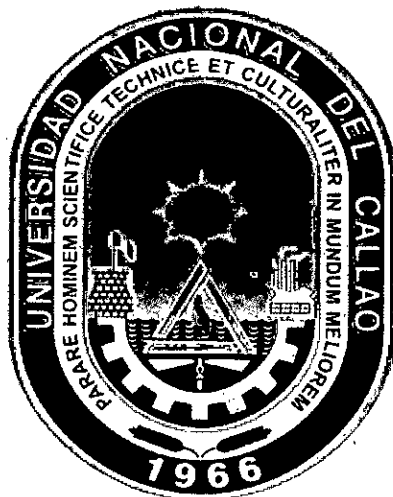


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST
OPERADOS DE TIROIDECTOMÍA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DEL HOSPITAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

PAOLA JESSICA CANAZAS GALDOS

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA PRESIDENTE
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 286

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 24/11/2016

Resolución Decanato N° 1303-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	03
1.2 OBJETIVO	05
1.3 JUSTIFICACIÓN	05
II. MARCO TEORICO	07
2.1 ANTECEDENTES	07
2.2 MARCO CONCEPTUAL	15
2.2.1 Teoría de Enfermería de Jean Watson	
2.2.2 Cuidados de Enfermería en post operados	
2.2.3 Generalidades sobre cáncer de tiroides	
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	42
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	43
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	43
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POST OPERADO DE TIROIDECTOMÍA	47
IV. RESULTADOS	51
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES	56
VII. REFERENCIALES	57
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico de experiencia profesional en el cuidado de Enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía del servicio de cirugía de Cabeza y Cuello en el que se 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 Cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente y su aparición suele ser en la edad media de la vida(1). La incidencia de esta enfermedad en el servicio es alta en relación a otras patologías del servicio y los cuidados de enfermería van dirigidos especialmente atender las necesidades del paciente proporcionando medidas terapéuticas destinadas a favorecer el bienestar y fomentar la salud, a prevenir la enfermedad y apoyar el proceso de recuperación y de rehabilitación tomando como base la teoría de enfermería de Jean Watson y Virginia Henderson.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Según la OMS el cáncer a nivel mundial es la segunda causa de muerte después de los trastornos cardiovasculares. La preocupación por las proporciones y el desarrollo que adquiere esta enfermedad es generalizada fundamentalmente por las pérdidas de vidas humanas. (2)

El cáncer de tiroides ocupa el noveno lugar entre los cánceres más comunes en Estados Unidos. Se calcula que en 2014, cerca de 63 000 estadounidenses serían diagnosticados con cáncer de tiroides, y alrededor de 19 000 morirían debido a dicha enfermedad. La incidencia general del cáncer de tiroides en Estados Unidos ha aumentado en las últimas décadas en personas de todos los grupos raciales y étnicos, tanto en hombres como en mujeres (3)

La incidencia del cáncer de tiroides está aumentando con más rapidez que la de cualquier otro tipo de cáncer en Estados Unidos. Este aumento puede explicarse en parte, pero no del todo, por la mejora en los métodos de detección. Los índices de incidencia de cáncer de tiroides varían tanto por sexo como por raza, y la incidencia es casi tres veces más alta en las mujeres que en los hombres y alrededor de dos veces más alta en los blancos que en los afroamericanos. Después de los blancos, los asiáticos y los nativos de las islas del Pacífico son quienes tienen la incidencia más

alta. Los índices generales de mortalidad continúan siendo bajos a pesar de que aumentaron un promedio de 0,8 por ciento por año desde 2002 a 2011(3)

La mayoría de las personas que padecen cáncer de tiroides tienen entre 25 y 65 años de edad. Los factores de riesgo del cáncer de tiroides son ser mujer, exposición a la radiación en la cabeza y el cuello durante la niñez, exposición a la lluvia radiactiva, antecedentes personales de bocio, antecedentes familiares de enfermedad de tiroides o de cáncer de tiroides, algunos trastornos genéticos y ascendencia asiática. No hay exámenes de detección de rutina para el cáncer de tiroides. Los tratamientos convencionales son la cirugía, la radioterapia (incluida la terapia con yodo radiactivo), la quimioterapia, la terapia con hormonas tiroideas y la terapia dirigida. El cáncer de tiroides es un tumor raro, constituye menos del 1 % de las neoplasias malignas, aparece entre de 2 y 20 casos por 100.000 habitantes y año. En España 5 casos/100.000 en mujeres y 1,9/1000.00 en hombre. Es la neoplasia endocrina más frecuente (90 % de todas las neoplasias endocrinas), y la principal causa de muertes de todos los tumores endocrinos (3)

En el Perú la incidencia del cáncer ha ido en aumento a tal punto actualmente representa la 2da causa de mortalidad en el país, el 75% de pacientes en los que se detecta este mal están en los estadios de 3er y 4to grado es decir, en estadios muy avanzados, Considerándose un problema de salud pública por su frecuencia que va en aumento. (4)

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins , el Servicio de Cirugía de cabeza y cuello en el año 2013 se atendieron 280 casos , siendo en el sexo femenino más relevante con 253 casos y en el sexo masculino sólo 27 casos , deduciendo que la incidencia mayor es en el sexo femenino . En el año 2014 se atendieron 172 casos y en el año 2015 aumentaron a 239 casos. (5)

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 Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería en pacientes post operados de Tiroidectomía del servicio de Cirugía de cabeza y Cuello del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016.

