



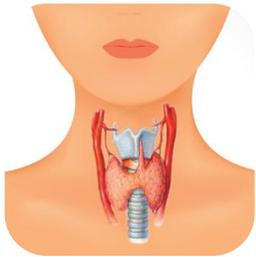
ANEXOS

[Documento informativo sobre la tiroidectomía.](#)

Este documento pretende explicar, de forma sencilla, la intervención denominada **TIROIDECTOMÍA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

¿QUÉ ES LA TIROIDES Y QUÉ FUNCIÓN TIENE?

La tiroides es una glándula endocrina con forma de mariposa localizada en el cuello. Su trabajo es formar las hormonas tiroideas, las cuales ayudan al cuerpo a utilizar energía, mantener la temperatura corporal y a que el cerebro, el corazón, los músculos y otros órganos funcionen normalmente.



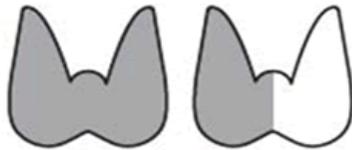
Hospital General San Jorge, Av. Martínez de Velasco, 36, 22004 Huesca.

CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES

¿EN QUÉ CONSISTE??

Llamamos **tiroidectomía** a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la extirpación total o parcial de la glándula tiroidea, glándula situada por delante y por debajo de los cartílagos laríngeos, cuya función es la producción de las hormonas tiroideas.

La tiroidectomía puede ser **parcial**, en la que se extirpa sólo la mitad de la glándula tiroidea, o **total**, cuando se extirpa totalmente.



TOTAL Y PARCIAL

También se puede realizar una tiroidectomía **subtotal**, que consiste en la extirpación de casi toda la glándula.

¿CÓMO SE REALIZA?

La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de una incisión que se realiza de forma horizontal a unos tres centímetros de la base del cuello, siguiendo un pliegue cutáneo natural para conseguir que la cicatriz sea lo más estética posible.

En algunos casos es necesario extirpar los ganglios cercanos a la glándula, durante la misma intervención, por lo que puede resultar obligado ampliar la incisión descrita.

¿CUÁNTO TIEMPO DEBERÉ ESTAR INGRESADO?

El ingreso hospitalario tras la intervención es de uno a tres días.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA OPERACIÓN?

- ❖ Hemorragia: si se produjera una hemorragia severa se podría producir un hematoma sofocante, acumulo de sangre en el cuello, y sería necesaria una re-intervención.
- ❖ Infección.
- ❖ Lesión del nervio recurrente que provocaría una disfonía, es decir, una ronquera.
- ❖ Hipoparatiroidismo: disminución de las cifras de calcio en la sangre y como consecuencia, se percibirían calambres musculares que se solucionarían con calcio y vitamina D.
- ❖ Crisis tirotóxica por paso a la sangre de cantidades elevadas de hormonas tiroideas.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general

ANEXO II

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN EN EL POST- OPERATORIO

Respiración diafragmática: la respiración diafragmática consiste en el aplanamiento del domo del diafragma durante la inspiración, con el crecimiento consecuente de la parte superior del abdomen cuando el aire ingresa. Durante la espiración se contraen los músculos abdominales.

Los ejercicios que se explicarán y se realizarán junto al paciente para favorecer la recuperación post- operatoria serán los siguientes:

1. Descansar las manos con suavidad sobre la parte anterior de las costillas inferiores con las puntas de los dedos contra la parte inferior del tórax para percibir el movimiento.
2. Espirar con suavidad y de manera completa, percibir que las costillas se deprimen y se desplazan hacia adentro, a la línea media.
3. Hacer una inspiración profunda por la nariz y la boca permitiendo que el abdomen se eleve conforme los pulmones se llenan con aire.
4. Mantener la respiración cinco segundos.
5. Espirar y dejar salir todo el aire por la nariz y la boca.
6. Repetir este ejercicio 15 veces.

Se deberán practicar en la misma posición en la que se encontrará el paciente en la cama después de la operación: semi- Fowler, apoyado en la cama con la espalda y hombros bien sostenidos con almohadas.

