

## GUIA DE CUIDADOS EN CIRUGIA DE TIROIDES

**AUTORES:** Teresa Maria Alves Conceicao , FEA de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Centro Hospitalario Torrecárdenas, Almería .  
 Francisco Montoya Garrido, FEA Anestesiología , AEPS Hospital de Poniente, El Ejido, Almería

**INTRODUCCION:**

La tiroidectomía total bilateral está indicada en el tratamiento de patologías tiroideas como el bocio multinodular no tóxico, la enfermedad de Graves-Basedow y el cáncer de tiroides.

El procedimiento ha incorporado nuevas tecnologías que han mejorado la práctica médica y los resultados funcionales y estéticos.

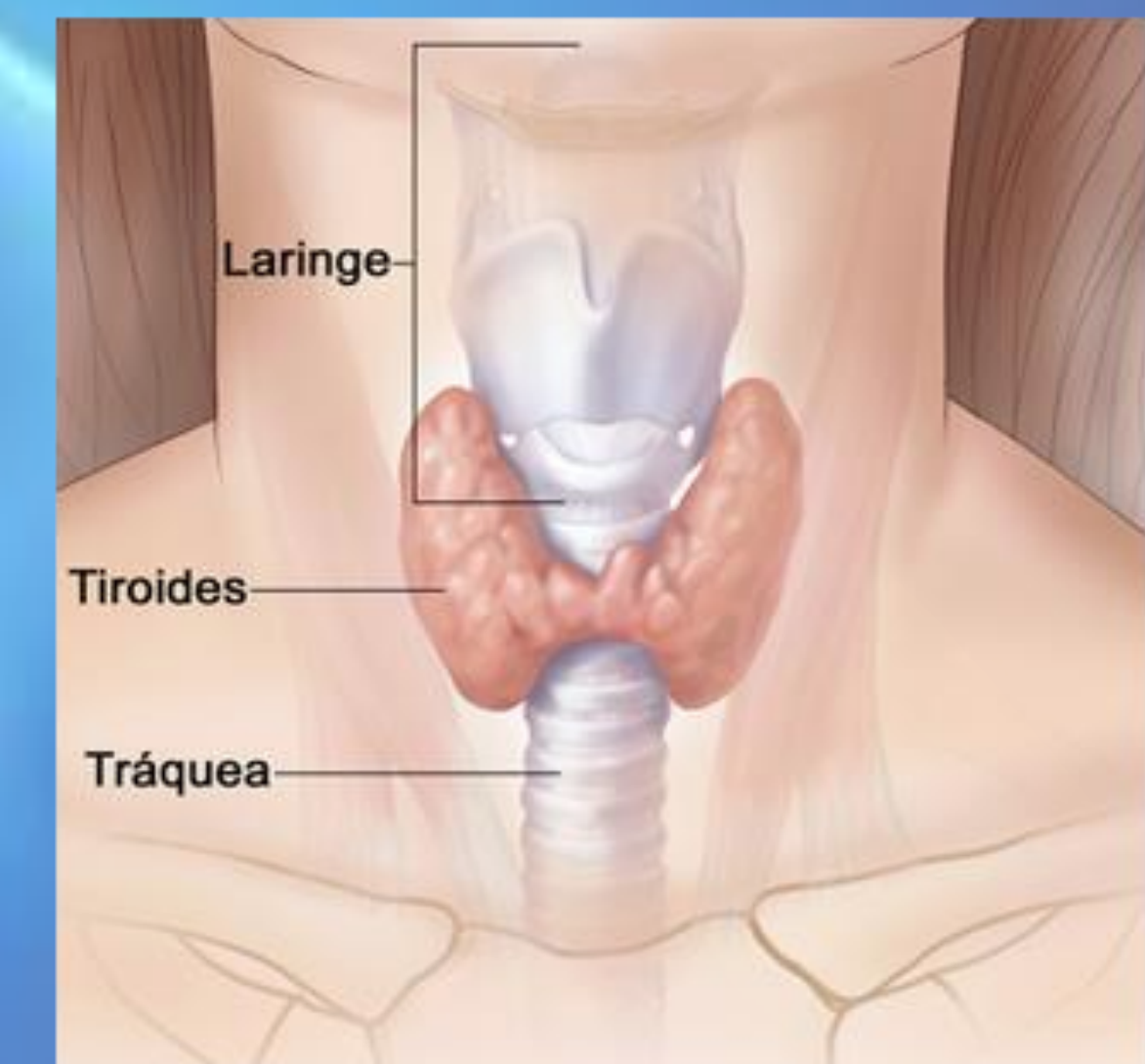
Las Secciones de Cirugía Endocrina y de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos han elaborado una vía clínica, basada en la evidencia, con objetivo de protocolizar las actuaciones y facilitar la atención sistematizada y multidisciplinar del paciente con patología tiroidea de indicación quirúrgica.

