



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS
TIROIDECTOMÍAS: UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

Alfonso Gutiérrez Rodríguez

Tutora: María Teresa Moreno Durán

Cotutora: Verónica Velasco González

RESUMEN

Introducción: Los cuidados de enfermería post-operatorios en las tiroidectomías se enfocan en las principales complicaciones que aparecen tras la intervención, tanto fisiológicas (hipotiroidismo, hipocalcemia, afectación del nervio laríngeo recurrente y hemorragias) como psicológicas (preocupación y ansiedad al alta). El objetivo de esta revisión es definir los cuidados de enfermería más eficaces en el postoperatorio inmediato y tardío de una tiroidectomía, teniendo en cuenta todas las necesidades del paciente y dando importancia a la atención post-hospitalaria.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática en la que se incluyeron artículos obtenidos tras realizar una búsqueda en las bases de datos científicas PubMed, Scopus y CINAHL complete, así como en la Asociación Americana del Tiroides. Se excluyeron aquellos artículos que no valorasen la fase post-operatoria de la intervención, que se centrasen en un caso extraordinario o que sólo tuviesen en cuenta el punto de vista económico.

Resultados: Se han desarrollado los cuidados de enfermería más eficaces ante cada una de las complicaciones más comunes en una tiroidectomía de acuerdo a la literatura recogida en los 18 estudios seleccionados además del propio contenido de la Asociación Americana del Tiroides.

Discusión: Aunque todos los artículos incluyen cuidados de enfermería propios de la tiroidectomía, no todos tienen la misma fiabilidad. Para decidir que estudios tienen más peso se ha realizado una comparación basada en los niveles de evidencia y los grados de recomendación del JBI

Conclusión: Se deben realizar controles rutinarios para valorar los niveles de calcio y hormonas tiroideas en sangre, además de realizar un correcto uso de la medicación. Para evitar problemas respiratorios relacionados con los hematomas y el nervio laríngeo recurrente se debe mantener el cabecero elevado a 30°-45°. Antes del alta médica, los pacientes deben recibir una buena formación relativa a su patología, así como ser involucrados en sus cuidados. Después del alta se debe realizar un seguimiento telefónico para detectar complicaciones de forma precoz.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IV
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	IV
INTRODUCCIÓN.....	5
I. HIPOTIROIDISMO	5
II. HIPOCALCEMIA	6
III. HEMATOMAS	6
IV. AFECTACIÓN NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE	6
V. ATENCIÓN POST HOSPITALARIA.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA.....	8
RESULTADOS	10
I. HIPOTIROIDISMO	11
II. HIPOCALCEMIA	12
III. HEMATOMAS	13
IV. AFECTACIÓN NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE	14
V. EDUCACIÓN PARA LA SALUD INTRAHOSPITALARIA	15
VI. ATENCIÓN POST-HOSPITALARIA	16
VII. ESTANCIA EN UNIDAD DE REANIMACIÓN.....	17
DISCUSIÓN.....	17
I. HIPOTIROIDISMO	17
II. HIPOCALCEMIA.....	18
III. HEMATOMA	19
IV. AFECTACIÓN NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE	20
V. EDUCACIÓN PARA LA SALUD INTRAHOSPITALARIA	21
VI. ATENCIÓN POST-HOSPITALARIA	22
VII. ESTANCIA EN UNIDAD DE REANIMACIÓN.....	23
IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	23
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	23
ESQUEMA DAFO	24
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXO 1.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Esquema PICO de la revisión sistemática..... 8
- Tabla 2. Criterio de selección de los estudios. 9
- Tabla 4. Análisis DAFO..... 24
- Tabla 3. Principales características de los estudios seleccionados. 30

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Estrategia de búsqueda. 10

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- **ATA:** Asociación Americana del Tiroides / American Thyroid Association.
- **DAFO:** Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades.
- **G.R:** Grado de recomendación.
- **JBI:** Insituto Joanna Briggs / Joanna Briggs Institute.
- **N.E:** Nivel de evidencia.
- **PICO:** Paciente-Intervención-Comparación-Resultados.
- **PTH:** Hormona paratiroidea.

INTRODUCCIÓN

Como productora de las hormonas tiroideas, la glándula tiroides juega un papel fundamental en el metabolismo general y el equilibrio electrolítico. Las alteraciones en la función de la hormona tiroidea pueden tener efectos a nivel general, llegando incluso a ser potencialmente mortales (1).

Las tiroidectomías se han convertido en unas de las intervenciones más frecuentes a nivel hospitalario (2), y la más común a nivel de cirugía endocrina (3). Las indicaciones más comunes incluyen el tratamiento de nódulos tiroideos, bocios grandes o sintomáticos, cáncer de tiroides o tirotoxicosis que son refractarios a los tratamientos médicos (3). El índice de mortalidad asociada a esta intervención es prácticamente de cero (1), siendo la tiroidectomía una técnica segura y eficaz, con unos indicadores de calidad difíciles de superar (3). Sin embargo, durante el postoperatorio, tanto inmediato como tardío, siguen apareciendo complicaciones muy importantes que afectan a la calidad de vida del paciente. Estas incluyen el hipotiroidismo, la hipocalcemia, la lesión del nervio laríngeo recurrente, la aparición de hemorragias y las principales preocupaciones de los pacientes tras el alta hospitalaria (1,2,4), como los problemas en relación al trabajo y la recreación, o las dificultades para comer y beber (1).