1.3 Justificación

El presente informe de experiencia profesional en cuidados de enfermería en pacientes post operados de Tiroidectomía se justifica porque la incidencia de personas con esta problemática es bastante alta en el servicio de cirugía de cabeza y cuello siendo el principal problema en este tipo de cirugía la afectación psicológica, por ello es muy importante

el acompañamiento, la educación, brindar apoyo emocional a fin de enseñar a afrontar la enfermedad con cuidados de enfermería óptimos, individualizados personalizados para que el paciente tenga una recuperación pronta, prevenir complicaciones y pueda incorporarse a la sociedad en forma óptima en el menor tiempo posible. También se espera que los beneficiarios primero sean los pacientes con cuidados de enfermería de calidad y calidez después la Institución para disminuir costos y para el personal que labora en los servicios de cuidados quirúrgicos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de Estudio

- A. **NOVOA Gómez Mónica M, VARGAS Gutiérrez Rochy M., OBISPO Castellanos Shirley A., PERTUZ Vergara Máryori y RIVERA Pradilla Yady K. 2010.** Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. La Metodología es un estudio no experimental de tipo descriptivo correlacional. Como Resultados tenemos: La muestra de 75 participantes estuvo formada por un 93,3% de mujeres y un 6,7% de hombres. La distribución por edad presenta un promedio de 27 años, con un rango de 27-76, y un rango central entre los 45 y 61 años. El 50% de los participantes estaban casados y el 18,9% solteros. El 36% tenían entre 2 y 3 hijos, y el 25,3% entre 4 y 5 hijos. Adicionalmente cabe anotar que las edades promedio de los hijos oscilan entre los 28 y 29 años. El 32% tenía formación técnico-universitaria, un 25,3% secundaria completa, y el 21,3% secundaria incompleta. Las dos ocupaciones con mayor representación fueron labores del hogar (50,7%) y en segunda instancia los empleados con un 33,3%. El 30,7% había sido diagnosticado hace 49 meses o más, seguido por un 26,7% con diagnósticos emitidos entre 25 y 36 meses. Los resultados muestran como primer síntoma la presencia de una masa en el

cuello, tratada quirúrgicamente y con yodoterapia como tratamiento complementario (70,7%), que se acompañó de decaimiento, cansancio y resequedad como principales síntomas producidos por los tratamientos y el cáncer de tiroides, mientras que un 45% afirmó que estos tratamientos no les generaron efectos secundarios significativos. Teniendo como conclusión: es importante que un factor que involucra y afecta directamente la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes es el tratamiento y sus implicaciones, ya que su complejidad afecta al paciente y al contexto en el que interactúa y se desenvuelve. No obstante, con el paso del tiempo el paciente utiliza y crea nuevos recursos para tener mayor predicción y control que le permitan afrontar de una manera diferente su problemática de salud a fin de restablecer el equilibrio y continuar su vida incrementando los niveles tanto de calidad de vida como de bienestar psicológico (Ballesteros y Caycedo, 2002). En el caso particular de los pacientes con cáncer la posibilidad que tienen de sentir control sobre su bienestar psicológico es un factor importante en la visión general de calidad de vida. A partir de esto las estrategias que se empleen efectivamente, permitirán mejorar la percepción de la condición de salud (Diener, Oishi y Lucas, 2003) y por tanto se contribuirá a modificar positivamente los niveles de Bienestar. Resulta llamativo que los informes de diversos

estudios en torno a la medición del concepto de bienestar psicológico y calidad de vida en población oncológica dista muy poco del de la población sana, informando ambos grupos buenos niveles, especialmente en estudios analizados a través del tiempo (Van der Zee et al., 1996), lo que resulta llamativo en tanto parece discutir sustancialmente la asociación directa entre condiciones de malestar fisiológico e incluso alteraciones en funcionalidad, con la propia percepción de bienestar. Por ello, de acuerdo con los resultados expuestos en este estudio, una de las grandes metas del análisis en términos del bienestar psicológico y la calidad de vida es detallar los factores implicados en las variaciones paramétricas de dicho informe, y sin duda, el diseño de programas dirigidos hacia la prevención. Para especificar el grado en que las alteraciones propias del cáncer de tiroides y su tratamiento están en función de las dimensiones psicológicas, sociales y afectivas, es posible que se combinen diseños prospectivos con metodológica mixta, que integren niveles de análisis descriptivos y funcionales, para que puedan identificarse las variaciones del bienestar como procesos y su relación con la calidad de vida reportada. Es importante, en el mismo sentido, que la investigación se acompañe de seguimiento psicológico en el proceso de diagnóstico y tratamiento y durante el primer año posterior a la cirugía, pues permitirá acceder a las relaciones de

contingencias existentes en la vida del paciente, de tal manera que pueda establecer nuevas relaciones funcionales entre su conducta y sus consecuencias, permitiendo una mayor predicción y control de su comportamiento por medio de reglas más flexibles y acordes con las diferentes situaciones que se presenten debido a su condición de salud.(6)

- B. **BETANCOURT** Soto Solca , **MIRELLA** Nancy y **HERRERA** Peñafiel, Carmen del Pilar. 2011. Rol de la Enfermería en las complicaciones post quirúrgicas en pacientes intervenidos de cáncer de tiroides en la unidad oncológica. El objetivo es diseñar protocolos de cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato en pacientes sometidos a tiroidectomía total en la Unidad Oncológica. La metodología es inductivo, deductivo, analítico-sintético, histórico-lógico, descriptivo-sistémico. Teniendo como resultados: Se encontró que existe coincidencia en el personal médico y de enfermería en manifestar que la hipocalcemia se presenta como la complicación post-quirúrgica más común, seguido por los hematomas y en menor cantidad la infección de heridas quirúrgicas. Los casos de cáncer de tiroides con mayor incidencia fueron los de cáncer folicular, seguido por el cáncer papilar y el cáncer anaplásico, no se encontraron casos de cáncer medular. Las complicaciones post-quirúrgicas y la ausencia de protocolos de atención están muy relacionadas, se

observó una notable reducción de casos de complicaciones luego de la aplicación de la guía de cuidados. El personal de salud está dispuesto a formar parte en un proceso de seguimiento de la aplicación de protocolos de enfermería de una manera multidisciplinaria, con el fin de disminuir las complicaciones post-quirúrgicas de pacientes sometidos a tiroidectomía total. La propuesta es una guía de cuidados de enfermería para pacientes tiroidectomizados, en los cuales se detallan los procedimientos para los diagnósticos.(7)

