumentar a 5 siempre demostrado

Intervenciones NIC

Dar Esperanza (5310)

Actividades:

- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca de la paciente y viendo la enfermedad de la paciente como una faceta de la persona
- Ayudar a la paciente a revisar metas de su yo espiritual
- Evitar disfrazar la verdad
- Implicar a la paciente en sus propios cuidados

Necesidad de Realizarse

Baja Autoestima Situacional

Dominio: 6 Auto percepción

Clase: 2 Autoestima

Dx de Enfermería: baja autoestima situacional relacionada con alteración de la imagen corporal por tratamiento de la enfermedad

Manifestada por expresiones de impotencia y conducta indecisa.

Resultados Esperados NOC

Modificación Psicosocial: Cambio de vida (1305)

Indicador: Mantenimiento de la autoestima

Puntuación: 2 raramente demostrado aumentar a 5 siempre demostrado

Intervenciones NIC

Potencial del autoestima (5400)

Actividades:

- Determinar la confianza de la paciente en si misma
- Ayudar a la paciente a identificar las respuestas positivas de los demás
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí misma
- Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Necesidad de Recreación

Déficit de actividades Recreativas (00097)

Dominio: 4 Actividad/Reposo

Dx de Enfermería: Déficit de actividades recreativas

Relacionado con entorno desprovisto de actividades recreativas, manifestado por afirmaciones de aburrimiento y apatía.

Resultado Esperado NOC

Participación en actividades de ocio

Indicador: Participa en actividades de ocio elegidas por su interés.

Puntuación: Raramente demostrado aumentar a siempre demostrado

Intervenciones NIC

Terapia de Entretenimiento (5360)

Actividades:

- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas
- Incluir a la paciente en la planificación de actividades recreativas que tengan sentido

- Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.

Plan de alta.

El seguimiento en la consulta externa se enfoca principalmente en la prevención de la intoxicación por Levotiroxina, puede ser un cuadro potencialmente frecuente y grave, por ello es necesario describir unas normas de manejo terapéutico de esta entidad. La dosis toxica no está clara, dosis por debajo de 5mg. De T4, no suelen asociarse a la aparición de síntomas, las manifestaciones clínicas de intoxicación por Levotiroxina pueden ser muy diversas destacando entre las más graves: arritmias cardiacas, infarto de miocardio, crisis de hipertermia, hemiparesia, psicosis aguda y coma.

A pesar de detectarse niveles plasmáticos elevados de T4, hay pacientes que no presentan sintomatologías.

En nuestra paciente se deben establecer dosis sustitutiva que no incremente la pérdida de masa ósea y no incremente la osteoporosis, iniciar dosis de Levotiroxina 1.6 mg/kg/día y en forma lenta cada 15 días su incremento para evitar el

desarrollo de fibrilación auricular y riesgo cardiovascular. En el adulto mayor sano iniciar con Levotiroxina a dosis de 12.5 mg/día e incrementar en forma paulatina cada dos semanas.

En forma especial se vigilará el tratamiento con medicamentos que alteren el metabolismo de la Levotiroxina y disminuyen la producción de Hormona tiroidea: litio, amiodarona, medicamentos que contienen Yodo.

Conclusiones.

El hipotiroidismo es una enfermedad crónica multisistémica de presentación gradual con síntomas inespecíficos.

El cuidado de enfermería contribuye a disminuir la mortalidad por alteraciones circulatorias y cardiovasculares y evita la progresión a la forma más grave del hipotiroidismo, que es el coma mixedematoso, que tiene elevada mortalidad.

El tratamiento es de por vida y el pronóstico es satisfactorio al establecer la dosis eficaz para mantener las concentraciones de TSH y hormonas tiroideas en parámetros normales.

No existe una cura para el hipotiroidismo y la mayoría de las personas lo sufren de por vida. Existen algunas excepciones: muchos pacientes con tiroiditis viral recuperan su función tiroidea normal, al igual que algunas pacientes con tiroiditis después del embarazo.

El hipotiroidismo puede hacerse más o menos severo y puede ser necesario cambiar la dosis de tiroxina con el tiempo. El paciente tiene que comprometerse con un tratamiento de por vida.

Bibliografía

Alfaro LeFevre Rosalinda, Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 4ª ed. Springer-Verlag Ibérica; España 1988

Alfaro LeFevre Rosalinda, Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003

Arguello, Rojas Vianney. Diagnóstico y tratamiento del Hipotiroidismo Primario Tesis Profesional de Licenciatura en Químico Farmacéutico Biólogo de la Universidad Veracruzana Facultad de Ciencias Químicas. Documento impreso Orizaba, Ver. 2011

Bulechek, Gloria M., Butcher Howard K. & McCloskey Docheterman Joanne. Clasificación de intervenciones de Enfermería. NIC. Barcelona- España: Elsevier 2009, 5ª edición

Carpenito Linda Juall. Diagnóstico de enfermería aplicación a la práctica, 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1987

Carpenito Linda Juall. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración, 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005

Docheterman J. McCloskey, G.M. Bulechek. Clasificación de intervención de enfermería (NIC) 4ª ed. Elsevier, España, 2004.

Garcia Gonzales María de Jesús. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. 2ª ed. México ed. Progreso 2004

Gauntlet C. Patricia. Principles and Practice of Adult Health Nursing, Second Edition Ed. Mosby, St Louis 1994.

González Klett Myriam. Trastornos de ansiedad – Depresión. En el entorno de la Contingencia Común, Instituto de Formación Continua Universidad de Barcelona. Master Universitario en Medicina Evaluadora. Edición 2006-2007.

