



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

11

Número I (2024)

Recibido: 20/7/2023 Aceptado: 10/4/24 DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/2024.11.01.06>

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: tiroidectomía total

Surgical clinical case: total thyroidectomy

María de las Nieves Guimerá de Chulia
(Lcda.)¹

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)²

¹Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida – Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-0000-7445-8530.

²Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas. Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB), Trujillo. Docente, ULA. Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

La tiroidectomía es la extirpación quirúrgica total o parcial de la glándula tiroides, en la actualidad es la intervención quirúrgica más realizada en cirugía endocrina. Las indicaciones para la cirugía tiroidea son múltiples, ya que es viable como tratamiento tanto en las patologías malignas tiroideas como benignas. Por ende, el rol del personal de enfermería es de suma importancia en los cuidados postoperatorios en las tiroidectomías, ya que se enfocan en las principales complicaciones que aparecen tras la intervención, tanto fisiológicas (hipotiroidismo, hipocalcemia, afectación del nervio laríngeo recurrente y hemorragias) como psicológicas (preocupación y ansiedad al alta). El objetivo de este trabajo de investigación fue aplicar el procedimiento quirúrgico de tiroidectomía total en un paciente masculino en la cuarta década de la vida, brindándole cuidados enfermeros durante el postoperatorio, ejecutando intervenciones adecuadas por parte del profesional de enfermería, durante la realización del Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica dictado por la Universidad de Los Andes (ULA) consiguiendo adquirir un pensamiento crítico, desarrollando competencias con habilidades clínicas y quirúrgicas, fomentando la concientización quirúrgica.

Palabras clave: glándulas, tiroides, tiroidectomía, Enfermería, cáncer, tumor, cirugía, técnica, yodo radioactivo.

ABSTRACT

Thyroidectomy is the total or partial surgical removal of the thyroid gland, currently it is the most performed surgical intervention in endocrine surgery. There are multiple indications for thyroid surgery, as it is viable as a treatment for both malignant and benign thyroid pathologies. Therefore, the role of the nursing staff is of utmost importance in postoperative care in thyroidectomies, since they focus on the main complications that appear after the intervention, both physiological (hypothyroidism, hypocalcemia, recurrent laryngeal nerve involvement and hemorrhages) and psychological (worry and anxiety at discharge). The objective of this research work was to apply the surgical procedure of total thyroidectomy in a male patient in the fourth decade of life, providing him with nursing care during the postoperative period, taking into account all the needs of the patient through the nursing process, executing appropriate interventions by the nursing professional, during the completion of the Basic Diploma in Surgical Instrumentation dictated by the Universidad de Los Andes (ULA) managing to acquire critical thinking, developing competencies with clinical and surgical skills, promoting surgical awareness.

Key words: glands, thyroid, thyroidectomy, nursing, cancer, tumor, surgery, technique, radioactive iodine.

— INTRODUCCIÓN

La tiroidectomía total es una intervención quirúrgica frecuente en el campo de la cirugía de cabeza y cuello¹. En Venezuela, la especialidad de cirugía es la que se encarga de realizar este procedimiento para tratar diversas afecciones tiroideas, tanto benignas como malignas, tal es el caso del cáncer papilar tiroideo que se desarrolla a partir de las células foliculares y generalmente crece lentamente, es el tipo más frecuente de cáncer de tiroides y habitualmente se encuentra en un lóbulo, aunque en algunos casos aparece en ambos lóbulos².

La glándula tiroides forma parte del sistema endocrino, que regula las hormonas del cuerpo, se encarga de la absorción de yodo del torrente sanguíneo para producir hormona tiroidea y, regular las funciones vitales del cuerpo, como el ritmo cardíaco y el metabolismo. La glándula tiroides está ubicada en la parte frontal del cuello justo debajo de la laringe, normalmente tiene dos lóbulos, uno a cada lado de la tráquea y a su vez están unidos por una estrecha tira de tejido llamada istmo. Una glándula tiroides sana es apenas palpable, lo que significa que es difícil de encontrar a través del tacto³.