C. PEINADOR Nuño M.J, **BEJARANO** Montañez J, **RECIO** Carrasco C, **PIÑERO** Negrín A .2012. Post operatorio inmediato en pacientes sometidos a tiroidectomía total en UCI. El objetivo: La finalidad de nuestro estudio es analizar nuestra experiencia en pacientes sometidos a tiroidectomía total o a hemitiroidectomía posterior a otra previa y que precisaron ingreso en la UCI inmediato. El Método: Estudio prospectivo. Las conclusiones: Tras el análisis de los resultados de este estudio, hemos llegado a las siguientes conclusiones: • La incidencia de intervenciones quirúrgicas tiroideas con necesidad de ingreso en UCI es significativamente mayor en mujeres que en hombres (14:1) ($p < 0,001$). • En nuestro estudio se ha puesto en evidencia que uno de los problemas más frecuentes en la cirugía de tiroides es la hipocalcemia, cuya incidencia se sitúa en el 33,3%. • La valoración

periódica de los signos y/o síntomas de hipocalcemia es muy útil, ya que permite detectar precozmente complicaciones secundarias.

- Existen complicaciones de riesgo vital, que aunque poco frecuentes, se benefician de su detección precoz.
- Consideramos que todo paciente sometido a una tiroidectomía total o subtotal (con otra previa) debe pasar el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados intensivos, dado que las complicaciones que se pueden presentar son importantes, pese a su baja incidencia.

(8)

D. **MALDONADO** Gutiérrez Zoila, **NAULA** Godobay Narcisa, **SUQUINAGUA** Ludizaca Mariela. 2009. Aplicación del PAE en atención de pacientes hospitalizados en cirugía Hospital “José Carrasco Arteaga” – Cuenca. Ecuador. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes post operados. El método de investigación fue cuali-cuantitativo; las técnicas: entrevista y observación; la muestra de 10 enfermeras profesionales de cuarto nivel y dos internas de enfermería. Según resultados obtenidos en nuestra investigación, las enfermeras profesionales que laboran en el servicio de cirugía conocen las cinco etapas del proceso de atención de enfermería, pero la aplicación de estas en el cuidado directo es de forma parcial, situación que repercute en la atención

del paciente. Por la importancia que tiene la atención de enfermería para mejorar la calidad de vida de los pacientes, se elaboró una propuesta para que el personal profesional rememore y este en constante actualización sobre los avances científicos, técnicos. (9)

- E. **ROMÁN** de Cisneros Gladys. 2013. Percepción de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados de Enfermería en la unidad de atención de cirugía. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. El mismo se realizó en el Hospital Universitario Dr. "Ángel Larralde" Naguanagua Estado Carabobo en la Unidad de Cirugía. Como conclusiones tenemos que en relación con los resultados obtenidos se observó que el 27% de los pacientes estudiados tienen edades comprendidas entre 45/50 años de edad. Con relación al género el mayor porcentaje fue de un 60% correspondiente al género femenino. Se determinó que las enfermeras en un 90% saludan afectuosamente a los pacientes. Se presentan en un 67% y el 100% los llama por su nombre cuando son atendidos. Las enfermeras tienen un trato empático con los pacientes en un 80% en cuanto a su enfermedad. El 80% mantiene un trato amable con el familiar y el paciente. Por otra parte el 93% los atienden con respecto cuando se presenta una eventualidad. Las enfermeras explican en un 90% el procedimiento

de administración de medicamentos correctamente a los pacientes. El 80% demuestra seguridad cuando realiza el procedimiento de cura de heridas y se determinó que el 90% controla los signos vitales. El 83% presta apoyo en situaciones estresantes a los pacientes. El 90% cumple con la satisfacción de las necesidades en la prestación del cuidado, el 83% acude a tiempo cuando los pacientes necesitan algún tipo de atención. El 89% de las enfermeras demuestra confianza y sinceridad en la comunicación y cuidados brindados a los pacientes. El 95% mantiene el respeto a la intimidad/ creencias y el 88% proporciona apoyo emocional cuando lo necesitan. Por otra parte la percepción que tienen los pacientes sobre los cuidados que le proporciona el profesional de enfermería fueron correctos en un 87%. (10)

2.2. Marco Conceptual

El cuidado de Enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía del servicio de Cirugía de cabeza y cuello se basa en el cuidado humanizado de Jean Watson que desarrolla el conocimiento del cuidado en la sanación de los individuos con un aporte de una base científica y moral para la práctica clínica y el modelo de Virginia Henderson con sus 14 necesidades básicas es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad . Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud en el paciente post operado de tiroidectomía.

2.2.1 Modelo Teórico. Cuidado Humanizado De Jean Watson

Jean Watson propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación. Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. "La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad". (11)

Conceptos:

1. **Interacción enfermera-paciente:** define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.
2. **Campo fenomenológico:** corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.
3. **Relación transpersonal de cuidado:** para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:
 - **Transpersonal:** ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente
 - **Cuidado transpersonal:** intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.
 - La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la

dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

4. Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

Teoría del Cuidado Humano:

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- 1- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
- 2- Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- 3- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- 4- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

- 5- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- 6- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
- 7- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizajes diseñados para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- 8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el

entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

10- Permisi3n de fuerzas existenciales – fenomenol3gicas: la fenomenología describe a los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuesti3n. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenol3gicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoci3n de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base "filos3fica". Es una teoría filos3fica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relaci3n entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una

relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

- **Salud:** tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- **Entorno:** Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante .La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

- **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona. (11)

Esta teoría es importante respalda y aporta el fundamento científico en el cuidado de enfermería que realizamos a diario a los pacientes post operados de Cirugía de cabeza y Cuello especialmente a Tiroidectomizados.