Fuente: Conceptos perioperatorios y manejo de enfermería. En: Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. 12ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health España, S.A., Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 423- 441.

ALIMENTOS RICOS EN CALCIO Y EN VITAMINA D

Alimentos ricos en calcio	
Alimentos	(mg/ 100 g de alimento)
Queso parmesano	1178
Queso manchego curado	848
Queso de tetilla	597
Queso manchego	470
Sardinias en lata	344
Leche condensada	330
Queso en porciones	276
Cereales de desayuno	267
Almendras	250
Chocolate con leche	247
Leche	120

Alimentos ricos en vitamina D	
Alimentos	(mg/ 100 g de alimento)
Aceite de hígado de bacalao	210
Bonito en aceite	23,8
Salmón ahumado	19
Anchoas en aceite	14
Sardinias	11
Salmón	8
Caballa	7,5
Pez espada/ atún	7,2
Boquerón	7
Yema de huevo	4,5

Fuente: Martín Salinas C, Díaz Gómez J. Nutrición y dietética. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015.



TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HORMONAS TIROIDEAS

La **tiroxina (T₄)** es el tratamiento de elección, fundamentalmente porque tiene mayor duración de acción, lo que permite una administración más cómoda para el paciente, ya que hay que tener en cuenta que, generalmente, el tratamiento sustitutivo tiroideo ha de mantenerse toda la vida.

Se administra en forma de levotiroxina (isómero óptico de la tiroxina).

Vía de administración: en la terapia de sustitución se administra por vía oral, comenzando con dosis bajas, que se van aumentando. No suele ser necesario administrar más de 200- 300 g/día. Cuando no es posible la administración por vía oral, se puede administrar por vía IV o IM, normalmente entre el 50-75% de la dosis oral. Por vía oral, es recomendable tomar el preparado preferiblemente antes del desayuno, en una sola toma diaria.

Contraindicaciones: la levotiroxina está contraindicada en pacientes alérgicos al fármaco, infarto agudo de miocardio, así como insuficiencia adrenal. Es conveniente tener precaución con la dosis en ancianos y en pacientes con insuficiencia coronaria y otras alteraciones cardiovasculares. En diabéticos puede ser necesario un reajuste de la dosis, debido al riesgo de hiperglucemia.

Reacciones adversas: se producen con más frecuencia a dosis altas. Las más características son: aparición de signos y síntomas de hipertiroidismo, alteraciones dermatológicas y alteraciones cardiovasculares.

Guía de cuidados para el paciente post-tiroidectomizado

Manejo de la herida quirúrgica

- Usted tendrá una cicatriz, con tres o cuatro puntos, a lo largo del cuello.
- Es importante que mantenga la herida limpia y seca para evitar que esta se infecte. Para ello deberá realizar una serie de cuidados básicos.
 1. Lávese bien las manos.
 2. Retire el apósito que cubre la herida, evitando tirar fuerte; si el apósito está muy adherido, puede humedecerlo con agua y jabón y retirarlo despacio y con cuidado.
 3. Retirado el apósito, limpie la herida con agua y jabón con movimientos suaves y sin frotar.
 4. Una vez limpia, séquela suavemente con gasas estériles.
 5. Posteriormente cúbrala con un apósito o gasa o déjela al aire.
 6. Cuando termine, lávese nuevamente las manos.
- Al alta, su médico le indicará cuándo y dónde deberá acudir para las revisiones posteriores de su herida.
- Si usted observa en la herida algunos de los siguientes problemas o complicaciones deberá acudir a urgencias:

Separación de los bordes de la herida o pérdida de los puntos.

Inflamación excesiva: aumento de volumen y enrojecimiento.

Signos de infección como: aumento del calor, dolor excesivo, aumento de la dureza en la zona, salida de pus por la herida (líquido espeso, verde- amarillento y maloliente).

Problemas de circulación: piel con coloración blanquecina- violácea, fría y con pérdida de la sensibilidad.

Fiebre (> de 38°C)

Sangrado abundante

Terapia farmacológica

- Si a usted se le ha realizado una tiroidectomía total necesitará seguir un tratamiento hormonal sustitutivo con **tiroxina**.

