

# Desarrollo y análisis de un protocolo de enfermería en la cirugía tiroidea ambulatoria

S. Orozco García<sup>1</sup>, N. Palmero Hernández<sup>2</sup>, M. A. García Mencía<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCMA. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>2</sup>Bloque Quirúrgico. Hospital Infanta Sofía. Madrid

## RESUMEN

**Introducción:** En el año 2004 se inició en nuestro centro la tiroidectomía ambulatoria de manera ocasional, siendo actualmente una técnica habitual. Dada la importancia de las posibles complicaciones postoperatorias, hemos realizado una normalización de los cuidados para evitar la variabilidad asistencial propiciada por el grado de formación y/o experiencia de cada profesional de enfermería.

**Objetivo:** El objetivo general fue la protocolización de los cuidados de enfermería en la tiroidectomía ambulatoria para mejorar la calidad en la atención del paciente y la seguridad en la práctica enfermera. Como objetivos específicos: a) facilitar al personal de enfermería una herramienta de trabajo útil; b) proporcionar al paciente unos cuidados estandarizados para evitar errores y minimizar complicaciones, y c) centrar la encuesta telefónica realizada a las 24 horas en la detección de las posibles complicaciones postoperatorias.

**Material y método:** Se realizó: a) revisión bibliográfica; b) creación de un equipo de trabajo interdisciplinar; c) realización de un protocolo enfermero quirúrgico, preoperatorio y postoperatorio; d) elaboración de la hoja de recomendaciones al alta; e) modificación de la hoja de control telefónico introduciendo recomendaciones específicas; f) estudio piloto con el personal nuevo a través de encuestas; y g) divulgación del protocolo en una sesión de enfermería.

**Resultados:** Para el personal ajeno a la unidad ha constatado que el protocolo establecido es una herramienta útil que proporciona seguridad en la práctica enfermera. Todo el procedimiento postoperatorio está cuidadosamente temporalizado, por lo que se ha disminuido el tiempo de estancia media de los pacientes. Los registros telefónicos muestran que los pacientes perciben su estado general como bueno, sin embargo un 23% presentan un EVA superior a 5.

**Conclusiones:** La estandarización de los cuidados de enfermería en la tiroidectomía ambulatoria mejoró la calidad en la atención del paciente y la seguridad en la práctica enfermera. Los pacientes perciben como bueno su estado post-cirugía, pero es necesario introducir mejoras en el control del dolor postoperatorio.

**Palabras clave:** Tiroidectomía. Cirugía ambulatoria. Cuidados enfermería.

Recibido: marzo de 2010

Aceptado: noviembre de 2010.

Correspondencia: Silvia Orozco García. Pabellón Asistencia Ambulatoria Unidad CMA 1ª planta. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. e-mail: sorozco.hgum@salud.madrid.org

## ABSTRACT

**Background:** In 2004 we started ambulatory thyroid surgery as an occasional practice, but now it has become a usual technique. Due to the importance of possible post operative complications, we establish a management protocol of postoperative surveillance prepared to avoid errors due to the variability of the professional experience and/or the formation degree of the nursing staff that assist the patient

**Objective:** The general objective was to standardize the care given in ambulatory thiroidectomy by the nurse staff, improving the quality of patient care and the security of nurse practice. The specific objectives were: a) to facilitate the nursing practitioners with a working tool; b) to give patients standardized care to diminish errors and complications; and c) to ensure that the telephonic survey allows identification of possible complications after the patients' hospital discharge.

**Material and methods:** a) revision of bibliography; b) creation of an interdisciplinary working team; c) development a nursing protocol for surgery, including both pre and post- surgical actions; d) elaboration of a recommendations sheet for after the operation hospital discharge; e) to modify the telephonic survey control sheet including the specific recommendations; f) new study with new personnel using surveys; and g) divulgation of the new protocol within a nurse session.

**Results:** Staff from outside to the unit perceives that there is a nursing tool that gives security to nurse practitioners. All post-surgical procedures are carefully planned (removal of drainage tubes, sedestation, sampling of blood analyses etc) and therefore we have been able to diminish the time spent by patients at the hospital. The telephone surveys show that the patients perceive their situation is "good", although 23% of them have more than 5 in the visual analogue scale of pain

**Summary:** By updating knowledge and standardizing criteria on the care and attention we give, we have been able to provide an increased level of security for both patients and infirmary practitioners. Patients perceive their post-surgical situation is good, but we must improve control of post-op pain. Thus we have been able to minimize the "fears" that ambulatory thyroid surgery could present.

**Key words:** Thyroid surgery. Surgery outpatient department. Nursing care.

Orozco García S, Palmero Hernández N, García Mencía MA. Desarrollo y análisis de un protocolo de enfermería en la cirugía tiroidea ambulatoria. *Cir May Amb* 2010; 15: 117-123.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente nadie duda de que nuestra práctica asistencial deba basarse en criterios de calidad y seguridad. La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es una modalidad asistencial eficiente y de calidad, actualmente representa un 30-60% de todos los procedimientos quirúrgicos y cada día se incorporan cirugías más complejas.