2.2.2. Modelo de enfermería de Virginia Henderson y 14 necesidades

También el modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística. (12)

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la

vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2º.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3º.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5º.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7º.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible". (12)

2.2.3. Cuidados de Enfermería en el periodo peri operatorio

En el denominado proceso quirúrgico se dan un conjunto de características que son comunes a todos los enfermos que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica. Este es el motivo por el que se habla específicamente de unos cuidados de enfermería peri operatoria, que son aplicados por el personal de enfermería. Se detalla algunos cuidados específicos para los "pacientes post operados de tiroidectomía. Habitualmente se divide el acto quirúrgico en tres fases el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

Es importante tener presente que el éxito del proceso quirúrgico dependerá no sólo de la intervención en sí misma, a pesar de que ésta pueda ser el acto central de toda la sucesión de acontecimientos, sino del buen desarrollo de cada una de las etapas indicadas. No es arriesgado afirmar, que sin una correcta preparación preoperatoria y unos adecuados cuidados postoperatorios, ni la mejor de las intervenciones quirúrgicas podría tener éxito. (13)

2.2.3.1. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES TIROIDECTOMIZADOS

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. (13)

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:

- Recoger al paciente a la sala de recuperación y trasladarlo al servicio de cabeza y Cuello

- Valorar: Nivel de conciencia, reflejos, frecuencia respiratoria, monitorización cardíaca y electrocardiograma, presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno.
- Valorar herida y drenajes
- Vigilar Diuresis
- Vías de aporte
- Hoja de procedimiento anestésico y hoja operatoria
- Traslado del paciente en camilla a su ambiente del servicio en posición semi fowler

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 continua.

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

c) 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.

2.2.4. Generalidades sobre cáncer de tiroides

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. (14)

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 hipocogeneidad, 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. Comúnmente metastatiza a ganglios linfáticos. 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 tiroides.

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).(12)

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
- Razones cosméticas

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 UCI. 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.

2.3. Definiciones de Términos

- **Cirugía** (del griego χείρ *jeir* "mano" y ἔργον *érgon* "trabajo", de donde χειρουργεία *jeirourguéia* "trabajo manual") a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico (15)
- **Cuidados post operatorio:** Periodo de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía (16)
- **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 (17)
- **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 (14)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Para realizar el informe de experiencia profesional se tuvo acceso como fuente de Información a la unidad de datos de estadística e informática del hospital sobre los pacientes post operados de tiroidectomía de los años 2013 al 2015. También se coordina con la jefa de enfermeras del servicio para la autorización en hacer uso de historias clínicas y el consolidado de producción del servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

3.2. Experiencia Profesional

La experiencia como profesional en enfermería en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins que es un hospital de nivel IV donde se atienden patologías con alta complejidad y los cuidados de Enfermería tienen que ser de calidad. Esta se inicia en el año 2001, realizando mi labor en el campo funcional de enfermera asistencial, en los servicios de Traumatología ubicado en el piso 9A. En este servicio los pacientes son seniles en su mayoría y se encuentran postrados con Diagnóstico médico de Fractura de cadera, fractura de tobillo, rodilla, también siendo afectados las personas en edad madura que son imposibilitadas de la movilidad motora básicamente.

Mi rotación fue muy satisfactoria dando la atención de cuidado de enfermería a los pacientes en todas las necesidades y problemas acompañado también de la familia. Posteriormente ingreso al servicio de Urología atendiendo diversas patologías como Cáncer de Próstata, adenoma de próstata, cáncer de riñón, y otros, brindando cuidados de enfermería personalizados teniendo cargo funcional asistencial y en constante capacitación y educación permanente.

En el año 2002 ingreso al servicio de cirugía de cabeza y Cuello hasta la actualidad, mi labor en las cuatro funciones de enfermería, asistencial, administrativa, docencia e investigación siempre tratando de innovar y mejorar en conocimientos de enfermería y en habilidades y destrezas en los procedimientos a realizar.

El Servicio de Cirugía de cabeza y Cuello del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins se encuentra en el piso 10 lado B, cuenta con 31 camas, y consta de 3 servicios : Cirugía de maxilo-Facial, Otorrinolaringología y Oftalmología. De los cuales 11 camas son de cabeza y Cuello. Cuenta con 1 jefe de Departamento y un jefe en cada especialidad. Los Médicos asistenciales en todo el departamento son de 50 médicos especialistas, 1 enfermera Jefe, 1 enfermera Subjefe, 13 enfermeras asistenciales, 13 Técnicos asistenciales de enfermería.

El servicio de otorrinolaringología tiene patologías como Otitis media Crónica, tabique nasal desviado, Síndrome vertiginoso, Enfermedad neuro-sensorial para implante coclear, amigdalitis, entre otras y el Servicio de Oftalmología atiende Desprendimiento de retina, cataratas, trauma ocular, infecciones oculares, endoftalmitis, glaucoma, entre otras. Adicionalmente el paciente ingresa al servicio con patologías agregadas como Diabetes mellitus, Hipertensión Arterial, Arritmias cardiacas con anticoagulación, etc.

El Servicio de cabeza y Cuello se divide en unidades, la unidad oncológica atiende cáncer de laringe, de lengua, de labio, tumores de seno maxilar, y la más frecuente es el cáncer de tiroides. Y la unidad de maxilares atiende fracturas osteomales, malformaciones congénitas, traumas faciales, entre otras.

El informe de experiencia profesional describe diversas patologías del servicio de cabeza y cuello pero para fines de describir mi experiencia voy abarcar la patología que tiene mayor porcentaje y son los pacientes post operados de tiroidectomia en estos últimos años que afectan a la población y se benefician con los cuidados de enfermería humanísticos profesionales y éticos, con capacitación, educación continua con posicionamiento de Enfermería en el liderazgo siendo mi razón principal el paciente acompañado de la familia porque cumplen una función principal en su recuperación pronta hasta llegar al hogar.

