

Ambulatorización de la cirugía tiroidea

C. Martínez-Ramos^{1,2}, R. Sanz-López¹

¹Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico San Carlos. ²Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid

Martínez-Ramos C, Sanz-López R. Ambulatorización de la cirugía tiroidea. *Cir May Amb* 2007; 12: 4-9.

INTRODUCCIÓN

La tendencia actual dentro del ámbito quirúrgico es la incorporación progresiva al sistema de cirugía mayor ambulatoria del mayor número posible de procesos y procedimientos que actualmente se realizan mediante hospitalización más o menos corta.

Dentro de esta corriente se encuentra la cirugía del tiroides, la cual actualmente se puede realizar, y de hecho se realiza, en la mayoría de los casos mediante Cirugía de Corta Estancia, quedando hospitalizados estos pacientes generalmente entre 1 y 2 noches tras la intervención quirúrgica.

Para poder ambulatorizar la cirugía del tiroides es necesario analizar si se pueden cumplir todos los criterios que son necesarios para llevar a cabo esta ambulatorización, con el máximo de garantías y de seguridad para los pacientes.

Los *criterios generales* de la cirugía mayor ambulatoria son comunes a todos los procesos y procedimientos: criterios médicos, criterios socio-familiares y, sobre todo, criterios personales entre los cuales el más importante obviamente es la aceptación del paciente.

Son los *criterios quirúrgicos* los que hay que analizar

para la realización de la cirugía del tiroides en régimen de cirugía ambulatoria. Dentro de estos criterios hay que plantearse concretamente: a) si la intervención no precisa preparación compleja en el preoperatorio; b) si la duración total de la intervención oscila, como máximo, entre 90 y 120 minutos; c) si no se prevén pérdidas hemáticas importantes durante la intervención; d) si no se precisan cuidados postoperatorios complicados; e) si el dolor postoperatorio puede ser controlado con analgesia por vía oral; y f) si no se requiere la administración de antibióticos por vía intravenosa.

Para decidir qué intervenciones cumplen estos criterios hay que analizar en primer lugar el tipo de tratamiento quirúrgico de los diferentes procesos tiroideos que lo puedan requerir y, en segundo lugar las posibles complicaciones que puedan aparecer, tanto intra- como postoperatoriamente, así como la forma de evitarlas, para poder conseguir el máximo de garantía y de seguridad para estos pacientes.

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL TIROIDES

En la glándula tiroides puede producirse una gran variedad de situaciones patológicas que requieren o pueden requerir tratamiento quirúrgico, algunas de las cuales son muy comunes.

De una manera esquemática podemos considerar que, en unos casos, la alteración consiste en un aumento en el tamaño de la glándula apareciendo una masa en el cuello (*bocio*) que puede llegar a producir la compresión de importantes estructuras vecinas. En otros, la alteración se debe a la aparición de *nódulos* en la superficie de la glándula que pueden ser sospechosos de ser tumores malignos. Otros casos están relacionados con la producción excesiva de las hormonas de la glándula (*hipertiroidismo*). Finalmente, en otros casos se tiene la certeza de que la lesión de la glándula corresponde a un *tumor maligno*.

Recibido: septiembre 2006.

Aceptado: noviembre 2006.

Correspondencia: Carlos Martínez Ramos. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico San Carlos. C/ Prof. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. Fax. 91 3303442. e-mail: cmartinez.hcsc@salud.madrid.org

En general la patología tiroidea benigna (bocio, hipertiroidismo, etc.), que no responde bien al tratamiento médico y que condiciona signos y síntomas clínicos mantenidos o molestos para el paciente, suele ser subsidiaria de tratamiento quirúrgico. En el caso de los tumores malignos de tiroides, diferenciados o indiferenciados, el tratamiento es necesariamente quirúrgico. Como también lo es en los casos en que se tenga la sospecha de la existencia de este tipo de lesiones malignas.

El tipo de cirugía a realizar viene determinado en principio por las características de la patología tiroidea que va a ser tratada. En función de estas, las condiciones quirúrgicas preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias pueden ser distintas, condicionando el cumplimiento de los criterios quirúrgicos de selección de estos procesos y, por consiguiente, la posibilidad de que sean considerados como susceptibles de ser realizados mediante cirugía mayor ambulatoria.

