



O-303 - SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA TIROIDAL AMBULATORIA EN UNA UNIDAD CON RESIDENTES: REVISIÓN DE 67 CASOS

G. Picart Solà, M. Prats Maeso, J. Barja Sánchez, J. de la Cruz Verdún, N. Ruiz Edo, Ll. Hidalgo Grau y X. Suñol Sala

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Resumen

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) se ha consolidado frente a la cirugía convencional por motivos de índole económica. Aun así, la CMA en tiroides no se ha generalizado al considerar que presenta unos riesgos asociados no asumibles por los cirujanos. Los resultados de la implicación de residentes en este campo de la cirugía no han sido valorados.

Objetivos: Describir los resultados en los pacientes propuestos para resección tirooidal via CMA desde febrero 2011 hasta abril 2014 y valorar las diferencias cirujano-dependientes según si el cirujano principal fue residente o facultativo adjunto.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los resultados obtenidos en cirugía tirooidal en régimen de CMA. Se valora la el primer cirujano, indicación quirúrgica, la evolución postoperatoria dentro de la Unidad de CMA y los resultados al año.

Resultados: Durante el período enero 2011-abril 2014 un total de 67 pacientes fueron propuestos para realizar cirugía tirooidal en régimen de CMA. En 31 casos (47%) el primer cirujano fue un residente (grupo R), mientras que en 35 casos (53%) fue un facultativo adjunto (grupo A). En el grupo R casi la totalidad de las cirugías fueron cirugías unilaterales: tiroidectomías totales unilaterales (TTU) en 23 casos (74,5%) y tiroidectomías casi totales unilaterales (TCTU) en otros 6 casos (19,4%). Sólo hubo un caso de cirugía bilateral y otro de istmectomía aislada (3,2%). En el grupo A se practicaron 22 TTU (62,9%) y 6 TCTU (17,1%). La cirugía bilateral (TTB) se realizó en 6 pacientes (17,1%). También hubo 2 istmectomías (5,7%). Se produjo un caso de hematoma (1,5%) en este grupo de pacientes. Se presentó a las 5 horas de la cirugía y fue resuelto con reintervención. Hubo dos casos de lesión parcial del nervio recurrente laríngeo (2,9%) que presentaron recuperación total al año, ambos en el grupo A. El porcentaje de ingresos fue del 19,4% en el grupo R y 22,9% en el grupo A, siendo un total de 14 pacientes en ambos grupos. Las causas fueron: 4 casos por error en la programación (16,7% en R y 37,5% en A), la presencia de equimosis en 3 ocasiones (33% de R y 12,5% de A), una paciente del grupo R presentó complicación anestésica (16,7%), 5 pacientes optaron al final por el ingreso convencional (33% en R y 37,5% en A).

Conclusiones: Si bien los procedimientos en el grupo A son de menor complejidad, predominando la unilateralidad, no se han observado diferencias en los parámetros evaluados según el cirujano principal fuera residente o facultativo adjunto. La implicación de residentes en grupos de cirugía

tiroidal no debe implicar cambios en los pacientes que se someten a esta cirugía en régimen de CMA. El hecho de tener residentes en la unidad no debe impedir la introducción de la CMA en la cirugía tiroidal. Para ello, es importante gozar de una unidad de CMA desarrollada con un programa de calidad que ofrezca al paciente seguridad plena.