

Cirugía tiroidea con menos de 24 horas de hospitalización. Resultados tras 805 tiroidectomías consecutivas en un programa de alta precoz tipo *fast-track*

Joaquín Ortega^{a,b}, Norberto Cassinello^a y Salvador Lledó^{a,b}

^aUnidad de Cirugía Endocrina y de la Obesidad. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España.

^bDepartamento de Cirugía. Universitat de València. Valencia. España.

Resumen

Introducción. El objetivo del estudio ha sido analizar la validez de un programa de alta precoz, tipo *fast-track*, de cirugía con ingreso de menos de 24 h, para todas las enfermedades tiroideas tratadas en una unidad de cirugía endocrina.

Material y método. Entre enero de 2000 y enero de 2006, se intervino del tiroides consecutivamente a 805 pacientes en régimen de alta precoz. Se recogieron los datos sobre el tipo de afección, la intervención realizada y su duración, la estancia hospitalaria, la morbilidad postoperatoria, el número de reintervenciones y el número de reingresos.

Resultados. Tras un seguimiento mínimo de 6 meses, el 4,8% de los pacientes sufrió hipocalcemia transitoria; el 0,2%, hipocalcemia permanente; el 2,5%, disfonía transitoria, y el 1,1%, disfonía definitiva. Sólo 7 pacientes precisaron reintervención urgente en las primeras 6 h postoperatorias, en todos los casos por hemorragia. La mayor parte de dichas complicaciones se produjo en pacientes intervenidos por hipertiroidismo o en aquellos en los que se realizó una tiroidectomía total con vaciamiento radical modificado. La mayoría de los pacientes recibió el alta hospitalaria en las primeras 24 h, con una estancia media de 23,9 h excluyendo a los pacientes sometidos a una linfadenectomía cervical. Únicamente hubo 3 reingresos, en todos los casos para corrección de hipocalcemia sintomática.

Conclusiones. Con excepción de la tiroidectomía total con vaciamiento cervical por cáncer, toda la cirugía del tiroides se puede realizar con un modelo de

alta precoz tipo *fast-track*, en un régimen de estancia de menos de 24 h, en una unidad especializada en cirugía endocrina.

Palabras clave: Cirugía tiroidea. *Fast-track*. Estancia media tras tiroidectomía. Hipocalcemia postoperatoria. Disfonía postoperatoria.

“SAME-DAY” THYROID SURGERY. RESULTS AFTER 805 THYROIDECTOMIES IN A FAST-TRACK PROGRAM

Introduction. The aim of this study was to analyze the validity of a fast-track surgery program with less than 24-hour admission for all thyroid disease treated in an endocrine surgery unit.

Material and method. Between January 2000 and January 2006, 805 consecutive patients underwent thyroid surgery in a fast-track program. Data on type of disease, procedure, operating time, length of hospital stay, postoperative morbidity, and the number of reinterventions and readmissions were gathered.

Results. After a minimum follow-up of 6 months, transitory hypocalcemia occurred in 4.8%, permanent hypocalcemia in 0.2%, transitory dysphonia in 2.5%, and permanent dysphonia in 1.1%. Only 7 patients required emergency reintervention in the first 6 hours after surgery, in all patients due to hemorrhage. Most of these complications occurred in patients undergoing surgery for hyperthyroidism or in those undergoing total thyroidectomy with modified radical neck dissection. Most patients were discharged within 24 hours with a mean length of hospital stay of 23.9 hours, excluding patients who underwent cervical lymphadenectomy. There were only three readmissions, all of which were due to correction of symptomatic hypocalcemia.

Conclusions. Except for total thyroidectomy with modified radical neck dissection due to cancer, all

Correspondencia: Dr. J. Ortega.
Unidad de Cirugía Endocrina y de la Obesidad. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario.
Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia. España.
Correo electrónico: joaquin.ortega@uv.es

thyroid surgery can be performed in a fast-track program with less than 24-hour admission, within a specialized endocrine surgery unit.

Key words: *Thyroid surgery. Fast-track. Mean length of hospital stay post-thyroidectomy. Postoperative hypocalcemia. Postoperative dysphonia.*

Introducción

Durante las últimas décadas se ha intentado conseguir una menor estancia hospitalaria para diferentes procesos quirúrgicos, con los objetivos de conseguir un mejor rendimiento en coste-efectividad y una menor alteración sociolaboral para los pacientes^{1,2}. El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, el empleo de vías clínicas y el auge de unidades de cirugía mayor ambulatoria o de circuitos *fast-track*³ han permitido que se beneficien de estas ventajas pacientes sometidos a procedimientos de proctología simple, corrección de hernia inguinal o colestectomía laparoscópica, entre otros.

Entre los procesos que se podría incluir en un régimen de cirugía sin ingreso, se encontraría la cirugía del tiroides⁴. Aunque la estancia media referida habitualmente es corta, entre 2 y 4 días, y la morbilidad es escasa, el peligro potencial de las complicaciones (hemorragia, hipocalcemia, parálisis recurrencial) hace que no haya ni una amplia experiencia ni un consenso claro a la hora de incluir esta cirugía en programas de cirugía mayor ambulatoria.