HIPOTIROIDISMO

El hipotiroidismo es la consecuencia más común tras una tiroidectomía, con una prevalencia de entre el 30% y el 60% (5). El principal motivo para su desarrollo es la enfermedad autoinmune o la destrucción iatrogénica de las glándulas tiroideas. Entre las causas iatrogénicas encontramos la extirpación quirúrgica o la irradiación del tejido tiroideo, así como los medicamentos que suprimen la función tiroidea, como son los antitiroideos y el litio. La deficiencia de hormonas tiroideas provoca un enlentecimiento de los procesos metabólicos. Las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo aparecen de forma progresiva, tardando incluso meses o años en desarrollarse. Debido a estas condiciones inespecíficas y de lenta aparición, los síntomas pueden pasar desapercibidos o ser ignorados(6).

HIPOCALCEMIA

La hipocalcemia es una de las complicaciones más comunes tras la tiroidectomía. La incidencia de la hipocalcemia transitoria tras una tiroidectomía total es del 27,5% (4). Esta disminuye hasta el 3,6% pasado los 6 primeros meses, y la prevalencia de la hipocalcemia permanente es del 1,5-4%. Entre los principales factores de riesgo de la hipocalcemia se encuentran el hipoparatiroidismo, la hipomagnesemia, un déficit de vitamina D preoperatorio y la tiroidectomía total (4). Además de los principales síntomas de hipocalcemia, como las parestesias o la excitabilidad neuromuscular, esta enfermedad repercute negativamente en los pacientes en otros aspectos, debido a las estancias prolongadas en el hospital y a su diagnóstico desfavorable, que afecta a su calidad de vida, generando una dependencia farmacológica y hospitalaria de por vida (4).

HEMATOMAS

Debido a la gran vascularización de la glándula tiroides, su intervención puede desarrollar problemas graves como son hemorragias, hematomas o disneas asociadas a la obstrucción de las vías respiratorias, debido a la compresión que estos hematomas provocan en la tráquea (3,7). Por este motivo, después de una tiroidectomía es tarea de enfermería colocar al paciente en la posición adecuada, así como monitorizar sus constantes vitales y el contenido del drenaje, lo que permite detectar precozmente problemas respiratorios o de sangrado(8). La monitorización de la frecuencia respiratoria es imprescindible, ya que aporta información clave sobre el estado respiratorio del paciente, pudiendo identificar la aparición de hematomas o sangrados que puedan provocar un hematoma sofocante, sobre todo en pacientes hipertensos que por su patología son más propensos a dicha complicación (7).

AFECTACIÓN NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE

La afectación del nervio laríngeo recurrente está estrechamente relacionada con su cercanía a la glándula tiroides, pudiendo lesionarse durante la intervención. Debido a su localización, el riesgo puede aumentar dependiendo del tipo de operación, de la patología tiroidea, de la extensión del tejido extirpado y de la experiencia del cirujano. Los síntomas de una afectación

unilateral del nervio laríngeo recurrente son ronquera o disfonía. La disfonía temporal aparece en el 5-11% de los casos, pudiendo ser permanente en el 1-3,5%. Además, esta lesión se relaciona comúnmente con una disnea de las vías respiratorias altas, así como de problemas al tragar. Aunque menos común que la anterior, con apenas un 0,4% de incidencia, también existe la afectación bilateral del nervio laríngeo recurrente, que puede producir una disnea potencialmente mortal (9).

ATENCIÓN POST HOSPITALARIA

Además de las complicaciones clínicas, que requieren de cuidados específicos en el ambiente hospitalario, también se han de tener en cuenta las necesidades que tienen los pacientes en su domicilio tras recibir el alta médica. Los avances en tecnología y medicina han acortado los tiempos de ingreso (10). La escasa educación y a la desinformación a la que se somete el paciente tras el alta hospitalaria produce en muchos casos ansiedad y sentimientos de dependencia, que terminan por solucionarse con una visita médica no planificada (10). Como añadido, muchos estudios se centran únicamente en las alteraciones clínicas que aparecen tras una tiroidectomía, sin embargo es importante indagar acerca de los problemas que los pacientes experimentan en su día a día, relacionados con la alimentación, el cuidado personal o sus capacidades para vestirse, moverse, dormir, trabajar, realizarse y comunicarse (1).

JUSTIFICACIÓN

La tiroidectomía es una de las cirugías más comunes en el ámbito hospitalario, que se ha convertido en una técnica muy segura y eficaz, con un índice de mortalidad muy bajo. A pesar de esto, las complicaciones post-operatorias siguen existiendo, con una prevalencia nada despreciable.

Además de las complicaciones puramente clínicas, los pacientes experimentan ansiedad debido a las dudas que les genera el alta hospitalaria, cada vez más precoz. Este proceso no sólo se relaciona con los problemas de salud propios del post-operatorio de la tiroidectomía, sino que afecta a aspectos básicos de la vida de los pacientes, los cuales ven reducida su calidad de vida durante este periodo, desencadenando una serie de visitas médicas no planificadas.

Por estos motivos, es de vital importancia ofrecer unos cuidados de calidad, tanto intrahospitalarios como post-hospitalarios, que permitan eliminar o reducir al máximo los problemas derivados de una tiroidectomía.

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta revisión sistemática es definir los cuidados de enfermería más eficaces en el postoperatorio inmediato y tardío de una tiroidectomía.

Los objetivos secundarios son destacar la importancia de la atención médica tras el alta hospitalaria, teniendo en cuenta todas las necesidades del paciente; así como evitar las visitas médicas no planificadas tras la intervención.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura relacionada con las tiroidectomías, utilizando las principales bases de datos científicas, para así lograr los objetivos anteriormente expuestos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para realizar este estudio, se empleó el esquema PICO de la tabla 1, proponiendo la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los mejores cuidados de enfermería para reducir o eliminar las complicaciones más frecuentes que aparecen tras una tiroidectomía?

Tabla 1. Esquema PICO de la revisión sistemática.

