



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST
OPERADOS DE TIROIDECTOMÍA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DEL HOSPITAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN EN EL AÑO 2016”**

Presentado por:

Elena Tacuri Ñaupari

Trabajo Académico desarrollado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Especialista de Enfermería en
Cuidados Quirúrgicos

Docente asesor:

Dra. Juana Maria Marcos Romero

Chincha, Ica, 2016

INDICE

INTRODUCCION

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMATICA

1.1.1 Problema Principal

1.1.2 Problemas Específicos

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACION (FORMULACION DEL PROBLEMA)

1.3.1 Problema principal

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo General

1.4.2 Objetivo Especifico

1.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

1.5.1 Hipótesis General

1.5.2 Hipótesis Secundaria

1.5.3 Identificación y clasificación de variables e identificadores

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

1.6.1 Tipo de Investigación

1.6.2. Nivel de Investigación

1.6.3. Método

1.7 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

1.7.1 Población

1.7.2 Muestra

1.8 TÉCNICA Y RECOLECCION DE DATOS

1.8.1 Técnicas

1.8.2 Instrumentos

1.9 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Problema

2.2. Bases Teóricas

2.3. Definición de Términos Básicos

CAPÍTULO III: PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Se ha reconocido que los cuidados son un elemento central de la práctica enfermera, pero quizás nunca ha sido más importante que hoy día. En enfermería la dedicación es fundamental para el cuidado, cuando acaba la dedicación acaba el cuidado, el cuidado se desarrolla en un proceso de superar obstáculos y dificultades y la base de la dedicación es el valor agregado que se le reconoce al profesional de enfermería dados de ese cuidado, sobre todo cuando ese cuidado es ofrecido a pacientes post operados mediatos e inmediatos.

En el que el profesional de enfermería realiza la valoración integral del paciente y su vigilancia continua con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional iniciando la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno incluyendo la orientación de los familiares dando una atención con calidad y calidez durante el post operatorio inmediato y mediato en el proceso de hospitalización, a fin de otorgar los cuidados de enfermería que contribuyen en la recuperación del paciente post operado de Tiroidectomía.

El nódulo tiroideo es una alteración que se presenta frecuentemente en consulta de cirugía de cabeza y cuello, dicho padecimiento puede derivar en un tratamiento hormonal (TSH) o quirúrgico (tiroidectomía) este último sugiere ser una de las técnicas más novedosas, donde se pueden presentar diversas complicaciones como: hemorragia, hipocalcemia transitoria, parálisis de la cuerda vocal y disfonía, además, de riesgos inherentes, con especial énfasis en la lesión de los nervios laríngeos: recurrente y superior, asociado a alteraciones de la voz en el postoperatorio.

No obstante, estos efectos y los avances en ciencia médica, aún se realizan tiroidectomías totales como una opción terapéutica, para este tratamiento se requiere de un profesional de enfermería quirúrgica que utilice el método científico, como herramienta necesaria para perfilar e identificar problemas o necesidades, que pueden tener repercusiones importantes en el estado de salud general del paciente, con la finalidad de implementar cuidados, e integrar los diagnósticos de enfermería, acordes a las problemáticas como, ansiedad, inquietud, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, depresión, impacto de la imagen corporal y secuelas psicológicas durante el pre y post operatorio.

Así también, en el periodo post operatorio inmediato se lleva a cabo una evaluación del estado general del paciente post operado de acuerdo a protocolos de valoración que incluyen: valoración de la actividad respiratoria, muscular, circulación, conciencia, coloración de la piel

y funciones vitales, que son parámetros de la escala de Aldrete y son muy importantes para la valoración de los signos post anestésicos; de esta manera estos protocolos de valoración ayudan a proporcionar una base estable, permitiendo así brindar cuidados individualizados de calidad.

El trabajo de investigación se describe de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1.1 Problema principal

Cuidados de enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2016.

1.1.2 Descripción del problema

De acuerdo con información del Ministerio de Salud (MINSa), en los últimos años se ha triplicado el número de casos de cáncer de tiroides en el país, al pasar de un promedio de 4.7 a 15.2 casos por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, la tasa de mortalidad se ha mantenido, sobre todo debido al aumento del diagnóstico de dicha patología en todo el mundo.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) indica que esta neoplasia es la tercera más común en mujeres en Perú, luego del cáncer de mama y de cuello uterino. De acuerdo con Miluska Huachin, médico endocrinólogo, miembro de la Sociedad Peruana de Endocrinología y de la Sociedad Latinoamericana de Tiroides, la sospecha de cáncer de tiroides se inicia con la aparición de un nódulo tiroideo, usualmente sin generar dolor alguno, y que puede permanecer sin variación por mucho tiempo.

Por otro lado, el especialista resalta que, en el 98% de los casos cuando el cáncer se detecta de forma temprana, al estar localizado sólo en la tiroides, el pronóstico de vida de los pacientes es favorable con una supervivencia de 5 años. En menor porcentaje tiene un curso agresivo, sobre todo aquellos que tienen un crecimiento rápido, en estos casos el pronóstico no es bueno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca hoy la necesidad de aumentar los servicios de tratamiento del cáncer en los países de ingresos bajos y medianos. La OMS advierte que, de continuar las tendencias actuales, habrá un aumento de 60% de los casos de cáncer en el mundo en el transcurso de los próximos dos decenios. El aumento mayor (81%) en el número de casos nuevos tendrá lugar en los países de ingresos bajos y medianos, donde las tasas de supervivencia actualmente son las más bajas.

Esto se debe en gran medida a que dichos países han dedicado sus limitados recursos en el ámbito de la salud a la lucha contra las enfermedades infecciosas y al mejoramiento de la salud materno infantil, al tiempo que los sistemas de salud no cuentan con la capacidad para la prevención, el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento adecuados de las personas con cáncer. En el 2015, más de 90% de los países de ingresos altos informaron que disponían de sistemas integrales de tratamiento para el cáncer en el sistema de salud pública, en tanto que menos de 15% de los países de ingresos bajos cuentan con esos sistemas.

La tiroidectomía es una de las cirugías más comunes del servicio y demanda atención de Enfermería oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, utilizando los procesos de calidad relacionados con el cuidado de enfermería en beneficio del asegurado.

Para ello desarrollaremos un plan de cuidados.

1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

1.2.1 Delimitación Espacial

Esta investigación está comprendida en la Región Lima, Provincia de Lima, Distrito de la Victoria

1.2.2 Delimitación Temporal

Esta investigación es de actualidad, por cuanto el tema de nivel de conocimiento es vigente.

1.2.3 Delimitación Conceptual

Esta investigación abarca un aspecto fundamental como es el cuidado de enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACION

1.3.1 Problema Principal

¿Cuidados de enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2016?

1.3.2 Problemas Específicos

- ✓ ¿Cuál es la situación actual de morbilidad y mortalidad de pacientes post operados de tiroidectomía?
- ✓ ¿Cuáles son y en qué consisten los procedimientos de enfermería aplicados a los pacientes post operados de tiroidectomía?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los cuidados que debe brindar a los pacientes post operados de tiroidectomía?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo General

Determinar los cuidados de enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Recuperar la función normal del paciente post operado lo más pronto como sea posible y brindar comodidad y confort para su pronta recuperación.
- b) Identificar el nivel de conocimiento de los cuidados de enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía
- c) Identificar los factores de riesgo post operatorios Identificar las necesidades del paciente y familia
- d) Identificar el nivel de conocimiento del familiar acompañante en el manejo de complicaciones del paciente

1.5 HIPOTESIS

1.5.1 Hipótesis general

A mayor conocimiento de los cuidados de enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía mayor colaboración en su recuperación.

1.5.2 Hipótesis Secundaria

A mayor cuidado, mayor será la recuperación del paciente

A menor cuidado, menor será la recuperación del paciente

1.5.3 Identificación y clasificación de variables e identificadores

Variable Independiente: Acciones en el cuidado de enfermería post-quirúrgicos en tiroidectomía total

Variable Dependiente: Complicaciones en el post-quirúrgico

CRITERIO DE SELECCIÓN:

Criterio de inclusión:

- Pacientes operados de tiroidectomía
- Licenciadas que trabajen en el servicio de cirugía de cabeza y cuello
- Licenciadas que deseen para participar en la investigación.

Criterio de exclusión:

- Pacientes que no hayan sido operados de tiroidectomía
- Licenciadas que no den su consentimiento para su participación.
- Pacientes que no trabajen en servicio de cirugía de cabeza y cuello

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	Categoría	Variable global
CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE TIROIDECTOMIA	Abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependeran del estado y gravedad del sujeto	-Trato Respetuoso.	-Es la atención que se brinda respetando al paciente como un ser humano.	-Lo saluda. -Trata con respeto. -Lo llama por su nombre.	Favorable	86-90
		-Tranquilidad.	-Estado de bienestar, favoreciendo a su recuperación.	-Se toma unos minutos. -Uso un tono suave de voz.	Medianamente favorable	78 -85
		-Relación	-Es el lazo que existe entre enfermera y paciente, para poder interactuar.	-Demuestra confianza. -Acude a su llamado.		
		-Conocimiento y Habilidades	-Conjuntos de conocimientos científicos y destrezas adquiridas en el desarrollo profesional.	-Explica al momento de ad. Medicamentos y procedimientos.	Desfavorable	30-77
		-Empatía.	-Ponerse en el lugar del paciente y sentir sus emociones, dolores al interactuar.	-Se muestra atenta y solidaria.		

