

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 14 de ENERO del 2022

VISTO:

El Informe N° 000997-2021-DICON/INEN, de la Dirección de Control del Cáncer, Memorando N° 001562-2021-OGPP/INEN, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 000153-2021-OO-OGPP/INEN, de la Oficina de Organización, el Memorando N° 139-2020-DCC-DICIR/INEN, del Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello, el Informe N° 000859-2021-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y el Informe N° 002009 -2021-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones inherentes a sus Unidades Orgánicas y Departamentos;

Que, la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", numeral 6.1.3, la Guía Técnica (...) es el Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 276-2019-J/INEN, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-INEN/DICON-DNCC "Lineamientos para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN" con la finalidad de establecer los criterios en el proceso de formulación, elaboración, aprobación y actualización de los documentos normativos que se expidan en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, logrando mayores niveles de eficiencia y eficacia en su aplicación;

Que, de manera institucional, debe manifestarse que el proyecto "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES", ha sido elaborado por el Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello, encontrándola acorde a los parámetros de elaboración de Documentos Normativos;

Que, mediante Memorando N° 001562-2021-OGPP/INEN de fecha 22 de octubre de 2021, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, alcanza el Informe N° 000153-2021-OO-OGPP/INEN de



fecha 17 de septiembre de 2021, a través del cual la Oficina de Organización, emite opinión técnica favorable al proyecto de documento normativo denominado "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES";

Que, tomando en cuenta el sustento técnico por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, se aprecia que la Oficina de Organización ha revisado y emite opinión técnica favorable al proyecto denominado "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES", para su correspondiente aprobación;

Que, conforme a lo expuesto, y según se desprende del proyecto denominado "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES", tiene como finalidad contribuir a una cirugía segura, minimizar riesgos y complicaciones en la intervención quirúrgica oncológica por cáncer diferenciado de tiroides (carcinoma papilar y folicular) del INEN;

Que, conforme se desprende de los documentos de Vistos, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, la Oficina de Organización y la Oficina de Asesoría Jurídica han efectuado su revisión al proyecto en mención, el mismo que recomiendan su aprobación;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Oficina de Organización, de la Dirección de Control del Cáncer, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, del Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello, de la Dirección de Cirugía y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

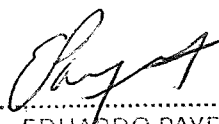
Con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, y de conformidad con la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

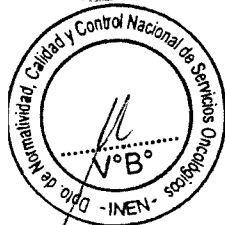
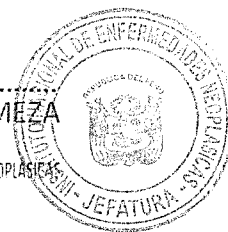
SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR la "GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES", que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE


Dr. EDUARDO PAYET MEZA
Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS





PERÚ

Sector
Salud

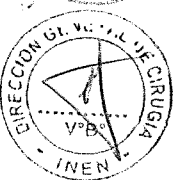
Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



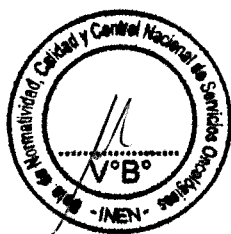
GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES



DIRECCIÓN DE CIRUGÍA DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO



Lima – Perú

2021





PERÚ

Sector
Salud

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación 2021	Versión V.01

Jefe Institucional

M.C. Mg. Eduardo Payet Meza

Subjefe Institucional

M.C. Gustavo Sarria Bardales

Director General de la Dirección de Control del Cáncer

M.C. Jorge Dunstan Yataco

Directora General de la Dirección de Cirugía

M.C. Mg. Francisco Berrospi Espinoza

Director Ejecutivo del Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello

M.C. José Carlos Gutiérrez Lazarte

Autores

Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello

- M.C. Christian Loayza Fernández Baca
- M.C. José Carlos Gutiérrez Lazarte

Revisión y validación:

- M.C. Abraham Salas Hurtado
- M.C. Fernando Torres Vega

Revisión y Validación

Unidad de Organización

- Lic. Adm. Angel W. Riquez Quispe
- Mg. Christian Alberto Pino Melliz

Revisión y aprobación

Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos

- M.C. Iván Belzusarri Padilla. Director Ejecutivo.
- M.C. Mg. Carmela Barrantes Serrano. Experto en Salud Pública.
- Lic. Yoseline Aznarán Isla. Experto en Salud Pública.



PERÚ

Sector
SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES	Código: GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO	Implementación: 2021 Versión: V.01

GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES

I. FINALIDAD

Contribuir a una cirugía segura, minimizar riesgos y complicaciones en la intervención quirúrgica oncológica por cáncer diferenciado de tiroides (carcinoma papilar y folicular).

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el procedimiento quirúrgico de los pacientes con diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides (carcinoma papilar y folicular).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

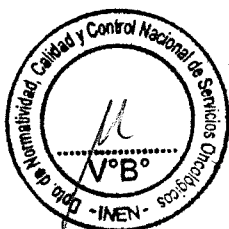
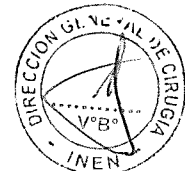
- 2.2.1 Brindar las directrices técnicas del procedimiento quirúrgico del paciente con cáncer de tiroides diferenciado (carcinoma papilar y folicular).
- 2.2.2 Minimizar riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico en el paciente con cáncer de tiroides diferenciado (carcinoma papilar y folicular).
- 2.2.3 Disminuir el tiempo operatorio del tratamiento quirúrgico al paciente con cáncer de tiroides diferenciado (carcinoma papilar y folicular).

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es aplicable para el personal del Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello y profesional de la salud del Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer.
- Ley N° 28343, Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos.
- Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN, cuya vigencia fue restituida mediante Ley N° 30545.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, que calificó al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN como Organismo Público Ejecutor.





GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 101-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia".
- Resolución Ministerial N° 107-2021/MINSA, que aprueba la NTS N° 172-2021/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la atención de salud ambulatoria, quirúrgica electiva, en hospitalización y servicios médicos de apoyo, frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1361-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SIMED", modificada mediante Resolución Ministerial N° 862-2019/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Jefatural N° 037-2014-J/INEN, que aprueba la modificación del Manual de Procedimientos del Proceso Asistencial N° 04 "Tratamiento Quirúrgico".
- Resolución Jefatural N° 031-2018-J/INEN, que aprueba la actualización de la "Cartera de Servicios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Categoría III-2".
- Resolución Jefatural N° 762-2018-J/INEN, que aprueba el Manual de Bioseguridad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.
- Resolución Jefatural N° 276-2019-J/INEN, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-INEN/DICON-DNCC "Lineamientos para la elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN".
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **Cáncer diferenciado de tiroides:** El cáncer diferenciado de tiroides se origina de las células epiteliales de los folículos tiroideos, comprende la mayoría de los cánceres de tiroides, dentro de estos el carcinoma papilar abarca el 85% y el carcinoma folicular 12% y menos del 3 % restante comprenden los tumores pobremente diferenciados.^{1,5}
- **Tiroidectomía:** Procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de la glándula tiroides, puede ser total o parcial (hemitiroidectomía).^{1,5}
- **ATA 2015:** Son guías de práctica clínica publicadas por la American Thyroid Association's (ATA) para el manejo de los nódulos tiroideos, siendo la última edición publicada el 2015, su objetivo es proporcionar información a los médicos, pacientes e investigadores sobre la publicación de evidencias en relación al diagnóstico y manejo de nódulos tiroideos y cáncer diferenciado de tiroides.^{1,2}

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

VI. RECURSOS E INSUMOS

6.1 REQUERIMIENTO BÁSICO

6.1.1. RECURSOS HUMANOS

- Médico (Cirujano Oncólogo de Cabeza y Cuello) - Cirujano Principal
- Médico (Cirujano) - Primer Asistente
- Médico (Cirujano) - Segundo Asistente
- Médico (Anestesiólogo)
- Enfermera/o (Instrumentista)
- Enfermera/o (Circulante) o Técnico/a en Enfermería (Circulante)

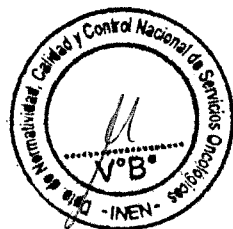
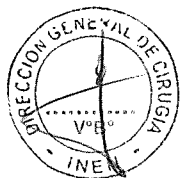
6.1.2. MATERIALES E INSUMOS

a) Material Quirúrgico Reutilizable (Ver Anexo 1)

- 1 pinza de Bipolar
- 2 pinzas Crilles curvas 14 cm
- 10 pinzas Mosco curvas. 12 cm.
- 10 pinzas Backhaus (Pilling) 14 cm.
- 2 pinzas Foerster: recta 24cm y curva 25 cm.
- 2 pinzas Allys finas chicas 15.5 cm y 15 cm.
- 2 separadores Farabeuf angostos 12 cm
- 4 pinzas Baby Mosco de 10cm.
- 1 pinzas de Disección Martin de 15 cm.
- 1 pinza de Disección Adson C/uña 12 cm.
- 1 pinza de Disección Adson Fina S/U 12 cm.
- 1 Pinza de disección vascular Bakey Halsey 15 cm (FB411R) (I)
- 1 tijera de mayo Recta 16.5 cm.
- 1 tijera de mayo curva 15 cm.
- 1 tijera Metzembraum 14 cm.
- 2 porta agujas finas 15 cm.
- 1 cánula de succión 17 cm.
- 1 cánula de succión N° 9 GF 417R C/MANDRIL AESCULAP (I)
- 1 mangos de bisturí N° 4 13.5 cm.
- 1 mango de bisturí N° 7 16 cm.
- 1 porta aguja Dimeda 24.180.16 16cm.
- 1 cubeta fenestrada de 26 x 26 x 5 cm.

b) Material Quirúrgico no reutilizable (ver Anexo 2)

- 1 lápiz de electrocauterio
- 1 placa indiferente de adulto



GUÍA TÉCNICA
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE
TIROIDES

Código: GT.DNCC.INEN.012

Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO

Implementación: 2021

Versión: V.01

- 1 cable bipolar angulado
- 1 pinza de Bisturí Armónico o 1 pinza de Ligasure
- 1 tubo de succión de silicona 3mts
- 2 hojas de bisturí N° 15
- 2 seda Negra 2/0 DS-25
- 3 Ácido Poliglactin 3/0 SH
- 2 Nylon Azul Mono 5/0 RB-1
- 3 Lino multiempaque 3/0
- 2 compresa de gasa 45 x 45 cm
- 2 compresa de gasa 15 x 50 cm
- 2 paquetes de gasas de 20 unidades
- 1 esparadrapo de papel
- 1 sistema de circuito cerrado 1,5 lt.
- 2 guantes estériles N° 6,5
- 2 guantes estériles N° 7
- 2 guantes estériles N° 7,5
- 1 guantes estériles N° 8
- 2 guantes de examen
- 1 cloruro de sodio 1 L
- 1 gluconato de clorhexidina frasco
- 1 dren Hemosuc de silicona N° 14
- 1 Surgicel fibrilar o 1 hemocolágeno

6.1.3.EQUIPOS

- Electrocauterio
- Bipolar
- Bisturí Armónico o Ligasure

6.2. EVENTO DEL INGRESO PARA EJECUTAR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Para la realización de la intervención quirúrgica, se requiere que el paciente tenga conocimiento de los procedimientos médicos quirúrgicos que se le realizarán, así como sus riesgos y el conocimiento a seguir en cada una de las etapas de la intervención:

6.2.1. Programación y asignación de recursos humanos y materiales para la intervención quirúrgica

- Solicitar exámenes preoperatorios
- Evaluación de riesgo cardíológico
- Evaluación de otros riesgos de ser necesario
- Programación de intervención quirúrgica

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

- Llenado y firma del consentimiento informado
- Evaluación preoperatoria anestesiológica

6.2.2. Preparación intraoperatoria

- Recepción del paciente en sala de operaciones
- Anestesia general por intubación
- Acomodación y lavado quirúrgico del sitio operatorio
- Colocación de campos estériles
- Uso del check list (ver Anexo 3)
- Realización de procedimiento quirúrgico (ver Anexo 4)

6.2.3. Preparación post operatoria

- Extubación
- Monitorización del paciente en sala de operaciones
- Traslado del paciente a recuperación
- Monitorización en recuperación

VII. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

7.1 FASE PREOPERATORIA

7.1.1 Selección de Pacientes

El Médico (Cirujano Oncólogo de Cabeza y Cuello o Cirujano de Cabeza y Cuello) determina que el paciente debe ser intervenido quirúrgicamente en consultorio externo, solicita exámenes preoperatorios y realiza una comunicación fluida y oportuna con el paciente y familiares absolviendo todas sus dudas y se registra el día probable del procedimiento.

Evaluación Pre Anestésica

El Médico (anestesiólogo) realiza la evaluación de factores de riesgo y define el ASA de forma ambulatoria en consulta externa antes de la operación, pudiendo suspender la intervención discrecionalmente de acuerdo con los Documentos Normativos vigentes locales o nacionales.

