



O-014 - TIROIDECTOMÍA TOTAL EN RÉGIMEN DE CMA BAJO LOS CUIDADOS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

García Juidías, Alba M.^a; Díaz Pérez, David; Gutiérrez Samaniego, María; Gallardo Herrera, Ana Belén; Serrano González, Javier; García Llorente, César; Mirón Rubio, Manuel; Galindo Jara, Pablo

Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz.

Resumen

Objetivos: En los últimos 30 años existe un incremento de procedimientos cuya realización en régimen ambulatorio está muy asentado. Sin embargo, para otros ha existido mayor reticencia; siendo el caso de la cirugía tiroidea. Se presenta el protocolo de tiroidectomía total (TT) en CMA con el soporte de Unidad de hospitalización a Domicilio (UHD). Se excluye a pacientes con pluripatología, anticoagulación, bocio gigante/endotorácico, o ausencia de soporte domiciliario. Se realiza control de calcemia/PTH a las 6-8 h posquirúrgicas y valoración médica previo al alta, así como controles analíticos diarios por UHD. Se administra profilaxis antiemética intraoperatoria y se pauta calcio oral profiláctico al alta.

Métodos: Análisis descriptivo de la experiencia en realización de TT en CMA bajo los cuidados de UHD en un hospital secundario.

Resultados: Desde 2019 a 2025 se realizaron 19 TT en régimen de CMA con UHD. El 68,5% de tiroidectomías se indicaron por patología tumoral. La media de estancia en UHD fue de 5 días. La complicación más frecuente fue la hipocalcemia transitoria, que apareció en el 16% de los pacientes (nivel medio de calcemia 7,2) y se solventó en domicilio mediante tratamiento con calcio y vitamina D oral. Un solo paciente precisó reingreso hospitalario por hipocalcemia sintomática, que apareció en el 3er día posoperatorio y precisó tratamiento endovenoso. Destacar que un 26% de pacientes desarrolló hipoparatiroidismo transitorio (nivel medio de PTH 5,9) sin llegar a presentar hipocalcemia debido a la profilaxis posquirúrgica con calcio oral. Ningún paciente presentó hematoma cervical posquirúrgico. Tan solo un paciente presentó parálisis recurrente unilateral.

Conclusiones: Ha habido reticencias para realizar la TT en CMA por sus potenciales complicaciones posquirúrgicas, como: hematoma cervical: incidencia entre 0,4 -4,3%; y mortalidad asociada de en torno al 1%. Hipocalcemia: incidencia de en torno al 30%, pero tasa de mortalidad nula en la mayoría de las series. Lesión recurrente: incidencia entre 0,5 -3%, generalmente unilateral y sin riesgo vital para los pacientes. En nuestro caso, el seguimiento con UHD permite detectar y tratar ambulatoriamente estas complicaciones de forma precoz, con necesidad de reingreso en 1 caso aislado. Estamos en rango de literatura respecto a incidencia de las mismas. Respecto a las alteraciones del calcio, los controles analíticos diarios permiten detectar fluctuaciones que en otros casos pasarían inadvertidas; con resolución tras tratamiento domiciliario en prácticamente todos los casos. La incidencia de hematoma cervical es nula en nuestra serie. Entre la escasa literatura disponible, varios artículos apoyan la realización de cirugía tiroidea en CMA (Segel *et al.*, Terris *et al.*, Mallick *et al.*), pero únicamente el publicado por Terris *et al.* junto a la American Thyroid

Association, establece una guía específica para la realización de TT en CMA. Hay estudios que avalan una reducción de costes realizando la TT en CMA en condiciones de seguridad (Rosen *et al.*) y otros que indican una mayor satisfacción de los pacientes (Cozzaglio *et al.*). Por todo ello; aunque hacen falta más estudios para universalizar este protocolo, parece que esta podría ser la línea a seguir en el futuro.