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

1.6.1 Tipo de Investigación

Es un estudio descriptivo de corte transversal

1.6.2. Nivel de Investigación

El tipo de estudio es descriptivo correlacional, de acuerdo con pineda, E, Alvarado, E. y canales, F. (2007), quienes expresan que los estudios descriptivos “están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudian en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (incidencia o prevalencia), y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno”.

1.6.3. Método

Cuantitativo

1.7 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

1.7.1 Población

En esta investigación no se trabajó con población solo una muestra integrada por un total de 30 profesionales de enfermería, quienes en el hospital Guillermo Almenara Iriguren en los diferentes turnos de trabajo.

1.7.2 Muestra

Total de 30 profesionales de enfermería

1.8 TECNICA Y RECOLECCION DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Método de recolección de datos será la encuesta de 25 preguntas para conocimiento

1.8.2 Instrumentos

El instrumento un cuestionario

1.9 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

El estudio se justifica porque va a proporcionar a la Institución datos que permitan incrementar mejoras y generar cambios en la labor profesional enfocando el cuidado de enfermería hacia las necesidades del paciente postoperado teniendo

en cuenta sus expectativas, percepciones, y a su vez identificando las posibles debilidades del cuidado de enfermería percibidas por el paciente en la etapa postoperatoria.

Así mismo debido al incremento de cirugías en cirugía de cabeza y cuello, según los reportes brindados por el servicio; ya sea de diversas causas como: tiroidectomía, disección cervical total, hemiparatiroidectomía, etc. Esta investigación identificará la percepción del paciente sometido a cirugía, en relación al cuidado de enfermería en la etapa postoperatoria.

Es importante que los profesionales de la salud involucrados informen y eduquen a los pacientes y familias la necesidad de prevenir y los pacientes contribuir a una calidad de vida mediante un plan de trabajo para su recuperación.

En el periodo 2010-2012, se diagnosticó en Lima Metropolitana 1.994 casos nuevos de cáncer de tiroides, y representó 3.3% de todas las neoplasias malignas con una tasa de incidencia estandarizada de 7,0 por 100.000 habitantes. 83.0% de los casos fueron en mujeres, con una TEE de 11,0 por 100.000 y fue la cuarta neoplasia maligna más frecuente. Se registró 214 muertos por cáncer de tiroides entre los años 2013 y 2015, correspondiéndole una tasa de mortalidad de 0,8 por 100.000 habitantes.

Cáncer de tiroides puede presentarse a cualquier edad y la frecuencia más alta se presentó entre los 45 y 59 años. Asimismo, el riesgo acumulado a los 74 años para hombres fue de 0,29%(1 de cada 339) y para mujeres 1.11% (1 de cada 90). La verificación histológica fue de 94%. Por ello la finalidad del proyecto de investigación es retroalimentar al personal de enfermería sensibilizándolos al momento de brindar el cuidado a los pacientes sometidos a cirugía, por otro lado servirá como una referencia bibliográfica para la realización de futuros trabajos de investigación referente al tema y a la elaboración de guías de procedimientos de atención de enfermería. Recordando que el hospital Guillermo Almenara es un hospital docente que brinda muchas facilidades a los alumnos para la realización de investigaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

ANTECEDENTES NACIONALES

PEZO D y RÍOS AC. (2012), en el estudio “Satisfacción del paciente postoperado con la atención de enfermería en el servicio de cirugía del hospital II-2 MINSA Tarapoto. junio-agosto, PERÚ 2012”. El presente estudio fue de tipo descriptivo simple, prospectivo, transversal. Se realizó con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del paciente postoperado con la atención de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital II - 2 MINSA Tarapoto. Con una población de 46 pacientes post operados, se empleó como instrumento la entrevista utilizando un cuestionario tipo escala Likert con 35 ítems. Los hallazgos obtenidos en esta investigación son que la mayoría de los pacientes 69.6% se sienten parcialmente satisfechos, 21.7% se sienten satisfechos, 8.7% se sienten insatisfechos con la atención de enfermería. Con respecto a las características sociodemográficas de los pacientes pos-operados con la atención de enfermería se concluye que la mayoría de los pacientes son adultas maduras 56.5% con edades entre 37 a 47 años 26.1%, primaria incompleta 34.8%, de zonas rurales 28.3%, casadas 34.8 %, que tienen 3 días de hospitalización 39.1% y 2 días postoperatorios 39.1%, es decir que la mayoría han sido operadas al siguiente día de ser hospitalizadas.

GONZALES ORÉ, MAYRA A. (2013), se realizó una investigación sobre la “Percepción del paciente sometido a cirugía oftalmológica acerca del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de cirugía de día en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Del 100% (80), 53% (42) tienen una percepción medianamente favorable, 33% (14) favorable y 14% (11) desfavorable. La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía oftalmológica tienen una percepción de medianamente favorable a favorable referido a que la enfermera lo saluda y lo llama por su nombre, lo que le comunica confidencialmente no lo divulga, le presta atención cuando le habla, lo trata con respeto en un ambiente limpio y ordenado, usa un tono de voz suave, cuando llama a la enfermera acude a su llamado, le orienta para que participe en sus cuidados, lo cuida en todo momento

desde su ingreso hasta el alta, maneja los equipos con habilidad, cuida de su intimidad durante el preoperatorio y la enfermera les dedica tiempo a sus familiares sobre la intervención.

CAMPOS et al. (2014), Se realizó un estudio sobre “Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo”, tuvo como objetivo general determinar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante la fase perioperatorio en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. La experiencia tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; como instrumento se usó la ficha de observación, con los datos obtenidos se aplicó la estadística descriptiva. Los resultados fueron los siguientes: En la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 37%, en la fase transoperatoria que el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es de 63%, en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es de 70%. Se concluye que el promedio de la fase Perioperatoria es 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico.

MIRANDA MENDOZA N.(2014)en su estudio titulado “ Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato en la unidad de Recuperación post anestesia Hospital III Daniel Alcides Carrión- Tacna”, teniendo como objetivo Determinar el nivel de Satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el postoperatorio inmediato, se planteó un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal sobre una muestra de 152 pacientes que fueron atendidos durante el mes de noviembre, el instrumento que se utilizó fue la entrevista al usuario y hoja de observación, teniendo como resultado que el nivel de satisfacción del paciente es completa en un 48,03% y un 17.11% se encuentra en un nivel de Insatisfacción.

MORALES, R. y cols. (2015) Chiclayo. Realizaron un estudio sobre las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato. Hospital I Naylamp Es

Salud - Chiclayo 2014, realizaron un estudio sobre los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato: estudio transversal, concluyeron que el cuidado se centra en el sistema respiratorio y cardiovascular. Hubo asociación entre la gran demanda de pacientes y la no utilización de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, los cuidados no son ofrecidos de forma integral, así mismo que los enfermeros tienen dificultades para utilizar la Sistematización de la Asistencia de Enfermería.

RAMÍREZ I. B.T. (2015) Lima. "Nivel de satisfacción del paciente Post operado sobre el cuidado de enfermería en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015". El presente estudio tiene como objetivo el nivel de satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en los Servicios de Cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015. Material y Método: El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 100 pacientes, teniendo como muestra a 49 pacientes post operados. La técnica que se utilizó fue 24 la encuesta y el instrumento una Escala de Likert. Resultados: Del 100% (30), 60% (18), 53.1% (26) es medio satisfecho, 24.5% (12) satisfecho y 22.4% (11) insatisfecho, respecto al trato, 53.1% (26) es medio satisfecho, 30.6% (15) insatisfecho y 16.3% (8) satisfecho; según la disponibilidad, 38.8% (19) es medio satisfecho, 32.6% (16) satisfecho y 28.6% (14) insatisfecho, acerca de la continuidad del cuidado, 85.7% (42) es medio satisfecho, 8.2% (4) satisfecho y 6.1% (3) insatisfecho, y en relación al resultado del cuidado, 57.1% (28) es medio satisfecho, 26.5% (13) insatisfecho y 16.3% (8) satisfecho. Conclusiones: El nivel de satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en los Servicios de Cirugía del HNAL está medio satisfecho con la continuidad del cuidado y el trato recibido; en cambio un considerable porcentaje está satisfecho con la disponibilidad brindada por la enfermera; y un mínimo porcentaje está insatisfecho con el resultado del cuidado.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

HINOJOSA (2013) En su estudio en donde estudio la ansiedad en la etapa preoperatoria del paciente. El objetivo de esta investigación fue evaluar la importancia de la visita nocturna del personal enfermero en el dominio de la cirugía y el dominio de la influencia sobre el estado de ánimo y la ansiedad que presentan en el momento los pacientes a la hora de su admisión en esta casa de salud y de poder aplicación de un tríptico, de cada patología, las informaciones necesarias para reducir el grado de ansiedad, después de la cirugía y observar los resultados en el período postoperatorio. Se trabajó con personal a enfermería con un total de 30 personas y una población de 70 pacientes. Llegando a concluir que, en la etapa preoperatoria, la atención no se apoya sobre el aspecto emocional del paciente, esto que es debido a la falta de personal que trabaja en la sala de cirugía y en la ausencia de trabajo en equipo. Las enfermeras afirmaron que el tiempo es un límite, motivo por el cual debe de ser capaces de utilizar este momento para neutralizar la ansiedad de los pacientes. Las enfermeras creen que cuidados completos deben ser abastecidos a todos los pacientes que entran en la sala de operaciones, pero debido a su falta de conocimientos en la gestión del PAE, no pueden solucionar los cuidados emocionales que presentan los pacientes.

