

PROTOCOLO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE BOCIO TIROIDEO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE BOCIO TIROIDEO

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la causa más común de bocio es la deficiencia de yodo. Se estima que la enfermedad afecta de 200 a 800 millones de personas con escasez de yodo en la dieta.

En República Dominicana la deficiencia de micronutrientes constituye un problema de salud pública. Los micronutrientes de mayor déficit en el país son el yodo, hierro y vitamina A. Se calcula que la prevalencia de bocio es de 5% en los escolares de 6 a 14 años, sin embargo en las provincias San Cristóbal, Peravia y Monte Plata asciende a niveles que sobrepasa el límite epidemiológico (5%) establecido por la OMS.

1. OBJETIVO

Estandarizar el manejo en la práctica clínica -quirúrgica por parte de los profesionales vinculados, para la homogeneidad de la atención de los pacientes que presenten bocio tiroideo y así disminuir la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

2. DEFINICIÓN

El bocio es el aumento de tamaño de la glándula tiroidea que se manifiesta externamente por una tumoración en la parte antero-inferior del cuello,

justo debajo de la laringe. Se presentan uno o varios crecimientos localizados de tejido tiroideo (nódulos) que pueden extenderse al resto de la glándula tiroides.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en cirugía, medicina interna y medicina familiar; enfermeros y enfermeras.

4. POBLACIÓN DIANA

Todos los pacientes diagnosticados con bocio tiroideo y criterios quirúrgicos.

5. DIAGNÓSTICO

5.1. Signos y síntomas de la patología:

Aunque el bocio es generalmente asintomático, puede estar acompañado de los siguientes signos y síntomas:

- a) Presencia de masa
- b) Sensación de presión en el cuello
- c) Disfagia
- d) Disnea
- e) Disfonía

Cuando hay extensión al tórax, puede producirse una disminución del retorno venoso con ingurgitación venosa cervical y rubor facial (signo de Pemberton positivo).

5.2 Pruebas de laboratorio:

1) Función tiroidea:

T3: triyodotironina; T4: tetrayodotironina o tiroxina; TSH: hormona estimulante de la tiroides; T4 Libre: tiroxina, calcio sérico.

2) Pruebas complementarias e imágenes:

Gammagrafía tiroidea; sonografía de cuello; biopsia son dirigida; PAAF (punción-aspiración con aguja fina), si predomina un nódulo.

6. CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- a) Paciente con síntomas de hipertiroidismo (taquicardia, nerviosismo, sudoración, debidamente diagnosticado según criterios de este protocolo.
- b) Paciente preparado y programado para cirugía, con expediente completo.
- c) Procedimiento administrativo de admisión para hospitalización realizado.

7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

7.1 Descripción del proceso quirúrgico.

Paso 1. Recepción del paciente y verificación de programación de cirugía.

Paso 2. Chequeo de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

Paso 3. Verificar que el consentimiento informado está firmado.

Paso 4. Comprobar la existencia del informe pre anestésico.

- Paso 5. Procedimiento de revisión por parte de Anestesiología del cumplimiento de los requisitos pre quirúrgicos.
- Paso 6. Traslado del paciente al quirófano desde el área prequirúrgica.
- Paso 7. Colocación correcta del paciente en la cama quirúrgica.
- Paso 8. Procedimiento de asepsia y antisepsia.
- Paso 9. Procedimiento de control de la anestesia y las medidas oportunas para mantener las constantes vitales del paciente.
- Paso 10. Realización del procedimiento quirúrgico.
- Paso 11. Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención deberá completar la Descripción Quirúrgica.
- Paso 12. Traslado de paciente a recuperación post anestésica.

7.2 Cuidados durante la realización del procedimiento:

- a) Control de hemorragias.
- b) Evitar lesiones de los nervios laríngeo recurrente y laríngeo superior.
- c) Revisar y evitar la lesión o la ablación de las glándulas paratiroides.

