



ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NATIREOIDECTOMIA

Maria Islaine de Oliveira Lima; Ananda Sabrina Ramos Nunes;
Débora Patrícia Rodrigues de Souza; Alana Tamar Oliveira de Sousa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- CAMPOS CUITÉ- WWW.UFCG.EDU.BR

INTRODUÇÃO

A glândula tireoide situa-se no plano mediano do pescoço e é tida como a primeira glândula endócrina a se desenvolver no embrião. Localiza-se na face anterior do pescoço entre a pele e a laringe, apresentando dois lobos, direito e esquerdo, cada um com 5cm de comprimento, unidos na linha média (MACHADO, 2009).

Esta glândula é bastante importante, pois controla o metabolismo, ao mesmo tempo em que assegura o correto funcionamento das células do corpo humano. Ainda é responsável por secretar dois hormônios principais, a triiodotironina e a tiroxina, habitualmente conhecidos como T3 e T4 respectivamente, ambos responsáveis por aumentar a taxa metabólica do organismo. Também é responsável pela produção da calcitonina, cuja função é reduzir a concentração de cálcio no sangue, trabalhando então na regulação da calcemia (MACHADO, 2009; SOUZA, et al, 2011).

Sua atividade de produção e liberação dos hormônios é controlada pela hipófise, através de uma substância chamada TSH (hormônio estimulante da tireoide) que tem a capacidade de induzir uma maior ou menor atividade da tiroide. Ele é liberado pela adeno-hipófise, ou hipófise anterior, agindo nas células produtoras dos hormônios tireoidianos (OLIVEIRA e MALDONADO 2014).

Oliveira e Maldonado (2014) defendem que a tireoide pode sofrer alterações que acometam sua forma (aumento difuso ou nodular), sua função hipertireoidismo ou hipotireoidismo, ou ambas. Os nódulos de tireoide podem ainda ser únicos ou múltiplos, benignos ou malignos, produtores de hormônios ou não. Dessa forma, o indicativo para o procedimento cirúrgico vai depender da gravidade das alterações acometidas.

Dessa forma, a tireoidectomia, que é a remoção da glândula tireoide, é considerada o principal método terapêutico para doenças neoplásicas e hiperplásicas da tireoide, sendo ainda utilizada no tratamento de casos selecionados de doenças funcionais (SOUSA, 2007).



É considerado um procedimento padronizado há quase um século e conta hoje com bons resultados cosméticos e baixo índice de complicações, quando realizado por cirurgião capacitado em operações sobre a glândula tireoide (VOLPI et al, 2007).

Sendo assim, a enfermagem perioperatória deve ter uma visão integral e continuada das necessidades básicas afetadas do paciente cirúrgico e de sua família, de modo que possa ajudá-los a satisfazer e a reequilibrar estas necessidades preparando-os para o entendimento dos seus problemas psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, bem como minimizando sua ansiedade em relação à assistência prestada no bloco cirúrgico (THIESEN, 2005).

Diante a temática apresentada o trabalho tem por objetivo apresentar de forma clara o que é o procedimento cirúrgico de tireoidectomia, dando ênfase nas indicações e complicações mais frequentes, além dos principais cuidados de enfermagem que devem ser prestados ao paciente.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica, sobre assistência de enfermagem nas cirurgias de cabeça e pescoço: Tireoidectomia. O levantamento dos dados bibliográfico foi realizado no periódico indexado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na seguinte base de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), no período de janeiro a fevereiro de 2017, bem como em livros didáticos de referência, utilizando os seguintes descritores: Tireoide, Tireoidectomia e Enfermagem. Os resultados foram analisados conforme a literatura pertinente, com o intuito de obter informações fidedignas acerca da temática abordada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há vários tipos de abordagens cirúrgicas: Tireoidectomia parcial – quando uma parte da tireoide é removida; Tireoidectomia subtotal funcional – quando quase toda a tireoide é retirada, mantendo-se o suficiente de tecidos para a produção normal dos hormônios; Tireoidectomia total – quando toda a glândula é retirada; Tireoidectomia total ampliada com esvaziamento cervical – quando, além da remoção da tireoide, podem ser removidos tecidos gordurosos, gânglios linfáticos, músculo e vasos sanguíneos que estejam comprometidos pela doença (SENISE, et al, 2009).

A cirurgia de tireoidectomia encontra-se indicada nas seguintes situações: na presença de tumor maligno, de incertezas acerca de diagnóstico, de hipertireoidismo ou de um bócio



compressivo (MACHADO, 2009).

Estudo realizado por Bertelli et al. (2008), mostrou que as indicações para tireoidectomia foram para pacientes com nódulo maligno ou suspeito, nódulos maiores que 3 cm, os que apresentavam bócio mergulhantes, os que apresentam sintomas compressivos e por estética. Outra indicação bastante frequente é o bócio multinodular atóxico nas doenças benignas da glândula (ACCETTA et al., 2011).