Gresnspar, Francis S. Endocrinología básica y Clínica 4ª edición Ed. El manual Moderno México, D.F. 2003

Harrison Tinsley Randolph, Principios de Medicina Interna Vol. I
Décima edición en Español Editorial Mc Graw Hill México 1986

Henderson, V.A., (1978) The Concepts of Nursing journal of advance, This paper was read as the 3rd Battersea Memorial Lecture, sponsored by the Association of Integrated and Degree Courses in Nursing (AIDCN), and delivered at the Nightingale School, St. Thomas' Hospital, London, on 4 November, 1977

Heather Heatherman T. (2010). NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009---2011. Barcelona---España: Elsevier.

Johnson M. Bulechek G. McCloskey J. Maas M. Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: NANDA, NOC y NIC Madrid: Harcourt; 2002

Jurado, C.S. et. Al. Ansiedad Generalizada – Dirección General de Servicios Académicos, En la Revista Científica Electrónica de Psicología 1CSa-UAEH. No 4 (123) Hermosillo, Son. 2007

Lawrence M.T. et. Al. Diagnóstico Clínico y tratamiento, 2001. 36a edición Ed. El manual Moderno México D.F.

Madoery, Delicia and Laura Orosco. Diagnósticos enfermeros: dilemas de una práctica educativa. 2ª ed. Buenos Aires: librería Akadia editorial; 2009.

Moorhead Sue, Johnson Marion, Mas. M.L. & Swanson. E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería, NOC España: Elsevier España.

NANDA (2009---2011). Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación. 2ª Ed. Elsevier Barcelona España. Revisión Carmen Espinosa, profesora asociada de la escuela Universitaria de enfermería en la universidad de Andorra

NANDA International Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007---2008. Madrid: Elsevier; c2007. Revisión Ma. Teresa Luis Rodrigo, Profesora de Enfermería Médico-Quirúrgica, Escuela DE Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Organización Mundial de la salud. Organización Panamericana de la Salud. 25º Consejo Directivo. 29ª Sesión del Comité Regional. Programa a medio plazo de desarrollo de recursos humanos. Resolución. CD25.R32.27 de Septiembre al 6 de Octubre de 1977; Washington, D.C.

S/a. Estrés y ansiedad – Mc Graw – Hill consultado el 19/12/2010 disponible www.macgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391

Trastornos de ansiedad según DSM – IV TR consultado 7 de Marzo 2013 disponible eneee.ucm.es Trastorno de Ansiedad.

Anexo 1 Patología: El Hipotiroidismo

El Hipotiroidismo es un síndrome clínico causado por la deficiencia de hormonas tiroideas y caracterizadas por la disminución generalizada de los procesos metabólicos así como por la acumulación de glicosaminoglicano en espacios intercelulares, piel y músculos, que determina el cuadro clínico de mixedema.

El Hipotiroidismo puede clasificarse como.

- Primario (Por insuficiencia tiroidea)
- Secundario (Por deficiencia Hipofisaria de TSH)
- Terciario (Por carencia hipotalámica de TRH y además por resistencia periférica a la acción de las hormonas tiroideas puede presentarse con bocio o sin él).
- La incidencia de diversas causas de hipotiroidismo varía según los factores geográficos y ambientales como: presencia o no de Yodo en la dieta, ingestión de bocígenos, características genéticas de la población y distribución por edades.

- El hipotiroidismo primario es la causa más frecuente del hipotiroidismo, afecta al 1-3% de la población general. Representa el 95% de todos los casos de hipotiroidismo.

El hipotiroidismo es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, afecta a todos los grupos étnicos, en la edad geriátrica donde predominan los síntomas inespecíficos, pasando desapercibida o mal diagnosticada por un largo periodo de tiempo con implicaciones importantes en la calidad de vida, incrementa la morbimortalidad cuando acompaña a otros padecimientos medios.

Esta es una enfermedad frecuente predominante en mujeres con incidencia de 3.5 por 1000 mujeres y de 0.6 por 1000 hombres, la probabilidad se incrementa con la edad hasta un 14 por 1000 mujeres entre 75-80 años y en reportes el incremento es hasta de 10% en población general mayor de 60 años.

Se presenta en 95% de los casos de tipo primario (afección de la glándula tiroidea) y en un gran porcentaje se ha asociado a causas inmunológicas

endémicas o asociado a un tratamiento quirúrgico en la glándula tiroides y/o Yodo reactivo.

El diagnóstico oportuno y tratamiento del hipotiroidismo restablecerán la funcionalidad física y cognitiva de los mismos, con mayor disposición para realizar sus actividades y un menor gasto económico para el país.

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o actividad que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tantos factores biológicos como ambientales y psicosociales.

Entre los factores ambientales se han encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor Hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones

de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad.

Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad 38; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos del estado de ánimo.

Por lo tanto el Hipotiroidismo es una enfermedad crónica multisistémica de presentación gradual con síntomas inespecíficos. El diagnóstico temprano contribuye a disminuir la mortalidad por alteraciones circulatorias y cardiovasculares y evita la progresión a la forma más grave del hipotiroidismo, que es el coma mixedematoso, que tiene elevada mortalidad.

El tratamiento es de por vida y el pronóstico es satisfactorio al establecer la dosis eficaz para mantener las concentraciones de TSH y hormonas tiroideas en parámetros normales.

No existe una cura para el hipotiroidismo y la mayoría de las personas que lo sufren de por vida. Existen algunas excepciones: muchos pacientes con tiroiditis viral recuperan su función tiroidea normal, al igual que algunas pacientes con tiroiditis después del embarazo.

El hipotiroidismo puede hacerse más o menos severo y puede ser necesario cambiar la dosis de tiroxina con el tiempo. El paciente tiene que comprometerse con un tratamiento de por vida.