7.3 Cuidados en la Unidad de Recuperación Posanestésica:

El anestesiólogo vigilará:

- 1. Estado hemodinámico, de alerta del paciente y cualquier otro signo de efecto secundario.
- 2. Paciente en condiciones estable según criterio de anestesiología, pasara al área de cuidado posquirúrgico.

7.4 Cuidados y manejos posquirúrgicos:

Los médicos del área y personal del departamento de Enfermería se encargarán de:

- Vigilar los signos vitales cada hora durante las primeras cuatro horas. Si los signos vitales del paciente se mantienen estables, dicha revisión será efectuada cada cuatro horas.
- Administrar los medicamentos prescritos en cada caso.

Esquema de hidratación.

Primeras 24 horas.	Lactato de Ringer o solución salina al 0.9%	3000 ml., dosis de infusión ajustada de acuerdo a función renal
Mantenimiento.	Lactato de Ringer, o solución salina al 0.9%, o solución mixta al 0.9%, o Dextrosa al 5%	Infusión ajustada a equilibrio entre ingesta oral y parenteral.

Esquema para uso de antibióticos.

Esquema profiláctico	Cefazolina	1 g EV 30 minutos antes de la intervención. Repetir dosis a las 12 horas
----------------------	------------	---

Esquema para cirugía contaminada o complicación infecciosa.	<p>Ceftriaxona, 1 gr cada 12 horas.</p> <p>Gentamicina, 80 mg cada 12 horas, o 160 mg cada 24 horas.</p> <p>Amikacina, 500 mg cada 12 hora, o 1 gr cada 24 horas.</p> <p>Clindamicina, 600 mg cada 8 horas.</p> <p>Metronidazol: 500 mg cada 8 h (cuando el intestino esté expuesto)</p>	Manejar esquema empírico y según resultado de cultivo
---	--	---

Analgésicos

- Dexketoprofeno: 50 mg cada ocho horas. 25 mg por vía oral.
- Ketorolaco: una ampolla de 30 mg cada ocho horas.
- Nalbufina: 10 mg por vía subcutánea o endovenosa e intramuscular, cada seis u ocho h, SOS.
- Tramadol: 100 mg por vía subcutánea cada ocho horas (no exceder los 400 mg en adultos).

Protectores gástricos

<ol style="list-style-type: none"> Omeprazole Esomeprazole Pantoprazole 	40 mg cada 24 horas. Si hay riesgo de úlcera, el medicamento debe ser administrado en la misma cantidad cada 12 horas.
--	--

7.5 Registro del procedimiento:

- Llenar la hoja de descripción de procedimientos y anexar al expediente.

- b) Anotar el procedimiento en el libro de patología (biopsias).
- c) Actualizar historia clínica.

8. INGRESO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN

Además de las tareas asistenciales, el personal de Enfermería se encargará de:

- a) Custodiar y complementar el expediente del paciente durante su estancia en el servicio.
- b) Enviar el expediente junto al paciente cuando éste sea trasladado de Unidad.

Pautas para el manejo del paciente en sala:

- a) Suministrar el tratamiento (de primera elección y alternativo).
- b) Actualización y revisión continúa del expediente clínico.
- c) Si el caso lo amerita, solicitar atención al paciente por parte del Servicio de Endocrinología.
- d) Coordinar seguimiento entre los Servicios de Endocrinología y Cirugía.

9. CRITERIOS DE EGRESO

- a) Paciente clínicamente estable.
- b) Pruebas tiroideas normales (eutiroides).
- c) Calcio sérico normal.
- d) Autorización de los servicios de Cirugía y Endocrinología.
- e) Establecimiento de citas periódicas para las consultas de Cirugía y Endocrinología.

10. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

En intervenciones prolongadas o cuando el tiempo estimado para el acto quirúrgico exceda el previsto inicialmente, un miembro del personal de Enfermería contactará a los familiares del paciente, a fin de informarles sobre la marcha del procedimiento.

Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano informará a los pacientes y familiares acerca del resultado del mismo.