Várias são as manifestações clínicas encontradas no hipertireoidismo, dentre os sinais estão: nervosismo, sudorese intensa, intolerância ao calor, palpitação, fadiga, perda de peso, dispneia, fraqueza, aumento do apetite, queixas oculares, edema de membros inferiores, hiperdefecação, diarreia, distúrbios menstruais, anorexia, ganho ponderal. Os sinais são basicamente, taquicardia, bócio, tremor, pele quente e úmida, sopro na tireoide, alterações oculares, fibrilação atrial, ginecomastia, eritema palmar (MAIA et al., 2013).

Alguns dos seguintes sintomas estarão presentes no hipotireoidismo: depressão, desaceleração dos batimentos cardíacos, intestino preso, menstruação irregular, diminuição da memória, cansaço excessivo, dores musculares, sonolência excessiva, pele seca, queda de cabelo, ganho de peso, aumento do colesterol no sangue (OLIVEIRA . MALDONALDO, 2014).

Diante do exposto, a assistência de enfermagem ao paciente com alteração nessa glândula, se inicia no período pré-operatório, sendo que as doenças podem ser detectadas por meio do exame físico, acompanhado de exames laboratoriais, biópsia e/ou exames de imagem.

No exame físico, a inspeção da tireoide deve identificar edema e assimetria. Em seguida, a glândula de vê ser palpada. Com o examinador por trás do paciente, com ambas as mãos envolvendo o pescoço do paciente. Os polegares repousam sobre a nuca do paciente, enquanto o indicador e o dedo médio palpam o istmo da tireoide e as superfícies anteriores dos lobos laterais. Quando a glândula está aumentada à palpação, deve-se continuar o exame com a ausculta. Um achado anormal na ausculta é a vibração audível localizada de um sopro, o que indica o fluxo sanguíneo aumentado (MACIEL, 2007).

Os exames laboratoriais incluem a mensuração da concentração sérica de TSH, tiroxina livre (T_4 não ligada), que é a única fração metabolicamente ativa do T_4 , T_3 ou T_4 total que inclui os níveis de hormônios livres e ligados à proteína e calcitonina. Há ainda exames



para detecção de anticorpos autoimunes para a glândula tireoide. A biópsia consiste na aspiração com uma agulha de pequeno calibre (PAAF – Punção Aspirativa por Agulha Fina) para colher amostra do tecido tireoideo. Os exames de imagem podem incluir Cintilografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2010).

A partir disso, a equipe de enfermagem é responsável pelos cuidados pré e pós-cirúrgico ao cliente submetido à tireoidectomia, suprimindo, na medida do possível, as necessidades do cliente, e sendo suporte nos cuidados do mesmo no preparo para a cirurgia e também, no acompanhamento pós-cirúrgico. Seguindo os preceitos da sistematização da assistência de enfermagem.

Mediante a anamnese e exame físico podem surgir alguns diagnósticos de enfermagem. O paciente pode apresentar **“Ansiedade relacionada** à reação emocional aumentada secundária à taxa elevada dos hormônios tireoidianos, podendo evidenciar-se por irritabilidade, inquietação, insônia, FC aumentada”; **“Deglutição prejudicada relacionada** à dor e edema pós-operatório de tireoidectomia, podendo evidenciar-se por pouca aceitação, deglutição demorada, expressão facial de dor durante deglutição”; **“Risco para temperatura corporal desequilibrada relacionada** à taxa metabólica alterada secundária à taxa elevada dos hormônios tireoidianos” (NANDA, 2015).

No período pré-operatório, as principais intervenções de enfermagem são: Manter o paciente em um ambiente tranquilo, de modo a reduzir a ansiedade e prevenir a precipitação da crise tireoidiana que acontece devido tensão e estresse. A crise tireoidiana (crise tireotóxica) acontece em pacientes hipertireoideos parcialmente controlados ou totalmente sem tratamento, e é uma forma de hipertireoidismo grave, geralmente de estabelecimento abrupto e caracterizado por febre alta (hiperpirexia), taquicardia extrema e estado mental alterado, que com frequência, aparece como delírio; e orientar o paciente como sustentar o pescoço com as mãos depois da cirurgia, ou seja, levantar os cotovelos e colocar as mãos por trás do pescoço proporcionando apoio e reduzindo a tensão e o esforço sobre os músculos do pescoço e a incisão cirúrgica. (NANDA, 2015).

No período pós-operatório, as principais ações de enfermagem são: verificar SSVV; posicionar o paciente em semi-Fowler com a cabeça elevada apoiada em travesseiros, tendo o cuidado de evitar tensão sobre as suturas; manter os materiais utilizados pelo paciente em um local de fácil acesso, a pouca distância, de modo que ele não precise virar a cabeça para alcançá-los; oferecer água por via oral, logo que as



náuseas diminuam, primeiro líquidos frios e o gelo que são melhores tolerados; realizar e avaliar curativo cirúrgico, atentando para sinais de sangramento e infecção; orientar para que o paciente fale pouco, o que evita tensão no local da cirurgia; atentar para sinais de complicações como edema de glote, formação de hematoma, ou lesão do nervo laríngeo recorrente, o que exige que uma via aérea seja inserida; oferecer dieta hipercalórica e balanceada para promover o ganho de peso (MACHADO, 2009).