7.1.2 Información general al paciente

El paciente debe estar debidamente informado por el Médico (cirujano) respecto a la indicación quirúrgica, procedimiento, posibles complicaciones y secuelas que se podrían presentar, se le informa sobre la evolución habitual desde que ingresa hasta el alta definitiva y se absuelven sus preguntas relacionadas a su enfermedad y tratamiento, para luego proceder a solicitar la firma del consentimiento informado para el procedimiento planteado.

El Médico (anestesiólogo) informará al paciente de la técnica anestesiológica a emplear y los riesgos potenciales derivados de la misma, así como el manejo del dolor postoperatorio, para luego proceder a solicitar la firma del consentimiento anestesiológico.

7.2. FASE QUIRÚRGICA ONCOLÓGICA DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

El manejo del cáncer diferenciado de tiroides diagnosticado por citología es quirúrgico, según las guías de la Asociación Americana de Tiroides ATA del 2015, existen tres

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

escenarios para la recomendación del tipo de tratamiento quirúrgico y dos posibilidades de manejo quirúrgico del tumor primario: Tiroidectomía total (resección total de la glándula tiroides) y lobectomía (resección del lóbulo tiroideo afectado por la tumoración).^{1,3,4}

RECOMENDACION

(A) Para pacientes con cáncer de tiroides > 4cm, o con extensión extra tiroidea grosera (T4 clínica), o enfermedad metastásica ganglionar (N1 clínico) o sitios distantes (M1 clínico): el procedimiento quirúrgico inicial debe ser tiroidectomía total con la resección completa del tumor y disección ganglionar si lo amerita a menos que haya contraindicaciones en este procedimiento (**Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada**)^{1,3,4}.

(B) Para pacientes con cáncer de tiroides > 1cm y < 4cm sin extensión extra tiroidea clínica, y sin evidencia clínica de metástasis ganglionar linfática (cN0): el procedimiento quirúrgico inicial puede ser tiroidectomía total o lobectomía. La lobectomía tiroidea por sí sola puede ser un tratamiento inicial suficiente para los carcinomas papilares y foliculares de bajo riesgo; sin embargo, el equipo se puede elegir la tiroidectomía total si se estima la necesidad de terapia con yodo radioactivo o para mejorar el seguimiento en función de las características de la enfermedad y/o las preferencias del paciente (**Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada**)^{1,3,4}.

(C) Si se elige cirugía para pacientes con cáncer de tiroides < 1cm sin extensión clínica extra tiroidea (cN0): el procedimiento quirúrgico inicial debe ser lobectomía tiroidea a menos que haya indicaciones claras para extirpar el lóbulo contralateral. La lobectomía tiroidea por sí sola es un tratamiento suficiente para carcinomas intratiroides pequeños, unifocales e intratiroides en ausencia de radiación previa de la cabeza y el cuello, carcinoma de tiroides familiar o metástasis ganglionar cervical clínicamente detectable (**Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada**)^{1,3,4}.

7.2.1. Procedimiento: Tiroidectomía Total o Hemitiroidectomía

El paciente bajo anestesia general endotraqueal es colocado en posición supina con el cuello en hiperextensión, se realiza asepsia, antisepsia, se colocan campos estériles. Se realiza la incisión cutánea cervical central tipo Kocher con bisturí idealmente en un pliegue natural de la piel, con el electrocauterio el musculo platismo es dividido, y se elevan los colgajos superior e inferior exponiendo la fascia sobre los músculos pretiroides, se fijan los colgajos a los campos estériles con seda 2/0, se identifican ambas venas yugulares anteriores, se incide entre las mismas sobre la línea media y en profundidad entre los músculos pretiroides los cuales se separan lateralmente para exponer la tiroides.^{5,6}

La glándula tiroides y el compartimento central se exploran y examinan mediante inspección y palpación para identificar los hallazgos, el músculo esternotiroideo se divide cerca de su extremo superior para obtener la exposición del polo superior del lóbulo tiroideo. La vena tiroidea media se divide y liga. Los vasos capsulares de la superficie anterior de la glándula tiroides en su polo superior se disecan, dividen y ligan. Cada una de las ramas de la arteria tiroidea superior se sujeta y divide individualmente lo más cerca posible de la cápsula del polo superior, el polo superior se gira medialmente exponiendo su superficie posterior donde se encuentra la glándula paratiroides superior la cual se disecciona cuidadosamente de la cápsula tiroidea preservando su suministro de sangre. La disección procede sobre la cápsula posterior de la glándula tiroides, hacia su



GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

polo inferior, las venas del polo inferior de la glándula tiroides se dividen y ligan permitiendo su rotación medial.^{5,7,8}

La disección se realiza medialmente hacia el surco traqueoesofágico para identificar el nervio laríngeo recurrente. Una vez identificado, se libera cefálicamente hasta que entra en la membrana cricotiroides, se sigue luego el nervio caudalmente hasta que se separe de la tiroides lateralmente, se identifica, disecciona y liga la paratiroides inferior con su pedículo vascular, se ligan las ramas terminales de la arteria tiroidea inferior, el nervio laríngeo recurrente se mantiene a la vista en todo momento.^{7,8}

La disección del lóbulo derecho continúa sobre el plano pretraqueal hacia la membrana cricotiroides seccionando el ligamento de Berry preferiblemente con un bisturí, varios vasos pequeños que atraviesan el ligamento de Berry delante y detrás del nervio laríngeo recurrente se dividen y ligan individualmente, se libera el istmo y se realiza un procedimiento similar en el lado contralateral.^{5,7}

Se revisa la hemostasia, se coloca a criterio del cirujano un tubo de drenaje de silicona o dren laminar y/o hemostático reabsorbible, antes del cierre, los surcos traqueoesofágicos en ambos lados deben ser evaluados para descartar metástasis ganglionar, los músculos pretiroides se aproximan con suturas de vycril 3/0 interrumpidos, el platismo se aproxima con vycril 3/0 y se sutura la piel con nylon 5/0. Se coloca esparadrapo de papel estéril sobre la herida operatoria.^{5,6}

7.2.2. Procedimiento: Lobectomía

El paciente bajo anestesia general endotraqueal es colocado en posición supina con el cuello hiperextendido, se realiza asepsia, antisepsia, se colocan campos estériles. Se realiza la incisión cutánea cervical central tipo Kocher con bisturí idealmente en un pliegue natural de la piel, con el electrocauterio el músculo platismo es dividido, y se elevan los colgajos superior e inferior exponiendo la fascia sobre los músculos pretiroides, se fijan los colgajos a los campos estériles con seda 2/0, se identifican ambas venas yugulares anteriores, se incide entre las mismas sobre la línea media y en profundidad entre los músculos pretiroides los cuales se separan lateralmente para exponer la tiroides.^{5,6}