DUCHE CÁLIZ J y colaboradores (2014), Ecuador. En su estudio titulado “Intervenciones de enfermería en las etapas pre y post quirúrgicas en usuarios con diagnóstico de apendicitis aguda la ciudad de Latacunga-Ecuador” , teniendo como objetivo determinar las Intervenciones de Enfermería en las etapas pre y post quirúrgicas en usuarios con diagnóstico de Apendicitis Aguda se planteó un estudio transversal sobre una muestra de 21 personales de enfermería, dentro de los resultados que si hay conocimientos de la mayor parte del personal de enfermería encuestado sobre las intervenciones en la etapa pre y post operatoria, cabe destacar que el cumplimiento de las actividades no las están realizando a cabalidad, la atención es generalizada y no se estarían supliendo las necesidades individuales de cada persona con diagnóstico de apendicitis aguda. Además se determinado que el personal de enfermería no aplica debidamente las intervenciones de enfermería, ni los cuidados ya sea por desactualización,

descuido o falta de tiempo para cumplir con las actividades, lo que estaría retrasando la recuperación del usuario con diagnóstico de Apendicitis Aguda.

JIMÉNEZ V, PAZMAY G, MORENO G, MARTÍN (2015) Ecuador. En un estudio titulado "Calidad De Atención De Enfermería En Pacientes Post-Quirúrgicas Servicio Gineco –Obstétrico Hospital General Provincial Docente Ambato Periodo Julio A Septiembre 2015", cuyo objetivo es Diseñar una guía de atención de enfermería del servicio Gineco –Obstétrico para elevar la calidad de atención de Enfermería en pacientes post-quirúrgicas del Hospital General Docente Ambato en el Periodo Julio a Septiembre 2015. Los resultados encontrados fueron: la calidad de atención que reciben las usuarias durante su estancia en el servicio de Gineco- Obstetricia, no son ejecutadas de tal manera que se logre brindar una atención de calidad, ya que existen diferentes actos como el no prestar interés a sus problemas y necesidades, la falta de cordialidad, la discriminación, la mala interacción paciente- enfermera y la falta de educación y apoyo, que impiden a la usuarias se encuentre muy satisfechas. Se concluye que el 90% de las usuarias encuestadas se sienten insatisfechas con la atención recibida por parte del profesional de Enfermería. Garantizar una atención de calidad es deber del profesional de enfermería, pero se pudo evidenciar que existen factores externos como la falta de personal suficiente para abastecer la demanda de pacientes, la falta de recursos materiales y las instalaciones deficientes que les impiden brindar una atención adecuada, generando insatisfacción tanto en los profesionales que 10 laboran en el servicio como de las usuarias. También se concluye que existe gran parte de profesionales que brindan una atención rutinaria catalogado por las usuarias, olvidándose del lado humanitario, por lo que es necesaria una reflexión permanente sobre los 93 valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas que orienten la objetivación del bien interno. Sin duda, tal reflexión estimula las acciones y orienta el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo, como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien cuidar con calidad y calidez las necesidades del usuario.

SERRA, M. y cols. (2015), Brasil. Realizaron un estudio sobre los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato: estudio transversal, concluyeron que el cuidado se centra en el sistema respiratorio y cardiovascular. Hubo asociación

entre la gran demanda de pacientes y la no utilización de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, los cuidados no son ofrecidos de forma integral, así mismo que los enfermeros tienen dificultades para utilizar la Sistematización de la Asistencia de Enfermería.

LAURA, E. (2016), Puerto Maldonado. En su tesis “Satisfacción del paciente post- operado con el cuidado del profesional de enfermería del hospital santa rosa de Puerto Maldonado – 2016” encontró en la dimensión técnica científica, que el 72,7% de los pacientes pos-operados están satisfechos, seguido de un 23,6% están medianamente satisfechos y el 3,6% están muy satisfechos. En la dimensión humana el 56,4% están satisfechos, el 25,5% están muy satisfechos, seguido del 16,4% están medianamente satisfechos y el 1,8% están insatisfechos con el cuidado que brinda la enfermera. En la dimensión entorno se halló que el 65,5% de los pacientes post operados están satisfechos, el 18,2% están medianamente satisfechos y el 16,4% están muy satisfechos. La enfermera logra un nivel de satisfacción en los pacientes; mas no logra una satisfacción excelente (muy satisfecho).

OLIVETY (2015) realizó en Venezuela un estudio titulado “Satisfacción del paciente pos operado y el cuidado de Enfermería recibido”, el estudio fue del tipo descriptivo; cuyo objetivo fue determinar la relación entre: la satisfacción del paciente pos operado, en sus factores: orientación e interacción enfermera-paciente y cuidados de la enfermera, recibido en sus factores: movilización e higiene y confort, el estudio se realizó en el Hospital “Dr. Carlos Edmundo Salas” de Pueblo Llano. El estudio se realizó sobre una muestra al azar de 40 pacientes, cuyos datos fueron recogidos a través de un instrumento constituido por tres partes: la primera parte midió datos demográficos, la segunda midió la variable satisfacción del paciente post-operado, construida en escala tipo Likert y la tercera midió la variable cuidados de enfermería recibidos construida en escala dicotómica. Los resultados obtenidos reflejaron la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio, la inexistencia de una relación entre la satisfacción del paciente pos operado, orientación e interacción enfermera paciente y cuidados de la enfermera y sus factores. El autor concluyó que los pacientes no se sintieron satisfechos con los cuidados que fueron

proporcionados por el personal de enfermería, lo cual evidenció una inadecuada atención.

2.2. BASES TEÓRICAS

ANATOMÍA DE LA TIROIDES

La glándula tiroides es un órgano situado justo por debajo de la laringe y a ambos lados y por delante de la tráquea. Consta de dos lóbulos simétricos adosados a los lados de la tráquea y la laringe que están unidos entre sí por el istmo. La tiroides pesa de 15 a 30 gramos en el adulto sano, desde el punto de vista embriológico, de una proliferación del suelo de la faringe en la tercera semana. La formación desciende hasta alcanzar su situación definitiva, permaneciendo unida a su origen primitivo por el denominado conducto tirogloso. La parte distal de este conducto persiste en el adulto y puede crecer constituyendo el lóbulo piramidal.

Está recubierta en su porción anterior por los músculos infrahioides y lateralmente por el esternocleidomastoideo su cara posterior se fija a cartílago tiroides y traqueal, así como musculo cricofaríngeo. En la región posterior de cada uno de los cuatro polos se localiza las glándulas paratiroides. La glándula tiroides dispone de una rica vascularización, es irrigada por tres arterias: Arteria Tiroidea Superior es la primera ramificación de la Arteria Carótida Externa e irriga principalmente la parte superior de la glándula, Arteria Tiroidea Media proviene el tronco braquiocefálico y la Arteria Tiroidea Inferior es la rama principal de tronco tirocervical , que se deriva de la arteria subclavia y también se localiza tres venas principales que drenan la glándula tiroides y desembocan en la yugular interna : Vena tiroidea superior, vena tiroidea media y vena tiroidea inferior que desemboca en tronco venoso braquiocefálico

El flujo sanguíneo de la glándula es muy alto (4 a 6 ml/min/g) en relación a su tamaño, se localiza tres principales venas que drenan. La glándula tiroides está inervado por los sistemas adrenérgico y colinérgico, con ramas procedentes, respectivamente, de los ganglios cervicales y del nervio vago.

Esta inervación regula el sistema vasomotor y, a través de éste, la irrigación de la glándula. Una fina red de fibras adrenérgicas finaliza junto a las células tiroideas,

con las que conecta a través de receptores específicos, demostrando una acción directa en la regulación de la función tiroidea. Entre las relaciones anatómicas de la glándula merecen citarse las que se establecen con los nervios recurrentes y con las glándulas paratiroides, que el cirujano debe conocer con exactitud para evitar su lesión durante la cirugía tiroidea.

HORMONAS METABÓLICAS TIROIDEAS

Las hormonas tiroideas son determinantes para el desarrollo tanto mental como somático del niño y para la actividad metabólica del adulto. Existen dos tipos de hormonas tiroideas activas biológicamente: la tiroxina (T4), que corresponde al 93% de hormona secretada por la glándula tiroidea, y la 3, 5,3'-triyodotironina (T3). Ambas están compuestas por dos anillos bencénicos unidos por un puente de oxígeno, uno de los cuales tiene una cadena de alanina y otro un grupo fenilo. La diferencia entre ambas hormonas es que mientras T4 tiene 2 átomos de yodo en el anillo del grupo fenilo, la T3 tiene sólo uno 3,4. Existe también otra forma denominada rT3 (3,3',5' triyodotironina inversa) que no posee actividad biológica.

METABOLISMO DEL YODO:

Para formar una cantidad normal de tiroxina se precisan al año unos 50 mg de yodo (ingerido en forma de yoduros), o sea, unos 150mg/día en adultos. La cantidad necesaria es mayor en embarazadas, unos 220 mg/día, y en niños varía con la edad. Si las cantidades ingeridas son crónicamente inferiores aparece bocio (aumento del tamaño de la glándula). Lo mismo ocurre al ingerir sustancias que interfieren en la absorción gastrointestinal del yodo o bien en su utilización por la glándula denominadas bociógenos. Para evitar el déficit de yodo se ha añadido yoduro sódico a la sal común. Los yoduros ingeridos por vía oral se absorben desde el tubo digestivo hasta la sangre.

METABOLISMO DE LAS HORMONAS TIROIDEAS

Tiroxina (T4):

La producción de hormonas tiroideas se produce íntegramente en la glándula tiroidea y es de 100-130 nmoles/día. La reserva extratiroidea de T4 es de 1000-

1300 nmoles, la mayoría extracelular. La T4 se degrada un 10% al día. El 80% es desyodada, un 40% para formar T3 y el otro 40% para formar rT3. El 20% restante o bien se conjuga con glucurón y sulfato, o sufre desaminación o descarboxilación en la cadena de alanina formándose sus derivados acéticos y propiónicos respectivamente.