Cuando se inició la cirugía tiroidea en régimen ambulatorio en nuestro hospital se generó cierto grado de inquietud, reflexionándose nuevamente sobre las ventajas "protectoras" que proporciona la hospitalización al soportar las importantes, aunque infrecuentes complicaciones postquirúrgicas cercanas al 1% (0,1-4,7%), como el hematoma compresivo, la parálisis laríngea y la hipocalcemia (1,2).

Al recoger la opinión de los pacientes cuando se les plantea esta modalidad quirúrgica ambulatoria, encontramos que los temores son similares al resto de pacientes de otras especialidades o tipos de intervenciones con respecto al alejamiento del hospital por el miedo a las complicaciones.

Uno de los objetivos de las enfermeras en la unidad de CMA es transmitir a los pacientes seguridad en el proceso de forma que adquieran los recursos suficientes, para que en su domicilio se sientan protegidos y con la autonomía necesaria para asumir su autocuidado. Para lograrlo, es imprescindible una continuidad de la asistencia hasta el alta definitiva del proceso, teniendo presente que calidad y continuidad asistencial van íntimamente unidas. En nuestra unidad ofertamos a los pacientes una comunicación directa durante las primeras 72 horas, con el personal de enfermería a través de un teléfono para resolver cualquier duda postoperatoria sobre el tratamiento, los cuidados o las potenciales complicaciones.

Debido al aumento progresivo de esta técnica quirúrgica en la cartera de servicios de la unidad, en el año 2007 se decidió elaborar unos protocolos específicos de cuidados de enfermería, para adaptarnos a la incorporación de nuevos profesionales con el fin de evitar la variabilidad propiciada por el grado de formación o experiencia de los mismos.

El objetivo general de nuestro estudio fue estandarizar los cuidados de enfermería perioperatorios en la tiroidectomía ambulatoria para mejorar la calidad en la atención del paciente y la seguridad en la práctica enfermera. El objetivo específico fue introducir propuestas de mejora con la evaluación de la implementación del protocolo y con el estudio de casos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un equipo de trabajo que realizó una revisión bibliográfica y posteriormente redactó los protocolos. Estos fueron realizados por una enfermera de la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) y un enfermero del área quirúrgica. Una vez redactados, fueron revisados y

consensuados con el jefe de la Unidad de Enfermería, el anestesiólogo coordinador de la CMA y el cirujano responsable, que dieron su conformidad para la implementación del procedimiento.

Los documentos que se elaboraron fueron:

1. Protocolo de cuidados perioperatorios de la URPA, incluyendo la preparación del paciente previa a la cirugía, los cuidados durante el postoperatorio hasta el alta a domicilio (Anexo I), y el protocolo de quirófano que aborda desde la posición quirúrgica, protección del paciente, tipo de anestesia, material necesario y otros (Anexo II).

2. Elaboración de la hoja de recomendaciones al alta (Anexo III) reflejándose todos los aspectos necesarios para fomentar el autocuidado del paciente en su domicilio.

3. Modificación del registro del control telefónico (Anexo IV). Tras el análisis inicial de las primeras encuestas telefónicas realizadas en el postoperatorio inmediato, y las dudas consultadas por los pacientes, se decidió introducir unas preguntas específicas para poder detectar las dos complicaciones postoperatorias de mayor trascendencia: la hipocalcemia y el hematoma compresivo. Esta medida pretendía evitar que los pacientes postoperados tuviesen que acudir al servicio de Urgencias, en primera instancia, cuando presentasen síntomas sugestivos de hipocalcemia (hormigueo en labios, punta de la lengua o yemas de los dedos). En dichos casos, la recomendación establecida por el cirujano responsable fue la duplicación de la dosis de tratamiento oral de calcitriol y calcio (Rocaltrol® y Mastical®) (3,4) en la primera llamada. Transcurridas 6 horas se reevaluaba su estado telefónicamente para comprobar la efectividad del tratamiento y en el caso de que los síntomas no hubiesen cedido, se derivaba al paciente al servicio de Urgencias. Por tratarse de una prescripción farmacológica dicha norma quedó documentada y firmada por el cirujano responsable, manteniéndose una copia en el dossier de recomendaciones que manejan las enfermeras y otra en la cartera de servicio de la unidad.

Posteriormente se divulgó el contenido del protocolo en una sesión de enfermería enfatizándose los cambios más relevantes: las nuevas recomendaciones al alta, la modificación del registro de control telefónico específico para la tiroidectomía y la autorización, mediante prescripción del cirujano, para modificar el tratamiento en caso de sintomatología sugestiva de hipocalcemia.

Asimismo se realizó una recogida retrospectiva de los datos de todo el histórico referente a las tiroidectomías ambulatorias realizadas en la unidad desde sus inicios en 2004 hasta la fecha de elaboración del protocolo: estancia media, número de intervenciones, tiempo enfermero en el intraoperatorio, tiempo quirúrgico y análisis del control telefónico. Se consultaron las siguientes fuentes: a) libro de registro de la Unidad y aplicación informática (estancia en URPA); b) tiempos quirúrgicos (registro de enfermería de la actividad quirúrgica); y c) datos del periodo postoperatorio (dolor, complicaciones) a través del control de llamadas telefónicas que realiza la enfermería y de

las llamadas recibidas, realizadas por el paciente. El dolor postoperatorio fue evaluado mediante escala numérica verbal de 0 (ausencia de dolor) a 10 (máximo dolor imaginable) tanto durante la estancia del paciente en la unidad como en su domicilio a las 24 horas a través de la llamada telefónica.