La glándula tiroides y el compartimento central se exploran y examinan mediante inspección y palpación para identificar los hallazgos, el músculo esternotiroides se divide cerca de su extremo superior para obtener la exposición del polo superior del lóbulo tiroideo. La vena tiroidea media se divide y liga. Los vasos capsulares de la superficie anterior de la glándula tiroides en su polo superior se diseccionan, dividen y ligan. Cada una de las ramas de la arteria tiroidea superior se sujeta y divide individualmente lo más cerca posible de la cápsula del polo superior, el polo superior se gira medialmente exponiendo su superficie posterior donde se encuentra la glándula paratiroides superior la cual se disecciona cuidadosamente de la cápsula tiroidea preservando su suministro de sangre. La disección procede sobre la cápsula posterior de la glándula tiroides, hacia su polo inferior, las venas del polo inferior de la glándula tiroides se dividen y ligan permitiendo su rotación medial.^{5,7,8}

La disección se realiza medialmente hacia el surco traqueoesofágico para identificar el nervio laríngeo recurrente. Una vez identificado, se libera cefálicamente hasta que entra en la membrana cricotiroides, se sigue luego el nervio caudalmente hasta que se separe de la tiroides lateralmente, se identifica, disecciona y liga la paratiroides inferior con su pedículo vascular, se ligan las ramas terminales de la arteria tiroidea inferior, el nervio laríngeo recurrente se mantiene a la vista en todo momento.^{7,8}

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

La disección del lóbulo derecho continúa sobre el plano pretraqueal hacia la membrana cricotiroidea seccionando el ligamento de Berry preferiblemente con un bisturí, varios vasos pequeños que atraviesan el ligamento de Berry delante y detrás del nervio laríngeo recurrente se dividen y ligan individualmente.^{6,7}

El lóbulo tiroideo se libera excepto por el istmo, se coloca una pinza hemostática, se secciona el lóbulo y se sutura el muñón tiroideo con Vicryl 3/0 surget cruzado para la hemostasia.⁵

Se revisa la hemostasia, se coloca a criterio del cirujano un tubo de drenaje de silicona o dren laminar y/o hemostático reabsorbible, antes del cierre, los surcos traqueoesofágicos en ambos lados deben ser evaluados para descartar metástasis ganglionar, los músculos pretiroideos se aproximan con suturas de vycril 3/0 interrumpidos, el platismo se aproxima con vycril 3/0 y se sutura la piel con nylon 5/0. Se coloca esparadrapo de papel estéril sobre la herida operatoria.⁷

7.3. FASE POST OPERATORIO

7.3.1. Recuperación

Todos los pacientes post operados deberán pasar a sala de recuperación para llevar a cabo el restablecimiento total de las funciones vitales y la total conexión del paciente con su entorno. El medico (anestesiólogo) dará el alta de la sala de recuperación previa evaluación post anestésica.

7.3.2. Alta

Los pacientes post operados deben contar con la evaluación del médico (anestesiólogo) y del médico (cirujano) o médico tratante de acuerdo con la Guía aprobada por la institución. Para el alta es indispensable que el paciente este acompañado por un adulto responsable autorizado para tal fin por el paciente o por el familiar directo en caso de pacientes dependientes.

Se le entrega la hoja de epicrisis, indicaciones para curaciones y retiro de puntos y fecha de control por consultorio externo con resultados de patología.

7.3.3. Seguimiento post quirúrgico

El paciente lleva consigo las indicaciones postquirúrgicas dentro de las que deberán estar los números telefónicos necesarios de la institución para casos de consulta o de emergencia.

El paciente debe ser instruido para que en caso de emergencia acuda al servicio de emergencia de la institución.

La institución deberá contar con el número telefónico y dirección actualizada del paciente.

7.4. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

De presentarse algún evento adverso durante el postoperatorio inmediato y mediato, el médico tratante deberá llenar el Formato de registro y reporte de incidentes y eventos adversos (**ver Anexo 5**). A continuación, se describen las complicaciones quirúrgicas más frecuentes:

a. Hematoma post operatorio

Puede darse en el 1% de pacientes, si son pequeños y sin efecto compresivo se pueden tratar conservadoramente, los hematomas a tensión son una urgencia quirúrgica porque comprimen la vía aérea, en este caso la herida debe ser abierta para descomprimir la vía aérea, el paciente debe ser llevado a sala de operaciones

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

para evacuar el hematoma, irrigar, controlar la hemorragia y asegurar la hemostasia.^{5,6}

b. Lesión del nervio laríngeo recurrente

La lesión permanente es rara, entre el 1 y 2% de los casos, cuando existe lesión temporal la recuperación es espontánea, la parálisis o sección del nervio laríngeo recurrente puede ser tratada con procedimientos de medialización de cuerdas vocales.^{5,7}

c. Lesión de nervio laríngeo superior

Su manifestación clínica es sutil, el paciente refiere disminución de la intensidad y fuerza de la voz, el riesgo se minimiza al ligar las ramas terminales de la arteria tiroidea de forma individual cercanos a la tiroides.^{5,6}

d. Hipocalcemia

Es la complicación más frecuente, el hipoparatiroidismo temporal no es raro, se puede dar hasta en el 25% de los casos, se resuelve en 4 a 6 semanas en casi todos los pacientes, se indica suplementos de calcio con vitamina D por 6 semanas por lo general.^{5,7}

e. Seroma

Es la colección de líquido seroso en el postoperatorio, por lo general se resuelve espontáneamente, se puede evitar colocando un sistema de drenaje por succión.^{7,8}

f. Lesión de tráquea

Puede producirse durante el procedimiento quirúrgico por lesión inadvertida o en cáncer avanzado al momento de la resección.⁷

g. Lesión de esófago

Puede producirse al momento de la recesión tumoral, por lo general se soluciona al reparar el defecto y se coloca una sonda de alimentación por un promedio de siete días aproximadamente.⁷

h. Lesión de vena yugular interna o de arteria carótida común

Es una complicación que puede ocurrir al momento de la resección del tumor en casos generalmente avanzados, se requiere actuar prontamente realizando la sutura vascular.^{7,8}

i. Infección de herida operatoria

Puede ocurrir en el postoperatorio a partir de cuarto o quinto día, se indica cobertura antibiótica.^{7,8}

7.5. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

El cumplimiento de la presente Guía Técnica se realizará mediante los siguientes indicadores que se han incluido de acuerdo con la NTS N° 101-MINSA-DGSP/V.01. (ver Anexo 6)