La formación de glucuronoconjugados y sulfatoconjugados de T3 y T4 tiene lugar principalmente en el hígado y en el riñón. En el caso del hígado son excretados por la bilis al intestino, en donde son hidrolizados, volviendo a ser absorbidos como T4 y T3, o eliminados como tales conjugados por las heces (circulación enterohepática). Esta vía es relativamente poco importante en el ser humano.

La vía más importante de metabolización de T4 y T3 es la desyodación en cascada de la molécula. La pérdida de un átomo de yodo en la posición 5' de T4 da lugar a la formación de T3, que es más activa biológicamente. Si la pérdida de yodo es en la posición 5 se forma rT3 (inactivación de la T4).

Triyodotironina (T3):

Más del 80% de T3 se produce por desyodación extratiroidea de T4 y el resto se forma directamente por la tiroides. La producción total de T3 es 45-60 nmoles/día. La reserva extratiroidea de T3 es de 75 nmoles, la mayoría intracelular. T3 se degrada mayoritariamente por desyodación a una velocidad mucho mayor que T4, un 75% al día.

REGULACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA

La existencia de una cantidad adecuada de hormona tiroidea en el organismo se regula a través del hipotálamo y de la adenohipófisis que controlan la secreción tiroidea. Estos mecanismos se explican a continuación:

La TSH, o tirotropina, es una hormona adenohipofisaria que aumenta la secreción de T3 y T4 por la glándula tiroidea. La TSH:

1. Eleva la proteólisis de la tiroglobulina, liberándose hormonas tiroideas a sangre.

2. Incrementa la actividad de la bomba de yoduro, que aumenta la captación de yoduro en las células glandulares y su concentración en el coloide.
3. Intensifica la yodación de la tirosina para formar hormonas tiroideas.
4. Aumenta el tamaño y la actividad secretora de las células tiroideas.
5. Eleva el número de células tiroideas.

TIROIDECTOMÍA

La tiroidectomía es la remoción parcial o total de la glándula tiroides indicada en pacientes con desordenes tanto funcionales como en el hipertiroidismo, neoplásicos e inflamatorios nombrando entre ellos tiroiditis de Hashimoto. Existen enfermedades carenciales como bocio endémico, que pueden llegar a afectar el proceso de deglución y respiración normal, aparte de la apariencia física, debido al aumento exagerado de tamaño de la glándula, lo que obliga a realizar este procedimiento.

TIPOS

Existen, algunos tipos de tiroidectomía que pueden ser utilizados con mayor preferencia dependiendo la patología a tratar:

Total: es la completa extirpación de la glándula, indicada principalmente en neoplasias malignas de la tiroides, además de ciertos tumores de laringe y cuello que pueden llegar a hacer metástasis en ella.

Subtotal o parcial: Intervención en la cual se retira parte de la tiroides pero no toda con el fin de no provocar cuadros futuros de hipotiroidismo, comúnmente se puede llegar a extraer del 90 al 95% de la glándula, está poco después de la cirugía comienza de nuevo a proliferar y poco a poco ir recuperando su función normal.

También se pueden encontrar otro tipo de clasificación que están englobadas dentro de la subtotal: la hemitiroidectomía, siendo esta la remoción de uno de los lóbulos y la istmectomía tiroidea que hace referencia a la sustracción del istmo glandular.

INDICACIONES

Un nódulo frío hace sospechar un cáncer de tiroides.

Enfermedad de Graves Basedow

Hipertiroidismo

Tumor maligno de tiroides

Tumor maligno de laringe o de cualquiera de la estructuras del cuello que la rodean

Tiroiditis de Hashimoto

Bocio

El cáncer tiroideo (también conocido como cáncer de tiroides) agrupa a un pequeño número de tumores malignos de la glándula tiroides que es la malignidad más común de sistema endocrino. Por lo general, los tumores malignos de la tiroides tienen su origen en el epitelio folicular de la glándula y son clasificados de acuerdo a sus características histológicas.

Los tumores diferenciados, como el carcinoma papilar o el carcinoma folicular, generalmente tienen buen pronóstico y son curables en casi todos los casos si son detectados en etapas tempranas. Los tumores no diferenciados, como es el carcinoma anaplásico el cual tiende a cursar con un peor pronóstico, tiene muy poca respuesta al tratamiento y tiene un comportamiento muy agresivo.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del cáncer de tiroides es de aproximadamente 9/100.000 por año y se incrementa con la edad (aproximadamente a los 50 años). Es infrecuente antes de los 20 años de edad, comprendiendo sólo el 1% de todos los tumores malignos ocurridos antes de los 18 años de edad, presentando un excelente pronóstico. Si aparece después de los 65 se asocian a un peor pronóstico.-El riesgo por sexo encuentra una mayor incidencia en mujeres que en hombres.

Otros factores de riesgo adicionales incluyen: radioterapia cervical en la niñez, tamaño nodular mayor o igual a 4 cm e invasión a los ganglios linfáticos y metástasis.

CAUSAS DEL CÁNCER DE TIROIDES

Radiación: Recientes estudios apuntan a la radiación externa como una causa importante en la génesis del cáncer tiroideo. Esta radiación externa aplicada antes de los 15 o 20 años aumenta.

TSH y yodo: Las concentraciones elevadas de TSH influyen en el desarrollo de algunos carcinomas hallados en bocios dishormogénicos. Además, cuando la ingesta de yodo es baja, existe un aumento relativo del porcentaje de carcinomas foliculares y anaplásicos y una disminución del papilar en la mayoría de los casos el riesgo de desarrollar carcinoma papilar.

Factores hereditarios, oncogenes y genes supresores tumorales .El 3% de los carcinomas papilares y algunos foliculares pueden tener un componente hereditario. En el síndrome de Gardner (poliposis adenomatosa familiar) existe un riesgo 160 veces mayor que en la población en general de desarrollar carcinomas tiroideos papilares especialmente en las mujeres menores de 35 años de edad.

DIAGNÓSTICO

Las técnicas de diagnóstico, como la ecografía de alta resolución y la punción, aspiración con aguja fina (AAF) permiten un diagnóstico precoz.

La ecografía evidencia mala delimitación del nódulo, por lo general de forma irregular por hipoecogeneidad, ausencia de halo de seguridad, calcificaciones, crecimiento comparado con exploraciones previas y vascularización intranodular. La PAAF es la prueba decisiva en el diagnóstico de cáncer tiroideo.

La biopsia de tiroides muestra células de cáncer anaplásico, folicular, medular o papilar. Tanto la gammagrafía de tiroides que muestra un nódulo frío (es decir, que no se ilumina durante el examen) como la laringoscopia que muestra cuerdas vocales paralizadas suelen indicar cáncer de tiroides; otro tanto puede decirse de las concentraciones elevadas de calcitonina en suero (indicadoras de cáncer medular) o de tiroglobulina (que indican cáncer papilar o folicular, y también la presencia de cáncer residual).Capilares especialmente en las mujeres menores de 35 años de edad.

CUADRO CLÍNICO

El síntoma más común es la presencia de un nódulo en la tiroides, aunque cabe aclarar que sólo el 5% de tales nódulos es maligno. Algunas veces, el primer signo es un ganglio linfático crecido. Otros síntomas presentes son el dolor, los cambios en la voz y los síntomas de hipotensión o hipertensión.

Clasificación: Desde el punto de vista de sus características patológicas, las neoplasias primarias de la tiroides se clasifican en:

Carcinomas diferenciados:

Carcinoma papilar

Carcinoma folicular

Carcinoma de células de Hurtle

Carcinoma medular

Carcinoma indiferenciado

Linfoma

Los más comunes (papilar y folicular) crecen lentamente y pueden recurrir, pero estas formas raramente son fatales en pacientes menores de 45 años. La forma medular también cursa con buen pronóstico en los casos en que el carcinoma se halla restringido a la glándula tiroides; la forma anaplásica crece rápidamente y responde mal a la terapia.

CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES

Es el tipo más común de cáncer de tiroides (aproximadamente 80% de los casos) y ocurre frecuentemente en mujeres en edad reproductiva, presentándose entre los 30 y 40 años, en su mayoría. También es el tipo de cáncer predominante en niños, y pacientes que han sufrido de radiación a la cabeza y cuello previamente (en este grupo el cáncer tiende a ser multifocal con metástasis linfática temprana, con peor pronóstico).

La tiroglobulina puede ser usada como marcador tumoral para cánceres papilares de tiroides bien diferenciados. El cáncer papilar lo caracteriza en un 50% de los casos con la aparición de cuerpos de plammoma en las revisiones microscópicas.

TRATAMIENTO

Cirugía: consiste en la extracción o "eliminación" del cáncer ubicado en la parte tiroidea. El médico tratante o cirujano puede operar de las siguientes formas:

Con lobectomía, procedimiento en el que sólo se extrae uno de los lados de la glándula tiroidea, que es el sitio en el que se halla radicado el cáncer.

Con tiroidectomía total, consistente en la extracción de toda la glándula tiroidea.

En ambas cirugías se pueden extraer ganglios linfáticos (disección de ganglios linfáticos) para cerciorarse y determinar si ha habido metástasis en ellos (si también contienen cáncer).

COMPLICACIONES

Como en todo proceso quirúrgico siempre existe la posibilidad que después de realizar la intervención se desencadene otro tipo de enfermedades, la más frecuente en este caso es el hipotiroidismo.

Paradójicamente también se puede producir un estado de hipertiroidismo conocido como tormenta tiroidea, pudiendo aparecer de manera espontánea o precipitarse por infección, estrés o la realización de la tiroidectomía en un paciente preparado incorrectamente con fármacos anti tiroideos.

