



A Tireoidectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção parcial ou total da glândula da tireoide, em caráter eletivo.

## I - ASSISTENCIAL

### 1. DIAGNÓSTICO

**Exames diagnósticos:** Ultrassonografia de tireoide, Punção aspirativa com Agulha Fina, Tomografia de tórax, Tomografia de Mediastino superior e Tomografia de Pescoço com contraste, TSH, T4, Calcitonina, Anticorpos anti-tireoide (anticorpos anti-tireoperoxidase, anti-tireoglobulina).

**Exames pré-operatórios:** Hemograma, coagulograma, Eletrocardiograma, Ecocardiograma e teste ergométrico (a depender da classificação ASA).

| CID 10 | Definição                              |
|--------|--|
| C73    | Neoplasia maligna da glândula tireoide |

### 3. ALOCAÇÃO

- 1 diária de Apartamento de Clínica Médica e Cirúrgica

### 4. INDICAÇÃO CIRÚRGICA

A cirurgia é indicada para tratamento dos CIDs especificados na tabela abaixo.

## 2. ESCORE DE RISCO

### Elegíveis:

- ASA: I e II;
- Com diagnóstico de Neoplasia maligna da tireoide;
- Pacientes que não precisam de internação prolongada por comorbidades.

| ASA | Definição  |
|-----|--|
| 1   | Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)  |
| 2   | Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)   |
| 3   | Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos) |
| 4   | Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)            |
| 5   | Paciente moribundo sem esperança de sobrevivência sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)   |
| 6   | Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação   |

### Não Elegíveis:

- Procedimentos não eletivos (origem UPA ou casos de cirurgias realizadas no decorrer de internação para tratamento clínico);
- Casos de complicações ou intercorrências que necessitem de intervenções clínicas e/ ou cirúrgicas, acomodação em outro tipo de leito (diferente do descrito neste documento), no prazo estabelecido pelo PG.

## 5. TRATAMENTO [3]

### PRÉ-OPERATÓRIO:

- Assinatura dos Termos de Consentimento.
- Avaliação cardiológica para pacientes com idade > 40 anos.

**ANESTESIA:**

- Geral;
- Não administrar inibidores de bomba de prótons pois potencializa hipomagnesemia em casos de hipoparatiroidismo, tornando a hipocalcemia de difícil controle.

**CIRURGIA:**

- Aberta.

**EXAMES**

01 Dosagem de Paratormônio (PTH) no POI

- Em casos de esvaziamento cervical

**Critérios para Alta Hospitalar**

- Sem hematoma
- Sem hipocalcemia sintomática
- Dor controlada

**PÓS-OPERATÓRIO:**

- Dieta: Cremosa / Alimentos macios;
- Curativo: 2 opsites pequenos e 1 Steri-strip;
- Cuidados específicos: Avaliar presença de hematoma / Sinais de hipoparatiroidismo (formigamento e câimbra);
- Atividade: Livre;
- Indicação de exames de controle: NA.

| Prescrição   | Dose       | Via | Frequência |
|--|------------|-----|------------|
| Analgésico (Dipirona)  | 2g         | EV  | 6/6h       |
| Analgésico (Tylex)   | 1cp        | VO  | 8/8h       |
| Opióide (Morfina)  | 2mg        | EV  | se dor     |
| Antiemético (Ondansetron)  | 8mg        | EV  | 8/8h       |
|  |            |     | 8/8h (3    |
| Antibiótico (Kefazol)  | 1g         | EV  | doses)     |
| Benalet  | 1 pastilha | VO  | 4/4h       |
| Reposição Cálcio (se risco de hipoparatiroidismo definitivo):            |            |     |            |
| Oscal D  | 500mg      | VO  | 12/12h     |
| Calcitriol   | 0,25mcg    | VO  | 1x/dia     |
| Profilaxia de TEV (Meias elásticas + Compressor Pneumático Intermitente) | *          | *   | *          |

**Critérios para Reposição de Cálcio**

- Se PTH <5 – Alto risco de hipoparatiroidismo definitivo
- Se PTH entre 5-9 – Risco de hipoparatiroidismo transitório

| Agente  | Dose       | Via | Frequência |
|---|------------|-----|------------|
| Analgésico (Dipirona)   | 1g         | VO  | 8/8h       |
| Benalet   | 1 pastilha | VO  | 4/4h       |
| Reposição Cálcio (se risco de hipoparatiroidismo definitivo): |            |     |            |
| Oscal D   | 500mg      | VO  | 12/12h     |
| Calcitriol  | 0,25mcg    | VO  | 1x/dia     |

**ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR:**

- Dieta alimentos macios;
- Retirar opsite e manter steristrip;
- Uso do curativo Mepiform® por 3 meses, mantendo-o seco;
- Evitar carregar peso, dirigir e trabalhar por 7 dias;
- Evitar a prática de esportes por 30 dias;
- Retorno ambulatorial em 7 – 10 dias;
- Procurar o cirurgião caso apresente formigamento, câimbra, aumento do volume do pescoço, dor ou febre.

## II- INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Médio de Permanência < 24h;
- Readmissões Hospitalares, em até 30 dias pós-alta, com diagnósticos relacionados ao procedimento cirúrgico;
- Complicações Clavien  $\geq 3$  em até 30 dias após a alta;
- Custo médio da internação (passagem);
- Valor médio faturado.

## III- GLOSSÁRIO

PTH: Paratormônio

IMC: Índice de massa corpórea

IRC: Insuficiência renal crônica

TEV: tromboembolismo venoso

## IV- HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 4: alteração do template

## V- REFERÊNCIAS

[1] Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016; 26:1.

[2] Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid* 2016; 26:1343.

|                                      |   |  |   |   |   |
|--------------------------------------|---|--|---|---|---|
| <b>Código Documento:</b><br>CPTW36.4 | <b>Elaborador:</b><br>Danielle M. Andreoni<br>Fabio Pupo Ceccon | <b>Revisor:</b><br>Mauro Dirlando C<br>de Oliveira | <b>Aprovador:</b><br>Andrea Maria<br>Novaes Machado | <b>Data de Elaboração:</b><br>02/08/2020<br><br><b>Data de revisão:</b><br>17/03/2025 | <b>Data de Aprovação:</b><br>17/03/2025 |
|--------------------------------------|---|--|---|---|---|