P	I	C	O
Pacientes a los que se les ha realizado una tiroidectomía	Definir los cuidados de enfermería más eficaces tras una tiroidectomía	No procede	Reducir o eliminar las complicaciones más frecuentes tras una tiroidectomía

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos del ámbito sanitario PubMed, Scopus y CINAHL complete. Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron las palabras clave “Tiroidectomía”, “Enfermería” y sus respectivos sinónimos en inglés y castellano. Se empleó el operador booleano “AND” para incluir literatura que incluyese ambos términos. La búsqueda se limitó a artículos publicados entre los años 2010 y 2022, en inglés y castellano. Además de esta búsqueda en bases de datos científicas también se revisó la ATA (11), una de las organizaciones más relevantes respecto a este tema.

ESTRATEGIA DE SELECCIÓN

Se realizó una lectura de los títulos de las publicaciones, así como de sus resúmenes, para comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión que se muestran en la tabla 2. Los estudios seleccionados tienen en cuenta en su contenido alguna de las complicaciones derivadas de una tiroidectomía. Algunos artículos exponen la etiología y los factores de riesgo que predisponen al paciente a sufrir una de esas patologías, mientras que otros proponen cuidados de enfermería para minimizar la aparición o el efecto de las complicaciones.

Tabla 2. Criterio de selección de los estudios.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estudios llevados a cabo en pacientes a los que se les ha realizado una tiroidectomía.	Estudios que no tengan en cuenta la fase post-operatoria de una tiroidectomía.
Publicaciones que incluyan la fase post-operatoria.	Artículos que incluyan casos extraordinarios.
Estudios que tengan en cuenta las tiroidectomías desde un punto de vista asistencial.	Estudios que únicamente valoren las tiroidectomías desde un punto de vista económico
Artículos que expongan cuidados de enfermería aplicados tras una tiroidectomía.	Artículos que únicamente describan la tiroidectomía desde el punto de vista de la fase quirúrgica.

HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

La calidad metodológica de los estudios seleccionados se analizó según los criterios de validez metodológica establecidos por los niveles de evidencia del JBI (12). El grado de recomendación y nivel de evidencia de los estudios seleccionados se exponen en la tabla 3 del anexo 1.

RESULTADOS

Como se muestra en la figura 1, de los 367 artículos encontrados en tres bases de datos distintas, y utilizando las palabras clave junto al operador booleano, sólo 19 (tabla 3), además de la literatura de la propia ATA (11), cumplían los criterios de inclusión anteriormente descritos, siendo finalmente incluidos en la revisión.

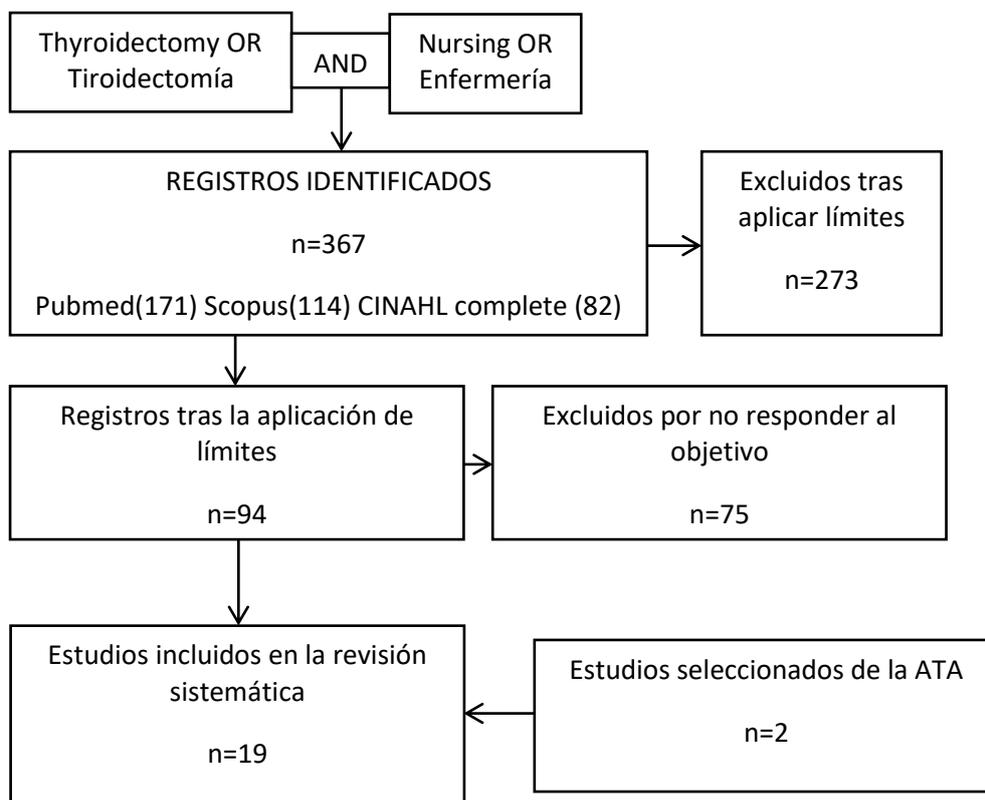


Figura 1. Estrategia de búsqueda.

A continuación se exponen los resultados de los estudios anteriormente citados, ordenándolos de forma descendente según la importancia de los cuidados y complicaciones que incluyen.

HIPOTIROIDISMO

La levotiroxina, reemplazo sintético de la hormona tiroidea, es el principal fármaco utilizado en el tratamiento del hipotiroidismo. El mejor momento para tomar la medicación es en ayunas a primera hora de la mañana, debido a que la comida en el estómago puede afectar su absorción. Lo más importante es ser constante en la toma de la medicación, haciéndolo siempre a la misma hora y evitando olvidos (13).