Por tanto, para poder valorar el cumplimiento de los criterios quirúrgicos de selección de estos pacientes es necesario recordar, de forma somera, el tipo de tratamiento quirúrgico establecido en los diferentes procesos tiroideos.

Bocio simple

El tratamiento del bocio simple es médico y sólo se recurre al tratamiento quirúrgico cuando aquel fracasa y aparecen síntomas compresivos de estructuras vecinas (tráquea, esófago, formaciones venosas, estiramiento del nervio laríngeo recurrente, etc.). Sin llegar a estos extremos de crecimiento puede recurrirse también al tratamiento quirúrgico por motivos estéticos. El procedimiento quirúrgico consiste en la realización de una *tiroidectomía subtotal*.

Bocio multinodular

El único tratamiento radical y definitivo del bocio multinodular es el quirúrgico. Sin embargo, la indicación de tiroidectomía es muy variable. La tiroidectomía subtotal bilateral fue durante décadas la cirugía más ampliamente practicada en el tratamiento del bocio multinodular. Su inconveniente fundamental es la recidiva sobre remanentes de volumen considerable que puede obligar a una reintervención siempre compleja. Además la posible asociación de un carcinoma papilar oculto y la dificultad técnica de dejar remanentes tiroideos sobre áreas nodulares y/o quísticas han sido argumentos adicionales a favor de técnicas más agresivas, como la *tiroidectomía total*.

En la actualidad existe acuerdo creciente en realizar tiroidectomías totales en los grandes bocios nodulares en los que, además, esta técnica puede incluso ser más simple que la tiroidectomía subtotal, mientras que en bocios pequeños la *tiroidectomía subtotal bilateral* podría tener indicación bien de principio o bien de necesidad, ante una anatomía paratiroidea que lo haga aconsejable.

Bocio intratorácico

La cirugía del bocio endotorácico, máxime si se trata de una reintervención por bocio recidivado, es en la actualidad la que se acompaña de mayor morbilidad operatoria (lesión recurrencial y paratiroidea). Debe considerarse, por tanto, como una *cirugía de riesgo elevado* que debe realizarse únicamente por cirujanos con amplia experiencia en cirugía tiroidea.

Nódulo tiroideo solitario

Desde un punto de vista quirúrgico, si el nódulo es realmente único, se aconseja realizar una *lobectomía total*, incluyendo en bloque el istmo y el lóbulo piramidal y respetando las paratiroides, el nervio laríngeo superior y el nervio recurrente, siguiendo las precauciones genéricas a adoptar en toda cirugía tiroidea. Esta actuación asegura el examen histológico completo de la lesión sin riesgo de diseminación tumoral.

Bocios hipertiroides

Con esta denominación quedan plasmados dos conceptos: el crecimiento glandular y el trastorno de la función tiroidea. En un principio, las formas "puras" de bocio hipertiroides serían la *enfermedad de Graves-Basedow* clásica y el nódulo tiroideo solitario de función autónoma en fase tóxica (*adenoma tóxico*). Por otro lado se encuentra el bocio multinodular hiperfuncionante o *enfermedad de Plummer* que es una situación en donde uno o más nódulos de un bocio multinodular se vuelven hiperfuncionantes.

Tratamiento de la enfermedad de Graves-Basedow

La cirugía es una opción válida y segura frente al yodo radiactivo en el tratamiento definitivo de la enfermedad de Graves-Basedow. Para muchos cirujanos la *tiroidectomía subtotal* ofrece bajos porcentajes de recidiva difusa del hipertiroidismo, ausencia de recidivas nodulares, y una tasa significativamente menor de hipoparatiroidismo con respecto a la tiroidectomía total. Estos datos la convertirían en la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Graves-Basedow. Para otros cirujanos la *tiroidectomía total* ofrecería mejores resultados.