Para evaluar la utilidad del protocolo se realizó una encuesta anónima al personal de enfermería eventual que trabajó atendiendo pacientes tiroidectomizados en la unidad de CMA durante los meses de enero a octubre de 2007. El grado de satisfacción en los pacientes se evaluó mediante una escala categórica verbal (excelente, bueno, regular malo) obtenida de las encuestas telefónicas. Asimismo se les preguntó si repetirían la experiencia en otro programa de cirugía sin ingreso.

Se realizó un análisis estadístico básicamente descriptivo de las características demográficas de los pacientes, de las diferentes técnicas anestésicas y quirúrgicas, y del periodo postoperatorio comparándose las estancias medias en la URPA y los tiempos quirúrgicos. Finalmente, en los casos necesarios, se utilizaron tanto métodos de análisis univariados, bivariados como estratificados.

## RESULTADOS

En los años 2004, 2005 y 2006 se realizaron un total de 36 casos (todos los procedimientos fueron hemitiroidectomías) de los cuales sólo hubo un ingreso (Tabla I). A finales del año 2006 se puso en marcha el protocolo de enfermería específico para la cirugía de tiroides, y en los años 2007, 2008 y 2009 se realizaron 96 intervenciones ambulatorios (Tabla I) (62 hemitiroidectomías, 30 tiroidectomías totales, 4 paratiroidectomías). La edad media de los pacientes fue de 42,5 años (66-20) con un porcentaje del 85,5% de mujeres y de 14,5% de hombres. Un paciente precisó ingreso por motivos de seguridad, al no cumplirse los criterios de alta seis horas después de la cirugía. Las complicaciones registradas fueron un caso de sintomatología sugestiva de hipocalcemia que requirió acudir a Urgencias para la monitorización de los niveles plasmáticos de calcio, PTH precisando la administración de calcio intravenoso, no siendo necesario el ingreso hospitalario. Otro paciente presentó un pequeño hematoma

subcutáneo de 2 ml que fue drenado a las 48 horas en la consulta de cirugía mediante aspiración con jeringa y aguja intramuscular. No apreciamos ningún caso de aumento del perímetro cervical superior a 2 cm durante la estancia paciente en la Unidad

El análisis de la estancia media en la URPA, la preparación del paciente y el tiempo quirúrgico también se muestran en la tabla I. Los tiempos en la URPA aumentaron cuando se incorporó la tiroidectomía total, sin embargo estos tiempos se acortaron nuevamente en los dos últimos años a pesar de la mayor complejidad de la cirugía.

En el domicilio un paciente presentó una ligera disfonía transitoria que quedó resuelta a las 24 horas y dos pacientes no fueron localizados en ninguno de los teléfonos de contacto que nos dejaron, pero no nos consta que acudiesen a urgencias por ningún problema. Los pacientes restantes aunque manifestaron diversos problemas no requirieron intervención alguna por nuestra parte o por sus centros de atención primaria. El 91% de los pacientes repetirían una cirugía en régimen ambulatorio y el 77% percibe su estado general tras 24 horas de la intervención como excelente-bueno, regular un 14% y malo un 9%.

Referente a la utilidad del protocolo, los datos del análisis de las encuestas que recoge la opinión de las enfermeras eventuales durante el periodo de estudio, muestra que el 100% de los encuestados refiere que le ha proporcionado seguridad en la práctica asistencial (Tabla II), y un 85% de enfermeras eventuales atendieron a pacientes sometidos a cirugía de tiroides. Estos datos son consistentes con la observación de que el protocolo es una herramienta buena de trabajo.

Los resultados referidos al dolor se muestran en la figura 1, destacando que un 23% de los pacientes presentan un control inadecuado del mismo, superior a 4 en la escala numérica verbal. En la figura 2 se muestran los principales problemas manifestados por los pacientes en las encuestas telefónicas de las 24 horas.

## DISCUSIÓN

La cirugía tiroidea en régimen ambulatorio sigue siendo un tema controvertido, según evidencia la literatura el

TABLA I

### RESULTADOS DE TIEMPOS Y ESTANCIA MEDIA URPA

Año	Casos	Estancia URPA	Preparación Qx	Tiempo cirugía	Ingresos
2004	8	5 h: 45 min.	8 min.	1 h: 17 min.	0
2005	11	5 h: 48 min.	11 min.	1 h: 21 min.	1
2006	17	5 h: 45 min.	13 min.	1 h: 24 min.	0
2007	32	5 h: 51 min.	14 min.	1 h: 32 min.	1
2008	34	4 h: 49 min.	13 min.	1 h: 23 min.	0
2009	30	4 h: 46 min.	14 min.	1 h: 28 min.	0

TABLA II

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA ENFERMERAS EVENTUALES

Protocolo tiroidectomía	Sí	No
¿Has atendido una tiroidectomía en CMA?	85%	15%
¿Estaba en funcionamiento el protocolo?	67%	33%
Si no lo estaba ¿te hubiese hecho falta?	100%	
¿Te ayudó en tu trabajo?	100%	
¿Te faltó información en el protocolo?		100%
¿Te hace sentir seguro el uso del protocolo?	100%	