También en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins como institución reconocida por un excelente servicio no puede subsistir sin elementos concretos que le permitan medir la calidad de las prestaciones que ofrecen. Es así que el departamento de enfermería ha desarrollado un programa continuo de mejoramiento de la calidad y seguridad del paciente. También con un Comité Científico, Comité de bioseguridad Comité de emergencias y desastres, que utilice medios estandarizados bien definidos y confiables, para analizar los procesos con profundidad, aplicar cambios y evaluar los resultados,

Con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de atención del usuario en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se basa en una atención integral con calidez, empatía y eficiencia; en el marco de la política institucional de humanización y calidad en salud.

En el servicio de cirugía de cabeza y cuello participo activamente en la capacitación de los diferentes programas presentando informes semestrales con resultados, limitaciones, estrategias y recomendaciones.

En el programa de educación permanente se presentan casos, procesos de enfermería, enfermedades más frecuentes del servicio de cirugía de cabeza y cuello, mediante estrategias, trabajo en equipo, resolución de problemas, se comparte ideas y soluciones siempre con una sola finalidad por el bienestar de nuestro paciente donde también el post operado de tiroidectomía es importante es nuestras presentaciones porque es una de las enfermedades con mayor incidencia en nuestros servicio.

3.3. Procesos realizados en el cuidado del post operado de tiroidectomía

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el servicio de cirugía de cabeza y Cuello en el piso 10B se realizan diversas cirugías de diferentes patologías complejas tomando a los pacientes con problemas de Cáncer de tiroides, Nódulos tiroideos y la cirugía es la tiroidectomía que es un procedimiento traumático donde afecta al paciente física psicológica y emocionalmente. Es una etapa muy crítica donde el paciente se siente afligido porque puede presentar problemas respiratorios y sangrado de herida y cada uno de los pacientes tienen diferentes necesidades de su patología y post anestesia entonces el cuidado de enfermería tiene que ser humanizado, integral, individualizado con calidad y calidez por lo tanto de debe hacer un plan de cuidados a cada uno de ellos.

3.3.1 Cuidados de enfermería en pacientes post operados de tiroidectomía desde el ingreso y el post quirúrgico

El paciente ingresa al servicio de cirugía de cabeza y cuello procede de consultorios externos y se le da la bienvenida con la charla educativa considerando como primer diagnóstico de enfermería la ansiedad relacionada con la patología, con falta de información, desconocimiento del ambiente hospitalario, alejarse de la familia, el pronóstico de su enfermedad, y otros; es donde la enfermera cumple un rol muy importante

en darle confianza, tranquilidad, trato amable, palabras de aliento, ánimo y una bienvenida cálida con respecto a la estadía hospitalaria.(foto 1)

También se le brinda orientación rápida, entrega pulsera de identificación, informando sobre la cirugía, hora, fecha, se les ubica en el ambiente, medidas de higiene, realiza toma de muestra de prueba cruzada, la dieta que recibe es blanda. El consentimiento informado del acto quirúrgico es importante, también continuar con tratamiento habitual (antihipertensivo, hipoglucemiantes, y otros) quitar esmalte de uñas, tratamiento de pre medicación para un buen descanso del paciente. La orientación sobre los cuidados y medidas para prevenir complicaciones acerca de la postura adecuada, reposo absoluto, la respiración diafragmática como toser, la diuresis, mantenerse en ayunas 8 horas aprox., ejercer culto a Dios.

El día operatorio retiro de joyas, extraer dentadura postiza, prótesis y la importancia de ayunas, vendaje de miembros inferiores, control de funciones vitales, acompañamiento de familiar quien es un apoyo fundamental para el proceso de hospitalización y continuar con el apoyo psicológico.

A. Post Operatorio Inmediato

Esta fase inicia cuando se recoge al paciente de la unidad de Recuperación, se valora nivel de conciencia, reflejos, frecuencia respiratoria, monitorización cardíaca y electrocardiograma, presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno, valorar herida y drenajes,

diuresis, vías de aporte, hoja de procedimiento anestésico y hoja operatoria, se traslada al paciente a su ambiente del servicio en camilla al ambiente de hospitalización. También es importante valorar el dolor, náuseas, vómitos, efectos post anestesia, colocar al paciente semi fowler para una mejor ventilación, si presenta disnea por presencia de secreción salival densa se nebuliza con suero fisiológico, vigilar zona operatoria para prevenir complicaciones. Se toma muestra de sangre para valorar calcio por la hipocalcemia posible, cumplir con la medicación post quirúrgica. Colocar timbre cerca del paciente, orientar al familiar, después de satisfacer las necesidades inmediatas, realizar balance hídrico y notas de enfermería en la historia clínica.

B. Post Operatorio Mediato

A las 8 a 12 horas post operatorias el paciente por el tipo de cirugía la herida operatoria es importante, verificar la zona operatoria y vigilar la frecuencia respiratoria luego se le ayuda a levantarse, sentarse al sillón, brindar dieta blanda, recibe curación de herida operatoria, vigilar control de funciones vitales, ya que se puede identificar signos de alarma, deambulación asistida. La estancia hospitalaria sin complicaciones es de 3 a 5 días. Los cuidados de enfermería siempre acompañados de apoyo emocional, educación permanente sobre la cirugía y el cuidado de herida operatoria y con acompañamiento de la familia. (Foto N° 2 y 3)