Tratamiento del adenoma tóxico

El tratamiento quirúrgico debe ser lo más conservador posible, ya que si se extirpa selectivamente el nódulo

dulo tóxico, conservando el resto del parénquima tiroideo, el paciente puede probablemente mantener su equilibrio funcional sin medicación hormonal complementaria. En este sentido hay que tener presente que los nódulos calientes no suelen malignizarse. Al igual que en el tratamiento con yodo radioactivo, en los casos muy tóxicos *hay que preparar previamente al paciente*, ya que también se puede presentar como complicación la crisis tirotóxica.

Tratamiento del bocio multinodular hiperfuncionante o enfermedad de Plummer

El tratamiento quirúrgico resuelve el problema médico de la hiperfunción y además elimina la tumoración del cuello con sus problemas mecánicos y estéticos, volviendo el cuello a la normalidad. En casos de bocio multinodular hiperfuncionante de gran volumen siempre será el tratamiento quirúrgico la primera indicación, así como cuando existan problemas de compresión de estructuras vecinas o de crecimiento retroesternal o intratorácico. *El paciente requiere preparación preoperatoria* para intentar normalizar la función.

Tumores malignos del tiroides

Debido a que el *cáncer papilar* de tiroides es a menudo *multifocal* (está presente tanto en el lóbulo derecho como izquierdo de la glándula tiroides) y debido a que el *cáncer folicular* es más agresivo, la mayoría de los cirujanos recomienda extirpar toda la glándula tiroides (*tiroidectomía total*) o casi toda la glándula tiroides (*tiroidectomía subtotal*) con o sin vaciamiento cervical ganglionar en función de la presencia o no de adenopatías asociadas. Para estos tipos de tumores bien diferenciados, que sean menores de 1 cm, y que no muestren ninguna señal de invasión fuera de la glándula tiroides, y en pacientes de bajo riesgo, algunos cirujanos recomiendan realizar cirugía conservadora, una *lobectomía* o hemitiroidectomía (extirpación de únicamente el lado afectado de la glándula tiroides).

En el *cáncer medular* el único tratamiento efectivo es la cirugía realizada precozmente. Hay que realizar *tiroidectomía total con linfadenectomía*. Esta es la misma técnica para el *cáncer anaplásico*, aunque existen pocos casos en los que se pueda realizar. En estos casos así como en los tumores medulares en los que el cáncer se ha propagado fuera de la glándula tiroidea, se usa siempre la cirugía para reducir el volumen del tumor que ha invadido al cuello (extirpar tanto cáncer como sea posible). Este tipo de cirugía paliativa se usa fundamentalmente para descomprimir la tráquea.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL TIROIDES

Hematoma asfixiante

Es la más grave de todas las complicaciones postoperatorias de la cirugía tiroidea. Se produce por hemorragia postoperatoria. El acúmulo de la sangre en la inextensible celda tiroidea provoca una compresión de la tráquea y puede llegar a producir la muerte por asfixia. Aparece entre el 0,3 y el 2% de las tiroidectomías (1-3).

Puede prevenirse mediante una técnica rigurosa, especialmente en las ligaduras de los principales troncos vasculares durante la intervención, así como realizando una hemostasia cuidadosa de los vasos traqueales y de todo el lecho quirúrgico.

Suele desencadenarse en el postoperatorio inmediato por esfuerzos al toser o vomitar durante la extubación y/o por aumento de la presión sanguínea durante ese mismo periodo. En estas circunstancias puede soltarse alguna de las ligaduras vasculares, o abrirse algún vaso no cauterizado inadvertidamente durante la intervención. En este sentido, resulta conveniente que antes de cerrar la cervicotomía el anestesista realice una maniobra de hiperpresión respiratoria que se traduce en una ingurgitación de las venas del cuello, pudiendo detectar el cirujano boquillas venosas que estuvieran abiertas pero colapsadas. Asimismo, se deberán evitar al máximo la tos y el vómito en las primeras horas del postoperatorio.

En relación con la aparición del hematoma asfixiante, algunos cirujanos recomiendan no efectuar el cierre completo de la musculatura pretiroidea. Debe colocarse sistemáticamente un drenaje cervical. El drenaje aspirativo no previene la aparición del hematoma asfixiante pero puede servir para detectarlo precozmente (hemorragias bruscas con salida por el drenaje de más de 100 cc/hora) (4). Por tanto el drenaje aspirativo, así como la herida quirúrgica, deben estar a la vista y deben ser rigurosamente controlados, especialmente durante las 6-8 primeras horas, periodo en el que aparecen la mayoría de los hematomas asfixiantes, aunque algunos autores prolongan este intervalo hasta las 8-12 horas.