La revolución de la cirugía tiroidea se inicia en el siglo XIX con el desarrollo de la anestesia, antisepsia y hemostasia. Albert Billroth y Theodor Kocher son considerados los pioneros de la cirugía tiroidea moderna, tal y como se conoce actualmente. Billroth en 1877, después del advenimiento de la antisepsia y la mejora de la instrumentación, redujo la tasa de mortalidad al 8%. Al mismo tiempo, el suizo Theodor Kocher, considerado el padre de la cirugía tiroidea moderna, realizó tiroidectomías a través de una incisión en collar preservando los músculos pretiroideos. Kocher es, sin duda, el ejemplo de un cirujano de alto volumen quien, con una meticulosa técnica quirúrgica y después de realizar más de 5.000 tiroidectomías, redujo la mortalidad por debajo del 0,5%⁴.

Epidemiológicamente el cáncer de tiroides es el séptimo cáncer más frecuente en las mujeres, a nivel mundial, se estima que en 2020 se diagnosticó cáncer de tiroides a 586.202 personas, las mujeres tienen 3 veces más probabilidades de tener cáncer de tiroides que los hombres. Sin embargo, las tasas de mortalidad entre las mujeres y los hombres son similares, esto sugiere que los hombres tienen un peor pronóstico que las mujeres cuando hay un diagnóstico de cáncer de tiroides⁵.

Dentro de los signos y síntomas más significativos del cáncer de tiroides encontramos: un bulto o masa en el cuello que algunas veces crece rápidamente, dolor en la parte frontal del cuello que irradia a los oídos, ronquera u otros cambios en la voz que persisten, problemas de deglución, dificultad para respirar y tos constante que no se debe a un resfriado⁶. A pesar de la aparición de algunos o casi todos estos síntomas, es indispensable la realización del examen físico, enfocándose en la exploración a nivel del cuello, al igual que la realización de pruebas diagnósticas, como el análisis de sangre, marcadores tumorales, ultrasonido, radiografía, biopsia de aspiración con aguja fina (BAAF), análisis molecular de la muestra, imágenes por radionúclido, tomografía

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TIROIDECTOMÍA TOTAL

computarizada (TC o TAC), entre otras pruebas⁷. Los pacientes sometidos a una tiroidectomía total se enfrentan a ciertas complicaciones potenciales, entre las que se menciona la ronquera o pérdida de la voz temporal o permanente, daño a las glándulas paratiroideas, sangrado excesivo o formación de un coágulo sanguíneo en el cuello (hematoma) e infección⁸.

En la actualidad posterior a una tiroidectomía total, se emplea el tratamiento con yodo radioactivo (RAI, también llamado I-131) ya que se acumula principalmente en las células de la tiroides, donde la radiación puede destruir la glándula tiroides y cualquier otra célula tiroidea (incluyendo las células cancerosas) que absorbe el yodo, con poco efecto en el resto del cuerpo⁹. El objetivo de este caso clínico fue aplicar el procedimiento quirúrgico de tiroidectomía total en un paciente masculino en la cuarta década de la vida, aplicando todas las etapas del proceso enfermero durante el perioperatorio, como una actividad final evaluativa del Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica cursado en la Universidad de Los Andes (ULA).

—CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude paciente masculino de 46 años de edad a facultativo privado con la especialidad en medicina interna, que refiere inicio de enfermedad actual el día 10 de septiembre del 2023 caracterizado por presentar altos niveles de ansiedad, preocupación por la situación económica ya que muchos miembros de su familia dependen económicamente de él, irritabilidad, astenia, adinamia, disfagia, tos persistente, disfonía y disnea de gran esfuerzo, al igual que una sensación de molestia a nivel del cuello que irradia hacia el oído, donde se observa una masa de tamaño no correspondiente a su contextura física, de consistencia dura y móvil a la palpación. Por lo que es valorado y confirmado por imagenología el diagnóstico médico de: aumento de volumen de región antero lateral del cuello a predominio izquierdo; siendo remitido a la especialidad de endocrinología.