Su médico le indicará la dosis que tomar.

Deberá tomarla por la mañana con el estómago vacío.

Es importante tomar la hormona a la misma hora, de la misma forma y todos los días.

¡NO DEJE DE TOMARLA!

Si se olvida de una dosis, debe tomarla en cuanto se acuerde.

- Algunas personas experimentan una sensación de hormigueo en sus manos, dedos y alrededor de los labios o de la nariz. Esto se debe a que los niveles de calcio en sangre se han visto afectados por la operación. Probablemente deberá seguir un tratamiento con calcio para recuperar los niveles óptimos de calcio. Seguramente esta situación sea pasajera.

Hábitos de vida que le ayudarán a recuperarse más rápido

- Coma de forma saludable.
- Deje de fumar.
- Haga ejercicio de forma progresiva.
- Déjese ayudar por sus familiares y amigos.
- Siga las recomendaciones de su médico y de su enfermero/ a.



Fuente: elaboración propia.



ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor  Máximo dolor

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

ANEXO VII

SIGNOS DE TROUSSEAU Y CHVOSTEK

Maniobra de Trousseau

Para valorar el signo de Trousseau, espasmo carpopedal, se deberá ocluir el flujo sanguíneo del brazo insuflando un manguito de esfigmomanómetro a 10 mmHg por encima de la presión arterial sistólica durante 2- 5 minutos. El resultado será normal cuando no se produzca el espasmo del carpo en respuesta a la compresión del brazo por el manguito de presión arterial.

Maniobra de Chvostek

Para evaluar el signo de Chvostek, espasmo del nervio facial que abarca la boca, la nariz y los ojos, se chasquearán los dedos delante de la oreja del paciente en el ángulo de la mandíbula. El resultado será normal cuando no se produzca la mueca facial en respuesta al castañeteo en la cara del paciente delante de su oreja.



Fuente: Asistencia de enfermería de los pacientes con trastornos endocrinos. En: LeMone P, Burke K. Enfermería Medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. I. 4ª ed. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN S.A.; 2009. p. 533- 561.

ANEXO VIII

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE HIPOCALCEMIA GRAVE

- **Realizar extracción de muestras sanguíneas con bioquímica urgente (Ca, P, Mg y albúmina) al inicio, a las 4 horas y tras finalizar cada infusión.**
- **Administración de fármacos prescritos:**
 - **Dosis de inicio:** 4mg/ Kg de gluconato cálcico + 2 ampollas y media de Sulmetin Simple disueltas en 50cc de suero fisiológico a pasar de forma intra venosa en 5- 10 minutos.
 - **Dosis de continuación:** 5 ampollas y media de gluconato cálcico + media ampolla de Sulmetin Simple disueltas en 500cc de suero glucosado al 5% a pasar de forma intra venosa en 4 horas.
 - Si el paciente está estable y la analítica correcta, bajar el ritmo de perfusión con la dosis de continuación a 8 horas.
 - Si tras la perfusión de 8 horas, el paciente está estable clínica y analíticamente comenzar con terapia farmacológica vía oral:
 - dieta rica en calcio
 - rocatrol 0,5 mg: 1 comprimido en desayuno y comida
 - mastical: 3 comprimidos en comida y cena
 - magnogene: 1 comprimido en desayuno, comida y cena
 - La perfusión intra venosa se suspenderá cuando se compruebe que la vía oral mantiene clínica y analítica estable.
- **Avisar a otorrinolaringología.**

Fuente: Protocolo de actuación ante hipocalcemia grave. Huesca. Hospital General San Jorge; 2013.

ANEXO IX

CRONOGRAMA

DICIEMBRE 2015						
L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ENERO 2016						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO 2016						
L	M	X	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

MARZO 2016						
L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ABRIL 2016						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

- Búsqueda de información
- Análisis de la información encontrada
- Síntesis de la documentación y elaboración del plan de cuidados estándar en formato Microsoft Word
- Elaboración del plan de cuidados estándar en formato Microsoft Word y Power Point
- Elaboración del plan de cuidados estándar en formato Microsoft Power Point
- Elaboración de conclusiones y bibliografía