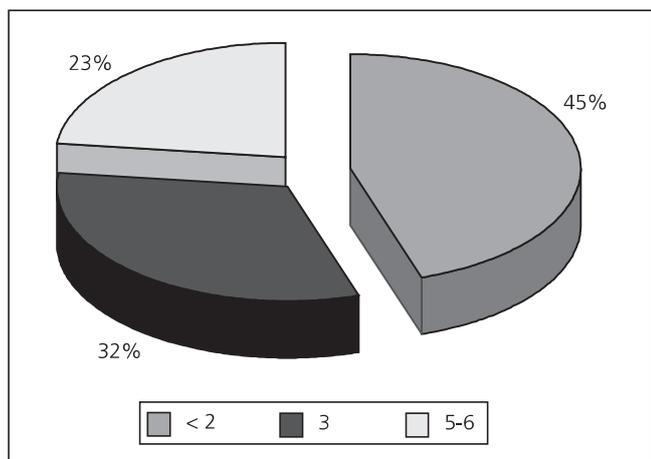


Fig. 1. Nivel de dolor según escala numérica verbal.

tiempo de aparición de las complicaciones postoperatorias oscila entre las 2 horas y las 48 horas, siendo la media de 16 horas (4). Esto justifica el que hoy día se realice esta técnica en diferentes modelos de hospitalización, que van desde la vigilancia prolongada en unidades de intensivos (5), el ingreso de corta estancia (2-3 días), la cirugía de "same day" o cirugía sin ingreso con vigilancia cercana a las 23 horas (6) y la cirugía ambulatoria (7-9). De hecho en nuestro centro conviven más de una modalidad, tratándose más que de un tema de política institucional y de una opción casi personal del equipo asistencial.

En nuestra opinión y a la vista de los resultados obtenidos desde el año 2004 en el que iniciamos nuestra and-

dura, los riesgos que presenta la tiroidectomía en régimen ambulatorio son asumibles con un alto grado de seguridad y satisfacción tanto para el paciente como para el equipo multidisciplinar (cirujanos, anestesiólogos y enfermeras). Los factores que intervienen en el resultado final del proceso perioperatorio van desde una técnica quirúrgica y anestésica depurada, a unos cuidados de enfermería apropiados y a un control postoperatorio que garantiza el seguimiento del paciente durante 72 horas.

Aunque debería esperarse que la secuenciación de las actividades de enfermería conforme al protocolo mostrara una disminución de tiempos en las estancias o en el quirófano dado que se elimina la variabilidad, no ha sido así en la primera etapa de implementación del protocolo, pero hay que tener en cuenta que en los años 2004-2006 solo se hicieron hemitiroidectomías y en el año 2007 se comenzaron a hacer tiroidectomías totales que aumentan el tiempo quirúrgico y la estancia postoperatoria. Asimismo hubo un aumento de las cargas de trabajo en la URPA (ejemplo, en el mismo periodo del 2006, enero-octubre, se atendieron 3.205 pacientes y 3.626 en 2007) con el mismo personal motivo que puede justificar el retraso en el alta del paciente. En los años posteriores 2008 y 2009 en que el protocolo ya es una herramienta habitual de los profesionales de enfermería de la unidad la estancia postoperatoria de los pacientes se ha reducido significativamente en 59 minutos.

En los protocolos se han introducido las recomendaciones de expertos nacionales e internacionales que aseguran la calidad y seguridad en todo el proceso perioperatorio: a) quirúrgicas: mínima incisión, se prescinde del