A la entrevista refiere antecedentes familiares: madre aparentemente sana, padre diabético, falleció de infarto al miocardio (IM), tío paterno murió de leucemia; como antecedente personal: colecistectomía hace 12 años y alérgico a la picadura de insectos; hábitos tabáquicos desde la edad de 20 años (hace 2 años 2 cajas al día), caféínicos acentuados y alcohólicos esporádicos.

Al examen físico se encuentra neurológicamente orientado en persona, tiempo y espacio, responde al llamado, pupilas isocóricas, reactivas. Cuello móvil, asimétrico, tiroides palpable, dolorosa a la palpación, móvil, bordes irregulares, consistencia dura, pulso yugular no ingurgitado. A nivel respiratorio, tórax simétrico, normo expansible, murmullo vesicular audible (MsVsAs), sin agregados patológicos, ventilando espontáneamente sin soporte de O₂ con saturación capilar de O₂ de 98%. A nivel hemodinámico se encuentra bajo monitoreo cardiaco no invasivo, en ritmo sinusal, normocárdico, con presencia de cifras tensionales de 125/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 76 latidos por minuto, presencia de acceso venoso periférico en miembro superior izquierdo recibiendo tratamiento farmacológico indicado.

Entre los exámenes paraclínicos prequirúrgicos se realizó hematología completa, glicemia basal, HIV, VDRL, TP y TPT, creatinina, calcitonina (E), T4 (L), TSH (L) dentro de los valores normales, no reactivos. Estudio ecográfico de glándula tiroides: se explora glándula tiroides y ambas regiones laterocervicales con transductor lineal multifrecuencial de alta resolución en modo B, onda doppler color y pulsado, donde se concluye: 1. Bocio difuso, a predominio de lóbulo tiroideo izquierdo, con leve insinuación intratorácica. 2. Lóbulo tiroideo izquierdo con lesión nodular en su interior, que amerita su correlación histológica. Así mismo, en la BAAF se concluye: nódulo de lóbulo izquierdo de tiroides. Categoría V BETHESDA, diagnóstico presuntivo de malignidad.

Tratamiento farmacológico indicado posterior a la intervención quirúrgica: Yodo radioactivo 100 mCi (milicurios), usualmente la terapia con I-131 se utiliza tanto en patología benigna, como ocurre en el hipertiroidismo (Enfermedad de Graves y nódulos funcionantes), en algunos casos de bocio multinodular no tóxico y en el cáncer bien diferenciado (papilar o folicular) de la tiroides, tanto local como avanzado.

El principal objetivo del tratamiento postquirúrgico con I-131 fue obtener una ablación total de dicho remanente. Al lograrse un “blanqueo” de tejido tiroideo del cuerpo se facilita el seguimiento posterior mediante determinaciones de tiroglobulina en la sangre la que debe permanecer cercana a cero. A su vez, esto permite eliminar un eventual foco tumoral en el remanente e identificar mediante una exploración sistémica posterior la presencia de otros focos ectópicos¹⁰. Entre los efectos colaterales de la terapia con yodo radioactivo se puede mencionar: hinchazón, dolor al palpar el cuello y glándulas salivares, náuseas, vómitos, sequedad de la boca, cambios en el gusto, reduce el lagrimeo lo que provoca sequedad en los ojos, los hombres pueden presentar niveles bajos de semen o, en raras ocasiones, se vuelvan infértiles, las mujeres pueden presentar períodos menstruales irregulares hasta por un año después del tratamiento⁹.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

En la valoración posquirúrgica del paciente se evidenciaron las siguientes etiquetas diagnósticas tomadas de la taxonomía de enfermería, descrita por La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹¹ de donde se escogieron tres de ellas y aparecen con la redacción completa de los diagnósticos enfermeros (DxE) que se usarán en los planes de cuidado durante el posoperatorio:

1. (00146) Ansiedad.
2. (00126) Conocimientos deficientes R/C manejo inadecuado de información acerca de la enfermedad actual M/P no saber cómo cuidar de sí mismo luego de la tiroidectomía total.
3. (00148) Temor.
4. (00069) Afrontamiento ineficaz.
5. (00175) Angustia moral.
6. (00044) Deterioro de la integridad tisular.
7. (00132) Dolor agudo.
8. (00103) Tragar deficiente S/A tiroidectomía total.
9. (00004) Riesgo de infección.
10. (00206) Riesgo de sangrado.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TIROIDECTOMÍA TOTAL

11. (00051) Riesgo de comunicación verbal deteriorada R/C lesión de las cuerdas vocales o del nervio laríngeo como consecuencia de la intervención quirúrgica.
12. (00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico.
13. (00002) Desequilibrio nutricional por defecto.
14. (00036) Riesgo de asfixia.
15. (00039) Riesgo de aspiración.