C. Al Alta del Paciente

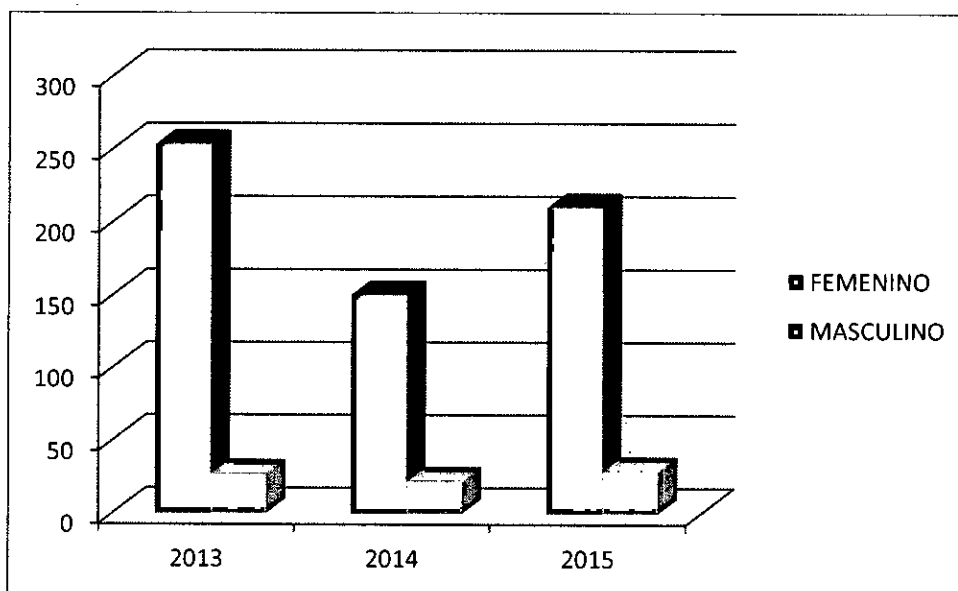
El paciente post operado de tiroidectomía debe seguir con los cuidados en casa, donde la enfermera brinda la educación permanente y el apoyo psicológico y el paciente continúe su recuperación y su pronta incorporación a la sociedad sin complicaciones. Reposo relativo esfuerzo físico: durante 2 semanas aproximadamente cumplir el descanso médico. Alimentación: Dieta blanda, evitar picantes y condimentos, no bebidas alcohólicas, evitar estreñimiento por el esfuerzo. La hipocalcemia, dolor, se controlaran con la medicación indicada. Valorar herida operatoria debe estar expuesta y limpia.. La higiene es 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.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE TIROIDECTOMÍA SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. 2013 – 2015.

SEXO AÑO	2013	2014	2015
FEMENINO	253	150	210
MASCULINO	27	22	29
TOTAL	280	172	239

Fuente: Unidad de Estadística. EsSalud. HNERM



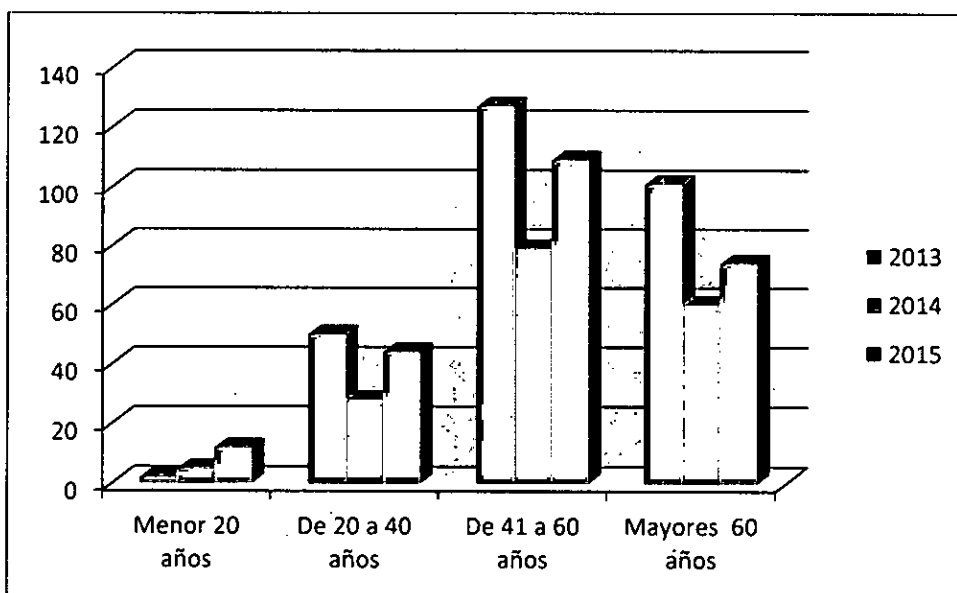
Fuente: Unidad de Estadística. EsSalud. HNERM

En el presente cuadro se observa que el sexo femenino tiene mayor porcentaje en los pacientes post operados de tiroidectomía en el año 2013 .

TABLA N° 4.2: RANGO DE EDAD EN PACIENTES POST OPERADOS DE TIROIDECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. 2013 – 2015

EDAD AÑO	2013	2014	2015
Menor 20 años	2	5	12
De 20 a 40 años	50	28	44
De 41 a 60 años	127	79	109
Mayores 60 años	101	60	74
TOTAL	280	172	239

Fuente : Unidad de Estadística. EsSalud. HNERM.

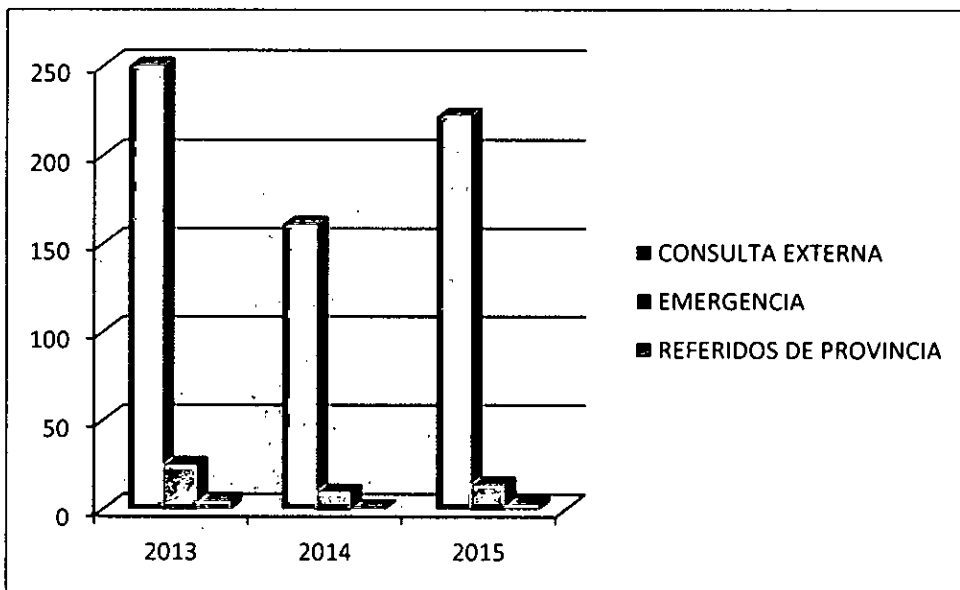


Se puede apreciar que el grupo etario es más alto de 41 a 60 años en relación a los demás grupos etarios y en segundo lugar están los mayores de 60 años, quedando en último lugar los menores de 20 años.