Debido a la naturaleza sintomática del hipotiroidismo, por la cuál es posible pasarla por alto, es necesario controlar el estado fisiológico del paciente, así como sus signos vitales (6).

Se debe vigilar la sintomatología propia del hipotiroidismo. Un empeoramiento de estos síntomas (hipotermia, bradicardia, hipotensión arterial...) puede desencadenar un coma mixedematoso, una complicación rara y potencialmente mortal, que provoca un deterioro neurológico, causando depresión respiratoria y colapso cardiovascular (6).

Además de realizar una vigilancia de los signos y síntomas, es necesario realizar analíticas de control periódicamente. La levotiroxina altera el efecto de los anticoagulantes, así como puede afectar los niveles de glucosa en sangre. Por estos motivos es imprescindible vigilar tanto los niveles de hormonas tiroideas como los de glucosa en sangre, además de los de protrombina en pacientes anticoagulados. Estos controles ayudan a la hora de regular las dosis de medicamento, lo que evita la aparición de futuros problemas (6).

En cuanto al estado nutricional, se debe controlar diariamente el peso de los pacientes y vigilar la ingesta, para evitar el aumento de peso propio del hipotiroidismo (6).

Los pacientes con hipotiroidismo pueden padecer de hiperlipidemia o disfunción hepática. Esto es debido a que los niveles de hormona tiroidea mantienen una estrecha relación con los niveles de lípidos, por lo que niveles bajos de estas hormonas provocan disfunción de las enzimas hepáticas (5).

HIPOCALCEMIA

La hipocalcemia es una complicación muy frecuente tras una tiroidectomía bilateral. Para su detección se requiere de controles analíticos que deben realizarse precozmente. La determinación de calcemia alcanza su máxima fiabilidad a las 72 horas tras la cirugía. La medición de las hormonas paratiroideas en las primeras 24 horas es de gran ayuda para predecir la hipocalcemia. Los valores de referencia de hormonas paratiroideas varían, por lo que realizar una medición de estos niveles pre y postoperatorios ofrece los resultados más exactos. La disminución más predictiva de estas hormonas ronda el 40-75% tras la tiroidectomía. En caso de no disponer de cifras de hormonas paratiroideas fiables para realizar la comparación, el punto de corte se establece en 15 pg/ml. Al asociar esta medición con la calcemia, la fiabilidad obtenida es la máxima. Pacientes con dosis mayores no precisarán de tratamiento siempre y cuando mantengan una calcemia por encima de 8pg/ml, y se tratará con dosis bajas de calcio en caso de no superar esa cifra. Si las cifras de PTH son menores de 15 pg/ml, el fármaco de elección es el calcitriol, análogo de la vitamina D (14). Las cifras de hipocalcemia son menores en pacientes tratados con suplementos de calcio, y disminuyen aún más al combinarlo con vitamina D. Por ello, un paciente que reciba el alta médica deberá tomar suplementos de calcio y/o vitamina D las dos primeras semanas tras la intervención (2).

Además de los rutinarios controles analíticos de calcio, existen otras maniobras utilizadas para la detección de la hipocalcemia. Entre ellas destacan el signo de Trousseau y el de Chvostek. El primero aparece cuando, tras inflar el manguito del esfigmomanómetro 20 mmHg por encima de la presión arterial sistólica durante 3 minutos, aparece la mano de partera, en la que se flexiona la articulación de la muñeca y las metacarpofalángicas, se produce una hiperextensión de los dedos y el pulgar se flexiona sobre la palma de la mano. Este signo se da en hipocalcemias con niveles de calcio ionizado de entre 1,75 y 2,25 mmol/L (15). El signo de Chvostek, o tetania latente, consiste en golpear el nervio facial (por delante del conducto auditivo externo, bajo el arco cigomático) produciendo una contracción de los músculos faciales en caso de hipocalcemia (16).

HEMATOMAS

Las hemorragias o hematomas cervicales son complicaciones poco comunes tras la práctica de una tiroidectomía, pero pueden ser potencialmente mortales (7). Los problemas asociados a ellas no son únicamente vasculares, sino que tienen implicación directa en la capacidad respiratoria del paciente (7) al provocar un hematoma sofocante, debido a un cúmulo de sangre que, dada la escasa distensibilidad y el poco espacio del espacio cervical, termina comprimiendo la vía aérea y provocando asfixia (17). Si esta situación persiste sería necesario realizar una traqueotomía temporal para así mantener la vía aérea permeable (9).

Para prevenir el acúmulo de sangre y la formación de hematomas, es importante regular la elevación del cabecero. La ATA (11) recomienda colocar al paciente en la posición de Fowler, elevando el cabecero a 45°, lo que facilita el retorno venoso de la cabeza y del cuello, previniendo la aparición de hematomas en la zona de incisión (18). A pesar de dicha recomendación, un estudio realizado en el Hospital Universitario de Estambul muestra que la posición de supino y semi-Fowler también pueden ser utilizadas. Este estudio demuestra que no existe una diferencia clara entre las tres posiciones en lo que a saturación de oxígeno se refiere. Sin embargo, el acúmulo de sangre es mayor en la posición de supino que en Fowler. Además, ningún paciente presentó disnea en posición de semi-Fowler, mientras que sí se dieron casos en las otras dos (8).