2. FASE PERIOPERATORIA

2.1 Preoperatorio

Comprende desde la evaluación endocrinológica hasta el inicio de la intervención quirúrgica: tiroidectomía total. Se realiza la evaluación preanestésica, para evaluar los riesgos (criterios ASA, *American Society of Anesthesiologists*), informar al paciente, obtener su consentimiento informado y realizar la intervención.

El paciente ingresa en la institución y es valorado por el profesional de enfermería, quien realiza la toma de signos vitales, reportando parámetros normales, acordes a la edad, se cateterizó una vía periférica en miembro superior izquierdo con catéter venoso N° 18 para la hidratación parenteral con solución fisiológica 0.9%. Posteriormente es trasladado a la sala quirúrgica para practicarle Tiroidectomía total.

Cuadro 1. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía.

Técnica	Descripción precisa
Lavado de manos quirúrgico	Antiséptico Soluhex.
Secado de las manos	Compresas absorbentes estériles.
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Técnica cerrada.
Preparación de las mesas quirúrgicas	Mesa circular y mesa auxiliar o de mayo.
Conteo de material	Gasas y compresas con medio de contraste, suturas, hojillas de bisturí, solución 0,9%, agua oxigenada, jeringas, guantes, entre otras.
Vestimenta para el cirujano	Técnica abierta.
Posición elegida y sujeción del paciente	Decúbito dorsal, en posición de Fowler, con ambos brazos al lado del cuerpo, se coloca posicionadores (un campo enrollado por debajo del cuello y los hombros del paciente, bolsa de agua protegido con un campo), para que la hiperextensión del cuello facilite el abordaje.
Anestesia	General, inhalatoria. Inducción: Propofol. Relajación: Rocuronio. Mantenimiento: Sevoflurano y coadyuvantes.
Preparación del campo quirúrgico del paciente	Se practica antisepsia con yodopovidona solución y se incluye el cuello, los hombros y la parte superior del tórax. Luego se delimita el campo con un hisopo embebido en líquido adhesivo (Adhesol), y se procede a la colocación convencional de los campos fijados con pinzas.

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos¹².

2.2 Transoperatorio

Abarca desde la entrada al quirófano del paciente hasta que se da por finalizada la intervención quirúrgica de Tiroidectomía total propiamente dicha. Inicia con la colocación del paciente sobre la mesa quirúrgica en decúbito dorsal, en posición de Fowler, con ambos brazos al lado del cuerpo e hiperextensión del cuello facilitando el abordaje. Seguidamente en el cuadro 2 se explica el acto quirúrgico y las intervenciones tanto de enfermería (instrumentista y circulante) como del equipo multidisciplinario.

Cuadro 2. Orden secuencial de los tiempos del abordaje del procedimiento quirúrgico: Tiroidectomía total.