Además de las nombradas anteriormente existen complicaciones que se pueden producir durante la cirugía citando entre ellas, el hipoparatiroidismo producido por la extirpación accidental o intencional de la glándula paratiroides, la lesión de los nervios laríngeos recurrentes capaz de producir la pérdida del habla.

Dentro del proceso de curación normal pueden aparecer otro número más de obstáculos para el buen fin de este procedimiento médico como lo son la infección, las hemorragias y / o hematomas y los queloides.

Los pacientes sometidos a tiroidectomía total habitualmente tras la cirugía no pasan el postoperatorio inmediato en Ud. Valorar las posibles complicaciones que se pueden producir en el postoperatorio de la cirugía tiroidea, se justifica el

ingreso del paciente al menos en las primeras horas del postoperatorio inmediato. Los pacientes ingresados se benefician de la vigilancia continua (hemodinámica, monitorización de calcemia, valoración de herida quirúrgica y sangrado, etc.) prestada por el personal de enfermería, de tal forma que la detección de las posibles complicaciones se realiza precozmente.

SANGRADO

La hemorragia post tiroidectomía, cuya incidencia varía entre un 0,4-4,3%, es una complicación severa que puede ocasionar compresión de la tráquea, obstrucción aguda de la vía respiratoria y asfixia, por el escaso espacio y poca distensibilidad de la región cervical. Por ende, una hemorragia postoperatoria no advertida puede ocasionar la muerte en un corto lapso de tiempo. Se manifiesta por disnea, dolor, sensación de opresión cervical, disfagia, disfonía, estridor y por signos como aumento de volumen cervical, alto débito del drenaje y salida de sangre por la línea de sutura. Los exámenes imagenológicos son innecesarios para realizar el diagnóstico. El uso de apósitos cervicales durante el postoperatorio puede enmascarar la formación de un hematoma y retrasar el diagnóstico.

Esta grave complicación de la tiroidectomía suele ocurrir en operaciones difíciles desde el punto de vista técnico y acontece habitualmente dentro de las primeras 8 a 12 horas postoperatorias siendo excepcional su aparición posterior a las 24 horas plazo que debe ser tomada en cuenta en los pacientes que se incluyen en los programas de tiroidectomía ambulatoria. Si el sangrado proviene de una arteria la sintomatología será rápidamente evidente formándose un gran hematoma dentro del lecho operatorio. En este contexto los drenes no son de mucha ayuda, puesto que habitualmente se obstruyen por coágulos. Realizado el diagnóstico la revisión de hemostasia debe ser hecha en forma perentoria, llevando el paciente a pabellón para vaciar el hematoma y realizar la ligadura de los vasos sangrantes, teniendo muy presente el cuidado del nervio laríngeo recurrente y de las glándulas paratiroides para que no sean dañados en el curso de la cirugía.

El lecho quirúrgico debe explorarse cuidadosamente, lavar con suero tibio, revisar los sitios de origen del sangrado y efectuar la hemostasia. La mayoría de los sangrados tardíos son de origen venoso. Si el hematoma se diagnostica en la sala de recuperación y la asfixia es inminente, en ese mismo lugar debe abrirse la herida operatoria, vaciar el hematoma para descomprimir la vía aérea y luego pasar a pabellón. La prevención del sangrado se inicia durante el preoperatorio realizando una buena anamnesis que indague por trastornos de coagulación, hipertensión arterial, ingesta de fármacos tales como anticoagulante y ácido acetilsalícico. Durante el intraoperatorio se debe realizar una rigurosa hemostasia de vasos pequeños y al final de la operación el anestesiólogo debe simular una maniobra de Valsalva elevando la presión intrapulmonar a 40 cm de H₂O para evidenciar y así poder corregir un eventual sangrado mientras permanece expuesto el campo operatorio.

El manejo anestésico en una tiroidectomía es primordial para evitar sangrados postoperatorios. Durante la operación se precisa mantener la presión arterial estable y una vez finalizada la operación evitar esfuerzos durante la extubación traqueal, aparición de tos y/o vómitos, además de dolor, eventos que pueden dar origen a sangrado postoperatorio inmediato debido a que alguna de las ligaduras vasculares se suelte o que se abra algún vaso inadvertidamente no cauterizado durante la intervención. Un complemento importante para lograr una hemostasia efectiva es uso de lupas las cuales permiten una mejor identificación de los vasos sanguíneos, de los nervios y las paratiroides.

Se ha demostrado que dicha magnificación permite reducir el tiempo operatorio y mejora los resultados de la tiroidectomía aumentando su seguridad. En las tiroidectomías la técnica hemostática de preferencia es la ligadura para grandes vasos y la coagulación con electro bipolar para los vasos pequeños. Se ha propuesto como una alternativa que lograría los mismos fines el Ligasure Precise, el cual sería tan eficiente como la hemostasia tradicional y que permitiría realizar una técnica más depurada, logrando disecar mejor los tejidos.

Este dispositivo es un sistema hemostático de electrocoagulación bipolar el cual mediante una pinza aprisiona, comprime y sella un vaso sanguíneo

desnaturalizando el colágeno y la elastina tanto de la pared vascular, como del tejido periférico a éste. El compromiso térmico estaría limitado entre 1,5 a 3,3 mm más allá de la pinza.

Estas características serían comparativamente ventajosas en relación el uso del electrocoagulador cuyo efecto térmico se extendería en forma más ampliada pudiendo producir lesiones del nervio por calor o quemaduras. El uso de drenajes cerrados aspirativos o no aspirativos en el lecho operatorio de una tiroidectomía suscita controversias. Los que están a favor de su utilización en forma rutinaria argumentan que el dispositivo previene el hematoma asfíctico puesto que la sangre se evacua a través de éste y se hace visible alertando en forma temprana la presencia de un sangrado. Por otra parte se elimina la sangre residual del lecho operatorio y ayudaría a vaciar seromas que posteriormente pueden infectarse.

Los que están a favor el uso selectivo del drenaje manifiestan que éste no previene, trata ni diagnostica la hemorragia postoperatoria. Cuando hay una hemorragia significativa el drenaje se obstruye por los coágulos. Además el uso del dispositivo, alarga la estadía hospitalaria, aumenta el índice de infecciones y no ofrece beneficios o es innecesario en la cirugía no complicada. En lo que existe acuerdo es que en las intervenciones quirúrgicas complejas caracterizadas por anomalías de la coagulación, tratamiento anticoagulante, disecciones nodales cervicales extensas, espacios muertos amplios como en el caso de bocios voluminosos o grandes bocios retroesternales, el drenaje sería necesario. Tales situaciones constituirían no más del 10% de las cirugías tiroideas.

PARÁLISIS RECURRENCIAL

Es la complicación más temida por cirujanos y pacientes. Su incidencia fluctúa entre el 0 y 14%. La lesión unilateral provoca parálisis de la cuerda vocal ipsilateral con la consecuente disfonía manifestada por voz bitonal. La lesión bilateral es una situación catastrófica que conduce a la obstrucción de la vía respiratoria por parálisis de ambas cuerdas vocales. Es preciso reconocerla precozmente puesto que se deben poner en marcha de inmediato las medidas encaminadas a asegurar una vía aérea permeable mediante intubación o traqueotomía.

Afortunadamente, si se posee la experiencia necesaria para realizar este tipo de cirugía, la lesión bilateral es excepcional. La parálisis de cuerda vocal puede ser temporal o permanente. La temporal se resuelve en el curso de 6 a 8 semanas, mientras que en la lesión permanente, la calidad de voz queda deteriorada pudiendo mejorar gradualmente por compensación laríngea. La parálisis unilateral definitiva exige un período de adaptación para que la cuerda vocal sana pueda compensar parte de las funciones de la lesionada siendo indispensable la reeducación de la voz y la rehabilitación foniátrica.

Es importante precisar que las lesiones definitivas de nervio laríngeo recurrente son poco frecuentes, y que la mayor parte de las alteraciones de dichos nervios son leves y temporales con estados de disfonía, secundarios a una excesiva manipulación o esqueletización del nervio durante el acto quirúrgico. Existen situaciones que conllevan un mayor riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente. Las reoperaciones implican inflamación, adherencias y fibrosis que ocultan y/o distorsionan la anatomía habitual de la región cervical. Los bocios multinodulares voluminosos producen elongaciones y desplazamientos anormales del nervio siendo a veces difícil diferenciarlo de estructuras vasculares o fibrosas.

Por otra parte, la cirugía oncológica en algunas ocasiones exige la sección obligada de un nervio englobado y/o infiltrado por un tumor maligno. También en los cánceres con metástasis nodales en que es necesario realizar una disección cervical el riesgo de lesión es más elevado. Otros factores serían antecedentes de irradiación cervical, enfermedad de Graves y variaciones anatómicas. Durante el preoperatorio de cualquier intervención sobre la glándula tiroides es muy conveniente realizar en forma rutinaria una laringoscopia indirecta, la cual evidenciará cualquier alteración existente previa a la cirugía y que posteriormente podría atribuirse a secuelas de la operación. La localización más frecuente del nervio laríngeo recurrente es el triángulo limitado por la vaina carotídea, la tráquea y esófago y la arteria tiroidea inferior siendo esta última el elemento de referencia principal.

El punto más conflictivo es su entrada a la laringe, ya que en ese lugar se encuentra en íntimo contacto con la glándula. Una buena hemostasia y el uso prudente del electrobisturí en los pequeños vasos perineurales evitan lesiones por quemaduras.