Una vez aparecen, el tratamiento de los hematomas cervicales consiste en evacuar su contenido, utilizando drenajes pasivos o de succión. En caso de hematomas no compresivos, sería suficiente con descomprimir utilizando una aspiración con aguja. Es indispensable lavar cuidadosamente la herida quirúrgica para identificar el origen del sangrado. Una vez determinado el origen, y colocado el drenaje, se deben vigilar las colecciones recurrentes (9). Se realizará una vigilancia tanto del débito como del aspecto del drenaje, ya que si en 24 horas el contenido es hemático y supera los 50cc, se debe descartar el hematoma cervical y no retirar el drenaje (14). La retirada del drenaje depende de su propio contenido y de la preferencia del médico

responsable. Se debe tener en cuenta que la presencia de un drenaje quirúrgico conlleva la existencia de un riesgo de infección, que aumenta con el tiempo. Por ello la mayoría de drenajes se retiran a las 24 o 48 horas tras su colocación. Una vez retirado, se deben realizar curas compresivas, utilizando el material pertinente. El paciente debe tener el apósito durante los siguientes 4 o 5 días, tiempo en el que se drena el líquido residual. Las curas y cambio de apósito se deben realizar cuando precisen, pero al menos una vez al día (19).

La prevención y tratamiento de los hematomas implica un menor riesgo respiratorio para el paciente. Aun así, es importante realizar una monitorización continua, no invasiva y en tiempo real de las constantes vitales, especialmente de la frecuencia respiratoria, dando importancia a la aparición de taquipnea. Esto permite obtener información actualizada que contribuye a detectar, de forma precoz, complicaciones que podrían poner en riesgo la vida del paciente(7).

AFECTACIÓN NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE

El tratamiento y los cuidados de la afectación del nervio laríngeo recurrente se centran en la sintomatología (9), por lo que debemos llevar a cabo una evaluación de la fonación y la deglución, dos de las principales aptitudes que se ven mermadas por la afectación de este nervio (14). Uno de estos síntomas es la parálisis bilateral de las cuerdas vocales, que provoca una disnea aguda en el momento de la extubación, obligando a la inmediata re-intubación del paciente. Las actuaciones que se llevan a cabo entonces son dirigidas a restablecer y mantener la ventilación. Se inicia un tratamiento con corticoesteroides durante 48h para disminuir el edema laríngeo, junto a antibióticos. Se vuelve a reintentar la extubación, pero esta vez en quirófano con ayuda del laringoscopio. Si persiste la inmovilidad de las cuerdas vocales y la disnea, se realiza una traqueotomía. A largo plazo se espera ofrecer una calidad de vida satisfactoria, retirando la traqueotomía y recuperando la capacidad vocal y deglutoria (9).

Otro de los principales síntomas causados por esta complicación, en relación a la comunicación, es la dificultad de los pacientes para elevar la voz, así como al

cambiar a un tono de voz más grave (1). Para estas complicaciones se recomienda la rehabilitación de la voz, que aunque no contribuye a la re-inervación del nervio, produce una mejoría en la función respiratoria y un gran beneficio psicológico (9).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD INTRAHOSPITALARIA

Hoy en día, la tiroidectomía es una intervención que no requiere de varios días de ingreso, por lo que los pacientes obtienen el alta médica pocos días después de haberse sometido a la cirugía. Debido a esta fugaz estancia en la unidad hospitalaria, el personal de enfermería cuenta con menos tiempo de trato con el paciente, otorgando prioridad a los cuidados técnicos por encima de la educación del paciente al alta. Esta falta de conocimiento sobre su propia patología genera en el paciente una sensación de ansiedad e inseguridad, que terminan resultando en visitas médicas no planificadas. Las enfermeras deben desarrollar nuevas estrategias en cuanto a educación al alta se refiere, identificando cuales son las prioridades de los pacientes y la información que más requieren por parte de los profesionales sanitarios. Los resultados de varios estudios sugieren que las principales preocupaciones e intereses de los pacientes intervenidos del tiroides tras su alta están relacionados con el tratamiento farmacológico y las complicaciones resultantes de la cirugía. Una contundente educación para la salud antes del alta médica disminuiría la ansiedad del paciente, mejorando su calidad de vida y disminuyendo las visitas médicas no planificadas (10). Conociendo cuales son las principales preocupaciones de los pacientes, las recomendaciones de enfermería deberían ir dirigidas a ellas, proponiendo, por ejemplo, un correcto cuidado de la piel y de la incisión quirúrgica, y explicando la forma de tomar la medicación pautada.

La creación de una unidad de corta estancia acortaría los tiempos de ingreso hospitalario de los pacientes sometidos a tiroidectomía, pero a su vez permitiría llevar a cabo unos cuidados más individualizados y precisos, y sería posible aumentar el tiempo dedicado a la educación para la salud de estos pacientes. Los pacientes acogidos en esta unidad serían dados de alta antes que los de una unidad general, además de sentirse más seguros y preparados para retomar sus vidas (20).

Por otra parte, se debería considerar la opción de involucrar al paciente en sus cuidados, explicando el plan de acción que se va a seguir y dotándolo de material escrito, para que sepa qué resultados esperar de este proceso. Esto evitaría muchas consultas innecesarias, ya que el paciente tendría conocimiento de los pasos que se están llevando a cabo, así como de los plazos establecidos, y sabría discernir mejor los casos en los que sería necesario consultar con profesionales (10).

ATENCIÓN POST-HOSPITALARIA

Como complemento a esta educación sobre la salud, el seguimiento post-hospitalario cumple una función crucial en el proceso de recuperación del paciente. La forma más efectiva, cómoda y rápida de realizar este seguimiento es mediante llamadas telefónicas. Esta comunicación telefónica permite al paciente expresar sus preocupaciones, tanto aquellas relacionadas con la sintomatología que padece como las que tratan sobre las dificultades que encuentran en las actividades de su día a día (1). Esto hace que el personal de enfermería sea capaz de identificar y tratar posibles complicaciones antes de que se desarrollen, así como asesorar a aquellos pacientes que tenían pensado acudir al servicio de urgencias por motivos que se pueden solventar en su domicilio. En ambos casos, la actuación del personal de enfermería consigue reducir gastos, ya que impide que las complicaciones avancen, disminuyendo el coste de su tratamiento, y evita que pacientes con complicaciones de fácil solución acudan al servicio de urgencias, restando carga asistencial y ahorrando tiempo y dinero a ese servicio (21).