El diagnóstico se hace bien por el contenido del drenaje o por el aumento del tamaño del cuello unido a la sensación de asfixia. Ante esta situación el paciente debe reoperarse inmediatamente, aunque lo primero que debe hacerse, y que salva vidas, es la apertura inmediata de la herida quirúrgica incluso en la cama de la habitación del enfermo, debiendo ser trasladado posteriormente al quirófano para revisar el lecho quirúrgico. Se debe proceder a la evacuación del hematoma que permitirá el alivio de la dificultad respiratoria, y se efectuará una revisión meticulosa del lecho quirúrgico con objeto de identificar los puntos sangrantes para realizar la correspondiente hemostasia. Después de realizar todo esto, habitualmente la situación vuelve completamente a la normalidad aunque en algunos casos es necesario prolongar la intubación del paciente.

Parálisis recurrential

Tiene una incidencia en torno al 3% de todas las tiroidectomías y se debe a la lesión del nervio laríngeo inferior o recurrente bien por sección, ligadura, estiramiento o coagulación eléctrica accidentales. Se traduce en una disfonía que puede ser desde leve hasta grave o muy grave con disfonía completa, incluso con estridor y asfixia, si es bilateral. La parálisis es más frecuentemente transitoria que permanente y suele recuperarse en un plazo entre los tres meses y un año (1,5,6).

Si es unilateral, y a menos que se haya practicado una laringoscopia postoperatoria, puede pasar desapercibida, pues la parálisis de una cuerda vocal (inmóvil en posición media) puede quedar compensada por la hiperabducción de la cuerda vocal sana que permite mantener una voz normal, por lo que si la lesión es mínima, no precisa tratamiento y puede recuperarse de forma espontánea en unos meses. Pero si el paciente desarrolla ronquera persistente hay que instaurar tratamiento. Si la lesión es bilateral aparece afonía, estridor, obstrucción de la vía aérea y asfixia, precisando tratamiento inmediato con intubación del paciente.

Es más frecuente en las tiroidectomías totales ya que se incrementa el riesgo al actuar sobre los dos lados y en la cirugía de la enfermedad de Graves-Basedow; en el cáncer de tiroides; bocios recidivados e intra-torácicos. Su profilaxis o prevención pasa por la identificación sistemática del nervio durante la intervención. Como regla básica, ninguna estructura que pase a lo largo del posible curso del nervio laríngeo recurrente debería ser seccionada hasta que exista absoluta certeza de que no es el recurrente.

Hipoparatiroidismo postoperatorio (hipocalcemia postquirúrgica)

Es uno de los problemas más frecuentes y desagradables que tiene la cirugía del tiroides. La incidencia de hipocalcemia permanente oscila entre el 0,4 y 13,8% y está en relación con el tipo de intervención quirúrgica. Así, es más frecuente en las tiroidectomías bilaterales [totales o subtotales (entre un 50 y un 15% respectivamente)] que en las lobectomías, especialmente si son por cáncer o por enfermedad de Graves-Basedow. Se debe a la lesión de las glándulas paratiroides durante la intervención, por desvascularización o resección (1-3,5,6).

La hipocalcemia resultante determina la aparición de síntomas (parestias u hormigueos) que pueden desembocar en una auténtica tetania con espasmos de manos y pies. Afortunadamente la mayoría de los casos son transitorios, pudiendo alcanzar a casi la mitad de las tiroidectomías totales (1). El cuadro aparece a las 24 horas con signos tempranos de hipocalcemia, parestias en los dedos de manos y pies o alrededor de la boca, calambres y signo de Chvostek positivo.