En la Unidad de Cirugía Endocrina y de la Obesidad del Hospital Clínico Universitario de Valencia, hace 6 años que se comenzó a tratar las afecciones tiroideas en régimen de corta estancia, lo que conllevaba nuevas implicaciones en el manejo perioperatorio de los pacientes. Tras analizar los datos recogidos, en función de la enfermedad tratada o la intervención realizada, hemos intentado establecer criterios para conseguir un tiempo de hospitalización de menos de 24 h en toda la cirugía del tiroides.

Material y método

Entre enero de 2000 y enero de 2006, se intervino de forma consecutiva a 805 pacientes, informados previamente de la corta estancia del procedimiento. El seguimiento del protocolo preciso para este proceso desde la primera visita hasta el alta hospitalaria, tanto de los pacientes como del personal sanitario implicado, fue supervisado por los cirujanos de la unidad de cirugía endocrina. Los datos relativos a la duración de las intervenciones y de las estancias fueron recogidos directamente por los cirujanos de la unidad, durante el ingreso de los pacientes, a partir de la ficha de admisión y de la propia base de datos de la unidad. Cuando se habla de la duración de la estancia, ésta se refiere al tiempo transcurrido desde la entrada del paciente al hospital hasta su salida.

El ingreso de los pacientes se realiza en el mismo día de la intervención. La mayoría ingresa a las 15.00 y se opera a lo largo de la tarde. Algunos ingresan a las 8.00 y se les interviene por la mañana. El alta médica se da a todos al día siguiente, entre las 8.00 y las 9.00, salvo si han presentado alguna complicación. No se administra profilaxis antibiótica ni antitromboembólica. Todos los pacientes han

de encontrarse eutiroideos. Todas las intervenciones se realizan con anestesia general inhalatoria (inducción con propofol, mantenimiento con sevoflurano y protóxido nítrico). En la mayoría de los casos la incisión realizada es una minicervicotomía (5 cm de longitud media), sin necesidad de esternotomía en ningún caso. No se emplean drenajes por sistema, salvo en algunos casos de tiroidectomía total con vaciamiento cervical radical modificado (VRM). La incisión se cierra mediante una sutura intradérmica reabsorbible o con adhesivo tisular (cianoacrilato).

Se administra fluidoterapia hasta las 6-8 h postoperatorias, momento en que se inicia la tolerancia oral (agua y/o líquidos) y la movilización. Se administran 3 dosis de metamizol como analgesia. Se administra tratamiento profiláctico con calcio oral a todos los pacientes de tiroidectomías totales. Sólo se determina la calcemia postoperatoria en casos de signos de Chvösteck o Trousseau positivos, si ha habido necesidad de reimplantar alguna de las glándulas paratiroideas o si se ha realizado un vaciamiento cervical modificado. En caso de obtener valores < 8 mg/dl, se pauta tratamiento con calcio oral (3-4 g/día) y calcitriol (0,25-0,5 g/día) hasta su revisión a la semana del alta en consultas externas.

En función de la afección tratada, se clasificó a los pacientes en: bocio multinodular (no tóxico), nódulo tiroideo (folicular, coloide), hipertiroidismo (nódulo tóxico, enfermedad de Graves-Basedow) y cáncer (papilar, folicular, medular, anaplásico). Las intervenciones se clasifican en: hemitiroidectomía, tiroidectomía subtotal, tiroidectomía totalizadora, tiroidectomía total y tiroidectomía total con VRM.

Se analizan los siguientes datos: edad, sexo, duración de la intervención, tiempo de hospitalización, complicaciones transitorias y permanentes (hemorragia, hipocalcemia, disfonía), reintervenciones y reingresos. Empleando el programa SPSS 11.5 (SPSS Inc, Chicago, Inc), se realizaron las pruebas de la t de Student, *one-way ANOVA*, de la χ^2 y la exacta de Fisher, considerando un valor significativo para $p < 0,05$.

Resultados

La media (intervalo) de edad de los pacientes intervenidos es 53,1 (18-86) años, con predominio del sexo femenino sobre el masculino (el 80,5 y el 19,5%). El seguimiento medio es de 39 (6-72) meses. El diagnóstico preoperatorio más frecuente en nuestro medio es el bocio multinodular (35%), seguido del nódulo tiroideo (29%) (tabla 1); las intervenciones más practicadas son la tiroidectomía total (39%) y la hemitiroidectomía (37%) (tabla 2).

En lo que respecta a la morbilidad general estudiada (tabla 3), un 4,8% de los pacientes sufrió hipocalcemia transitoria; el 0,2%, hipocalcemia permanente; el 2,5%, disfonía transitoria, y el 1,1%, disfonía definitiva, en la mayoría de los casos por infiltración tumoral del nervio laríngeo recurrente. No se transfundió a ningún paciente. En 7 casos de las 10 hemorragias detectadas (1,2%), se necesitó reintervención urgente en las primeras 6 h postoperatorias debido a hemorragia asfíctica. Sólo 3 pacientes requirieron reingresar para tratamiento con calcio intravenoso de hipocalcemia sintomática resistente a tratamiento con calcio oral.

Cuando se desglosa esta morbilidad por las enfermedades tratadas (tabla 4), se observa que la mayoría de las complicaciones se produjo en pacientes intervenidos por hipertiroidismo (el 3,7% de hemorragias) o cáncer (el 4,6% de disfonía permanente). En función de la intervención practicada (tabla 5), se puede apreciar que la realización de una tiroidectomía total con VRM se asocia a una mayor incidencia de complicaciones definitivas (el 18,2% de disfonía definitiva y el 6% de hipocalcemia permanente).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253848>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253848>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)