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

Tabla N° 01. Lista de Indicadores de evaluación

Adhesión a la Guía de Procedimiento Quirúrgico**Mortalidad****Complicaciones mayores****Infecciones Intrahospitalarias****Satisfacción del Paciente****Re-ingresos a Sala de Operaciones por complicaciones****Retorno****Re-ingreso**

7.6. NIVELES DE RESPONSABILIDAD

- El Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello, deberá monitorizar y supervisar el cumplimiento de la presente Guía Técnica en todas las áreas asistenciales correspondientes.
- El Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico deberá monitorizar y supervisar el cumplimiento de la presente Guía Técnica en su área asistencial correspondiente.
- El Departamento de Enfermería, deberá monitorizar y supervisar el cumplimiento de la presente Guía Técnica en su área asistencial correspondiente.
- El Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello, será el responsable de realizar la actualización de la presente Guía Técnica con una frecuencia de cada 3 años a partir de la fecha de publicación, y en un periodo menor según consideraciones especiales, además realizará la evaluación y el seguimiento de la implementación de la Guía Técnica a través de indicadores descritos en el Anexo 6, con una frecuencia anual.
- El Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, será el encargado de realizar el seguimiento de la vigencia de la Guía Técnica y solicitará su actualización al Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello cuando corresponda.

VIII. ANEXOS

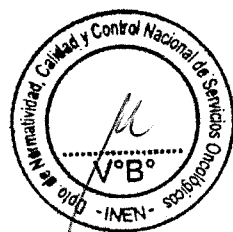
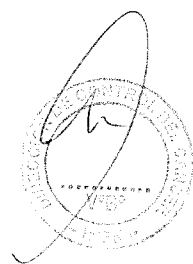
- Anexo 1. Material quirúrgico de caja de tiroidectomía (caja chica).
- Anexo 2. Hoja de consumo.
- Anexo 3. Lista de verificación "check list" de cirugía segura.
- Anexo 4. Reporte operatorio
- Anexo 5. Formato de registro y reporte de incidentes y eventos adversos.
- Anexo 6. Indicadores.

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

ANEXO 1

MATERIAL QUIRÚRGICO DE CAJA DE TIROIDECTOMÍA
(CAJA CHICA)

- 20 PINZA CRILLES CURVAS 14 cm
- 20 PINZAS MOSCO CURVAS.12 cm.
- 15 PINZAS BACKHAUS (PILLING) 14 cm.
- 2 PINZAS FOERSTER: RECTA 24 cm Y CURVA 25 cm.
- 2 PINZAS ALLYS FINAS CHICAS 15.5 cm. Y15 cm.
- 2 SEPARADORES FARABEUF ANGOSTOS 12 cm
- 1 RASTRILLOS VOLKMANN DE 4 GARFIOS 21.5 cm.
- 1 RASTRILLOS VOLKMANN DE 3 GARFIOS 20.5 cm.
- 2 SEPARADORES HOOK 21 cm
- 4 PINZAS BABY MOSCO 10 cm.
- 1 PINZAS DE DISECCION MARTIN DE 15 cm.
- 1 PINZA DE DISECCION ADSON C/UÑA 12 cm.
- 1 PINZA DE DISECCIONADSON FINA S/U 12 cm.
- 1 PINZA DE DISECCION VASCULAR BAKEY HALSEY 15 cm (FB411R) (I)
- 1 TIJERA DE MAYO RECTAS 16.5 cm.
- 1 TIJERA DE MAYO CURVA 15 cm.
- 1 TIJERA METZEMBAUM 14 cm.
- 2 PORTA AGUJAS FINAS 15 cm.
- 1 CANULA DE SUCCION 17 cm.
- 1 CANULA DE SUCCION N° 9 GF 417R C/MANDRIL AESCULAP (I)
- 1 MANGOS DE BISTURI N° 4 13.5 cm.
- 1 MANGO DE BISTURI N° 7 16 cm.
- 1 PORTA AGUJA DIMEDA 24 x.180 x 16 cm.
- 1 CUBETA FENESTRADA DE 26 x 26 x 5 cm.
- **84 PIEZAS**
- (I)= Incremento de una pinza nueva con código.





PERÚ

Sector
SaludGUÍA TÉCNICA
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE
TIROIDES

Código: GT.DNCC.INEN.012

Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO

Implementación: 2021

Versión: V.01

ANEXO 2: HOJA DE CONSUMO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS Dr. EDUARDO CACERES GRAZIANI

SALA Nro.