Paso N°	Procedimiento	Instrumentos y material	Suturas
1	Delimitación del abordaje.	Lápiz demográfico y sutura	Seda Sutupak 2-0
2	Incisión de la piel: consiste en una incisión transversal curvilínea en la zona anterior y media del cuello, a nivel del 2° o el 3er anillo traqueal, entre ambos músculos esternocleidomastoideos.	Mango de bisturí # 4 y # 7 Hojilla de bisturí # 20 y # 15 Diseción Adson con y sin diente (c/d y s/d)	
3	Preparación de los colgajos: se incide el tejido celular subcutáneo y el músculo cutáneo platisma. Se labra el colgajo respectivo hasta el cartílago tiroideos. Luego, se repite la maniobra en el borde inferior y se libera el colgajo hasta la fosa supraesternal para favorecer la exposición del campo. Se puede efectuar la ligadura de las venas yugulares anteriores.	Lápiz electrobisturí Tijera de Metzenbaum Pinza de Adder / Pinza de Allis Diseción de Brown Pinza Halsted curvo	Ligadura de seda Sutupak 2-0
4	Incisión del plano fascio-muscular: se secciona la línea blanca cervical o rafe medio en sentido longitudinal, dejando parcialmente expuesta la glándula. Se aísla el lóbulo de los músculos pretiroideos a través del plano de clivaje y se realiza hemostasia.	Lápiz electrobisturí Tijera de Metzenbaum Separador de Farabeuf pequeño Diseción de Adson s/d o Pinza de Bakey Pinza Halsted curvo	Ligadura de seda 3-0
5	Ligadura del pedículo superior: se toma la glándula, y tras visualizar la rama inferior del nervio laríngeo superior para evitar lesionarlo, se identifica y liga el pedículo superior.	Pinza de Babcock Pinza Doble utilidad delicada, Cístico o Mixte Pinza Kocher	Ligadura de seda 3-0
6	Individualización del nervio recurrente y de las paratiroides: se luxa el lóbulo hacia la línea media y se ligan los vasos medios. En la parte posterior del lóbulo se debe reconocer y respetar las glándulas paratiroides con su pedículo vascular; se las separa de la tiroides por medio de disección roma	Pinza Kocher recta montada con torunda tipo Moñitos Pinza Halsted curvo	Ligadura de seda 2-0

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TIROIDECTOMÍA TOTAL

	delicada. Luego, mediante divulsión y retracción de las estructuras fibrosas paratraqueales, se identifica el nervio recurrente, que debe preservarse. Para no lesionarlo se disecciona hasta su ingreso en la laringe por debajo del cricotiroides.		
7	Ligadura del pedículo inferior: se individualiza y se liga.	Pinza de Mixer, ángulo recto o doble utilidad delicada	Ligaduras de seda 3-0
8	Divulsión glandular: una vez divididos los pedículos se procede a diseccionar el lóbulo de la tráquea.	Lápiz electrobisturí Tijera de Metzenbaum Pinza de Halsted curva	
9	Extirpación: se coloca una pinza hemostática en la unión del lóbulo con el istmo. Se secciona el parénquima glandular y el borde remanente residual es ligado usando una sutura continua.	Pinza Halsted Bisturí frío	Sintético absorbible multifilament o Vicryl 3-0
10	Cierre de la herida: se efectúa el lavado de la herida con solución fisiológica tibbia. Se verifica en forma minuciosa la hemostasia. Se deja colocado un drenaje de Penrouse. Se afronta el rafe medio y el tejido celular subcutáneo. Se coloca apósito compresivo suave.	Jeringa Bonneau o de 20ml Dren de Penrouse Portaagujas Mayo – Hegar Disección de Brown sin diente	Nailon 3-0 aguja curva
11	Cura quirúrgica	Gasas estériles Alcohol. Apósito de cura	

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos¹².

Instrumental utilizado

- **Instrumental básico:** caja de Tiroidectomía.

Cuadro 3. Instrumental específico.

Instrumento	Nombre científico	Uso en la cirugía	Imagen
Pinza de Mixer, angulada o doble función, Pinza de Mixer Lahey-Lower o pinza Geminis.	Mixer	Pinza hemostática se utiliza para prender, separar, ocluir y ligar tejidos de manera puntual y en profundidad.	 https://booksmedicos.org
Separadores dinámicos de Senn Miller o separador de garra.	Senn Miller	Retracción de bordes de piel y tejidos más profundos en incisiones pequeñas.	 https://booksmedicos.org
Pinza de Adair o pinza de garfio.	Adair	Para aproximar, coger, sujetar, atraer o comprimir el órgano de la piel.	 https://alfamedonline.com/products/pinza-adair

Pinza Debakey, de disección atraumática o vascular.	Debakey	Sostener y sujetar tejidos.	 <p>https://booksmedicos.org</p>
---	---------	-----------------------------	--

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos¹².

