



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-021 - ¿ES SEGURO REALIZAR CIRUGÍA ENDOCRINA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES? ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Díez Núñez, Ana; Álvarez Medialdea, Javier; Salas Álvarez, Jesús María; Murube Algarra, Carmen; Carral Sanlaureano, Florentino; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Objetivos: Analizar los resultados posoperatorios de un circuito de cirugía endocrina ambulatoria en nuestro hospital.

Métodos: Realizamos estudio prospectivo, observacional, durante el periodo entre enero 2021 y abril 2023, de un total de 150 pacientes intervenidos por patología endocrina cervical en régimen ambulatorio. Los criterios de inclusión fueron pacientes que cumplen criterios de inclusión/exclusión de la ATA para el régimen de cirugía sin ingreso. En este estudio se analizan los resultados posoperatorios, con especial interés en la identificación de complicaciones, reingresos, reintervenciones y mortalidad asociadas a esta nueva modalidad asistencial.

Resultados: Nuestro paciente estándar fue mujer (69,2%), edad media de 55 años, sobrepeso (IMC medio 27,5), ASA II-III estable (98%). Durante el estudio por Endocrinología se diagnostican de patología endocrina cervical con indicación de intervención quirúrgica. Se seleccionan aquellos pacientes con: patología tiroidea benigna (Bethesda I-IV), eutiroides (TSH 0,37-4,7 mUI/l) sin extensión endotorácica y patología paratiroidea, uniglandular y localización concordante en dos pruebas de imagen. Se rechazan aquellos pacientes con criterios de exclusión para la ATA y aquellos pacientes que no acepten esta modalidad asistencial. El circuito de cirugía endocrina ambulatoria consiste en la admisión en la mañana de la intervención, desarrollo de la intervención y confirmación de modalidad ambulatoria si no existen incidencias quirúrgico-anestésicas intraoperatorias, estancia durante 2-4 horas en URPA hasta alcanzar > 9 puntos en test de Aldrete y paso a área de recuperación para iniciar tolerancia oral y deambulación. En esta, el paciente permanecerá hasta alcanzar > 12 puntos en el test mPADSS. Distinguimos dos modalidades asistenciales: CMA (8h) y pernocta (23h). Diferenciamos tres grupos según el tipo de intervención: hemitiroidectomía, paratiroidectomía y tiroidectomía total. En hemitiroidectomía (69,3%) se consigue un 91,82% realizándose un 73,46% CMA y el restante pernocta, con una estancia media de 10,69h. En paratiroidectomía (25,3%) se consigue un 100%, realizándose un 94,73% CMA y el restante pernocta, con una estancia media de 7,69h. La inclusión de la tiroidectomía total en el circuito ha ocurrido este último año tras observar que un 96,05% de nuestros pacientes precisan ingresos hospitalarios 24h de los que un 70,58% son 23h, pudiendo incluirse con seguridad en el circuito. En nuestro estudio podemos observar cómo los criterios de selección van siendo más laxos conforme evolucionamos con el circuito además de la sustitución paulatina de pernocta por CMA. Con este nuevo circuito, no hemos precisado prolongar estancia hospitalaria, reingresos, reintervenciones ni mortalidad en aquellos pacientes seleccionados para el mismo. Del total de la serie acuden a urgencias 20

pacientes (13,3%): incidencias de herida quirúrgica (6,6%) con manejo conservador; parestesias (3,3%) sin objetivar hipocalcemia en control analítico y disfonía (1,3%) sin parálisis de cuerda vocal objetivada.

Conclusiones: La cirugía endocrina ambulatoria continúa con implantación variable dentro del ámbito nacional, persistiendo aún grupos detractores. Pese a ello, sociedades referentes como la ATA, ESES, BAETS, ACFE y AEC defienden su realización en centros de referencia y por cirujanos expertos. En nuestro estudio queremos compartir que la cirugía endocrina ambulatoria, realizada en centros de alto volumen y por cirujanos expertos, puede ser una opción segura.