La mejor manera de tratarlo es prevenirlo para que no se produzca, pues no existe la posibilidad de administrar la PTH que falta. Para ello hay que realizar una intervención extremadamente cuidadosa en los momentos en que se separan las glándulas paratiroides del tiroides y si esto resulta imposible, por las condiciones locales especiales, o quedan dudas sobre su vascularización, lo mejor es autotrasplantarlas durante la misma intervención.

En la tiroidectomía total o ante la sospecha de un posible hipoparatiroidismo, es aconsejable determinar el calcio sérico como parte de la rutina postoperatoria. El tratamiento debe iniciarse antes de que aparezca el signo de Trousseau, que ocurre tardíamente y suele ser indicativo de hipocalcemia grave.

Crisis tirotóxica aguda

Raramente se observa en la actualidad, sólo si se trata de un *enfermo hipertiroideo mal controlado y mal preparado preoperatoriamente para la cirugía*, o de un paciente hipertiroideo intervenido de urgencia. Clínicamente se manifiesta por fiebre, taquicardia extrema, taquiarritmia con fibrilación auricular, vómitos, diarreas, agitación y confusión mental. Si no se instaura el tratamiento puede evolucionar a una insuficiencia cardiorrespiratoria aguda con shock, delirio y coma. Esta es otra complicación postoperatoria que *requiere atención inmediata* (1).

Traqueomalacia

Consiste en el reblandecimiento, la debilidad y la flacidez de los anillos cartilagosos de la tráquea producidos por su necrosis derivada de la *compresión producida por un bocio de gran tamaño* (bocio gigante). Es una complicación que se presenta muy infrecuentemente y que clínicamente se manifiesta por el estrechamiento o el colapso de la tráquea en la inspiración, con la consiguiente dificultad respiratoria (3).

El tratamiento de elección de esta complicación es la intubación endotraqueal. De esta manera normalmente se produce la fijación traqueal y con el tiempo el tubo endotraqueal puede retirarse. En los casos severos es necesario realizar una traqueotomía.

Mortalidad

La tasa de mortalidad de la tiroidectomía ha descendido desde las elevadísimas tasas de sus orígenes, hasta cifras cercanas al 0% en la actualidad gracias a los avances en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de transfusiones sanguíneas y antibióticos, a un mejor diagnóstico y preparación hormonal previos a la cirugía, y a la realización de una técnica más refinada y cuidadosa con una hemostasia exquisita, junto con el intento rutinario de

preservación de las glándulas paratiroides y de los nervios laríngeos recurrentes.

LA CIRUGÍA DEL TIROIDES SIN INGRESO

Los buenos resultados globales que actualmente se han alcanzado en la cirugía del tiroides han motivado, por un lado, que la hospitalización de estos enfermos disminuya progresivamente hasta realizarse con una muy corta estancia y, por otro, que se haya comenzado a realizar en régimen de cirugía ambulatoria (2-4,6-8).

Como señalamos anteriormente, para poder ambulatorizar la cirugía del tiroides es necesario establecer si se pueden cumplir todos los criterios de selección que permitan esta ambulatorización con un máximo de garantía y de seguridad para los pacientes.

Tras haber analizado el tratamiento quirúrgico de los diferentes procesos tiroideos y las posibles complicaciones, tanto intra- como postoperatorias que pueden aparecer, se llega a la conclusión de que es necesario establecer una *selección estricta* de los pacientes, para evitar aquellos procesos y procedimientos que, por las complicaciones que son capaces de desarrollar y por la gravedad de algunas de ellas, puedan poner en peligro la seguridad de estos pacientes.

Es absolutamente necesario tener en cuenta una serie de principios básicos que aglutinen la realización de la cirugía tiroidea mediante la modalidad ambulatoria sobre todo, y de manera imprescindible, en el inicio de este tipo de actividad. Entre estos tenemos:

1. Efectuar una selección rigurosa de los pacientes que acepten este tipo de cirugía sin ingreso, a los que hay que informar adecuadamente.
2. Realizar una técnica quirúrgica meticulosa por cirujanos expertos y motivados con este tipo de cirugía.
3. Prevenir la aparición de las posibles complicaciones.
4. Establecer unos criterios rigurosos de alta.
5. Llevar a cabo un control postoperatorio domiciliario estricto.
6. Evaluar la satisfacción de los pacientes y de los cirujanos.
7. Protocolizar todos los pasos del circuito asistencial de estos pacientes.