Ansiedad

Concepto ansiedad: estado en el que el individuo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y activación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas inespecíficas.¹⁶

Otro autor señala que es una respuesta emocional compleja potencialmente adaptiva y pluridimensional, en la que coexisten una amenaza al organismo con

¹⁶ Carpenito L. Dx de Enfermería Aplicación a la Práctica Clínica, quinta Ed. Interamericana España 1995 p 682

una activación biológica orientada a reaccionar a esa percepción.¹⁷

En consecuencia se puede decir que: La mayoría de las personas han experimentado ansiedad alguna vez. Lejos de ser algo completamente negativo, la ansiedad permite que el organismo se ponga en alerta y active todos sus mecanismos de defensa ante una situación determinada.

La ansiedad es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo.

Habitualmente está asociada a preocupaciones excesivas. Se puede considerar también como una expectativa aprensiva.

En el 2007: El concepto de ansiedad ha evolucionado a través del tiempo y se ha redefinido en muchos

¹⁷ González Klett Myriam. Trastornos de ansiedad – Depresión. En el entorno de la Contingencia Común, Instituto de Formación Continua Universidad de Barcelona. Master Universitario en Medicina Evaluadora. Edición 2006-2007.

aspectos, lo que anteriormente se consideraba como síntomas de ansiedad ahora se consideran como trastornos de ansiedad.

La ansiedad es un fenómeno humano normal que únicamente debe ser considerado como una patología cuando compromete o atenta contra el bienestar general o la eficiencia personal.

La ansiedad en un grado moderado desempeña una función de gran utilidad pues estimula los esfuerzos, la vivacidad y contribuye a que la persona se mantenga en un elevado nivel de trabajo óptimo, de hecho la ansiedad es una experiencia ordinaria que se presenta cuando nos esforzamos en alcanzar determinadas metas, atenerse a ciertos plazos de tiempo, al mantener relaciones interpersonales, es decir, se implica en las actividades que se realizan en la vida cotidiana.

Etiología

La ansiedad implica un sentimiento vago de aprensión y desasosiego como respuesta a la amenaza al propio sistema de valor o al patrón de seguridad.¹⁸

La alteración en la síntesis de hormonas tiroideas se debe a la destrucción apoptótica de las células tiroideas por un trastorno auto inmune, lo cual es caracterizado por la infiltración linfocitaria de la tiroides, anticuerpos anti tiroides circulantes (anti-TPO en 90-95% y antitiroglobulina en 20-50%) y la asociación con otras enfermedades autoinmunes.

La autoreactividad contra antígenos tiroideos puede estar mediada por linfocitos Th1 o Th2, con predominio de los Th1, con una intensa infiltración inflamatoria que conduce a la destrucción de la glándula, aunado a esto disminuye la actividad de linfocitos reguladores.

Existe una relación negativa entre linfocitos reguladores y linfocitos Th17, los que aparentemente

¹⁸ Carpenito Op. Cit.p.684

están aumentando en los trastornos auto inmunes tiroideos y sobre todo en la tiroiditis de Hashimoto (2, 4,8).

El Hipotiroidismo suele presentarse por diversas causas o distintas alteraciones en la glándula tiroidea, en la tabla 1, se mencionan algunas causas que determinan la clasificación del hipotiroidismo.¹⁹

En México, de 1989 al 2009 se tamizaron en la Secretaria de Salud 4, 052, 782 niños y se detectaron 1,76 casos. En un análisis de los tamizajes realizados a neonatos atendidos en la Secretaria de Salud de México de enero de 2001 a diciembre de 2002 se encontró una prevalencia de 4.12% por cada 10,000 recién nacidos, con predominio del género femenino (15,22).²⁰

¹⁹Arguello. Op. Cit p.

²⁰ Ib id p.6

Anatomía

La glándula tiroides pesa en promedio 20g está constituida por dos lóbulos laterales, unidos por una porción central llamada istmo.

Se encuentra en el compartimiento anterior central del cuello, por delante de la tráquea, la cual se encuentra unida por tejido fibroso.

Los lóbulos laterales se encuentran situados en un espacio comprendido entre la tráquea y la laringe, las dos vainas carótidas y los músculos esternocleidomastoideos lateralmente.

La tiroides tiene una cápsula fibrosa que la cubre totalmente y envía tabiques interiormente que le dan el aspecto lobuloso a su parénquima. Además la aponeurosis cervical profunda se divide en dos capas cubriendo a la tiroides en sentido anterior y posterior dándole un aspecto de pseudocápsula, que es plano de disección usado por los cirujanos.

En sentido anterior se encuentra en relación con los músculos infrahioideos, a través de los cuales se entra al compartimiento visceral del cuello.

El sentido posterior se encuentran las paratiroides dentro de la llamada cápsula quirúrgica (cápsula de tejido conectivo que rodea a la tiroides) los nervios laríngeos recurrentes, que en la parte baja se encuentran en el surco traqueosofático, pasan por debajo de las arterias tiroideas inferiores y luego ascienden para introducirse a la laringe a través de la membrana cricotiroidea.²¹

Fisiología

La hormona tiroidea que es necesaria para regular el metabolismo basal. El funcionamiento de esta glándula se basa en varios procesos como son: metabolismo del yodo, así como la producción, almacenamiento y secreción de la hormona tiroidea.

El Yodo es extraído de la sangre, oxidado y acoplado intramolecularmente con radicales de tirosina para formar tiroglobulinas, la cual es una mezcla de yodotirosina, triyodotirosina (T3) y tiroxina (T4) almacenada en forma de coloide en la luz del folículo.

²¹ lb id p.10

La T3 y T4 plasmáticas están unidas a la albúmina y globulina, una parte de T4 es transformada a T3 en la sangre periférica y esta hormona ejerce marcada influencia sobre: el desarrollo y metabolismo celular, consumo de oxígeno, producción de calor y crecimiento.²²

Estimulación hormonal de la tiroides

El principal control o estímulo directo para la secreción de hormonas tiroideas es la tirotrópina (TSH), hormona adenohipofisiaria, la TSH es controlada por la TRH (hormona liberadora tirotrópica), proveniente del hipotálamo.²³

Por lo tanto el 80% de T3 se produce por conversión periférica a partir de T4 en los tejidos blanco.