Los problemas relacionados con la imagen corporal son una de las principales preocupaciones que tienen los pacientes que han sido sometidos a una tiroidectomía, y uno de los más difíciles de abordar desde enfermería, ya que es un aspecto muy personal. El 10% de ellos reconocen este sentimiento el primer día tras la intervención, que perdura incluso hasta la tercera semana (3,3%) (1). En los últimos años, el desarrollo de los accesos remotos con robots ha provocado una disminución de la morbilidad quirúrgica, así como han logrado evitar u ocultar cicatrices tras la intervención, reduciendo los complejos asociados a la imagen corporal y favoreciendo la comodidad del paciente

consigo mismo (3). Para mejorar la apariencia de la cicatriz se recomienda cuidar la piel tras la retirada de la sutura, evitando la hiperpigmentación (utilizando crema de protección solar alta durante al menos un año) y realizando masajes en el cuello para evitar adherencias (22).

ESTANCIA EN UNIDAD DE REANIMACIÓN

Algunas de las complicaciones que pueden comprometer la vida del paciente tras someterse a una tiroidectomía aparecen en el post-operatorio inmediato, por lo que se entiende una fase clave en la recuperación del paciente.

Para un mejor control de dichas complicaciones, el paciente ingresará en la unidad de reanimación, donde se recomienda una estancia mínima de 6 horas. La ingesta oral se inicia una vez transcurridas entre 4 y 6 horas tras la cirugía, siempre y cuando el paciente no presente náuseas, vómitos, dolor o cualquier otra complicación (14).

Para aliviar el dolor de garganta y la sequedad de la boca, se recomienda realizar gárgaras con solución salina a partir de las 5 horas y media tras la cirugía, ya que antes de este tiempo no se ha demostrado una eficacia real (23).

DISCUSIÓN

Todos los artículos seleccionados exponen cuidados de enfermería para reducir o eliminar las complicaciones propias de una tiroidectomía, pero debido a la heterogeneidad de diseños y de calidad metodológica de los artículos seleccionados, no todos tienen la misma fiabilidad, por lo que se debe llevar a cabo una comparación de sus niveles de evidencia y grados de recomendación según el JBI (12).

HIPOTIROIDISMO

La ATA recomienda tomar la medicación pautada en ayunas, y en caso de no ser posible insisten en la importancia de que se haga siempre a la misma hora, evitando olvidos (13). Debido a que los otros artículos seleccionados no incluyen información sobre este aspecto, no es posible rebatir estos datos, y teniendo en cuenta la importancia a nivel mundial de la ATA se puede considerar esta recomendación como fiable.

Otro de los aspectos que los demás artículos incluyen en su literatura es la necesidad de realizar controles analíticos de la hormona tiroidea. Uno de los artículos (5) es un ensayo controlado aleatorizado, con un nivel de evidencia de 1c, que en su contenido demuestra que los niveles de hormona tiroidea están estrechamente relacionados con los niveles de lípidos, mientras que otro artículo (6), un estudio descriptivo con una evidencia de 4c, expone la relación entre los niveles de hormona tiroidea y los de glucosa y protrombina en sangre. A pesar de que el primer ensayo tiene un nivel de evidencia superior, sus resultados no se solapan y son compatibles con los del segundo estudio, por lo que la recomendación sería llevar a cabo controles de hormona tiroidea para comprobar si la protrombina, la glucosa o los lípidos se ven alterados.

HIPOCALCEMIA

Uno de los artículos seleccionados, un estudio descriptivo que presenta un nivel de evidencia 4a (14), se centra en el tratamiento de la hipocalcemia desde un punto de vista farmacológico, pautando una medicación que impida la reducción de sus niveles y realizando controles analíticos de calcio. Una revisión sistemática y meta-análisis de evidencia 1a (2), completa esta información, ya que recomienda el tratamiento de la hipocalcemia con suplementos de calcio y/o vitamina D. A pesar de que en el mismo artículo se reconoce la falta de investigación en el aspecto coste-efectivo y en la administración de la medicación, la eficacia terapéutica es evidente, por lo que teniendo en cuenta la gran fiabilidad del estudio se pueden aplicar los resultados obtenidos a la práctica clínica. A pesar de que ambos artículos se complementan entre sí y no presentan conflicto entre sus resultados, se pueden considerar escasos con respecto a los cuidados de enfermería propios de la enfermería.

Respecto a este problema, se han seleccionado dos estudios más cuyo contenido completa el del anterior, incluyendo alguno de los cuidados de enfermería que con más frecuencia se realizan en estos pacientes. Uno de ellos, un estudio de un caso con un nivel de evidencia de 4d (15), presenta el signo de Trousseau como uno de los cuidados que se deben llevar a cabo para valorar los niveles de calcio. Este artículo recalca que el signo de Trousseau es

eficaz en la hipocalcemia siempre y cuando los niveles de calcio sérico se encuentren entre 1,75 y 2,25 mmol/L, dato que no es contrastable con la bibliografía seleccionada en esta revisión. Otro estudio descriptivo con un nivel de evidencia de 4a (16) incluye el Signo de Chvostek como otro de los cuidados a realizar.