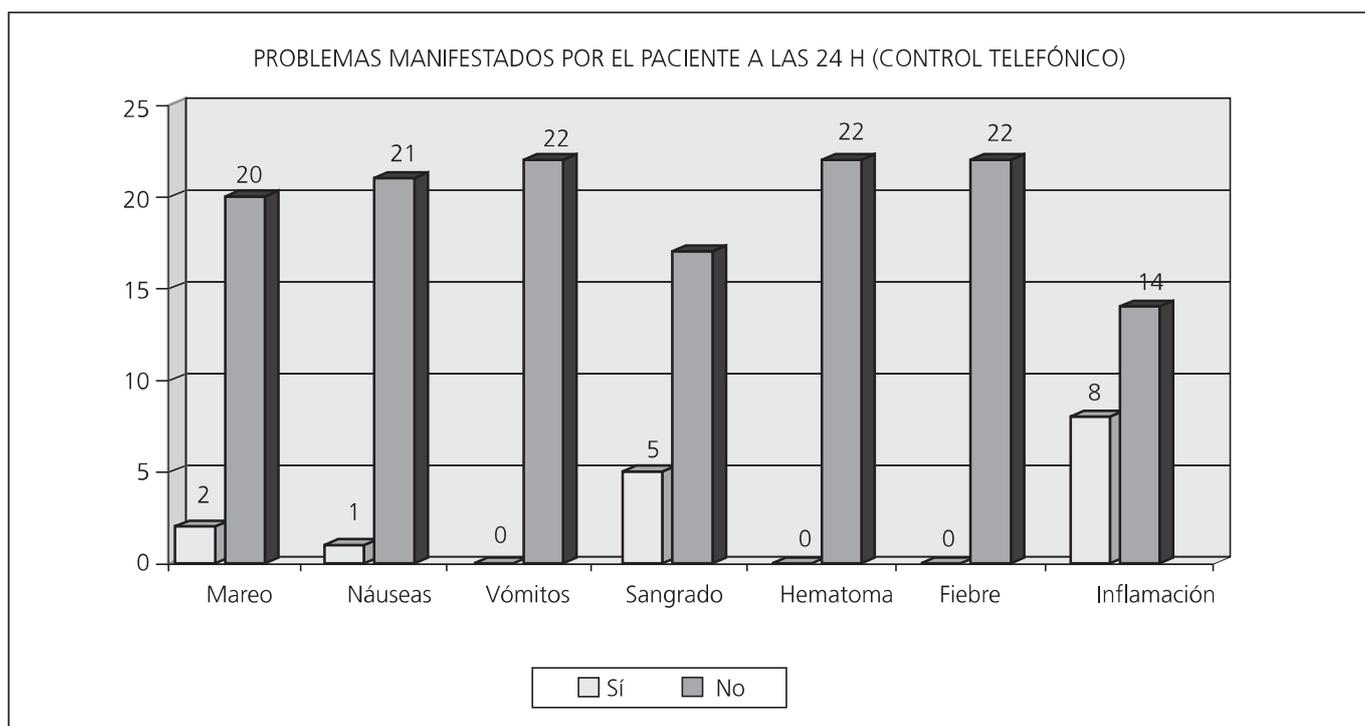


Fig. 2. Problemas manifestados por los pacientes encuestados telefónicamente.

## ANEXO I

**CUIDADOS PERIOPERATORIOS DEL PACIENTE  
PARATIROIDECTOMÍA O PARATIROIDECTOMÍA SUBTOTAL  
O TOTAL**

- Recepción del paciente, comprobar cumplimiento de normas prequirúrgicas e ingreso en la unidad.
- Comprobación de historia clínica y cumplimentación de registros.
- Monitorización, canalización vía venosa periférica y premedicación según protocolo.
- Perímetro cervical:
  - Medir perímetro cervical, dejando marcas con rotulador indeleble a ambos lados del cuello y en extremo superior e inferior de cinta métrica, (para realizar las medidas postoperatorias posteriores desde el mismo lugar).
  - Registro en gráfica de la URPA (apartado observaciones) consignándolo como medida basal.
- Monitorización hemodinámica y valoración neurológica:
  - Estado alerta (Recuperación conciencia tras anestesia general).
  - Presencia de hormigueo en labios y/o dedos de las manos (síntomas iniciales de hipocalcemia), ronquera, disfonía.
- Posición de Fowler 30-45°, oxigenoterapia para SpO<sub>2</sub> > 90% y fluidoterapia.
- Zona de incisión:
  - No poner apósito sobre los puntos de aproximación que cubren la incisión.
  - Inspeccionar herida cada 15-30 minutos en busca de signos de: edema, sangrado, hematoma.
- Drenajes:
  - Sujetar drenajes si los hay con esparadrappo a los hombros y/o tórax del paciente con un bucle para evitar tracciones y a la cama si fuese necesario en función de la longitud y modelo del drenaje (Jackson-Pratt, redón y petaca)
  - Vigilar vacío, cantidad y calidad del drenado. Si > 50 cc avisar al cirujano.
  - A las 3 h del fin de la cirugía y después de 30 minutos de la sedestación, retirada de los drenajes si han drenado < 25 cc.
- Perímetro cervical:
  - Medir y registrar el perímetro cervical al ingreso en la recuperación inmediata.
  - Antes de retirar el drenaje (3 h), y después de 1 h de la retirada (aproximadamente antes del alta a domicilio). Avisar si incremento > de 2 cm si no hubiese drenajes igualmente a las 3 h postoperatorio inmediato y antes del alta.
- Registros URPA
- Información familia por el cirujano. Se permitirá una visita corta antes de pasarlo al área de adaptación al medio, si procede.
- Determinación analítica PTH:
  - Tras 30 minutos-1 hora del fin de la cirugía se extrae sangre para prueba de PTH, se pegará un código de barras (blanco) a la gráfica de la URPA, otro en la hoja de control telefónico y otro se le dará al cirujano.
- Tratamiento farmacológico según prescripción cirujano o anestesiólogo o según necesidades.
- Sedestación a las 2 h-3 h aproximadamente, tolerancia y deambulación a las 3,30-4 horas.
- Educación sanitaria: leer con el paciente la hoja de recomendaciones al alta e informe médico, aclarar dudas, informar sobre pautas de cura de herida quirúrgica y administración de fármacos, consultas programadas, etc.
- Criterios de alta a domicilio. Si los cumple alta, entregando al paciente un sobre con informe médico de actividad quirúrgica firmado por cirujano y anestesiólogo, recomendaciones al alta sobre cuidados de enfermería en el domicilio, justificante de intervención quirúrgica y medicación para las primeras 48 h si fuese preciso y recetas de tratamiento farmacológico.