Las proteínas de transporte plasmático de las hormonas tiroideas son:

- Globulina: Une preferentemente tiroxina
- Transtiretina

²² Ib id p.12

²³ Ib id p.18

- Albumina

La prolongada vida de estas hormonas, provoca que sus efectos sean lentos (ya que actúan a nivel nuclear por ser hidrofóbicas) prolongados.²⁴

Las funciones de las hormonas tiroideas:

Las funciones de las hormonas tiroideas son muy variadas. Provocan un aumento en la producción de energía y en el consumo de oxígeno en la mayoría de los tejidos excepto en la retina, el brazo, los testículos y los pulmones.

Son termogénicas aumentando la producción de calor con relación al consumo de oxígeno. En los pulmones, aumentan la ventilación pulmonar y la intensidad y profundidad de las respiraciones. Además, incrementan la capacidad de transporte de O₂ por la sangre asociada al estímulo de la función respiratoria.

En el corazón provocan un aumento del gasto

²⁴ Ib id p.20

cardíaco, de la frecuencia cardíaca, del volumen sistólico y de la fuerza y la velocidad de la concentración.

Como consecuencia del incremento metabólico, la resistencia vascular periférica disminuye por dilatación de los vasos, teniendo especial importancia en la piel como medio de eliminación de calor.

En el aparato digestivo, las hormonas tiroideas estimulan la secreción de jugos y enzimas digestivas y favorecen la absorción intestinal. Tienen acciones sobre el metabolismo de lípidos, glúcidos y proteínas.

Intervienen en la movilización de lípidos y lipólisis, aumentan la concentración de ácidos grasos libres en el plasma y posteriormente estimulan su oxidación en los tejidos, favoreciendo la conversión del colesterol en ácidos biliares y disminuyendo su concentración en plasma.

Intervienen en la gluconeogénesis, actuando en ocasiones sobre la glucólisis y glucogenólisis y favorecen la síntesis de proteínas, con efecto sobre los sistemas enzimáticos celulares, la actividad

mitocondrial y el transporte de iones a través de la membrana.

Otro efecto importante de las hormonas tiroideas se refleja en el crecimiento del individuo, actuando directamente sobre los condrocitos de la lámina epifisiaria del hueso y estimulando la secreción de la hormona del crecimiento.²⁵

Fisiopatología

Cualquier factor que interfiera con las necesidades humanas básicas de comida, aire y bienestar.

De situación (personales, ambientales)

Amenaza real o imaginaria en la percepción de sí mismo:

Pérdida de estatus y prestigio. Fracaso (o éxito).

Falta de reconocimiento Pérdida de bienes muy estimados

Por los demás. Dilemas éticos

²⁵ Ib id p.20

Pérdida real o imaginaria de familiares llegados:

Muerte

Traslado

Divorcio

Separación

temporal permanente

Presiones culturales

Amenaza real o imaginaria de la integridad biológica:

Agonía

Procedimientos

invasivos

Agresión

Enfermedad

Cambio real o imaginario del estatus
socioeconómico:

Desempleo

nuevo trabajo

Asenso

Trasmisión de la ansiedad de otra persona.

De maduración (amenaza al proceso de desarrollo)

Recién nacido/niño: separación, mutilación, relación con los compañeros, logros.

Adolecente: desarrollo sexual, relación con los compañeros, independencia.

Adulto: embarazo, paternidad/maternidad, desarrollo profesional, efectos del envejecimiento.

Anciano: pérdidas sensoriales, pérdidas motoras, problemas económicos, jubilación.²⁶

(21)

Los signos y síntomas que nos orientan a un diagnóstico de ansiedad:

Se manifiesta con síntomas de cada categoría (fisiológica, emocional y cognoscitiva).

Los síntomas varían según el nivel de ansiedad.

²⁶ Carpenito op cit.p 683

Fisiológicas:

Aumento de la frecuencia cardiaca.

Insomnio

Tensión arterial elevada.

Fatiga

y debilidad

Aumento de la frecuencia respiratoria

Sonrojo o palidez

Sudoración

Sequedad de boca

Pupilas dilatadas

Dolores y afecciones musculares

Temblor de voz/cambios de tono

(pecho,

espalda, cuello)

Temblores

Inquietud

Palpitaciones

Mareos

y desmayos

Náuseas y/o vómitos

Parestesias

Poliuria

Escalofríos y sofocos

Diarrea.²⁷ (22)

Emocionales:

La persona dice sentir:

Aprensión
de control

Pérdida

Desamparo
sentirse excitado

Tensión o

Nerviosismo
Incapacidad de relajarse

Temor

Irrealidad

Falta de confianza en sí mismo
Expectativas catastróficas

²⁷ Ibídem p682

La persona muestra:

demás	Irritabilidad/Impaciencia crítica hacia sí mismo y hacia	Actitud
	Explosiones de enojo	los
	Llanto	Huida
	Tendencia a culpar a los demás iniciativa	Falta de
	Reacciones de sobresalto Desprecio de sí mismo	

Cognoscitivas:

- Incapacidad para concentrarse
- Desconexión del entorno (perder conciencia del lugar en que está)
- Mala memoria
- Ensimismamiento
- Orientación hacia el pasado más que hacia el presente o futuro

Bloqueo de pensamientos (incapacidad para recordar)

Hipertensión.²⁸

Criterios para el diagnóstico del trastorno a enfermedad médica.

- A. La ansiedad prominente, la crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno adaptivo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave)

²⁸ Ib. P.683

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.²⁹

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestran que 1 o 2:

Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.

1. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

²⁹ Trastornos de ansiedad según DSM – IV TR consultado 7 de Marzo 2013 disponible en eneee.ucm.es
Trastorno de Ansiedad.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestra que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen en las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p.ej., alrededor de 1 mes) después del final del periodo agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida a la duración de esta consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p.ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.³⁰

La ansiedad y la angustia son sensaciones experimentadas por todas las personas a lo largo de su existencia.

La ansiedad está más relacionada con el comportamiento psíquico y la angustia con el componente físico o somático.

Aparece frecuentemente en los Trastornos depresivos, puede ser secundaria a patologías médicas orgánicas (hipertiroidismo), consumo de

³⁰ Ibídem

tóxicos (cannabis) o por fármacos (hipoglucemiantes, corticoides).³¹

Características generales.

1. No son enfermedades en el sentido médico, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica, excepto en la crisis de angustia y en los trastornos obsesivos.
2. Su naturaleza es dimensional, es un factor de la personalidad que varía cuantitativamente.
3. La clínica es cuantitativa, los síntomas pueden aparecer en cualquier sujeto normal si se intensifican o se estructuran es cuando pueden considerarse patológicos.

El pronóstico es variable y depende de variables personales, sociales y terapéuticas.

4. Curso crónico con fluctuaciones.

³¹ González M. Op cit

5. El tratamiento es principalmente psicológico excepto en las crisis de angustia y el trastorno obsesivo.³²

DSM-IV_TR 2000 (Trastornos de ansiedad)

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin trastorno de angustia
- Fobia especifica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas
- Dx trastorno de ansiedad inducido por sustancias

³² Ib. P10

- Trastorno de ansiedad no especificado³³

Hay que hacer el diagnóstico diferencial de estas patologías con: **Trastornos orgánicos:** Hipertiroidismo, taquicardia paroxística supraventricular, feocromocitoma, crisis hipoglucémicas, crisis comiciales parciales complejas, patológicas respiratorias, síndrome vertiginoso.³⁴

Ansiedad generalizada

Aparición progresiva y permanente de síntomas intensos de ansiedad, sin una causa real que los provoque.

Fatiga, inquietud, dificultad para dormir, irritabilidad, tensión muscular.

El individuo está preocupado permanentemente sin motivos aparentes y no los puede controlar.

Obsesivo compulsivo

³³ Ib. ídem p12

³⁴ Ib. ídem p13

Obsesiones, que pueden ser ideas o pensamientos que se repiten, y no desaparecen de la mente del individuo aunque lo intente por todos los medios.

Cada obsesión lleva asociada una compulsión o conducta que compensa la angustia que provoca.

Un ejemplo es el miedo al contagio cuya compulsión correspondiente es lavarse las manos rápidamente.

Estrés postraumático.

Aparece en aquellos individuos que se han visto expuestos a un evento traumático que involucra un daño físico o psicológico extremo.

Pérdida de sueño, irritabilidad, sobresalto, falta de concentración.

Provoca alteraciones en la vida familiar, laboral y social del individuo.³⁵

³⁵ S/a. Estrés y ansiedad – Mc Graw – Hill consultado el 19/12/2010 disponible www.macgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391. P. 3

- Una persona con ansiedad presenta actitudes y comportamientos tanto aprensivos como tensos.
- Dificultad para relajarse.
- Presenta temor en áreas de salud, familia, economía, relaciones sociales entre otros aspectos.
- Reiterada búsqueda de garantías.
- Su lenguaje suele ser rápido y no puede mostrar vacilación o tartamudeo.³⁶

La ansiedad debe acompañarse de al menos tres de los siguientes síntomas:

- Inquietud o impaciencia.
- Fatigabilidad
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.

³⁶ Jurado C.S. et al Op cit.p 3

- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño.³⁷

El diagnóstico se determina como:

- ANSIEDAD NORMAL: Es aquella que no atenta contra la integridad personal y que desempeña una función adaptativa y útil para resolver la vida, es controlable y lógica, no implica sufrimiento.
- ANSIEDAD PATOLOGICA. Es aquella de tal frecuencia, gravedad o duración que puede llegar a comprometer el bienestar de la persona, dificulta el rendimiento y la adaptación.
- ANSIEDAD SITUACIONAL. Es aquella que se experimenta en una situación o momento determinado y derivada de determinadas circunstancias.

³⁷ Ibídem p 4

El diagnóstico por laboratorio es a través del estudio de medición de Auto anticuerpos Tiroideos.

Los anticuerpos contra el tiroides incluyen: 1) anticuerpos contra tiroglobulina (Tg Ab, del inglés (thyroglobulinantibody), anticuerpo Antiperoxidasa tiroidea (TPO Ab, del inglés (thyroidperoxidaseantibody) llamado antes anticuerpomicrosomal, y 3) anticuerpo contra el receptor de TSH, estimulador (TSH-R Ab (stim), del inglés (TSH receptor antibodystimulating) o

bloqueador (TSH-R Ab (block), del inglés (TSH receptor antibodyblocking). El Tg Ab y TPO Ab se han medido mediante hemaglutinación, ensayo inmunosorbente ligado enzimas (ELISA, del inglés enzyme-linkedimmunoassay) o radio inmunovaloración (RIV); la técnica de hemaglutinación es mucho menos sensible que los otros métodos.³⁸

³⁸ Greens pan. F. Endocrinología Básica y Clínica 4ª edición ed. El Manual Moderno México D.F. 2003. P255

Vibración

Datos subjetivos

1. Historia individual obtenida del paciente y allegados.

Estilo de vida:

Intereses. Capacidad y limitaciones.

Comportamiento durante la entrevista

Huidizo Cooperativo

Hostil Tranquilo

Apático

2. Patrón de comunicación

Contenido:

Adecuado Preocupado por el sexo

Divagatorio Delirio (de grandeza, persecución)

Receloso influencia, control o	referencia,
Negación del problema corporales).	sensaciones
Proyectos Alucinaciones (visuales, auditivas,	homicidas
Tendencias suicidas olfativas, táctiles)	Gustativas,
Flujo de pensamientos:	
Adecuado tema a otro.	Salta de un
Bloqueo de ideas (incapaz llegar a una conclusión, de terminar una idea).	Incapaz de de tomar
Circunstancial (incapaz de ir para concentrarse al grano).	Dificultad
incapaz de seguir	Afirma ser

Ideas con poca conexión. el hilo de un discurso.