**OBJETIVOS:**

1. Establecer una secuencia de actuaciones y aplicarla a todos los pacientes
2. Disminuir la variabilidad
3. Mejorar coordinación de los profesionales
4. Informar al paciente y familiares sobre expectativas
5. Constituir un instrumento educativo para residentes y médicos en formación
6. Disminuir costes de estancia hospitalaria.

**METODO/RESULTADOS:**

Revisión bibliográfica de las actuaciones y comprobaciones que deben ser realizadas en los pacientes con indicación para tiroidectomía durante 3 fases del procedimiento:



### LISTADO DE CUIDADOS

**PREOPERATORIO**

ACTUACION MEDICA	Consulta de Cirugía y Anestesia: Historia clínica, exploración, pruebas complementarias (analítica, ecografía, gammagrafía, PAAF, laringoscopia) consentimientos informados de cirugía y anestesia con valoración de riesgos.
COMPROBACIONES	Al ingreso comprobar el preoperatorio (hormonas tiroideas y calcio, RX tórax y ECG), ayunas de 8 horas antes de intervención y riesgo tromboembólico* (suspensión de antiagregantes / anticoagulantes 5 a 7 días antes)
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	Analítica de sangre con hormonas tiroideas, calcio, vit D, paratormona. Radiografía tórax y ECG
ACTIVIDAD FISICA	normal
MEDICACION	HBPM** la tarde previa. Solución de lugol débil 7 a 10 días antes de la intervención de bocio difuso tóxico (Graves-Basedow)
NUTRICION	Ayunas 8 horas antes de la intervención
INFORMACION PACIENTE/FAMILIA	Sobre riesgos quirúrgicos, anestésicos, evolución prevista
OBJETIVOS	Evitar suspensiones y minimizar complicaciones

**PERIOPERATORIO**

ACTUACION MEDICA	Presentación del equipo, ingreso y preparación preoperatoria En quirófano: Tiroidectomía total, hemostasia, neuromonitorización NLR y Vago, preservación paratiroides, drenaje, envío pieza para anatomía patológica, redacción de hoja operatoria.
COMPROBACIONES	Valoración de signos clínicos de hipocalcemia o compresión de la vía aérea, constantes cada 8 h, débito y aspecto del drenaje
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	calcemia, proteínas totales, eventual paratormona
ACTIVIDAD FISICA	Sentar en sillón a las 6 horas
MEDICACION	Profilaxia antitromboembólica (HBPM), analgesia cada 6 h, profilaxia AB si factores de riesgo***
NUTRICION	Líquidos a partir de las 6 h
INFORMACION PACIENTE/FAMILIA	Sobre intervención y curso previsible
OBJETIVOS	Minimizar dolor y complicaciones

**24 HORAS POSTOPERATORIO**

ACTUACION MEDICA	Evaluación de fonación, deglución, síntomas de sangrado o de hipocalcemia. Evaluación de herida y retirar drenaje si <25 cc. Redacción de informe de alta con cuidados a seguir y citas en consulta (cirugía y Endocrino)
COMPROBACIONES	Débito y aspecto de drenaje. Si <25 cc retirar y si >50cc o hemático vigilar
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	paratormona, calcemia y proteínas totales
ACTIVIDAD FISICA	Deambulación
MEDICACION	Hormona tiroidea (levotiroxina 100 mic). Analgesia oral. Calcio oral para mantener calcemia >8. Eventual vit D oral. HBPM.
NUTRICION	Dieta normal progresiva
INFORMACION PACIENTE/FAMILIA	Información sobre la evolución. Condiciones para alta: no hemorragia, no hematoma, nausea o vómito, calcio>8, deglución y respiración normales. No dolor
OBJETIVOS	Alta hospitalaria y evitar reingreso

Tablas 1, 2 y 3. \* calculadas según escala de Caprini para valorar riesgo tromboembólico. \*\* HBPM heparina de bajo peso molecular. \*\*\* factores de riesgo: diabetes mellitus, vaciamiento ganglionar cervical asociado, inmunodeprimidos.

**CONCLUSIONES:**

La guía de cuidados permite optimizar la atención al paciente, minimizar las suspensiones, reducir los riesgos de complicación intra y postoperatoria, tratar de forma correcta las complicaciones y obtener el alta precoz sin reingresos.

**BIBLIOGRAFIA:**

1- Soria V. , Villar J. , Vía Clínica de Tiroidectomía de la Asociación Española de Cirujanos, Secciones de Cirugía Endocrina y de Gestión de Calidad, TS1402-008 Rev. Octubre 2014  
 2- Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? Int J Health Care 2003; 15:509-21.  
 3- Sancho J. Nódulo tiroideo. En :Siges-Serra A, Sancho J Eds Cirugía Endocrina 2 edición. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Aran; 2009:15-26