*Advertencia: en caso de hipocalcemia por prescripción del cirujano se doblará la dosis de rocaltrol® y masticall® prescrita al alta y se realizará nuevo control telefónico a las 6 horas, si la sintomatología persiste se derivará a urgencias.*

## ANEXO II

**PROTOCOLO INTRAOPERATORIO**

*Técnica quirúrgica:* hemitiroidectomía/tiroidectomía/paratiroidectomía total

*Diagnóstico:* bocio multinodular, carcinoma tiroideo. adenoma paratiroideo

**CUIDADOS DEL PACIENTE**

*Anestesia:* anestesia general con intubación oral con tubo flexo metálico y anestesia local para infiltrar herida quirúrgica.

*Monitorización:* electrocardiografía continua, presión arterial no invasiva, pulsioximetría, capnografía, índice biespectral (BIS) y del grado de relajación muscular (a criterio del anestesiólogo responsable).

*Incisión:* collar de Kocher (mínima incisión)

*Preparación de la piel:* rasurar (si procede) con vello humedecido, en dirección crecimiento del pelo y con rasuradora eléctrica para minimizar la aparición de microerosiones cutáneas. Limpieza de la piel con betadine® jabonoso y desinfección con betadine® solución desde la línea submentoniana abarcando los laterales el cuello hasta los pabellones auriculares y línea posterior de los hombros y por delante hasta la línea intermamaria

*Posición:* decúbito supino, ligero antitrendembourg y miembros superiores extendidos a lo largo del cuerpo.

*Otros:* colocación de rodillo en omoplatos para facilitar la hiperextensión del cuello, rodete para estabilizar la cabeza, capelina con red elástica (mallafix®) para fijación del tubo endotraqueal, prevención de decúbitos (nasal con almohadillado de compresas) y protección ocular (ojos hidratados, con suero salino, párpados ocluidos con esparadrappo de papel).

**MATERIAL NECESARIO**

*Textil:* equipo textil del nº 1

*Instrumental quirúrgico:* caja de tiroides.

*Fungible habitual:* terminal de bisturí eléctrico, compresas con control (nunca gasas), 3 plásticos de mesa, 2 hojas de bisturí número 15 y aspirador.

*Fungible especial:*

- hemoclips pequeños y medianos o pinza Ligasure precise®.
- drenaje cilíndrico de silicona 10 fr. (sp)
- pera de aspiración (100 ml) o fuelle con baja presión (60 mb) (sp)
- puntos de papel estériles anchos.
- apósitos antiadherentes (Mepore® 6x7).

*Suturas:* ligadura de seda 2/0 y 3/0, punto de seda 0 triangular cilíndrica (TC) y 2/0 TC (sp), 2 vycril® 3/0 cilíndrica (C), 2 vycril® 5/0 C y 2 monocryl® 5/0 C

*Otros:* consola del sellador de vasos con pedal. (Ligasure®)

**ANEXO III**

**RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA**

---

**TIRODECTOMÍA/PARATIROIDECTOMÍA**

Usted ha sido intervenido de (subrayar lo que proceda) tiroidec-  
tomía total o parcial/paratiroidectomía, que consiste en la extir-  
pación quirúrgica de la glándula tiroides/ paratiroides.

*Reposo:*

- Desde el momento del alta debe permanecer en su domicilio las primeras 24 h después de la operación, pudiendo reanudar sus actividades habituales paulatinamente.
- No debe conducir, ni manejar maquinaria peligrosa hasta pasadas 72 h de la intervención

*Dieta:*

- Tome líquidos libremente. No puede ingerir bebidas alcohólicas hasta pasadas 48 h
- Tome una dieta blanda y reanude la alimentación con su dieta habitual pasadas las primeras 24 h después de la operación

*Medicación:*

- Es fundamental que tome la medicación prescrita por su médico.
- Es normal que tenga algo de dolor: En la garganta, la zona de la incisión o el cuello, tome los analgésicos que le prescribió su médico.

*Herida quirúrgica:*

- Se le ha realizado una sutura intradérmica reabsorbible, no precisa retirar puntos.
- Puede ducharse a partir del día siguiente de la cirugía, evite mojar la zona de la incisión. Si ocurriese séquela con una toalla limpia con cuidado a pequeños toques sin frotar.
- Hasta las 48 horas no retire los esparadrapos de papel, deje que se despeguen solos. A partir de ese momento deje la herida al aire y no aplique ningún antiséptico, crema o pomada.
- Hasta transcurridos 7 días no maquille la incisión.
- Proteja la cicatriz de la exposición solar con la ropa habitual hasta 7º día, posteriormente use una crema con un fotoprotector elevado (50 UVA UVB)

*Avísenos si presenta:*

- Dificultad para respirar normalmente.
- Hormigueo o adormecimiento alrededor de los labios, punta de la lengua o en las manos.

*Acuda a Urgencias del hospital si tiene:*

- Fatiga progresiva y excesiva.
- Náuseas y vómitos severos.
- Hinchazón, dolor excesivo, sangrado abundante o supuración por la herida.
- Fiebre y/o escalofríos.