SIS

HOJA DE CONSUMO DE SALA DE OPERACIONES

NOMBRE DEL PACIENTE		CAMA		CLINICA	
CIRUGIA REALIZADA		DEPARTAMENTO			
MEDICO PRINCIPAL					
NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE LLENA LA HOJA					
SUTURAS		MATERIAL MEDICO		MATERIAL MEDICO	
CANT	U. M.	CANT	U. M.	CANT	U. M.
DENOMINACION		DENOMINACION		DENOMINACION	
	NYLON AZUL MONO 1/0ca1/2cr 25mmx75 HR30		CASES		GUANTES ESTERIL # 6.5
	NYLON AZUL MONO 2/0ca3/8cc 25mmx75DS25		AIRE COMPRIMIDO		GUANTES ESTERIL # 7
	NYLON AZUL MONO 3/0ca3/8cc 25mmx75 TC25		NITROGENO		GUANTE ESTERIL # 7.5
	NYLON AZUL MON 4/0ca3/8cc20mmx72 TC20		CO2		GUANTE ESTERIL # 8
	NYLON AZUL MON 5/0ca1/2cc17mmx75 2RB-1		ENDOGIA		GUANTE ESTERIL 81/2
	NYLON AZUL MON 6/0ca3/8cc20mmx45 DS20		ESPARADRAPO DE SEDA		JERINGA.....
	NYLON AZUL MON 8/0ca3/8cc8mmx15 DRS6.5		ESPARADRAPO DE PLASTICO		JERINGA SCC / 1CC
	NYLON AZUL9/0ca3/8cc5.5mmx15 DRS.5		ESPARADRAPO TELA NO TEJIDA		FRASCO DE TORAX
	NYLON NEGRO 1 M.E.		ELECTRODO DE BOLA		CATETER TORAXICO # 20
	ACIDO POLIGLACTIN 1/0ca1/2cr36.4mmx70 CT-1		ELECTRODO DE ASA		CATETER TORAXICO # 24
	ACIDO POLIGLACTIN 0ca1/2cr36.4mmx70 CT-1		LIMPIADOR DE ELECTRODO		CATETER TORAXICO #
	ACIDO POLIGLACTIN 0ca1/2cr26mmx70 CT-1		PLACA INDIFFERENTE ADULTO/PEDI		LIGACLIP SMOL LT-200
	ACIDO POLIGLACTIN2/0ca1/2cr35.4mmx70 CT-1		LAPICERO DE CAUTERIO		LIGACLIP MEDIUM LT-300
	ACIDO POLIGLACTIN 2/0ca1/2cr26mmx70 SH		PZ.LIGASURE 20CM		LIGACLIP LARGE LT-400
	ACIDO POLIGLACTIN3/0ca 1/2cr26mmx70 SH		PZ. LIGASURE 10MM/31CM		HEMOSTATICO ABS. CELULOSA5/7.5
	ACIDO POLIGLACTIN3/0ca1/2cr17mmx70 RB-1		PZ LIGASURE 5MM/31CM		HEMOSTATICO ABS.CELULOSA10/20
	ACIDO POLIGLACTIN 4/0ca1/2cr26mmx70 SH		LAPICERO ARGON		ESPONJA HEMOSTATI/COLAGENO
	ACIDO POLIGLACTIN 4/0ca1/2cr17mmx70 RB-1		CABLE MONOPOLAR LAPAROSCOPI		HOJA DE BISTURI# 22
	ACIDO POLIGLACTIN 5/0ca1/2cr17mmx70 RB-1		CABLE BIPOLAR LARASCOPIO		HOJA DE BISTURI #
	ACIDO POLIGLACTIN 6/0ca1/2cr17mmx70 RB-1		CABLE BIPOLAR ANGOLADO		CERA DE HUESO
	ACIDO POLIGLACTIN 3/0ca3/8cc19mmx70 SC-20		PINZA BIPOLAR		COTONOIDE.....
	ACIDO POLIGLACTIN3/0ca3/8cc24mmx70 PS-1		CUCHILLA DE CORTE CRANEAL		COTONOIDE.....
	ACIDO POLIGLACTIN 4/0ca3/8cc19mmx70 SC-20		BROCA 13/9 CRANEAL		COTONOIDE.....
	ACIDO POLIGLACTIN5/0ca3/8cc20mmx70 DS-20		BROCA 14/9 CRANEAL		DREN PEN ROSSE.....
	ACIDO POLIGLACTIN6/0ca3/8cc16mmx70 PS-4		HOJA MICROSIERRA RECTA		SACO PARA PIEZA OPERATORIA
	ACIDO POLIGLACTIN6/0ca1/2cc17mmx70 RB-1		FRESA OSTEON		MASCARILLA DE OXIGENO
	POLIGLECAPRONE 1/0ca1/2cr36.4mmx70 CT-1		FRESA P/CRANEOTOMO		SONDA NASOGASTRICA #
	POLIGLECAPRONE 2/0ca1/2cr26mmx70 SH		FRESA REDONDA DE CORTE		SONDA NELATON #
	POLIGLECAPRON 3/0ca1/2cr26mmx70 SH		BROCA PERFORACION CRANEAL		SONDA ASPIRACION #
	POLIGLECAPRONE 3/0ca1/2cr17mmx70 RB-1		BROCA PERFORACION PLAQUETA		SONDA ALIMENTACION F8
	POLYDIOXANONE PDS 1/0ca1/2cr70mmx244 XLH		CLIP DE RANEY		HOJA DE DERMATOMO
	POLYDIOXANONE PDS 1/0ca1/2cr36mmx70 CT-1		ENDOCILIPADOR AUTOMATICO		LAPIZ DEMOGRAFICO
	POLYDIOXANONE PDS 2/0ca1/2cr26mmx70 SH		CANULA DE ASPIRACION		REGLA
	POLYDIOXANONE PDS 3/0ca1/2cr26mmx70 SH		TUBULADURA DE XILICONA 3MT		HEMOCLIP HORIZON
	POLYDIOXANONE PDS 3/0ca1/2cr17mmx70 RB-1		TROCAR DESCARTABLE 5MM		COLECTOR SECRECION (TRAMPA
	POLYDIOXANONE PDS4/0ca1/2cr26mmx70 SH		SIST. ACCESO SEPARADOR 11MM		GUANTE DE EXAMEN.....
	POLYDIOXANONE PDS 4/0ca1/2cr17mmx70 RB-1		TROCAR BALON DESC. 10/12MM		
	POLIPROPILENO 2/0 2/a cr26mmx90 25H		SISTEMA CIRCUITO CERRADO 3L		SOLUCIONES
	POLIPROPILENO3/0 2/a cr26mmx70 25H		SISTEMA CIRCUITA CERRADO 1.5L		ALCOHOL PURO
	POLIPROPILENO 3/0 2/a cr22mmx75 25H-1		SIERRA GIGLI		AGUA OXIGENADA
	POLIPROPILENO 4/0 2/a cr22mmx75 25H-1		TIJERA METZENBAU LAPAR/DESC.		AGUA ESTERIL
	POLIPROPILENO 4/0 2/a cr17mmx75 RB-1		EVACUADOR DE ELLICK		BENCINA
	POLIPROPILENO 5/0 2/a cr17mmx75 RB-1		ASA DE RESECCION ESTABILIZADA		CLORURO DE SODIO 250CC
	POLIPROPILENO6/0 2/a cr17mmx75 RB-1		APOSITO		GERMIBON
	SEDA NEGRA 3/0ca3/8cc25mmx75 HR-15		GASA COMPRESA 45 X45CM		GUTARALDEHIDO 2%
	SEDA NEGRA 4/0ca1/2cr15mmx75 DS-20		GASA COMPRESA 15 X 50CM		GLUCONATO DE CLOREXIDINA 4%
	SEDA NEGRA 4/0ca3/8cc25mmx75 DS-25		PAQUETE DE GASA POR 20UNID.		LUGOL
	SEDA NEGRA 1 ca1/2 30mmx75 HR 30		OTROS		TITURA DE BENJUI
	SEDA NEGRA MULTI 1 s/a 8x50cm ME				ORTOFTALDEHIDO
	SEDA NEGRA MULTI 4/0 S/A 10mmx75 ME				ISODINE SOLUCION 10%
	CATGUT SIMPLE 2/0 s.a. 150cm				ISODINE ESPUMA 8.5%
	CATGUT CROMICO 2s/a 150cm				DETERGENTE ENZIMATICO
	CATGUT CROMICO 0c/a1/2cr HR 30				CASES
	CATGUT CROMICO 1c/a HR30				AIRE COMPRIMIDO
	CATGUT CROMICO 2/0ca/cr HR25				NITROGENO
	CATGUT CROMICO3/0c/a/cr HR25				CO2