Dificultad para comprender ciertas circunstancias o sucesos.

Velocidad del discurso:

Adecuada. Reducida

Excesiva. Apresurada

Comportamiento no verbal:

Estado de ánimo adecuado/inadecuado al contenido verbal.

Gestos, amaneramientos, muecas.

Postura.

3. Capacidad de interacción:

Con la enfermera:

Inadecuada
dependencia.

Muestra

Se relaciona
Demanda/súplica.

bien

Huida/preocupación por sí mismo. Hostil

Con los allegados:

Relación con todos los miembros de la familia o busca interacción.

No

Con algunos.
visitas.

No tiene

Hostilidad hacia un miembro/

Todos los miembros

4. Actividades de la vida cotidiana:

Emocionalmente capaz de cuidar de sí mismo.

8. Actividad motora:

Dentro de los límites normales.
Agitada.

Aumentada
Repetitiva.

Disminuida.

9. Respuesta actual a los factores de estrés.

Conductas que denotan (acting-out)

Menosprecio.
Resentimiento

Lucha. Inquietud
motora.

Discusión. Pasear
de un lado a otro.

Intimidación esfuerzo
físico.

Comportamiento ritual.

Fumar, beber, drogas.

Manipular a otros para que realicen tareas que

él es capaz de realizar.

Comportamiento de estancamiento y retirada:

Huida

Disociación.

Depresión

Comportamiento ritual

Negación

Bloqueo.

Desvía la atención.

Se duerme

Evita hablar de sí mismo.

Minimiza los signos y síntomas.

Somatización:

Dolor de cabeza

Síncope.

Disnea.

Tensión

muscular

Urticaria, eccemas.

Anorexia.

Colitis.
menstruales.

Trastornos

Acción constructiva:

Buscar apoyo en los demás.

Ventilación.

Busca información.

Utiliza técnicas de pensamiento positivo.

Establece metas realistas.

Desarrolla actividades sociales.

Planifica periodos de descanso.

Valora el nivel de ansiedad:

Leve

Moderado

Grave

Pánico

Síntomas de ansiedad físicos y psicológicos.

Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareos, inestabilidad, preocupación, aprensión.

Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias, sensación de agobio.

Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial, miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.

Respiratorios: disnea, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.

Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo, irritabilidad, inquietud, desasosiego.

Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la espera sexual, conductas de evasión de determinadas situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor.⁴⁰

⁴⁰ Estrés y Ansiedad Mc Graw – Hill. Op. Cit P4

En el tratamiento de la ansiedad, sabemos que el individuo puede padecer síntomas orgánicos como:

Hipotiroidismo y enfermedad neuropsiquiátrica

Con frecuencia el hipotiroidismo se presenta con depresión, que puede ser muy grave. Más rara vez los pacientes mixedematosos pueden estar confundidos, paranoicos e incluso maniáticos (“locura mixedema”). El análisis de FT4 y TSH en los ingresos a clínicas psiquiátricas es un método eficaz para detectar a estos pacientes quienes con frecuencia responden a tratamiento con Levotiroxina sola o en combinación con psicofármacos. La efectividad del tratamiento con Levotiroxina en hipotiroideos con trastornos psiquiátricos, ha dado a la hipótesis de que la adición T3 o T4 a los regímenes psicoterapéuticos para deprimidos, puede ser útil incluso en aquéllos sin enfermedad tiroidea demostrable. Se necesita más trabajo para establecer este concepto como tratamiento estándar.

El hipotiroidismo se trata con Levotiroxina (T4), disponible en forma pura, es estable y barata. Dentro de la célula, la Levotiroxina se convierte en T3, de

esta manera ambas hormonas están disponibles aunque se administre una.

Dosis de Levotiroxina: la dosis de remplazo de Levotiroxina en adultos va de 0.05 a 0.2 mg/día, con media de 0.125 mg/día. La dosis de Levotiroxina varía de acuerdo a la edad del paciente y su peso corporal (cuadro 7-9). Los niños pequeños requieren una dosis alta de Levotiroxina comparada con la de los adultos. En éstos, la dosis media de remplazo de T4 es de más o menos (1.7ug/kg/día) (0.8ug/lb/día). En los adultos tal dosis es menor, cerca de (1.6ug/kg/día) (0.7ug/lb/día). Para la supresión de TSH en pacientes con bocio nodular o cáncer tiroideo, la dosis promedio de tiroxina es en aproximación de (2.2ug/kg/día) (1ug/lb/día). Los estados de malabsorción o de administración concomitante de preparaciones de aluminio o colestiramina, modificarán la absorción de T4 y en estas personas pueden necesitarse dosis mayores de ella.⁴¹

⁴¹ GRENSPAN 1998 Op. cit. P.264

En la mayoría de los pacientes, el hipotiroidismo es una situación permanente y precisa de un tratamiento de por vida, el objetivo del tratamiento es restaurar el estado autiroideo. Si no se trata, se asocia a una alta tasa de morbilidad y mortalidad.

Ante un diagnóstico de hipotiroidismo primario se debe de iniciar sustitución con hormonas tiroideas (Levotiroxina) con administración vía oral, la Levotiroxina se absorbe en un 80% y su vida media plasmática es de 6-7 días. Con la administración de una sola dosis al día se obtienen niveles de sangre constante T4 T3.

Esta dé lugar a oscilaciones limitadas de los niveles plasmáticos de hormonas, la dosis es ajustada según la respuesta clínica.

