



O-162 - ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA RENTABILIDAD DE LA PTH POSTOPERATORIA

A.A. Fontalva Pico, G. Callejón Martín, C. Martínez Santos, M. Marcos Herrero, F. Rivas Ruiz, J. Díaz Jiménez, F. Lucena Navarro y N. Gándara Adán

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipocalcemia postoperatoria tras la tiroidectomía total es una complicación frecuente y potencialmente grave que puede aparecer hasta 72 horas después de la intervención. En los últimos años se ha comenzado a utilizar la PTH postoperatoria para predecir la aparición de dicha hipocalcemia, favoreciendo así el tratamiento precoz en unos casos y el alta en las primeras 24 horas en el resto de los pacientes. Nuestro objetivo es comprobar la seguridad de la PTH postoperatoria en nuestro centro y analizar la rentabilidad de la misma tras la instauración de dicho protocolo.

Métodos: Se estableció un protocolo postoperatorio con controles a las 6 horas (calcio corregido e iónico) y a las 24 horas (calcio corregido, iónico y PTH). Se establecieron como criterios de alta mínimos: calcio corregido de 7,8 mg/dl y calcio iónico de 1,05 mg/dl mantenidos y PTH mayor de 15 pg/ml. Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes con tiroidectomía total o hemitiroidectomía totalizadora hasta $n = 100$. Se recogieron datos preoperatorios como variables sociodemográficas e indicación quirúrgica, intraoperatorios como técnica quirúrgica y postoperatorios como niveles de calcemia, PTH y complicaciones. Se seleccionaron los pacientes que cumplieren criterios de alta según límite de PTH = 15 ng/dl y se compararon las variables independientes con test de chi-cuadrado para variables cualitativas, y test de U de Mann-Whitney para las cuantitativas. Se correlacionaron con test de Pearson valores cuantitativos de PTH y calcemia a las 24 horas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. Se consultaron datos económicos oficiales actualizados relacionados con la tiroidectomía en nuestro centro.

Resultados: La medida de la PTH postoperatoria estuvo disponible en 91/100 casos (8 días festivos y 1 problema técnico en laboratorio). En 29/91 (32%) la PTH postoperatoria fue menor de 15 pg/dl (grupo A, no altable) y en 62/91 (68%) igual o superior a 15 pg/dl, si bien hubo 17 casos en los que no se cumplían otros criterios de alta, siendo finalmente 45/91 (49,5%) dados de alta en 24 horas (grupo B, altable). Al comparar ambos grupos, hubo tendencia a encontrar más casos en el grupo A de bocio endocrítico ($p = 0,06$) y paratiroides en la pieza ($p = 0,05$). No influyeron otros factores como la naturaleza de la lesión o la cirugía previa, si bien hubo más casos altables tras tiroidectomía totalizadora que tras total o con vaciamiento central asociado (92,9% vs 66,7% vs 55,6%). A las 24 horas, no hubo buena correlación entre las cifras de PTH y las de calcemia. No hubo reingresos. El

gasto añadido de la determinación de la PTH postoperatoria fue de 3 euros y el gasto asociado a un día de estancia de 495 euros, por lo que la implantación de dicho protocolo en 100 pacientes consecutivos supuso un ahorro aproximado de al menos 22.000 euros.

Conclusiones: La determinación de PTH postoperatoria a las 24 horas permite el alta precoz tras la tiroidectomía total en aproximadamente la mitad de los pacientes. Dicho método parece seguro y rentable en nuestro medio.