FIRMA CIRUJANO

FIRMA DE INSTRUMENTISTA

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pee-mail: mesadepartamentovirtual@inen.sld.pe



PERÚ

Sector
SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas

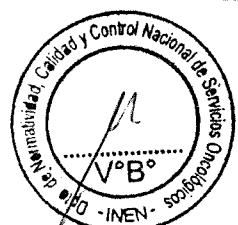
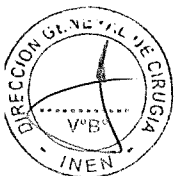
GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

ANEXO 3. LISTA DE VERIFICACIÓN "CHECK LIST" DE CIRUGÍA SEGURA

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS			
LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN CIRUGÍA			
Antes de la Administración de ANESTESIA		Antes de la INCISIÓN cutánea	
ENTRADA HORA: _____ CON ENFERMERO (A) Y ANESTESIOLOGO (A)	PAUSA HORA: _____ CON ENFERMERO (A) Y ANESTESIOLOGO (A) Y CIRUJANO(A)	SALIDA HORA: _____ CON EL (LA) ENFERMERO (A) Y ANESTESIOLOGO (A) Y CIRUJANO (A)	
☐ ¿PACIENTE confirma su decisión al ser quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ Si ☐ No	☐ Todos los miembros del equipo programados se han presentado por su nombre y función	Enfermero (a) confirma verbalmente: ☐ Nombre del procedimiento realizado ☐ Acciones de instrumentos, gases y agujas ☐ No aplica	
☐ Se ha marcado el SITIO QUIRÚRGICO? ☐ Si ☐ No aplica	☐ Cirujano(a), Anestesiólogo(a) y Enfermero(a) confirman verbalmente la identidad del paciente, el procedimiento y sitio quirúrgico.	☐ El listado de materiales (lectura en voz alta indicando el nombre del paciente) ☐ Si hay problemas que persisten con el instrumental y equipo hasta ser reportados, de haber, especifique.	
☐ Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de ANESTESIA y de la medicación anestésica? ☐ Si	PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: ☐ El peso real de la cirugía: _____ ☐ Duración de la operación: _____ ☐ Pérdida de sangre prevista: _____ ml (=litros)		
☐ ¿Se ha colocado el PULSÓMETRO al paciente y funciona? ☐ Si	Anestesiólogo Verifica: ☐ ¿El paciente presenta algún problema específico? ☐ No ☐ Si _____ Equipo de Enfermería ha verificado: ☐ Existencia de ropa, instrumental y electrovitros (lectura de indicadores). ☐ ¿Se ha administrado Profilaxis Antibiótica en los últimos 30 minutos? ☐ Si ☐ No aplica ☐ ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? ☐ Si ☐ No aplica ☐ Todos los miembros del equipo han cumplido con el proceso de asepsia quirúrgica		
☐ ¿Tiene el (la) PACIENTE... ...Alergias conocidas? ☐ No ☐ Si, specify la ALERGIA: _____ ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? ☐ No ☐ Si, ¿se cuenta con el instrumental/ ayuda disponible? ☐ No ☐ Si ...Riesgo de Hemorragia > 500ml (7-10kg en niños)? ☐ No ☐ Si, ¿ya ha previsto adecuado acceso venoso y fluidos monitores (sangre, plasma)? ☐ No ☐ Si	CIRUJANO CONFIRMA Y ANUNCIA INICIO DE CIRUGÍA		
OBSERVACIONES: _____			
N° Historia Clínica _____ Nombre y Apellidos del paciente _____ Fecha _____ Firma del Coordinador (a) _____ Firma del Cirujano (a) _____ Firma del Anestesiólogo (a) _____ Firma del Enfermero (a) _____			

IMPRESA INEN
FIRMADO: 02/2017

CCO: 473120319727





PERÚ

Sector
Salud

**GUÍA TÉCNICA
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE
TIROIDES**

Código: GT.DNCC.INEN.012

Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO

Implementación: 2021

Versión: V.01

ANEXO 4. REPORTE OPERATORIO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Registro Operatorio N° _____

REGISTRO DE OPERACIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO

Historia Clínica N° _____

Fecha

N° de Cama: _____ Serv/Dpto.: _____

Paciente: _____ Edad: _____ Sexo ☐ M ☐ F

Apellidos y Nombres

Diagnóstico Pre operatorio: _____

Diagnóstico Post operatorio: _____

Intervención Quirúrgica Programada: _____

Intervención Quirúrgica Efectuada: _____

Tipo de Anestesia: _____

Hora de Inicio: _____ Hora Término: _____ h/m Tiempo Operatorio: _____ h/m

Hallazgos Operatorios: _____

Descripción de la técnica o procedimiento realizado: _____

Complicaciones durante la intervención quirúrgica: _____

Estado del paciente al salir del quirófano: ESTABLE ☐ OTRO ☐Destino del paciente al salir del quirófano: RECUPERACIÓN ☐ UCI ☐ CDD ☐PISO ☐ OTRO ☐Solicitud de Exámenes: Patología ☐ Citología ☐ Ex. Bacteriológico ☐

Cirujano: _____ Apellidos y Nombres

1er Ayudante: _____ Apellidos y Nombres

2do Ayudante: _____ Apellidos y Nombres

Anestesiólogo: _____ Apellidos y Nombres

Enfermera Instrumentista: _____ Apellidos y Nombres

Médico que realiza el informe: _____ Apellidos y Nombres

Firma y sello _____

CMP:

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este N° 2520. Lima 34. Teléfono: 201-6500. Web: www.inen.sld.pe
e-mail: mesadepartesvirtual@inen.sld.pe



PERÚ

Sector
SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES	Código: GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO	Implementación: 2021 Versión: V.01

ANEXO 5. FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

I) FECHA DE NOTIFICACION: _____

II) SERVICIO: _____

III) PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA:

- ☐ Médico
- ☐ No medico (Especificar: _____)
- ☐ Personal en formación (Especificar: _____)

IV) Según las definiciones escritas, el suceso se trata de un:

- ☐ **Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
- ☐ **Evento adverso:** Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos

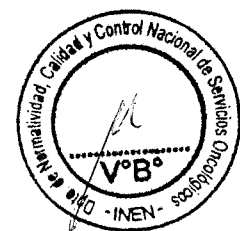
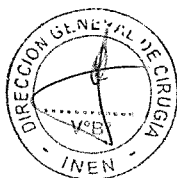
➡ **De ser el suceso un evento adverso, por favor sírvase marcar que tipo de evento adverso es según las consecuencias de este suceso.**

- ☐ **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presentan son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia.

