



P-114 - DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOCALCEMIA TRAS TIROIDECTOMÍA TOTAL EN RÉGIMEN SIN INGRESO. PROTOCOLO PTH EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES

Díez Núñez, Ana; Álvarez Medialdea, Javier; Salas Álvarez, Jesús María; Carral Sanlaureano, Florentino; Cañavate, Consuelo; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Objetivos: Analizar los resultados posoperatorios en la detección precoz de riesgo de hipocalcemia tras tiroidectomía total basándonos en determinaciones de paratirina (PTH) intraoperatoria en régimen sin ingreso (CSI).

Métodos: Realizamos estudio prospectivo, observacional, durante el periodo entre enero 2021 y abril 2023, de un total de 118 pacientes que fueron intervenidos de tiroidectomía total. Los criterios de inclusión fueron pacientes con criterios de inclusión/exclusión de la ATA para el régimen de CSI. En este estudio se analizan los resultados de las diferentes determinaciones de PTH, los tratamientos de suplementación administrados y las complicaciones posoperatorias.

Resultados: Nuestro paciente estándar fue mujer (79,2%), 59 años, sobrepeso (IMC medio 28,2), ASA II (88%). Durante el estudio por Endocrinología se realiza analítica con perfil tiroideo (100%); metabolismo fosfocálcico (85%); PTH (65%); ecografía cervical (99,8%) y PAAF en el mismo porcentaje. La sospecha diagnóstica según Bethesda fue: I (2%), II (33,6%), III-IV (22,3%) y V-VI (31,3%). Incluimos en el protocolo la extracción de una primera determinación preoperatoria de PTH y calcio en sangre. Tras intervención quirúrgica, se realiza una segunda determinación de PTH y calcio en sangre a los 10 minutos de extracción de pieza y una tercera a las 4 horas. Las dos primeras mediciones nos permiten el inicio precoz de tratamiento profiláctico, de ser necesario, dentro de la Unidad. La variación con respecto a la tercera determinación, así como la valoración de síntomas y signos relacionados con la hipocalcemia, nos permitirá el ajuste del tratamiento definitivo previo al alta. En ese primer ajuste distinguiremos 3 escenarios: pacientes normocalcémicos con PTH > 20, que mantendremos sin suplemento; pacientes normocalcémicos con PTH entre 10-20, a los que administraremos bolo calcio iv y pasaremos a calcio oral 1 comprimido/8 h cuando tolere vía oral y pacientes normo o hipocalcémicos con PTH < 10, a los que pautaremos perfusión de calcio iv y pasaremos a calcio oral 2 comprimidos/8 h más calcitriol 1 comprimido/día. Manteniendo los puntos de corte previos, si tras la tercera determinación objetivamos un descenso total 60% del valor inicial, pese a que el paciente se encuentre en cifras de normocalcemia y asintomático, pautaremos calcio oral al alta y ajustaremos dosis según valor final de PTH. Con este nuevo protocolo, no hemos precisado prolongar estancia hospitalaria para el manejo de hipocalcemia ni observado reingresos. Del total de la serie, acuden al servicio de urgencias un total de 8 pacientes

(11,6%) refiriendo parestesias. De ellos, en tan solo 3 casos se objetivó hipocalcemia leve (superior a 7,5 mg/dl) que no precisaron ajuste de medicación.

Conclusiones: Según el porcentaje de caída de PTH respecto al valor inicial y a los valores de calcemia observados, con nuestro protocolo somos capaces de predecir aquellos pacientes en riesgo de hipocalcemia tras tiroidectomía total, permitiéndonos el ajuste de tratamiento previo a alta domiciliaria y reduciendo así la tasa de consultas en el servicio de Urgencias, prolongación de estancia o reingreso tras cirugía en régimen de corta estancia.