*Teléfonos de contacto durante las primeras 72 h:*  
Lunes a viernes de 9-18 h:  
Lunes a viernes de 18-9 h y sábados, domingos y festivos:

**ANEXO IV**

**CONTROL TELEFÓNICO CMA**

---

Fecha de intervención:..... Teléfonos de contacto.....  
EDAD  
*Intervención*

Diagnóstico o tipo de intervención.....  
Tipo de anestesia: G – R – E – CAM – IA – PA – T – RI – L – S – Otras.....  
Alergias.....

*Llamada*  
Fecha y hora de llamada..... Nº llamadas.....  
Persona que realiza la llamada.....  
Contacto conseguido: Sí – No    Receptor de la llamada: P – F – Otros.....

**CUESTIONARIO**  
*¿Ha tenido.....?*

- Fiebre: Tº.....
- Mareo: Sí - No                      Náuseas: Sí - No
- Sangrado: No - Mancha apósito - Sangrado de apretar
- Inflamación: No - Poco- Mucho                      Hematoma: No - Poco - Mucho
- Problema en la zona operada: Puntos — Apósitos — Otros
- ¿Tiene hormigueo en manos o labios? Sí - No
- ¿Tiene dificultad al tomar aire al respirar? Sí - No

*Dolor*

- En la herida 0 al 10: .....
- ¿Tomó el tratamiento analgésico?: Sí - No
- ¿Le quitó el dolor?: Sí - No - Regular
- ¿Cómo le seguía doliendo tomó otro analgésico diferente?: Sí - No
- ¿Fue efectivo?: Sí - No - Regular
- En algún otro sitio: No - Sí (Garganta - Nariz - MMII – MMSS – Espalda – Hombro-Abdomen – Cabeza

*Evaluación*

- Como clasificaría su Estado general: Excelente – Bueno – Regular – Malo
- ¿Necesitó consultar por teléfono? No                      Sí: .....
- ¿Necesitó acudir a su CAP? No                      Sí: .....
- ¿Necesitó acudir a Urgencias? No                      Sí: .....
- ¿Volvería a operarse de forma ambulatoria?: Sí – No - No sé
- ¿Se había operado previamente? Ambulatorio - Amb/Hosp - Hospitalizado- No

**RECOMENDACIONES**

- ¿Qué se le recomendó al paciente que hiciera?: Nada -Acudir al CAP- Acudir a la urgencia- Cambiar Tratamiento dolor -Otras.....
- Es necesario volver a llamar: Sí - No .....
- Ha sido necesario cambiarle el tratamiento de Mastical® y Rocaltrol®? Sí - NO

Llamada a las 6 horas. ¿Es necesario derivarlo a la urgencia? Sí - NO

uso de drenajes de modo rutinario (8-13), la utilización del sellador de vasos que disminuye el tiempo quirúrgico (14-15); médicas: profilaxis de hipocalcemia (tratamiento sustitutivo con calcitriol y calcio (2,3) y control de niveles plasmáticos de PTH (16); manejo anestésico: monitorización de la profundidad anestésica y del grado de relajación para lograr anestesia ajustada a las necesidades individuales de cada paciente y del acto quirúrgico, profilaxis antiemética protocolizada, analgesia multimodal; y de cuidados de enfermería: temporalización del proceso,

control del perímetro cervical como valor predictivo del hematoma compresivo inadvertido bien por la ausencia de drenajes o por el mal funcionamiento de los mismos, hoja de recomendaciones al alta con instrucciones precisas para la detección y modo de actuación en caso de complicaciones postquirúrgicas importantes y control postoperatorio telefónico específico para detección de hipocalcemia y hematoma compresivo (17-23).

Asimismo los datos de nuestro estudio demuestran que hay áreas de mejora, como el control del dolor postoperatorio, que es inadecuado en un porcentaje importante de pacientes. Consecuencia de ello, hemos iniciado una revisión de las pautas analgésicas y de la educación al alta sobre los tratamientos analgésicos de rescate para, bajo las directrices de los anestesiólogos de la unidad, conseguir mejorar el control del dolor postoperatorio a partir del alta.