A tireoidectomia pode apresentar complicações anatômicas e metabólicas que lhe são peculiares e outras que são comuns a todos os tipos de operação. As anatômicas estão relacionadas com lesão do nervo laríngeo recorrente e/ou do ramo externo do nervo laríngeo superior enquanto as metabólicas relacionam-se com alterações da concentração do íon cálcio e da função tireoidiana. Dentre as complicações comuns aos diferentes atos cirúrgicos destacam-se sangramento, infecção de ferida operatória e seroma (SOUSA, 2007; BERTELLI et al, 2008). Contudo, quando a assistência é prestada de forma sistemática, em que todas as equipe de pré, intra e pós-operatório seguem os padrões da técnica asséptica e pautadas na ciência e humanização, raramente essas complicações acontecem.

CONCLUSÃO

Localizada na parte anterior do pescoço, abaixo da laringe a tireóide é uma glândula que se comunica diretamente com o sistema nervoso central, mais especificamente com a hipófise, através do eixo hipotálamo-hipófise-tireóide. Com isso, a mesma faz-se responsável por exercer várias funções endócrinas ao organismo. Isto se dá, graças a sua capacidade de produção de importantes hormônios, a triiodotironina (T3), a tiroxina (T4), bem como a calcitonina, todos participantes do equilíbrio metabólico do corpo.

Vários são os distúrbios que podem ocorrer na tireóide, devido ao seu aumento ou diminuição de funcionalidade, fatores, genéticos, neurológicos, ambientais, dentre outros, que ocasionam o adoecimento dessa importante glândula.

Assim, em alguns casos somente o procedimento cirúrgico de retirada da glândula ou parte dela (tireoidectomia) é a forma de tratamento mais eficiente, como nos casos de tumores malignos. A tireoidectomia pode ser realizada de diferentes formas, esta pode ser subtotal, ou total, sendo considerada também a lobectomia, que consiste na retirada de um dos lobos da tireóide.

Em alguns casos a tireoidectomia pode apresentar complicações anatômicas, como lesões de nervos, que podem prejudicar a dicção e deglutição. Mais também poderá ocasionar



em complicações metabólicas, relacionadas com concentrações de íons cálcio e a função tireoidiana referente aos hormônios T3 e T4. . Outra complicação é com o procedimento cirúrgico como infecção, seroma, sangramentos e inflamações.

A partir disso, a equipe de enfermagem é responsável pelos cuidados pré e pós-cirúrgico ao paciente submetido à tireoidectomia, suprindo, na medida do possível, as necessidades do paciente, e sendo suporte nos cuidados do mesmo no preparo para a cirurgia e também, no acompanhamento pós-cirúrgico, seguindo os preceitos da sistematização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ACCETTA, P., et al., Tireoidectomia total nas doenças benignas da tireóide total. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. v. 38, n. 4, p. 223-226, 2011.
- BERTELLI, A. A. T., et al., Tireoidectomia no idoso: 15 anos de experiência. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça Pescoço**. v. 37, n 3, p. 137 - 140, 2008.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**, Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- MACIEL, L. M. Z. O exame físico da tireoide. **Medicina, Ribeirão Preto**., v. 40, n.1, p. 72-77, 2007.
- MACHADO, R. M. S. G. Cuidados de enfermagem ao doente submetido à cirurgia da tireoide: da teoria à prática. Monografia- Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da saúde, 2009.
- MAIA, A. L. et al., Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolica** ., v.57, n.3, 2013.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: **Definições e classificação** 2015-2017/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2010.
- OLIVEIRA, V. MADONALDO, R. R. Hipotireoidismo e hipertireoidismo – uma breve revisão sobre as disfunções tireoidianas. **Interciência & Sociedade**, v. 3, n.2, 2014.
- ROSÁRIO, P. W., et al., Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v. 57, n. 4, p. 240-264, 2013.
- SENISE, A. T., et al., Sintomas e sinais de alterações da deglutição após a tireoidectomia: **Revista Brasileira de Circulação Cabeça Pescoço**, v. 38, n. 2, p. 67 - 71, abril/ maio/ junho. 2009.
- SOUSA, A. A. Hipocalcemia pós-tireoidectomia e evolução do cálcio iônico. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, 2007.
- THIESEN, M. Sistematização da assistência da assistência de enfermagem perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica.



II CONBRACIS
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

VOLPI, E. M., et al., tireoidectomia vídeo assistida: experiência de 120 casos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 34, n.1, 2007.