En patología tiroidea benigna si no es posible una clara identificación de las estructuras es preferible dejar parte de la cápsula glandular como plano de seguridad. Si bien es cierto que la tiroidectomía extracapsular con la búsqueda rutinaria del nervio recurrente proporcionaría la mejor oportunidad para evitar lesiones intraoperatorias, algunos autores prefieren la tiroidectomía intracapsular sin visualización del nervio.

El uso de lupas frontales es una ayuda relevante para ubicar y mantener la integridad del nervio laríngeo recurrente puesto que se logra la magnificación de todos los elementos anatómicos del campo operatorio. La palpación del nervio bajo el polo inferior de la tiroides, ha sido descrita como maniobra útil para ubicarlo; esto se puede lograr traccionando hacia craneal y medial el lóbulo tiroideo correspondiente.

También ayudaría a su identificación y preservación la neuromonitorización intraoperatoria de este nervio mediante electrodos intramusculares situados en las cuerdas vocales mediante endoscopia o a través de la membrana cricotiroidea o en la superficie del tubo endotraqueal.

HIPOCALCEMIA

La hipocalcemia es el trastorno hidroelectrolítico consistente en un nivel sérico de calcio total menor de 2.1 mmol/L u 8.5 mg/dL, y presenta efectos fisiopatológicos. También puede ocurrir como consecuencia de disminución de la fracción del calcio ionizado: los niveles bajos de calcio impiden que la troponina inhiba la interacción actina-miosina, observándose un incremento del nivel de contracción muscular o incluso tetania. Entre los efectos cardíacos se encuentran la prolongación de la fase del potencial de acción y, por lo tanto, del segmento ST en el electrocardiograma. La hipocalcemia es la única causa conocida de

prolongación del segmento ST. Además, la hipocalcemia acorta la duración de la sístole ventricular.

INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

La infección cervical post tiroidectomía es una situación infrecuente por tratarse de una cirugía limpia y por ende ocurre en menos del 1 a 2% de los casos. Parece ser más frecuente en la cirugía oncológica y del hipertiroidismo, a raíz de la inmunodepresión y de la excesiva manipulación de la glándula. Puede manifestarse como celulitis o como absceso.

En el primer caso se expresa por eritema, aumento de calor local y de la sensibilidad de la piel que rodea la cervicotomía. Un absceso superficial se diagnostica por fluctuación y sensibilidad del área operatoria y en uno profundo puede agregarse fiebre, dolor, leucocitosis y taquicardia. El riesgo de infección depende principalmente de la calidad de los cuidados del pre y post operatorio y de la ocurrencia de un quiebre en la asepsia durante la tiroidectomía. El aseo y desinfección de la piel debe ser minuciosa. No se aconseja la profilaxis antibiótica salvo en pacientes con condiciones especiales como aquellos con valvulopatías cardíacas, inmunodeficiencia y diabetes mellitus severa.

El uso de profilaxis antibiótica no afectaría la incidencia de infecciones del lecho operatorio. El manejo adecuado de la infección post tiroidectomía es clave para no dificultar ni prolongar la evolución post operatoria. La celulitis se trata con antibióticos que tengan buena cobertura contra gram-positivo (estafilococos y estreptococos). El absceso debe ser manejado mediante drenaje y uso de antibióticos de amplio espectro (cefuroxima, clindamicina, ampicilina/sulbactam) mientras se obtiene el resultado del cultivo.

LESIÓN DE NERVIOS LARÍNGEO

La lesión de la rama externa del nervio laríngeo superior (RENLS) se reporta con una frecuencia que va de 0.3 a 13 %. Sin embargo, esta cifra puede aumentar dramáticamente hasta más del 30%, ya que el cuidado expreso de localización y preservación del mismo durante la tiroidectomía no se realiza en forma rutinaria. Las consecuencias fisiológicas a la voz secundarias a su lesión como: discreta

ronquera, fatiga de voz, pérdida de la tonalidad aguda y disminución del volumen de la voz pueden no tener repercusión trascendental en la vida del paciente a menos que se trate de un profesional de la voz como cantante, locutor, profesor, etc. y generalmente son compensadas por el paciente lo que hace que el diagnóstico clínico tenga un amplio margen de error en su evaluación siendo la electromiografía la mejor forma de evaluarlo. No se tiene referencia alguna de frecuencia de lesión transitoria de la RENLS.

CRISIS TIROIDEA

La tormenta tiroidea es la forma más extrema de presentación del hipertiroidismo descompensado. Hay presentación aguda de síntomas, de diagnóstico clínico fundamentalmente pues los exámenes de laboratorio no muestran diferencias notorias con el resto de pacientes con hipertiroidismo. La presentación típica consiste en fiebre (mayor de 38.5), taquicardia sinusal con o sin falla cardíaca, síntomas gastrointestinales como náusea, vómito, diarrea y neurológicos que varían de confusión a coma. Siempre hay un severo estrés desencadenante. El reconocimiento del cuadro en forma temprana es crítico pues de la iniciación temprana del tratamiento depende el pronóstico que puede tener una mortalidad variable del 10 al 75%.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El cuidado de Enfermería durante el postoperatorio va dirigido a restablecer el equilibrio fisiológico del usuario post operado, y a disminuir el dolor y evitar otras complicaciones.

La monitorización los cuidados del profesional de enfermería y las acciones inmediatas suelen evitar complicaciones en el post operatorio y ayudan a restablecer la función normal más rápidamente.

Los cuidados que brinda el profesional de enfermería son fundamentales para una mejora favorable, acción primordial en la recuperación del paciente.

La intercomunicación y adecuación entre la enfermera y el paciente cuando se practica la acción del cuidado en su totalidad e integridad del cuidado. Cuando

aquello se da en el accionar salud enfermedad, y al cuidado que brinda la enfermera como una actividad estructurada y orientada hacia un fin. El cuidar a los pacientes, esencia fundamental del profesional de enfermería, puede definirse como un accionar, donde se requiere de mucho valor como persona y profesionalismo, con un solo objetivo como es la conservación y mejora de su salud y cuidado de la vida. Imprescindible entre la terapéutica enfermera- paciente.

Además, hay muchas situaciones que afectan en el quehacer diario del profesional de enfermería, obviando que la esencia de enfermería va dirigida al respeto a la vida así como el cuidar para la recuperación del paciente.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

Inmediatos: inicia una vez terminada la operación, hasta las seis horas posteriores, otras veces suele prolongarse hasta 36 h.

Dentro de esta etapa Post operatoria, los cuidados de Enfermería se orientan a la identificación en forma precoz de signos de alarma a nivel cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, mediante la valoración y monitoreo de los signos vitales, la conservación de la posición idónea, el manejo del dolor, y la seguridad y protección; para evitar cualquier complicación, e identifica los riesgos que permitan actuar inmediatamente.

Mediatos: Se considera al período que transcurre de (24 o 48 horas después de la operación) hasta el día en que el paciente este de alta. Es brindar cuidados y control de posible descompensación hidroelectrolíticos y/o signos de infección.

Control de diuresis, Temperatura, Balance hidroelectrolítico, Valorar los ruidos hidroaereos.

Durante este periodo es tan importante el restablecimiento del tránsito intestinal para el inicio de la alimentación oral.

A la vez es importante valorar la temperatura, valorar signos de alarma, observar la herida operatoria. Fase en la cual se resuelven los problemas fisiológicos, psicológicos, y los efectos asociados a la intervención quirúrgica y anestesia.

La valoración permite al personal de enfermería detectar alteraciones que pueden ser reales o potenciales. Es tan importante realizar la valoración general del paciente priorizando el cuidado de las vías respiratoria y el sistema cardiovascular.

A la tranquilidad, confort y seguridad, a restablecer las necesidades psicosociales, vigilar cuidadosamente los primeros momentos, luego de la cirugía, ya que el paciente tiende generalmente a estar somnoliento, y tener mucha precaución, protegerlos de peligros y complicaciones posteriores.

El postoperatorio comienza cuando acaba la intervención quirúrgica y el paciente ingresa en el servicio de Recuperación. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de la alteración causada por la cirugía y la anestesia, pudiendo ser de sólo unas pocas horas.

El postoperatorio suele dividirse en dos fases. La primera se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención. La segunda fase es el período de resolución y curación. Los cuidados de enfermería basados en la teoría de Virginia Henderson que como elemento importante es que la enfermera asiste la paciente en las actividades esenciales como para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápido posible, en el paciente post operado de tiroidectomizado los cuidados de enfermería:

a) Cuidados en el post operatorio inmediato:

Recibir al paciente a la sala de recuperación

Valorar: Nivel de conciencia, reflejos, frecuencia respiratoria, monitorización cardiaca y electrocardiograma, presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno.

Valorar herida y drenajes

Vigilar Diuresis

Hoja de procedimiento anestésico y hoja operatoria

Vigilar las complicaciones posibles en pacientes post operados de Tiroidectomía: Sangrado de herida operatoria, Hematoma de herida, Hipocalcemia

También el paciente puede presentar post anestesia: Aumento o disminución de la frecuencia respiratoria, aumento o disminución de la presión arterial, agitación, dolor, náuseas, vómitos, y otros. Administración de tratamiento, valorar la efectividad de la analgesia, con analgésicos, también antibióticos y protector gástrico.

Hidratación parenteral, mantener la permeabilidad de las vías venosas

Reposo absoluto, garantizar la comodidad y seguridad del paciente

Control de valores de calcio, valorar la hipocalcemia precozmente

Realizar enjuagues bucales con bicarbonato de sodio

Apoyo emocional, tranquilizar emocionalmente al paciente y familia y reducir la ansiedad

Educación continúa.