Estos dos artículos, a pesar de no poseer los niveles de evidencia más altos, logran completar la información que ofrecía el primero y aportar contenido al tema principal de la revisión que son los cuidados de enfermería.

HEMATOMA

Dos artículos coinciden en la peligrosidad que supone la aparición de un hematoma en la zona cervical. Uno de ellos, un estudio descriptivo transversal con un nivel de evidencia 4b (17), nombra el hematoma sofocante como el peor de los casos que se pueden dar por la ocupación de la región cervical con sangre, y aunque el otro, un estudio de un caso con un nivel de evidencia de 4d (7), no lo cite textualmente, coincide en la peligrosidad de los síntomas propios del hematoma sofocante.

Este último artículo hace hincapié en la necesidad de monitorizar al paciente para detectar precozmente complicaciones que puedan aparecer en relación a la vía aérea.

También como prevención de la aparición de hematomas se debe colocar al paciente en una posición determinada. Según una declaración de la ya nombrada ATA a partir de una revisión sistemática de evidencia 1b (18), la posición ideal es la de Fowler, con el paciente en 45°. Sin embargo, un ensayo controlado aleatorizado, con un nivel de evidencia 1c, realizado en Estambul, demuestra que las posiciones de supino y semi-Fowler no suponen una diferencia en lo que a saturación de oxígeno se refiere. Este estudio expone la mayor aparición de hematomas en la posición de supino, y la menor aparición de disnea en semi-Fowler. Por estas razones y teniendo en cuenta la gran fiabilidad y nivel de evidencia de ambos estudios, se recomienda colocar al paciente en posición de Fowler o semi-Fowler, ya que las posibilidades de que aparezca una complicación son similares en ambas.

En caso de que la prevención no sea eficaz o que el hematoma ya esté instaurado, se debe proceder a eliminarlo. Según una revisión sistemática de evidencia 1b (9), la mejor manera de tratar un hematoma cervical es lavando la zona, localizando el sangrado, colocando un drenaje y vigilando la colección. Un estudio descriptivo con un nivel de evidencia 4a (14) rebate la opción de colocar drenajes de forma automatizada, sino que defiende su colocación de forma selectiva.

La fiabilidad del primer artículo es mayor que la del segundo, pero teniendo en cuenta que este matiza al primero, se recomienda colocar un drenaje en la región cervical sólo de forma selectiva, es decir, cuando el hematoma esté presente o para prevenir que se forme si hay indicios de ello. Lo más importante, y algo en lo que ambos textos coinciden, es la vigilancia del contenido del drenaje, ya que si en 24 horas su aspecto es hemático y supera los 50cc se debe descartar un hematoma cervical pero no se debe retirar el drenaje.

Un estudio descriptivo, con una evidencia 4b (19), expone que el drenaje se retira de acuerdo a su propio contenido y a las preferencias del médico, prestando atención a las complicaciones que pueden surgir y realizando curas compresivas diarias una vez retirado. Este artículo no presenta conflicto con ningún otro de los seleccionados.

AFECTACIÓN NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE

Dos artículos, una revisión sistemática con un nivel de evidencia 1b (9) y un estudio descriptivo de evidencia 4a (14), coinciden en la importancia del tratamiento de esta complicación centrado en la sintomatología, especialmente en la función vocal y deglutoria. Uno de los síntomas a los que más importancia otorga la revisión sistemática es la parálisis de las cuerdas vocales. Esta situación puede provocar una disnea aguda al retirar el tubo endotraqueal tras la intervención. Los cuidados inmediatos se centrarían en mantener estable la respiración, re-intubando de nuevo al paciente e iniciando un tratamiento con corticoesteroides y antibióticos. Este artículo refiere la necesidad de realizar una traqueotomía en caso de que la parálisis y, por lo tanto, la disnea persistan al retirar el tubo por segunda vez, intentando ofrecer al paciente una mejor

calidad de vida a futuro, cuando se retire la traqueotomía. Este estudio presenta una alta fiabilidad, y no existe conflicto de resultados con otros artículos seleccionados, por lo que se debe tener en cuenta su contenido en la práctica clínica.

Este artículo también propone cuidados de enfermería ante la dificultad de los pacientes para elevar y cambiar el tono de voz, una complicación expuesta por un estudio descriptivo transversal de evidencia 4b (1). La revisión sistemática seleccionada propone una rehabilitación de la voz, y aunque el mismo texto reconoce su nula influencia en la re-inervación del nervio laríngeo, defiende la mejoría que provoca a nivel respiratorio y psicológico.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD INTRAHOSPITALARIA

Un estudio descriptivo, con un nivel de evidencia 4b (10), critica la cada vez más corta estancia hospitalaria tras la realización de una tiroidectomía. Este hecho hace que el personal de enfermería deba centrar su atención en los cuidados técnicos por delante de la educación del paciente sobre su patología. Este estudio relaciona este desconocimiento con la sensación de inseguridad que sufre el paciente, lo que provoca visitas médicas no planificadas, aumentando la carga de trabajo de los servicios responsables. El artículo reconoce el tratamiento farmacológico y las complicaciones de la cirugía como los temas más recurrentes en las preocupaciones del paciente, y propone a las enfermeras un plan de acción para disminuir esa ansiedad, que consiste en involucrar al paciente en sus cuidados, explicándoles los pasos a seguir y los resultados a esperar. Además, el artículo da mucha importancia a la educación para la salud mientras el paciente se encuentra hospitalizado y en el momento de recibir el alta médica, y defiende que se deben proporcionar indicaciones relacionadas con el cuidado de la incisión quirúrgica y la toma de medicación.