Es importante constituir un grupo de trabajo con altos niveles de motivación y de competencia para poder establecer criterios unificados.

SELECCIÓN DE PACIENTES PARA CIRUGÍA TIROIDEA AMBULATORIA

Criterios generales de selección

Son los mismos que en cualquier otro procedimiento quirúrgico, es decir, los que hacen referencia al paciente, a sus características sociales y a los aspectos médicos.

Criterios específicos de selección

Estos criterios tienden a asegurar la eliminación de los elementos que pueden dificultar la intervención quirúrgica lo cual redundará, en primer lugar, en una menor posibilidad de accidentes y/o lesiones intraoperatorias (lesión de los nervios laríngeos y lesión de las glándulas paratiroides fundamentalmente). En segundo lugar, en una menor posibilidad de aparición de complicaciones en el periodo postoperatorio (distrés respiratorio en general y hematoma asfixiante en particular, hipocalcemia, crisis tirotóxica e hipotiroidismo). Y finalmente, en una mejor y más corta recuperación postanestésica.

Entre estos criterios hay que destacar:

—La *no* inclusión de pacientes operados previamente en la región cervical anterior.

—La *no* inclusión de pacientes con lesiones bilaterales, independientemente de su tamaño.

—La *no* inclusión de bocios gigantes, tanto simples como multinodulares.

—La *no* inclusión de bocios de componente intratorácico.

—La *no* inclusión de bocios hipertiroideos.

—La *no* inclusión de lesiones con certeza o alta sospecha preoperatoria de malignidad.

Según estos criterios de selección la intervención quirúrgica más adecuada para ser realizada mediante cirugía ambulatoria es la *lobectomía unilateral por nódulo tiroideo* sin sospecha ni certeza de malignidad, en pacientes no operados previamente en la región cervical anterior.

CONSIDERACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

La intervención ha de ser programada a una hora tal que permita la estancia del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria durante el tiempo suficiente para que se alcancen los requisitos médicos de seguridad, necesarios para el alta del enfermo. En este sentido es imprescindible la estancia durante un mínimo de 6-8 horas ya que es el periodo en el que aparecen la mayoría de los hematomas asfixiantes.

Debe evitarse la aparición de tos y/o vómitos en las primeras horas del postoperatorio porque pueden provocar que se suelte alguna de las ligaduras vasculares, o que se abra algún vaso no cauterizado inadvertidamente durante la intervención, originando un hematoma. En este sentido es importante evitar la administración de fármacos opiáceos. Además, algunos anestesiólogos aconsejan realizar profilaxis antiemética mediante administración intraoperatoria de fármacos (ondasetrón, metoclopramida, etc.) (3).

Un aspecto fundamental es prevenir la aparición de dolor postoperatorio incontrolable que en muchos casos es la causa de que no pueda darse el alta a estos pacientes. En este sentido se recomienda aplicar anestésicos locales en las suturas de los diferentes planos anatómicos.

CONSIDERACIONES RESPECTO AL POSTOPERATORIO

Al margen de las normas y protocolos generales establecidos en el postoperatorio inmediato de la cirugía mayor ambulatoria, hemos de considerar algunos aspectos específicos respecto a la cirugía del tiroides que pasamos a comentar.

Es aconsejable evitar la colocación de grandes apósitos en la incisión para facilitar la detección precoz de cambios como tumefacción y/o hematoma. Tanto el drenaje aspirativo como la herida quirúrgica, deben estar a la vista y deben ser rigurosamente controlados, especialmente durante las 6-8 primeras horas, periodo en el que aparecen la mayoría de los hematomas.

Hay que monitorizar mediante escala analógica-visual u oral el dolor, así como las náuseas y vómitos por ser, en muchos casos, una de las causas típicas de que no pueda darse el alta a estos pacientes. El lapso de tiempo que ha de transcurrir para probar tolerancia es variable en cada paciente, aunque puede considerarse en torno a las 3 horas.