Los cuidados en el paciente post operado de tiroidectomía las primeras horas son básicas, por lo tanto el modelo de Virginia Henderson donde establece los tipos de niveles en la relación de que establece la enfermera con el paciente en el proceso de cuidar. Uno de ellos es el nivel de sustitución, siendo la enfermera la que sustituye totalmente al paciente y el paciente es el beneficiario de los cuidados de enfermería con conocimiento habilidades destrezas en el desempeño diario.

b) Cuidados en el post operatorio mediato: A las 12 horas hasta 24 horas

La teoría de Virginia Henderson en su nivel de ayuda y de acompañamiento, nos dice que la enfermera permanece a su lado desempeñando tareas de asesoramiento y reforzamiento del potencial de independencia y como consecuencia su capacidad de autonomía. Los cuidados de Enfermería en el paciente tiroidectomizado son permanentes e importantes por las posibles complicaciones y para así llegar a una pronta recuperación del paciente:

Vigilancia de funciones vitales

Vigilancia de complicaciones

Alimentación: Dieta blanda

Deambulación, fomentar la movilización precoz, para evitar problemas respiratorios

Curación de herida

Apoyo psicológico

Educación permanente al paciente y a la familia

Recomendaciones al alta del paciente post operado de tiroidectomía

Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible y orienta sus cuidados q que este la consiga del modo más rápido posible. Es por ello que el paciente post operado de tiroidectomía debe seguir con los cuidados en casa al alta, donde la enfermera con la educación permanente y el apoyo psicológico continúe su recuperación y su pronta incorporación a la sociedad sin complicaciones:

Reposo relativo, esfuerzo físico: durante 2 semanas aproximadamente cumplir el descanso médico.

Alimentación: Dieta blanda, evitar picantes y condimentos, no bebidas alcohólicas, evitar estreñimiento por el esfuerzo.

Educación: Hipocalcemia, dolor, se controlaran con la medicación indicada.

Valorar herida operatoria: Debe estar la herida expuesta y limpia, Hematoma, equimosis, sutura.

Higiene: Baño en ducha

Cumplir con el tratamiento oral completo: Antibiótico, Analgesia,

Calcio para evitar hipocalcemia (Carbonato de magnesio y Calcitriol)

Puede dormir decúbito dorsal sin manipular la herida ni movimientos bruscos de la cabeza.

Acudir al Hospital para el retiro de puntos a la semana

Educación a la familia: acompañamiento es importante por el apoyo emocional

Acudir a control médico de la especialidad y otras especialidades

Si presenta alguna complicación acudir a emergencia o al servicio.

Si tuviera adormecimientos fuertes y no cede con el tratamiento indicado.

2.3. Definición de Términos Básicos

Cirugía: (del griego jeir "mano" y'Éργον érgon "trabajo", a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico

Cuidados post operatorio: Es el tiempo que transcurre desde que el paciente concluye su participación en la cirugía extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio.

Cuidados de enfermería: abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Empatía: atención individualizada que ofrece la institución al cliente usuario. Acceso fácil, la buena comunicación disposición para atender al usuario. Evalúa si el paciente es priorizado o no. **Insatisfacción:** La insatisfacción es un sentimiento de malestar o disgusto que se tiene cuando no se colma un deseo o no se colma una necesidad. **Paciente:** El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.

Seguridad: es el grado de conocimiento y atención ofrecida por los empleados. Competencia, credibilidad, que inspire confianza.

Tiroidectomía: es la remoción parcial o total de la glándula tiroides indicada en pacientes con desordenes tanto funcionales como en el hipertiroidismo, neoplásicos e inflamatorios nombrando entre ellos tiroiditis de Hashimoto.

CAPÍTULO III: PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con relación al diseño, esta investigación es de campo, pues los datos se recolectan en ambiente natural, lo que se corresponde con lo señalado por Arias, F. (2006), quien afirma que un diseño de campo “consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna”.

Se sustenta según el autor Hernández Sampieri “El enfoque es cuantitativa porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencia de un grupo o población”.

El estudio es correlacional, porque determina el grado de relación o asociación existente entre dos o más variables, se caracteriza porque primero se mide las variables mediante la prueba de hipótesis y través de técnicas estadísticas se estima su correlación.

El estudio es de corte transversal porque “Recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Es decir, en los estudios de tipo transversal la unidad de análisis es observada en un momento único.”

El estudio es prospectivo porque se recolectan datos de sucesos que se han analizado en un determinado tiempo y lugar.

La técnica utilizada fue la entrevista, se elaboró y aplicó como instrumento el cuestionario estructurada con veinticinco (25) preguntas para conocimiento, con 3 alternativas de respuesta, y una guía de observación para la práctica, con veinticinco (25) ítems, con dos alternativas de repuestas, (presente y ausente), ambos fueron aplicados a los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de cirugía de cabeza y cuello, seleccionados en base a los criterios de inclusión y exclusión.

La aplicación del instrumento cuenta con los siguientes pasos:

1. CONOCIMIENTO Técnica:

Encuesta Instrumento:
cuestionario

Coordinar la autorización con la institución en donde se aplicará el instrumento

Hora: se aplicó en cada turno del profesional de enfermería en sus correspondientes horarios

Tiempo: cada encuesta tubo un tiempo de 15 minutos

Duración: la recolección de datos se aplicó en 5 días en diferentes turnos

2. PRÁCTICA

Técnica: Observación

Instrumento: guía de observación

Coordinar la autorización con la jefa del servicio n°2 – 1AO para aplicar la guía de observación

Hora: se aplicó en el cada turno del profesional de enfermería en sus correspondientes horarios

Tiempo: la guía de observación tendrá un tiempo de 10 minutos

Duración: la guía de observación se aplicó en 5 días en diferentes turnos

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del instrumento se realizó a través del juicio de expertos: 2 enfermeras asistenciales del servicio; 1 Profesor especialista en Investigación, los cuales luego de las observaciones y recomendación respectivas sirvieron para realizar los reajustes necesarios.

Posteriormente se realizó una prueba piloto en 30 profesionales de enfermería que reunían características similares a los de la muestra y se procedió a determinar la confiabilidad estadística del instrumento mediante la prueba estadística de Alfa de Crombach con un valor de 0.694 mayor a 0.5 este resultado permitió garantizar la consistencia y coherencia interna, así como reducir al máximo el margen de error.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la recolección de los datos se realizaron los trámites administrativos en la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital G. Almenara I. a fin de obtener la autorización y las facilidades pertinentes, se realizó las coordinaciones con los jefes del Servicio de Cabeza y Cuello (Enfermera jefa) a fin de iniciar la recolección de datos. La recolección de datos se realizó en 5 días con una duración de 15 minutos para cada encuesta, para la aplicación del instrumento se solicitó el consentimiento informado a los profesionales de enfermería.

Luego de la recolección de los datos estos fueron procesados de forma manual y partir de ellos se elaboró:

Para el variable conocimiento se asignó 1 punto para la respuesta correcta y 0 para la respuesta incorrecta, una vez tabulados se hallaron la media aritmética y la desviación estándar de cada variable en estudio lo que permitió clasificar los datos según la escala de Stanones, la clasificación de los conocimientos y prácticas fue como a continuación se presenta:

A.- Para el Nivel de Conocimiento: 25 puntos (25 ítems)

Nivel de conocimiento Bueno :> 24 puntos

Nivel de conocimiento Regular: 20 – 23 puntos

Nivel de conocimiento Malo: Hasta 19 puntos.

B. Para Nivel de Prácticas: 25 puntos (25 ítems)

Nivel de Prácticas Bueno :> 25 puntos

Nivel de Practicas Regular: 23 - 24 puntos

Nivel de Practicas Malo: Hasta 22 puntos.

Para la representación de los datos se elaboró tablas estadísticas e ilustradas mediante gráficos y para probar la hipótesis se utilizó la Prueba Estadística de Correlación de Pearson con un valor de 0.911 valor altamente significativo cercano a 1 con lo cual se demostró que si existe conocimientos del cuidado de enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía

CONCLUSIONES

Durante los años de experiencia profesional analizados sobre los pacientes post operados de tiroidectomía en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello se encuentra que el sexo masculino y el grupo etario de 41 a 60 años son los que más predominan.

El cuidado de enfermería en el post operatorio inmediato y mediato del paciente de tiroidectomía se basa en plan de plan de cuidados individualizados en cada paciente desde que pasa al servicio de hospitalización.

La educación de continuar con la vigilancia de cuidados de herida operatoria y estar alerta sobre las posibles complicaciones sigue siendo de gran importancia, por ende es fundamental seguir educando el paciente cuando sale de alta y a su vez a la familia ayuda para que ayude en su recuperación.

RECOMENDACIONES

Que ESSALUD continúe con la capacitación al personal multidisciplinario del Hospital Nacional Guillermo Almenara I. especialmente al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Que el departamento de enfermería continúe con las actualizaciones del proceso de seguimiento de la aplicación de protocolos y guías de enfermería, con el fin de disminuir las complicaciones post-quirúrgicas en los pacientes de tiroidectomía.

Que el equipo multidisciplinario de la salud especialmente Enfermería continúe con la educación sanitaria a los pacientes y familia.

ANEXOS

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON TIROIDECTOMÍA

DEFINICIÓN: La tiroidectomía es la remoción parcial o total de la glándula tiroides indicada en pacientes con desordenes tanto funcionales como en el hipertiroidismo, neoplásicos e inflamatorios nombrando entre ellos tiroiditis de Hashimoto.