Cuadro 4. Misceláneos o material médico quirúrgico especial.

Material médico quirúrgico	Uso en la cirugía	Imagen
Moñitos	Se realizan con gasa y se usan para la divulsión roma de tejido.	 <p>https://www.dubois-medica.be/wp-content/uploads/2019/09/Ontwerp-zonder-titel-2019-09-29T184552.572-500x500.png</p>
Gasas con medio de contraste	Ejercer compresión y ayudar a detener sangrados, protección de heridas o lesiones, absorción de líquidos y secreciones.	 <p>Fuente: propia.</p>
Dren Penrose	Es un tubo suave, plano y flexible hecho de látex. Permite que la sangre y otros líquidos salgan de la región de la cirugía.	 <p>Fuente: propia.</p>
Lápiz electroquirúrgico, cauterio monopolar, electrobisturí, bisturí caliente, electrocauterio.	Utiliza corriente eléctrica para coagular y cortar vasos sanguíneos y otros tejidos con fines de hemostasia; también se emplea para disección.	 <p>https://booksmedicos.org</p>

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la normativa del formato para publicar casos clínicos quirúrgicos¹².

2.3 Postoperatorio

Comprende el tiempo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta la sala de recuperación y culmina con la valoración seriada en la clínica o en el hogar. Se realiza la valoración física, observando cura limpia y seca en el cuello, a nivel de la glándula tiroides, paciente orientado en persona, tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, bajo monitorización de signos vitales. Se le brindan los cuidados postanestésicos, aplicación de escalas postsedación, para finalmente proceder al egreso y preparación del alta, proporcionando un cuidado integral y enfocado en disminuir la ansiedad y los estados de irritabilidad, donde se llevó a cabo una vigilancia exhaustiva para evitar las posibles complicaciones y riesgos derivados de la intervención quirúrgica, planteando así los siguientes planes de cuidado e intervenciones de enfermería.

PLANES DE CUIDADO

Cuadro 5. Plan de cuidado con DxE Focalizado en el problema

Dominio 5: Percepción/cognición. Clase 4: Cognición. DxE: (00126) Conocimientos deficientes R/C manejo inadecuado de información acerca de la enfermedad actual M/P no saber cómo cuidar de sí mismo luego de la tiroidectomía total.			
Resultado esperado NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Ejecución	Evaluación
(1813) Conocimiento: régimen terapéutico	<p>(5606) Enseñanza individual</p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer confianza en la relación enfermero / paciente. -Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de la información, respecto a la enfermedad que maneja el paciente. -Corregir las malas interpretaciones de la información. -Incluir a la familia / ser querido. -Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica. -Seleccionar los materiales y métodos/ estrategias de enseñanza adecuados. <p>(7370) Planificación del alta</p> <ul style="list-style-type: none"> -Facilitar información específica y detallada al paciente para los cuidados posteriores al alta. -Explicar la necesidad de una dieta equilibrada y nutritiva. -Identificar alimentos ricos en calcio y vitamina D, los cuales aumentan la reserva y el aporte de calcio. -Instruir en el cuidado de la herida. -Identificar junto al paciente los signos y síntomas que requieren evaluación médica: fiebre, drenaje purulento, eritema, espacios en los bordes de la herida, náuseas, cansancio. -Destacar la necesidad de un seguimiento médico continuo. 	<p>C</p>	<p>RH: En vía de cambio</p> <p>FR: Abolido</p> <p>IE: Apropiadas</p>

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA¹¹, NOC¹³ y NIC¹⁴.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; Código de Ejecución: C= Cumplido, P= Pendiente, EP= En Proceso; Código de Evaluación: RH= Respuesta Humana; FR= Factor Relacionado; IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 6. Plan de cuidado con DxE de Riesgo.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 4: Cognición. DxE: (00051) Riesgo de comunicación verbal deteriorada R/C lesión de las cuerdas vocales o del nervio laríngeo como consecuencia de la intervención quirúrgica.			
Resultado esperado NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Ejecución	Evaluación
(0902) Comunicación.	<p>(4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar periódicamente la capacidad de hablar en voz alta, prestando atención a la calidad y al tono de voz. 	<p>C</p>	<p>RH: No progresa</p> <p>FR: Abolido</p>