La estancia postoperatoria de estos pacientes en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria antes de ser dados de alta, debe ser como mínimo de 8 horas desde la terminación de la intervención quirúrgica. Respecto al drenaje operatorio, se ha de retirar siempre y cuando el contenido total del mismo sea inferior a 10-20 cc.

Antes de que el enfermo abandone la unidad es necesario proporcionarle, de forma oral y escrita como a todos los pacientes de cirugía mayor ambulatoria, las instrucciones postoperatorias domiciliarias, haciendo especial referencia a los signos de alarma y la actuación que debe seguir ante los mismos.

Una vez que el paciente vuelve a su domicilio se establece el control postoperatorio domiciliario rutinario. Como en todos los pacientes de cirugía ambulatoria, ante la más mínima duda respecto a la aparición de complicaciones se hace acudir al hospital para valorar su situación.

Por último es necesario, al igual que en otros procesos, conocer cuál es grado de satisfacción de estos pacientes, el cual estará en relación con el índice de complicaciones y en este sentido lógicamente la satisfacción será mayor cuando estas sean menores, lo cual ocurre en los programas donde existe un criterio estricto de selección.

Por otro lado la satisfacción también está íntimamente ligada, por un lado, al grado de información que reciba el paciente respecto a todos los aspectos que afectan a este tipo de cirugía y, por otro, a los esfuerzos que se realicen

para que los pacientes comprendan y acepten las circunstancias en las que se va a realizar su operación de tiroides ambulatoria, así como las ventajas que ello les va a reportar.

A pesar de haberse cumplido todos estos factores, existen publicaciones sobre la cirugía tiroidea ambulatoria en las que hasta un 33% de los pacientes manifiesta que hubieran preferido permanecer una noche en el hospital tras la operación quirúrgica (7,9).

Como conclusión, se puede afirmar que si se realiza una rigurosa selección de los pacientes, y si son intervenidos con una técnica meticulosa por cirujanos experimentados, en el ámbito de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria que proporcione el adecuado soporte pre- y postoperatorio, la cirugía del tiroides es realizable ambulatoriamente.

No obstante siempre existe el reparo que se deriva de la posibilidad, probablemente remota pero cierta, de que se produzca alguna complicación domiciliaria de la gravedad del hematoma asfíxico, que es potencialmente mortal si no se actúa con carácter de extrema urgencia. Esto, unido al temor de un importante número de pacientes ante el hecho de no permanecer la primera noche tras la intervención en un medio hospitalario, hace que en la actualidad no estén completamente claros los beneficios para el paciente de la *cirugía ambulatoria* frente a la opción de la *cirugía de corta estancia* de una noche.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubin AD, Sharma PK. Complications of thyroid surgery. Última actualización: 14 septiembre de 2001. Available at: www.emedicine.com/ent/topic649.htm
2. Sánchez Blanco JM. Tiroidectomía en régimen de corta estancia. Libro de Ponencias del IV Congreso Nacional de CMA. La Coruña; 1999. p. 203-9.
3. Clark P, Ituarte P. Ambulatory thyroid surgery. Unnecessary and dangerous. *J Clin Endoc & Met* 1998; 83: 1100-3.
4. Lo Gerfo P, Gates R, Gazetas P. Outpatient and short stay thyroid surgery. *Head and Neck* 1991; 13: 97-101.
5. Hasanoglu M, Sahin E, Bulbuloglu M, Erbilin E. Complications of thyroid gland surgery. *Journal of Turgut Ozal Medical Center* 1997; 4: 80-3.
6. Chow TL, Chu W, Lim BH, Kwok SPY. Outcomes and complications of thyroid surgery: Retrospective study. *HKMJ* 2001; 7: 261-5.
7. Sardón Ramos JD, Martínez Blázquez C, Díez del Val I, et al. Cirugía ambulatoria endocrina de cuello. *Cir May Amb* 2003; 8 (1): 28-31.
8. Sahai A, Symes A, Jeddy T. Sort-stay thyroid surgery. *Brit J Surg* 2005; 92: 58-9.
9. Mowshenson PM, Hodin RA. Outpatient thyroid and parathyroid surgery: A prospective study of feasibility, safety and costs. *Surgery* 1995; 118: 1053-54.