TABLA N° 4.3.- REFERENCIA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DE TIROIDECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2013 – 2015

REFERENCIA	2013	2014	2015
CONSULTA EXTERNA	250	161	222
EMERGENCIA	25	10	14
REFERIDOS DE PROVINCIA	05	01	03
TOTAL	280	172	239

Fuente : Unidad de Estadística. EsSalud. HNERM.

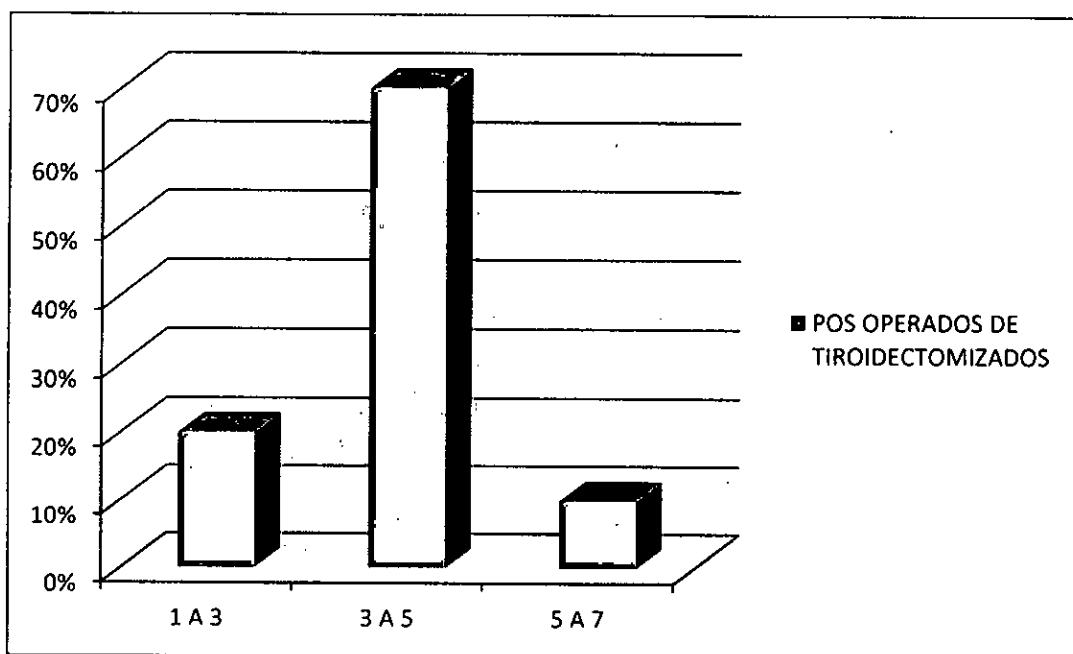


En la tabla se observa que los pacientes proceden de consulta externa en su mayoría del año 2013 al año 2015 , siguiendo la emergencia y con minoría referidos de provincia.

TABLA N° 4.5.- ESTANCIA HOSPITALARIA DEL PACIENTE TIROIDECTOMIZADO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. 2016

DÍAS	1 A 3	3 A 5	5 A 7
POS OPERADOS DE TIROIDECTOMIZADOS	20%	70%	10%

FUENTE: Unidad de Estadística del HNERM EsSalud}



La estancia hospitalaria de los pacientes post operados de Tiroidectomía el 70% es de 3 a 5 días desde el pre operatorio hasta el alta.

CONCLUSIONES

1. Durante los tres 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 femenino y el grupo etario de 41 a 60 años son los que más predominan.
2. 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 a recuperación hasta llegar al servicio de hospitalización.
3. La educación de continuar con la vigilancia de cuidados de herida operatoria y estar alerta sobre las posibles complicaciones que pueda presentar cuando el paciente sale de alta y a su vez el acompañamiento de la familia ayuda en su recuperación.

RECOMENDACIONES

- a. Que ESSALUD continúe con la capacitación al personal multidisciplinario del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins especialmente al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.
- b. 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.
- c. Que el equipo multidisciplinario de la salud especialmente Enfermería continúe con la educación sanitaria a los pacientes y familia.

REFERENCIALES

1. SEOM. Org. **Cáncer de tiroides**. Epidemiología. Disponible en: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/tumores-ori/tiroides?start=1#sthash.aSBvxwk7.dpuf> (20/06/16)
2. OMS. **El cáncer a nivel mundial**. Disponible en: <http://www.who.int/inmh/publication/ned-report-summary-es.pdf> (18/06/16)
3. Instituto Nacional del Cáncer. **El cáncer de tiroides**” Febrero 2014.
4. Cáncer Care Conected. **Cáncer en etapa avanzada**. Disponible en: [lamula.pe/2012/12/30 Perú – 75 – de-casos-de-cancer-es-detectado-en-estados-muy-avanzado/sophimania/](http://lamula.pe/2012/12/30/Peru-75-de-casos-de-cancer-es-detectado-en-estados-muy-avanzado/sophimania/). (07/05/16)
5. HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. **Unidad de Estadística**. EsSalud. Mayo 2016
6. NOVOA Gómez, Mónica M.; VARGAS Gutiérrez, Rochy M.; OBISPO Castellanos, Shirley A.; PERTUZ Vergara, Máryori; RIVERA Pradilla, Yady K. **Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides** *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 10, núm. 2, junio, 2010, pp. 315-329 Universidad de Almería Almería, España (05/06/16)
7. BETANCOURT Soto, Nancy Mirella. **Rol de la enfermería en las complicaciones post quirúrgicas en pacientes intervenidos de cáncer de tiroides en la unidad oncológica**. 2011. Disponible en <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3653> (09/07/16)
8. PEINADOR Nuño M.J., BEJARANO Montañez J., RECIO Carrasco C., PIÑERO Negrín A.. **Post operatorio inmediato en pacientes sometidos a tiroidectomía total en UCI**. 2012. Hospital de Madrid.