- ☐ **Moderado:** Un evento que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

- ☐ **Grave:** En este evento adverso, el paciente necesita de una intervención como por ejemplo de una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, o se prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

- ☐ **Muerte:** En este caso, el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.





PERÚ

Sector
SaludGUÍA TÉCNICA
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE
TIROIDES

Código: GT.DNCC.INEN.012

Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO

Implementación: 2021

Versión: V.01

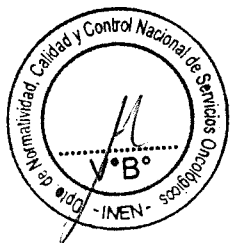
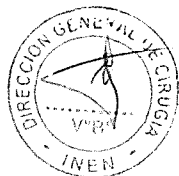
V) DATOS DEL PACIENTE

EDAD: _____ SEXO: M () F ()

DIAGNOSTICO: _____

VI) DESCRIPCION DEL SUCESO:

Fecha del suceso: _____ Hora: _____



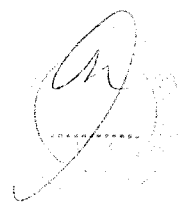
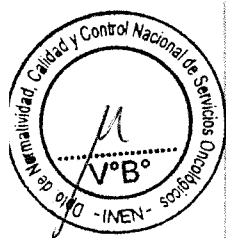
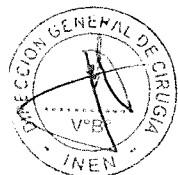
GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

ANEXO 6. INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	Tipo de indicador	Dimensión	Formula	Estándar
Adhesión a la Guía de Procedimiento Quirúrgico	Proceso	Efectividad clínica/continuidad asistencial	Porcentaje de casos manejados de acuerdo con la Guía de procedimientos clínicos y quirúrgicos en Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia Institucional.	$\geq 95\%$
Mortalidad	Resultado	Seguridad Efectividad Clínica	Porcentaje de pacientes que fallecen hasta 30 días después de la Intervención Quirúrgica.	0.01%
Complicaciones mayores	Resultado	Seguridad del paciente	Porcentaje de eventos graves relacionados con la operación y presentados en el tiempo de permanencia en la institución. Ej: hematoma post operatorio, lesión de nervios laríngeos recurrentes o lesión de esófago o de grandes vasos.	$\leq 0.08\%$
Infecciones Intrahospitalarias	Resultado	Seguridad del paciente	Infecciones manifestadas en el paciente operado hasta 30 días después de la intervención quirúrgica.	$\leq 0.9\%$
Satisfacción del Paciente	Resultado	Atención centrada en el paciente	Porcentaje de pacientes que refieren estar satisfechos con la atención en el establecimiento.	$\geq 95\%$
Re-ingresos a Sala de Operaciones por complicaciones	Resultado	Seguridad del paciente	Porcentaje de pacientes que después de la operación tienen que ser reintervenidos quirúrgicamente antes de ser dados de alta o transferidos de la institución.	$\leq 0.3\%$
	Resultado	Seguridad del paciente	Porcentaje de pacientes que después de ser dados de alta regresan a la institución o a otro hospital para evaluación, tratamiento o internamiento, no programados previamente, hasta 28 días después del alta.	$\leq 2\%$
Re-ingreso	Resultado	Seguridad del paciente	Porcentaje de pacientes que son hospitalizados luego de haber retornado a la institución u otro hospital para ser evaluados o tratados por complicaciones, hasta 28 días después del alta.	$\leq 0.5\%$

**GUÍA TÉCNICA
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE
TIROIDES**
Código: GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO
Implementación: 2021
Versión: V.01

NOMBRE DEL INDICADOR	Fuente de información	Periodicidad	Responsable
Adhesión a la Guía de Procedimiento Quirúrgico	Historias clínicas	Anual	Departamento de Cabeza y Cuello Comité de auditoría en salud Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico Departamento de Enfermería
Mortalidad	Historias clínicas	Semestral	Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer
Complicaciones mayores	Historias clínicas	Semestral	Departamento de Cabeza y Cuello Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico
Infecciones intrahospitalarias	Historias clínicas	Semestral	Departamento de Cabeza y Cuello
Satisfacción del Paciente	Encuestas	Anual	Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos Departamento de Cabeza y Cuello
Re-ingresos a Sala de Operaciones por complicaciones	Historias clínicas	Trimestral	Departamento de Cabeza y Cuello
Retorno	Hoja FUA	Trimestral	Departamento de Cabeza y Cuello
Re-ingreso	Hoja FUA	Trimestral	Departamento de Cabeza y Cuello



PERÚ

Sector
SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas

GUÍA TÉCNICA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CARCINOMA PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES		Código: GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA EN CABEZA Y CUELLO		Implementación: 2021	Versión: V.01

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *THYROID* Volume 26, Number 1, 2016
2. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Ko CY, Stewart AK, Winchester DP, Talamonti MS, Sturgeon C. Extent of surgery affects survival for papillary thyroid cancer. *Ann Surg.* Sep;246(3):375-81; discussion 381-4. 2007
3. James BC, Timsina L, Graham R, Angelos P, Haggstrom D. Changes in total thyroidectomy versus thyroid lobectomy for papillary thyroid cancer during the past 15 years. *Surgery xxx.* 1 - 7. 2019
4. Ullmann TM, Gray KD, Finnerty BM, Zarnegar R, Fahey TJ, Beninato T. Rates of Hemithyroidectomy for Thyroid Cancer After the Release of the 2015 American Thyroid Association Guidelines: Has Our Practice Changed? *Surgery xxx.* 1 - 7. 2019
5. Shah J, Patel S, Singh B, Wong R. Thyroid and Parathyroid Glands. En: Jessica Massler, Raia Mohamed. Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology 5th Edition. New York 2020. p. 489-555.
6. Ganly I, Agrawal N, Tuttle M, Patel S, Shah J. Management of Thyroid Cancer. En Peter Evans, Paul Q. Montgomery, Patrick J. Gullane. Principles and Practice of Head and Neck Surgery and Oncology 2nd Edition. UK. Informa. 2009 p. 413-443.
7. Chaplin JM, Sharma N, Watkinson JC. Surgical management of differentiated thyroid cancer. En. John Watkinson, Ralph W Gilbert. Stell & Maran's Textbook of Head and Neck Surgery and Oncology 5th Edition. UK. Hodder Arnold. 2012 p. 422-452.
8. Byrd JK, Oyer SL, Lentsch EJ. Cancer of the Thyroid and Parathyroid – Surgical technique. En Louis B. Harrison, Roy B. Sessions. Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach 4th Edition, Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2014 p. 832-837