	-Fomentar el reposo de la voz.	C	IE: Apropiadas
	-Mantener una comunicación sencilla, formulando preguntas de sí o no.	C	
	-Proporcionar métodos alternativos de comunicación.	C	
	-Anticipar las necesidades en lo posible, visitando con frecuencia al paciente.	C	
	-Mantener un entorno tranquilo.	C	

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA¹¹, NOC¹³ y NIC¹⁴.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; Código de Ejecución: C= Cumplido; Código de Evaluación: RH= Respuesta Humana; FR= Factor Relacionado; IE= Intervenciones de Enfermería.

Cuadro 7. Plan de cuidado bifocal.

Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión. DxE (00103) Tragar deficiente S/A tiroidectomía total				
CP	Resultado esperado NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamentación Científica	Evaluación
Broncoaspiración	(1935) Control del riesgo de aspiración. (1010) Estado de deglución.	(3200) Precauciones para evitar la aspiración - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. -Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución. -Trocear los alimentos en porciones pequeñas. (1860) Terapia de deglución -Evitar el uso de pajitas para beber. -Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos. (0840) Cambio de posición -Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. -Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.	-Con el fin de mantener las vías respiratorias libres de elementos extraños y expulsar el exceso de secreciones. -Con la finalidad de evitar atragantamientos en el proceso de deglución, preferiblemente licuar y colar los alimentos. -Su uso permite que en cada sorbo haya cierta entrada de aire, lo que puede causar, dolor, hinchazón y gases. -Tiene por objetivo evitar obstrucciones de la vía aérea a través de la maniobra de Heimlich. -Mantener la cabeza elevada, sobre todo a la hora de dormir, evita que haya exceso de presión en la herida e inclusive disminuye el riesgo de dehiscencia de la sutura o sangramiento de la herida.	Posterior a la ejecución de las intervenciones de los planes de cuidado, el paciente obtuvo resultados satisfactorios en cuanto a su recuperación postoperatoria, logrando su egreso médico y el alta por el personal de Enfermería.

Fuente: elaborado por las autoras, siguiendo la Taxonomía NANDA¹¹, NOC¹³ y NIC¹⁴.

Lectura: DxE: Diagnóstico de Enfermería; S/A = Secundado a; CP = Complicación potencial.

—DISCUSIÓN

El cuidado que brinda el profesional de enfermería es complejo y variado, y se ha ido adecuando a lo largo de la historia. Etimológicamente, cirugía significa “trabajar” (ergos) “con las manos” (quiro), por ello se define como el “tratamiento” (logos) de las enfermedades (pathos) que se pueden solucionar con procedimientos manuales y procedimientos quirúrgicos presentes según la historia, antes de las culturas clásicas¹⁵.

El diagnóstico de cáncer de tiroides debe realizarse de forma inequívoca, ya que las características histológicas son predictores del pronóstico. Puede tener diseminación hematógena en la presentación inicial, con metástasis a pulmón o hueso, por ello, debe tomarse en cuenta en las pautas de tratamiento la conducción por un equipo multidisciplinario, ya que en pacientes con BAAF indeterminadas (Bethesda 3) un tamaño tumoral mayor de 4 cm debe conducir a la realización de una tiroidectomía total, y si el hallazgo histopatológico confirma el diagnóstico de malignidad, debe administrarse terapia metabólica adyuvante con I-131¹⁶.

La evaluación de estos casos debe ser estudiada de manera exhaustiva ya que implica una gran responsabilidad y acarrea consecuencias tanto en el personal de enfermería, el personal médico y finalmente en el paciente, ya que las complicaciones postoperatorias pueden ser de poca importancia, como el edema de la piel, mientras otras, como la hemorragia (hematoma), lesión del nervio laríngeo recurrente, hipocalcemia, obstrucción respiratoria, entre otros, que pueden poner en peligro la vida del enfermo. Afortunadamente, en la actualidad son escasas, debido a la mejor preparación preoperatoria, y la mayoría de ellas se pueden evitar¹⁷.

