



P-006 - ANÁLISIS DE SEGURIDAD DE UN CIRCUITO DE CIRUGÍA ENDOCRINA CERVICAL AMBULATORIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES

Díez Núñez, Ana; Álvarez Medialdea, Javier; Hendelmeier Orero, Alicia; Murube Algarra, Carmen; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Objetivos: Analizar los resultados posoperatorios y el perfil de seguridad tras la implementación de un circuito de cirugía endocrina ambulatoria en nuestro hospital.

Métodos: Realizamos estudio prospectivo, observacional, durante el periodo comprendido entre enero 2021 y diciembre 2024, de un total de 258 pacientes que fueron intervenidos de forma programada 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: El circuito de cirugía endocrina ambulatoria consiste en la admisión en la mañana de la intervención, desarrollo de la intervención con anestesia general y confirmación de modalidad ambulatoria si no existen incidencias quirúrgico-anestésicas intraoperatorias, estancia durante 2-4 horas en URPA hasta alcanzar en test de Aldrete positivo y paso a área de recuperación para iniciar tolerancia oral y deambulación. Distinguimos dos modalidades asistenciales dentro del circuito ambulatorio: CMA (inferior a 8 horas) y pernocta (inferior a 23 horas). Durante el periodo, se intervienen un total de 258 pacientes dentro del circuito. Diferenciamos en tres grupos según el tipo de intervención quirúrgica. Para la hemitiroidectomía (60,07%) se consigue un índice de sustitución del 95,22% realizándose un 78,70% en CMA (< 8 h) y el restante en pernocta (< 23 h), con una estancia media de 8,69 horas. En la paratiroidectomía (31%) se consigue un índice de sustitución del 98,77%, realizándose un 82,5% en CMA (< 8h) y el restante en pernocta (< 23h), con una estancia media de 7,69 horas. La inclusión de la tiroidectomía total en el circuito ha ocurrido a posteriori, tras observar que un 96,05% de nuestros casos, precisan estancias hospitalarias inferiores a 24 horas de las que un 70,58% permanecen menos de 23 horas, alcanzando un índice de sustitución del 12,85% al final de la serie. Podemos observar cómo los criterios de selección van siendo más laxos conforme evolucionamos con el nuevo circuito, cómo inicialmente estancias con pernocta son predominantes y paulatinamente van siendo sustituidas por CMA y, además, se incluye la cirugía bilateral dentro del circuito de corta estancia. 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 al servicio de urgencias un total de 20 pacientes (13,3%) refiriendo: incidencias en herida quirúrgica (6,6%) que se resolvieron con manejo conservador; parestesias (3,3%) sin objetivar hipocalcemia en control analítico y disfonía (1,3%) sin datos de parálisis de cuerda vocal en fibroscopia.

Conclusiones: Sociedades referentes para la cirugía endocrina 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 pese a las limitaciones que un hospital de especialidades pueda presentar.