Problemas de Colaboración	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00132 Dolor agudo Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un fin al anticipado o previsible.</p> <p>Dolor agudo r/c Agentes lesivos (intervención quirúrgica) m/p Conducta expresiva (inquietud, gemidos,..) y máscara facial (expresión abatida)</p>	<p>1605 Control del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> . 160505 Utilizar los analgésicos de forma aprobada . 160511 Refiere dolor controlado. <p>Valoración escala de Likert (1-2-3-4-5)</p> <p>1- Leve 5- Muy intenso</p>	<p>2210 Administración de analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Determinar la gravedad del dolor antes de medicar al paciente. . Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. . Comprobar historial de alergias. . Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
<p>00004 Riesgo de infección. Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.</p> <p>Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos</p>	<p>0702 Control de estado inmune</p> <ul style="list-style-type: none"> .070207 Temperatura corporal pacientes. .070214 Recuento leucocitario. <p>1- Gravemente comprometido 5- No comprometido</p>	<p>6540 Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes . Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. . Mantener técnicas de aislamiento si procede. . Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles. . Administrar terapia de antibióticos si procede

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON TIROIDECTOMÍA

Problemas de Colaboración	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
Administración de Tratamiento	2301 Respuesta a la medicación. 230101 Efectos terapéuticos y adversos de la medicación prescrita 1- Inadecuado 5- Completamente adecuado	2300 Administración de medicación. . Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. . Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si procede. . Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada
Recogida de muestra para análisis de laboratorio	2802 Control de la muestra. 280204 Muestra en buenas condiciones según protocolo. 1- Inadecuado 5- Completamente adecuado	7820 Manejo de muestra. . Obtener la muestra requerida de acuerdo con el protocolo . Utilizar los dispositivos especiales de recogida de muestra. . Etiquetar la muestra con los datos adecuados. . Colocar la muestra en un recipiente adecuado para el transporte. . Disponer el transporte de la muestra al laboratorio. 7690 Interpretación de datos de laboratorio

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON TIROIDECTOMÍA

Problemas de Colaboración	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
Toma de constantes vitales	0802 Estado de los signos vitales 1- Inadecuado 5- Completamente adecuado	6650 Vigilancia. . Vigilar signos vitales, si procede.
00206 Riesgo de sangrado. Definición: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud. Riesgo de sangrado r/c complicaciones post-intervención quirúrgica	1608 Control del síntomas o Reconoce el comienzo del síntoma o Valoración del síntoma 0802 Estado de signos vitales o Temperatura, pulso, respiración y T/A dentro del rango esperado 1- Gravemente comprometido 5- No Comprometido	4010 Precauciones con la hemorragia. . Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia . Realizar analítica: - Estudio coagulación - Hemograma según protocolo . Control de constantes . Informar al paciente que mantenga dieta absoluta. . Instruir a la paciente y familia acerca de los signos de hemorragia. 4160 Control de hemorragia . Identificar la causa de la hemorragia

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON TIROIDECTOMÍA

Problemas de Colaboración	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico.</p> <p>Definición: Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos (calcio) que puede comprometer la salud.</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c alteración del metabolismo del Calcio (hipocalcemia)</p>	<p>0600-Equilibrio electrolítico y ácido-base.</p> <p>060008 Calcio sérico</p> <p>1- Gravemente Comprometido 5 No Comprometido</p>	<p>2006 Manejo de electrolitos: hipocalcemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Controlar la evolución de los niveles de calcio en suero (calcio ionizado), según la disponibilidad. . Controlar el estado hídrico, incluyendo la ingesta y eliminación, si resulta oportuno. . Mantener una vía i.v. permeable. . Administrar sales de calcio adecuadas por prescripción (carbonato cálcico, cloruro cálcico y gluconato cálcico), según indicación.
<p>00035 Riesgo de lesión.</p> <p>Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.</p> <p>Riesgo de lesión perioperatoria r/c posible lesión o extracción de la paratiroides.</p>	<p>1902. Control del riesgo</p> <p>190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.</p> <p>190205 Adapta las estrategias de control del riesgo según es necesario</p> <p>1- Gravemente Comprometido 5- No Comprometido</p>	<p>2920 Precauciones quirúrgicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Verificar con el paciente o personas pertinentes el procedimiento y el sitio quirúrgico. <p>6610. Identificación de riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Instaurar una valoración rutinaria de riesgos mediante instrumentos fiables y válidos

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON TIROIDECTOMÍA

Diagnóstico de enfermería	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00146 Ansiedad Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>Ansiedad r/c el estado de salud m/p verbalmente</p>	<p>1402 Control de la ansiedad. 140204 Busca información para reducir la ansiedad.</p> <p>1302 Superación del problema. 130206 Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.</p> <p>1- Nunca 5- Siempre</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento. . Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad. . Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. . Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico . Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. . Escuchar con atención. . Crear un ambiente que facilite la Confianza. . Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>
<p>00153 Riesgo de baja autoestima Definición: Riesgo de desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (extirpación del tiroides) Riesgo de baja autoestima r/c Alteración de la imagen corporal secundaria a abordaje quirúrgico</p>	<p>1200 Imagen corporal. . 120002 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal. . 120007 Adaptación a cambio en el aspecto físico</p> <p>1- Gravemente Comprometido 5- No comprometido</p>	<p>5220 Potenciación de la imagen corporal. . Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo. . Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente. . Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal si procede.</p>

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON TIROIDECTOMÍA

Diagnóstico de enfermería	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00103 Deterioro de la de deglución (Disfagia).</p> <p>Definición: asociado con Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución déficit de la estructura o función faríngea.</p> <p>Deterioro de la de deglución r/c la intervención quirúrgica m/p problemas con la conducta alimentaria.</p>	<p>1918.Prevencción de la aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> . 191802 Evitar factores de riesgo . 191803 Se incorpora para comer o beber . 191804 Selecciona comidas según su capacidad deglutoria <p>1- Gravemente Comprometido 5- No Comprometido</p>	<p>3200. Precauciones para evitar la aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Alimentación en pequeñas cantidades. . Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes. . Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución. . Trocear los alimentos en porciones pequeñas
<p>00126 Conocimientos deficientes.</p> <p>Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada la tiroidectomía.</p> <p>Conocimientos deficientes: sobre hábitos saludables, alimentación y cuidados de la herida.</p>	<p>1813 Conocimiento: régimen terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> . 181310 Descripción del proceso de la enfermedad. . 181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual <p>1- Inadecuado 5- Completamente Adecuado</p>	<p>5614 Enseñanza: dieta prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. . Explicar el propósito de la dieta. . Informar al paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta. <p>3440 Cuidados del sitio de incisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión. . Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. . Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON TIROIDECTOMÍA

Diagnóstico de enfermería	Resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p>00051 Riesgo de deterioro de la comunicación (disfonía) Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para transmitir vocablos verbalmente.</p> <p>Riesgo de deterioro de la comunicación (disfonía) r/c edema, dolor, lesión del nervio laríngeo de las cuerdas vocales</p>	<p>0903Comunicación: expresiva. . 090301 Utiliza el lenguaje con claridad . 090302 Utiliza el lenguaje hablado: vocal</p> <p>1- Gravemente Comprometido 5- No Comprometido</p>	<p>00261. Mejorar la comunicación: déficit del habla. . Beber agua a sorbitos a lo largo del día. . Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, si procede . Establecer el propósito de la interacción. . Mostrar interés en el paciente.</p>
<p>00031 Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas (edema de glotis). Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p>Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c formación de edema o hematoma, obstrucción de las vías aéreas.</p>	<p>0410. Estado respiratorio: permeabilidad de las vías Respiratorias. . 041006 Movilización del esputo hacia fuera de las vías Respiratorias. . 041010 Elimina obstáculos de la vía aérea</p> <p>1918 Prevención de la aspiración. . 191802 Evita factores de riesgo . 191803 Se incorpora para comer o beber 1- Inadecuado 5- Completamente Adecuado</p>	<p>00721Manejo de las vías respiratorias.</p> <p>. Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación.</p> <p>3200. Precauciones para evitar la aspiración. . Vigilar los niveles de consciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva. . Colocación vertical a 90º , lo más incorporado posible</p>

RESEÑA BIBLIOGRAFICA

1. Página web <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
2. Página web <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es/>
3. Página web http://www.unicef.org/panama/spanish/media_13871.htm
4. Artículo científico de la página web http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_02_05/articulos/a19_v11_0205.html
5. Página web http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200006
6. Página Web <http://www.prevemseguros.mx/boletin2/10.html>
7. Página Web ww.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtettriz/65.pdf
8. Página web <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
9. Página Web <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/338232/10/Ninos+hospitalizados+-+1er+cap.pdf>
10. Página Web http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/536/1/Ramirez_ar.pdf
11. Página Web cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/343/1/leonardo_d.pdf
12. Página Web http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300011
13. Página Web http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtettriz/65.pdf
14. Página Web http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300023
15. Página Web repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9098/1/TESIS%20%20DE%20CONOCIMIENTOS%20DEL%20PAE%20APLICADOS%20%20A%20%20NINOS%20MENORES%20%20DE%2010%20A.pdf

16. Página web
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9098/1/TESIS%20%20DE%20CONOCIMIENTO%20DEL%20PAE%20APLICADOS%20%20A%20%20NINOS%20MENORES%20%20DE%2010%20A.pdf>
17. Página Web <https://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/tipos-de-conocimiento/>.
18. José Félix Patiño Restrepo, MD, FACS (Hon) Oficina de Recursos Educativos – FEPAFEM
 Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá.
19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD New York 2008, Disponible en Pág. Web:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es>
20. 32 Reina G., Nadia Carolina EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO
 Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23 Universidad Manuela Beltrán Bogotá,
 Colombia
21. 33 Reina G., Nadia Carolina EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO
 Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23 Universidad Manuela Beltrán Bogotá,
 Colombia
22. 34 Página Web
<http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61968>