Es importante conocer los cuidados de enfermería durante el preoperatorio, mediante el estudio de los factores que determinan la morbilidad y las complicaciones de la cirugía tiroidea, así mismo, los factores de riesgo a través de la historia clínica, exploración, análisis de sangre, ecografía, entre otros. En el intraoperatorio la enfermería quirúrgica, debe enfocarse en proporcionar al paciente cuidados óptimos y un entorno seguro, a fin de evitar daños no deseados en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad y finalmente en el posoperatorio de todo paciente sometido a una tiroidectomía total, los profesionales de la salud implicados deben informar y educar tanto a los pacientes, como a sus familiares la necesidad de prevenir complicaciones y contribuir a una calidad de vida imponderable.

—CONCLUSIÓN

Durante el perioperatorio al paciente sometido a la tiroidectomía total, tomando en cuenta las necesidades y respuestas humanas del mismo en el contexto del proceso enfermero, se llevó a cabo la ejecución de intervenciones y acciones apropiadas por parte del profesional de enfermería quirúrgica, mediante el desarrollo del pensamiento, juicio crítico, competencias, habilidades en la práctica y fomentando la concientización quirúrgica incluso en el equipo multidisciplinario involucrado en todas las etapas, con el fin de lograr la cirugía en óptimas condiciones y prevenir complicaciones en el usuario.

—REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhattacharyya N, Fried MP. Assessment of the morbidity and complications of total thyroidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002; 128(4):389-92.
2. Diccionario Médico. Tiroidectomía total. Clínica Universidad de Navarra. España [Internet] 2023 [Consultado 18 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tiroidectomia-total>
3. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de tiroides: Introducción [Internet] 2022 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-tiroides/introduccion>
4. Moreno P, Gonzales E, Alberich M, Francos J, García A. Abordajes en cirugía tiroidea. *Cirugía Española*. [Internet] 2021 [Consultado 28 de noviembre de 2023]; 99(4):267-275. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-abordajes-cirugia-tiroidea-S0009739X20302748>
5. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de tiroides: Estadísticas [Internet] 2022 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-tiroides/estadisticas>
6. American Cancer Society. Signos y síntomas del cáncer de tiroides [Internet] 2019 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
7. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de tiroides: Diagnóstico [Internet] 2022 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-tiroides/diagnostico>
8. American Cancer Society. Cirugía para el cáncer de tiroides [Internet] 2019 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/tratamiento/cirugia.html#:~:text=Si%20se%20extirpa%20toda%20la,le%20llama%20tiroi,dectomía%20casi%20total>
9. American Cancer Society. Terapia con yodo radiactivo (radioyodo) para el cáncer de tiroides [Internet] 2020 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/tratamiento/yodo-radioactivo.html>
10. Amaral H. Tratamiento con yodo radiactivo en patología tiroidea. *Medwave* [Internet] 2001 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2455.html>
11. Herdman H, Kamitsuru S, Takáo C. (eds.). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. 12a. ed. [Internet] España: ELSEVIER; 2021 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
12. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2023.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. 5a. ed. [Internet] España: Elsevier; 2014 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en:

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TIROIDECTOMÍA TOTAL

<https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>

14. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Internet]. España: Elsevier; 2014 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
15. Fernández P, Espuñes E. (Coord). Manual de Enfermería Quirúrgica. Volumen 1 [Internet] España: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2012 [Consultado 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://publicacions.uab.cat/pdf_llibres/TRII008.pdf
16. Pineda H, Brito S, Carrillo E, Cepeda A, Huérfano T. Cáncer diferenciado de tiroides de tipo folicular en la infancia y adolescencia. A propósito de un caso. Rev Venez Endocrinol Metab [Internet] 2016 [Consultado 28 de noviembre de 2023]; 14(2):137-143. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v14n2/art06.pdf>
17. Sancho S, Vaqué J, Ponce JL, Palasí R, Herrera C. Complicaciones de la cirugía tiroidea. Cirugía Española. [Internet] 2001 [Consultado 28 de noviembre de 2023]; 69(3):198-203. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-complicaciones-cirugia-tiroidea-11000111>