Aunque la glándula tiroides también produce liotironina (T3), no es preciso administrarla, excepto si es necesaria una reposición urgente; como en el caso del coma mixedematoso; la liotironina se forma por metabolismo de la T4 circulante (17).

Los preparados de tiroides pueden producir hipotiroidismo, palpitaciones, taquicardia, diarrea, pérdida de peso, arritmia cardiaca, aumento de la sudoración, fiebre y debilidad muscular.

Están contraindicados en caso de infarto de miocardio y de insuficiencia suprarrenal no compensada. Durante la gestación es preciso mantener el tratamiento con Levotiroxina, a menudo hay que ajustar la dosis.

Antes de iniciar el tratamiento de una enfermedad de la glándula tiroides, es preciso hacer un diagnóstico preciso y averiguar la causa.

El objetivo del tratamiento es alcanzar y mantener un estado eutiroides; hay que vigilar regularmente la función tiroidea.

Con T4 libre baja iniciar tratamiento por hipotiroidismo manifiesto iniciar sustitución de tiroxina 1.6-1.8 mg/kg/día o dosis de 25mg diarios por 2 semanas con reevaluación para incremento de dosis cada 2-4 semanas hasta llegar al eutiroidismo clínico y bioquímico.

Repetir pruebas de función tiroidea 8-12 semanas después de inicio de tratamiento.

Existen ciertos medicamentos: colestiramina, sucralfato, antiácidos que contienen aluminio, sulfato ferroso, calcio que interfieren con la absorción de la Levotiroxina.

Indicar que la Levotiroxina sea ingerida en ayuno y lejos de los horarios de los medicamentos mencionados previamente.⁴²

La Levotiroxina tiene un efecto semejante a la hormona natural de la tiroides, se transforma en T3 en los órganos periféricos y al igual que la hormona endógena, desarrolla su acción en los receptores T3, y el organismo es incapaz de diferenciar entre Levotiroxina endógena y exógena.

Esta medicina es un reemplazo hormonal, usualmente recetado a pacientes con problemática de la tiroides, específicamente hipotiroidismo. También a sujetos con bocio o agrandamiento de la glándula tiroides.

⁴² Arguello V. Op Cit p36

La Levotiroxina por vía oral se absorbe exclusivamente en el duodeno, pudiendo ser superior a un 80%, el tiempo máximo de absorción no supera las 8 hrs.

Tras la ingesta, su acción a los 3-5 días, la unión de Levotiroxina a las proteínas transportadoras específicas es muy elevada aproximadamente 99% y como enlace proteína-hormona no es covalente, la hormona logra intercambiarse continua y rápidamente con la fracción de hormona libre.

Debido a la elevada unión proteica, la Levotiroxina no se elimina por hemodiálisis ni por hemoperfusión. La vida media plasmática de la Levotiroxina es mayor de 9-10 días, el volumen de distribución es de alrededor de 10-12 L. el hígado tiene 1/3 de la Levotiroxina extratiroidea total, que es rápidamente intercambiable con la Levotiroxina sérica.

Las hormonas tiroideas se metabolizan principalmente en el hígado, riñón, cerebro y músculo. Los metabólicos se excretan por orina y por heces, la

aclaración metabólica total de Levotiroxina es de 1.2 L plasma (2.12).⁴³

El tratamiento combina con la psicoterapia que es fundamental con el tratamiento farmacológico, Ansiolíticos (benzodiazepinas y antidepresivos). En las crisis de angustia el tratamiento e Imipramina o Clororimipramina.⁴⁴

El tratamiento farmacológico incluye la utilización de Psicoterapia Cognitiva.⁴⁵

Complicaciones:

Efectos Secundarios de Levotiroxina.

Los sistemas más afectados en una intoxicación por T4 son el cardiovascular, Sistema Nervioso Simpático y gastrointestinal. Los síntomas aparecen desde unas horas postingestual hasta varios días después.

Las manifestaciones clínicas pueden ser muy diversas, destacando entre las más graves; arritmias cardíacas, infarto de miocardio, crisis de Hipertermia,

⁴³ Ibídem. P 37

⁴⁴ González, M. Op Cit p14

⁴⁵ Jurado, CS. Op Cit p 4

hemiparesia, psicosis aguda y coma. A pesar de detectarse niveles plasmáticos elevados de T4 plasmáticos, hay pacientes que no presentan sintomatología.

Se ha descrito un caso de fallecimiento durante el periodo de disminución de los niveles hormonales, a pesar de tener cifras diarias levemente elevadas.⁴⁶

Es de vital importancia conocer el manejo terapéutico del paciente con ingesta accidental o voluntaria de elevadas dosis del fármaco, por su elevada morbimortalidad.

La utilización de β –bloqueadores y las técnicas de descontaminación gastrointestinal son mencionadas por múltiples autores. Otras opciones también descritas son el ácido iopanoico, el propiltiouracilo, diltiazem, fenotiacina, clorpromacina, fenobarbital, esteroides y colestiramina.

Los factores que determinan la agresividad terapéutica son:

⁴⁶ Arguello, V. Op. Cit p 38

1. Estimación de la dosis ingerida.
2. Tiempo transcurrido desde la ingestión hasta el inicio del tratamiento.
3. Asociación de la intoxicación con otros fármacos.
4. Edad del paciente y enfermedades de base, la primera medida terapéutica

en pacientes conscientes es el lavado gástrico y administración de carbón activado, así como el control de las constantes vitales.

Existen una serie de situaciones que indican un tratamiento más enérgico:

1. Síntomas o signos severos como por ejemplo una arritmia cardíaca o
de la frecuencia cardíaca por encima de 120 latidos por minutos.
2. Enfermedad cardiopulmonar base.
3. Ingestión de más de 5mg de T4.