Como conclusión, de nuestro estudio se desprende que al actualizar los conocimientos y unificar los criterios sobre los cuidados prestados, conseguimos procurar un alto nivel de seguridad tanto para el paciente como para el personal de enfermería, minimizando los "temores" que puede ocasionar la cirugía tiroidea ambulatoria, y poder establecer áreas de mejora de los cuidados prestados al paciente.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Ramón Polo Melero, el cirujano que practicó todas las tiroidectomías, por animarnos a realizar el protocolo de cuidados en la cirugía de tiroides ambulatorio, por sus orientaciones y las revisiones de cada uno de los documentos. A Coral Santaolalla por la traducción al inglés y a la Dra. Emilia Bastida, anestesióloga que practicó la mayoría de las anestias para tiroidectomía, por la revisión y corrección de la traducción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abbas G, Dubner S, Heller KS. Re-operation for bleeding after thyroidectomy and parathyroidectomy. *Head Neck* 2001; 23(7): 544-6.
2. Terris DJ, Moister B, Seybt MW, Gourin CG, Chin E. Outpatient thyroid surgery is safe and desirable. *Otolaryngol Head Neck Surgery* 2007; 136(4): 556-9.
3. Kurukahvecioglu O, Karamercan A, Akin M, Tezel E, Ege B, Taneri F, Onuk E. Potential benefit of oral calcium/vitamin D administration for prevention of symptomatic hypocalcemia after total thyroidectomy. *Endocr Regul* 2007; 41(1): 35-9.
4. Quiros RM, Pesce CE, Wilhelm SM, Djuricin G, Prinz RA. Intraoperative parathyroid hormone levels in thyroid surgery are predictive of postoperative hypoparathyroidism and need for vitamin D supplementation. *Am J Surg* 2005; 189(3): 306-9.
5. Peinador Nuño MJ, Bejarano Montañez J, Recio Carrasco C, Piñero Negrín A. postoperatorio inmediato en pacientes sometidos a tiroidectomía total en UCI. *Enferm Intensiva* 2002; 13(3): 78-84.
6. Morales R, Esteve N, Carmona A, García F, Sanchez A, Olesti P. Quality indicators in ambulatory surgery. A prospective study. *Ambulatory Surgery* 2000; 8(3): 157.
7. Dedivitis RA, Pfuetszenreiter EG Jr, Castro MA, Denardin OV. Analysis of safety of short-stay thyroid surgery. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009; 29(6): 326-30.
8. Sahai A, Symes A, Jeddy T. Short-stay thyroid surgery. *Br J Surg* 2005; 92(1): 58-9.
9. Aracil Kessler JP, Martín García RF, Llorens Salvador M, Gil Barreda I, Vicent Dols A, Boldó Roda E. Cirugía ambulatoria en tumores cervicales. *Cir May Amb* 2004; 9(1): 14-7.
10. Suslu N, Vural S, Oncel M, Demircan B, Gezen FC, Tuzun B, et al. Is the insertion of drains after uncomplicated thyroid surgery always necessary? *Surg Today* 2006; 36(3): 215-8.
11. Jotinder Khanna, RS Mohil, Chintamani, Dinesh Bhatnagar, MK Mittal, M Sahooand, Magan Mehrotra. Is the routine drainage after surgery for thyroid necessary? A prospective randomized clinical study [ISRCTN63623153]. *BMC Surgery* 2005; 5: 11.
12. Sanabria A, Carvalho AL, Silver CE, Rinaldo A, Shaha AR, Kowalski LP, et al. Routine drainage after thyroid surgery: A meta-analysis. *J Surg Oncol* 2007; 96(3): 273-80.
13. Ozlem N, Ozdogan M, Gurer A, Gomceli I, Aydin R. Should the thyroid bed be drained after thyroidectomy? *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391(3): 228-30.
14. Manouras A, Lagoudianakis EE, Antonakis PT, Filippakis GM, Markogiannakis H, Kekis PB. Electrothermal bipolar vessel sealing system is a safe sealig system is a safe and time-saving alternative to classic suture ligation in total thyroidectomy. *Head Neck* 2005; 27(11): 959-62.
15. Yao HS, Wang Q, Wang WJ, Ruan CP. Prospective clinical trials of thyroidectomy with LigaSure vs conventional vessel ligation: a systematic review and meta-analysis. *Arch Surg* 2009; 144(12): 1167-74.
16. Lewandowicz M, Kuzdak K, Pasielka Z. Intraoperative parathyroid hormone measurement in thyroidectomized patients: preliminary report. *Endocr Regul* 2007; 41(1): 29-4.
17. Soria-Aledo V, Candel Arenas MF, Flores Pastor B, Carrasco Prats M, Miguel Perelló J, Aguayo Albasini JL. Evaluación de la vía clínica de la hemitiroidectomía y tiroidectomía total en un hospital de segundo nivel 2003; 74(1): 33-7.
18. Samson PS, Reyes FR, Saludaes WN, Angeles RP, Francisco RA, Tagorda ER. Outpatient thyroidectomy. *Am Surg* 1997; 173(6): 499-503.
19. Wilson RB, Erskine C, Crow PJ. Hypomagnesemia and hypocalcemia after thyroidectomy: prospective study. *World J Surg* 2000; 24(6): 722-6.
20. Snyder SK, Hamid KS, Roberson CR, Rai SS, Bossen AC, Luh JH, et al. Outpatient thyroidectomy is safe and reasonable: experience with more than 1,000 planned outpatient procedures. *J Am Coll Surg* 2010; 210(5): 575-82.
21. Sánchez Blanco JM, Recio Moyano G, Guerola Delgado A, Gómez Rubio D, Jurado Jiménez R, Torres Arcosa C. Tiroidectomía en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Estudio prospectivo. *Cir Esp* 2006; 80(4): 206-13.
22. Elisha S, Boytim M, Bordi S, Heiner J, Nagelhout J, Waters E. Anesthesia case management for thyroidectomy. *AANA J* 2010; 78(2): 151-60.
23. Spanknebel K, Chabot JA, DiGiorgi M, Cheung K, Curty J, Allendorf J. Thyroidectomy using monitored local or conventional general anesthesia: an analysis of outpatient surgery, outcome and cost in 1,194 consecutive cases. *World J Surg* 2006; 30(5): 813-26.