Al momento del egreso, el médico tratante informará al paciente y a sus familiares sobre:

1) Medidas preventivas:

- a) Cuidado de la herida (cura)
- b) Reposo de la voz

2) Informe sobre el procedimiento realizado:

- a) Tiroidectomía total
- b) Lobectomía

3) Recomendaciones nutricionales y utilización de medicamentos:

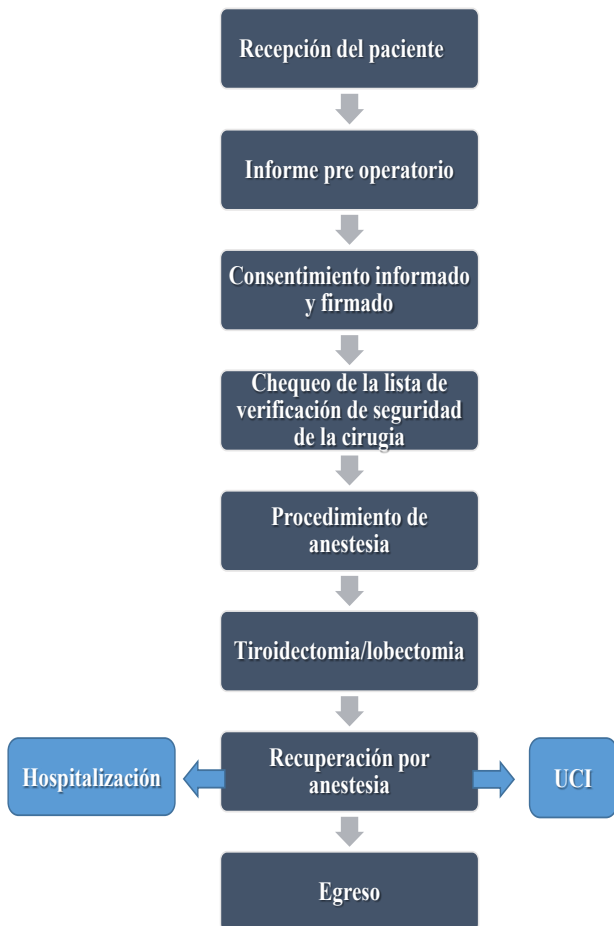
- a) Dieta corriente

4) Informar sobre posibles signos y síntomas de alarma en el postoperatorio que requieren de atención médica:

- a) Fiebre
- b) Secreciones a través de la herida
- c) Malestar general
- d) Dificultad respiratoria

5) Próxima cita: entre siete y diez días luego del egreso.

11. ALGORITMO DEL PROCESO PARA LA ATENCIÓN DEL BOCIO TIROIDEO



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Técnica para la Implementación de la Lista De Verificación De La Seguridad de la Cirugía MSP/VGC-GT01-15, Santo Domingo, República Dominicana, 2015.
2. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, et al American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer,. (2009), Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 19: 1167–1214
3. Barczynski M, Five-year follow-up of a randomized clinical trial of total thyroidectomy versus Dunhill operation versus bilateral subtotal thyroidectomy for multinodular nontoxic goiter. *World Journal of Surgery* June 2010, Volume 34, Issue 6, pp 1203-1213.
4. Pocket Guide to the Operating Room (3rd e.). Philadelphia: F.A. Davis Company. Goldman, M.A. (2008).
5. Mulinda, J.R. MD; Griffing, G.T. MD (2013). Goiter. Artículo visto en Febrero 11, 2014 desde: <http://emedicine.medscape.com/article/120034-overview#a0199>.

6. Moreno, Tiroidectomía subtotal: un método fiable para lograr el eutiroidismo en la enfermedad de Graves. Factores pronósticos, J sug mundial 2006.
7. Wang C, La tiroidectomía: un nuevo enfoque vestibular bucal endoscópica, cirugía 2014 Enero; 155(1) 33-8.
8. An epidemiological survey of thyroid diseases in Yan'an City (Article in Chinese). Chin J Clin Med 20: 548–550. Zhang JL, Tuo SJ, Song HP, Zhou XD, Liu XY, et al. (2013).