4. Edad avanzada.⁴⁷

5. Niveles de T4 superiores a 50ug/dL. Aunque el paciente se encuentre

Asintomático es necesario mantener la vigilancia en un centro médico

Durante al menos cinco días, dado que las manifestaciones más graves

Pueden aparecer incluso 72 horas tras la ingesta.

Durante la estancia hospitalaria se realizarán diariamente electrocardiogramas, controles de temperatura, frecuencia cardíaca y niveles hormonales.

El propranolol, es el fármaco de elección ante la presencia de taquicardia, hipertensión arterial sistólica o temblor.

La pauta utilizada es de 10-80 mg por vía oral cada tres horas, o 1-3 mg cada cuatro horas por vía

⁴⁷ Ibídem p 40

endovenosa. En las situaciones clínicas donde este está contraindicado este fármaco, la alternativa es el diltiazem entre 30-60 mg por vía oral o 0.25 mg/kg por vía intravenosa en bolo y posteriormente 5-10 mg/h en perfusión continua. Existen una serie de fármacos como propiltiouracilo, ácido iopanoico, amiodarona y esteroides, que actúan inhibiendo el paso T3-T4 pero no está claramente demostrada su utilidad en el caso T4 de procedencia exógena. La colestiramina, actúa a nivel de intestino delgado donde se une a los ácidos biliares y colesterol, interrumpiendo su circulación enterohepática.

La intoxicación por Levotiroxina no es frecuente, siendo el grupo de edad con mayor prevalencia, la edad pediátrica. La dosis tóxica no está clara, dosis por debajo de 5 mg de Levotiroxina, no suele asociarse a la aparición de síntomas. Los sistemas más afectados en una intoxicación por T4 son el cardiovascular, Sistema Nervioso Simpático y gastrointestinal.

Los síntomas aparecen desde unas horas postingesta, hasta varios días después. En las horas

posteriores a la ingestión de Levotiroxina, los niveles de T3 y T4 no reflejan la severidad del cuadro clínico, no obstante la monitorización hormonal es importante para dirigir la agresividad terapéutica y marcar el pronóstico del cuadro. Por ello, se deben realizar controles diarios de T3. T4. También son necesarias realizar determinaciones cada 4 horas de temperatura, tensión arterial y frecuencia cardiaca para controlar posibles complicaciones.

Los efectos mejor estudiados son los cardiovasculares, entre ellos podemos destacar como más frecuente, la taquicardia sinusal, palpitaciones, hipertensión sistólica y aumento de la contractilidad miocárdia.

Entre los de mayor gravedad se han descrito casos de infarto agudo de miocardio, hipotensión y colapso vascular. La arritmia cardíaca que es más frecuente es la taquicardia sinusal.

En las manifestaciones neurológicas destaca hiperactividad simpática. Los pacientes manifiestan ansiedad, midriasis, temblor, diaforesis y hiperreflexia.

También se han descrito hemiparesia, parálisis periódica, psicosis aguda, convulsiones y coma.

La diarrea y los vómitos son los síntomas predominantes en la afectación del sistema gastrointestinal. La literatura refiere también la presencia de dolor abdominal intenso.

Otros síntomas descritos son neumonía, miopatía, fracaso renal agudo y sepsis así como hipertermia pérdida de peso y descamación palmar y plantar en un caso. En los niños los síntomas más frecuentes son irritabilidad, vómitos, diarrea, fiebre, insomnio, diaforesis, flushing, taquicardia y leucocitosis.

Diagnóstico de intoxicación.- En las horas posteriores a la ingestión de Levotiroxina los niveles de T3 y T4 no reflejan la severidad del cuadro clínico, no obstante la monitorización hormonal es importante para dirigir la agresividad terapéutica y marcar el pronóstico del cuadro. Por ello, se deben realizar controles diarios de T3, T4 y TSH.

También son necesarias realizar determinaciones cada 4 horas de temperatura, tensión arterial y

frecuencia cardíaca para controlar posibles complicaciones.

El diagnóstico diferencial se debe realizar en caso de duda o imposibilidad de historiar del paciente con las siguientes entidades:

- Enfermedades asociadas a hiperactividad del Sistema Nervioso Simpático:

Traumatismos, infecciones y hemorragias.

La utilización de β -bloqueadores y las técnicas de descontaminación gastrointestinal son mencionadas por múltiples autores. Otras opciones también descritas son el ácido iopanoico, el propiltiouracilo. Incrementan el metabolismo de tiroxina rifampicina, warfarina, fenobatibal, carbamacepina, hipobluceantes orales.⁴⁸

⁴⁸ Ibídem p 42

CRISIS TIROTÓXICA. El cuadro clínico de la crisis o tormenta tirotoxicosa se caracteriza por un aumento vertiginoso de todos los signos y síntomas de tirotoxicosis.⁴⁹

Crisis tirotóxica

La crisis tirotóxica (tormenta tiroidea) requiere tratamiento intenso. El propranolol, 1 a 2 mg por vía intravenosa lenta, o 40 a 80 mg cada seis horas por vía oral, ayuda a controlar las arritmias. En presencia de insuficiencia cardíaca grave o asma y arritmia, puede ser eficaz la administración de verapamil a dosis de 5 a 10 mg por vía intravenosa y con precaución.⁵⁰

Hipotiroidismo endógeno y exógeno. Entre los primeros se incluyen enfermedades como el bocio multinodular tóxico, enfermedad de Graves Basedow y tiroiditis. Entre los

⁴⁹ HARRISON et. Al. Op Cit p 274

⁵⁰ GREENS PAN F.S. Op Cit p 274

exógenos destacamos la ingesta de fármacos como amiodarona, litio, preparados hormonales e interferón fármacos como salicilatos, cocaína, anfetaminas, nicotina y antidepresivos tricíclicos.⁵¹

⁵¹ GAUNTLETT, B.P. Principals and Practice of Adult Health nursing Second Edition Ed Mosby 1994 p 1688