- Disponible en: [www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-post\(12/06/16\)](http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-post(12/06/16))
9. MALDONADO GUTIÉRREZ Zoila, NAULA GODOBAY Narcisa, SUQUINAGUA LUDIZACA Mariela. **Aplicación del PAE en atención de pacientes hospitalizados en cirugía Hospital “José Carrasco Arteaga”** 2009. Hospital de Cuenca. Ecuador. Disponible en: docplayer.es/7281581-Resumen-universidad-de-cuenca-facultad-de (08/07/16)
 10. ROMÁN DE CISNEROS Gladys. **Percepción de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados de Enfermería en la unidad de atención de cirugía. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.** 2013 Hospital Universitario Dr. “Ángel Larralde” Naguanagua. Carabobo. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/percepcion> (25/07/16)
 11. WATSON Jean. **Modelo Teórico. Cuidado Humanizado.** 2013. Disponible en: <https://www.watsoncaringscience.org> (22/08/16)
 12. HENDERSON Virginia. **El Cuidado.** 2012. Disponible en: Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.html (07/08/16)
 13. Revista medica electrónica. **Cuidados de enfermería en el proceso perioperatorio.** Portales médicos.com.articulos de enfermería pág. 1_5. Disponible en: www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de (16/07/16)
 14. WIKIPEDIA. **Cáncer Tiroideo.** 2013. (en línea) Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/c%C3%A1ncer_tiroideo (22/06/16)
 15. Wikipendia. **La enciclopedia libre**(en línea) 2014. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Cirugía> (1/09/16)

16. LOPEZ Paola, PEREDA Claudia. **Cuidados Pre y Post operatorios.** (diapositivas) 2008. 15 diapositivas. Disponible en: <https://tgosantotomas.files.wordpress.com/2008/04/cuidados>. (22/10/16)
17. En el cuidado de la Enfermería. (en línea). Colombia. 2013. Disponible en: cuidadosenfermero.blogspot.com

ANEXOS

SERVICIO DE CIRUGÍA, CABEZA Y CUELLO 10B
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERSONALIZADA A PACIENTES POS-
OPERADOS DE TIROIDECTOMÍA

FOTOGRAFIA N° 1: RECEPCION DEL PACIENTE AL SERVICIO SE LE
DA LA BIENVENIDA Y RECIBE LA ORIENTACION SOBRE LA
ESTANCIA HOSPITALARIA.



**FOTO N° 2: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE POST
OPERADO DE TIROIDECTOMIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE
CABEZA Y CUELLO**

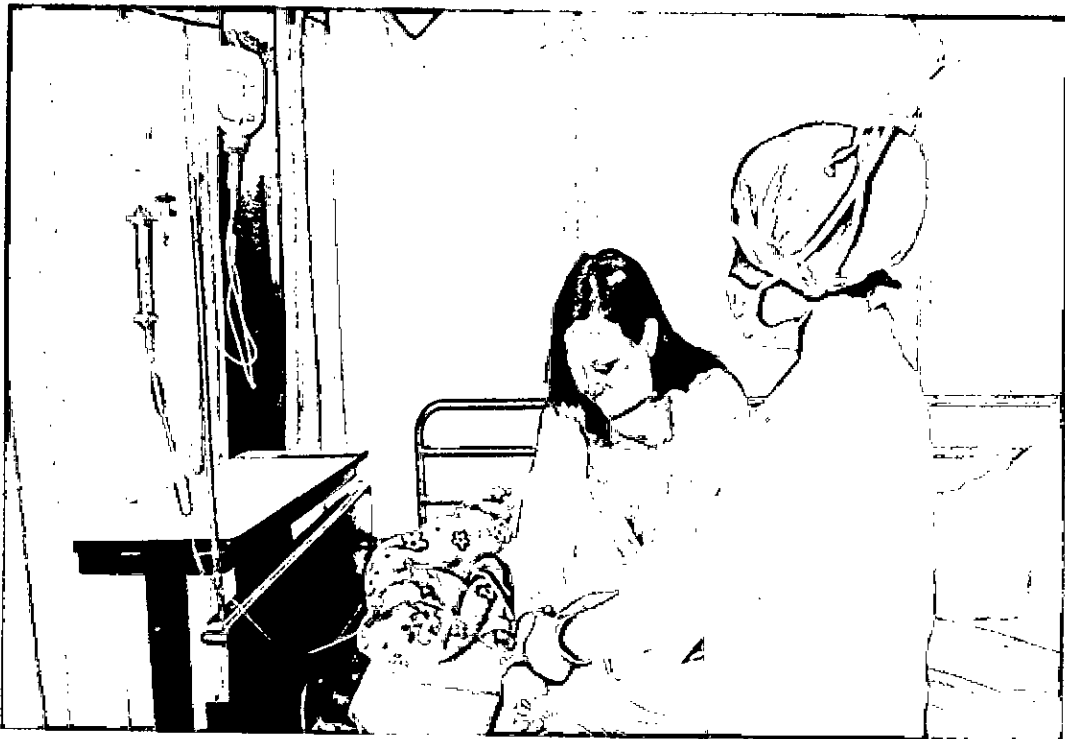


FOTO N° 3: LA EDUCACIÓN Y EL APOYO EMOCIONAL ES IMPORTANTE DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