En estos aspectos, este estudio no presenta conflicto con ningún otro seleccionado, sin embargo puede ser contraproducente con la idea principal de una revisión sistemática de evidencia 2a (20), que es la creación de una unidad de corta estancia. Mientras que el primer estudio atribuye la desinformación del paciente al poco tiempo de ingreso hospitalario, esta revisión defiende que la creación de una unidad de corta estancia dotaría a las

enfermeras de más tiempo para formar a los pacientes de cara a su alta. La revisión sistemática asegura también que los pacientes acogidos en esta unidad no sólo permanecen menos tiempo ingresados, sino que se sienten más seguros y preparados para retomar sus vidas.

Teniendo en cuenta el nivel de evidencia de ambos artículos, siendo mayor el de la revisión sistemática, se puede considerar que en una unidad de corta estancia el tiempo de estancia hospitalaria no influye en el tiempo que se destina a la educación para la salud del paciente ni a la capacidad del paciente para retomar su vida una vez abandona el hospital. Sin embargo, el tiempo dedicado a la formación del paciente, y por tanto la seguridad en sí mismo, si se ven afectados cuando está ingresado en una unidad general. Por tanto, lo ideal sería crear una unidad de corta estancia, ya que disminuiría el tiempo de hospitalización con los beneficios que esto conlleva, a la vez que incrementaría la formación de los pacientes.

ATENCIÓN POST-HOSPITALARIA

Un estudio descriptivo transversal, de evidencia 4b (1), coincide con otro estudio observacional, de evidencia 3e (21), en la importancia del seguimiento telefónico tras el alta del paciente. Ninguno de los artículos presenta un nivel de evidencia que pruebe una gran fiabilidad, sin embargo se refuerzan entre sí, por lo que se pueden dar sus resultados por válidos. Ambos defienden el seguimiento telefónico como una forma cómoda, rápida y efectiva para atender las preocupaciones que les puedan surgir a los pacientes tras su alta. Esta atención permite al personal de enfermería detectar problemas de forma precoz y descargar el servicio de urgencias de consultas innecesarias que tienen solución por vía telefónica.

Entre estas preocupaciones pueden encontrarse los problemas de la imagen personal, que según el primer artículo es uno de los principales aspectos que causan ansiedad al paciente. Hoy en día, de acuerdo a un estudio descriptivo con un nivel de evidencia 4b (3), el abordaje robótico disminuye la cicatriz de la intervención, sin embargo puede continuar siendo visible. Para los cuidados de la piel y la incisión quirúrgica, la ATA (22) recomienda utilizar crema solar de

alta protección para evitar la hiperpigmentación, así como realizar masajes que previenen adherencias.

ESTANCIA EN UNIDAD DE REANIMACIÓN

Un estudio descriptivo, de evidencia 4a (14), recomienda una estancia mínima de 6 horas en la unidad de reanimación. También recomienda iniciar la ingesta 4 o 6 horas tras la cirugía, siempre que el paciente no presente las complicaciones propias de una intervención de este tipo. Ningún artículo de los seleccionados rebate esta postura, por lo que se podría llevar a la práctica.

Un ensayo controlado aleatorizado, que presenta un nivel de evidencia 1c (23), recomienda las gárgaras con solución salina ante el dolor de garganta y la boca seca. Sin embargo, el estudio reconoce que sólo es eficaz una vez transcurridas cinco horas y media tras la cirugía, por lo que apenas se podría utilizar en la unidad de reanimación, pero sí en la unidad general o en la de corta estancia en caso de existir.

IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

El desarrollo de esta revisión está enfocado en describir los cuidados de enfermería más eficaces para el tratamiento de una tiroidectomía. Este estudio puede marcar una línea de trabajo sobre la cual apoyarse a la hora de ofrecer cuidados a un paciente al que se le ha realizado recientemente una tiroidectomía, así como aumentar la calidad de dichos cuidados.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como futuras líneas de investigación se incluyen aquellos aspectos que resultaron ser interesantes para ser desarrollados en futuros trabajos, ya que en este estudio no hay lugar para indagar lo suficiente en ellos.

- Sería necesario implementar protocolos en los que se incluyan los cuidados de enfermería citados en esta revisión.
- Para actualizar la información sobre los cuidados de enfermería en las tiroidectomías, se deberían realizar sesiones formativas para el personal sanitario encargado de dichos cuidados.

- Es necesario realizar un estudio sobre los cuidados de enfermería durante el pre-operatorio, ya que la situación de los pacientes antes de la operación puede repercutir en el período post-operatorio.
- Sería recomendable conocer más información sobre los cuidados de enfermería y las técnicas quirúrgicas que se llevan a cabo durante la intervención, para poder llevar a cabo unos cuidados mucho más individualizados.
- Además de los cuidados de enfermería, es importante tener en cuenta la actuación que los médicos realizan durante el seguimiento de estos pacientes.

ESQUEMA DAFO

En la tabla 4 se representa el esquema del análisis DAFO de esta revisión sistemática.

Tabla 4. Análisis DAFO.

	POSITIVOS	NEGATIVOS
CARACTERÍSTICAS INTERNAS	<p><u>Fortalezas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de análisis de varios estudios. • Comparación y generalización de resultados. • Aumento del tamaño de la muestra por la diversidad de estudios. • Mayor consistencia de los resultados. 	<p><u>Debilidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Problema de interpretación de los resultados. • Heterogeneidad de diseños y calidad metodológica. • Actualización de los cuidados de enfermería durante el periodo de tiempo seleccionado.
CARACTERÍSTICAS EXTERNAS	<p><u>Oportunidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar los cuidados realizados por el personal de enfermería en unidades con pacientes a los que se les ha realizado una tiroidectomía. 	<p><u>Amenazas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de no prestar atención suficiente a los pacientes por la carga asistencial. • Escasa existencia de unidades de corta estancia especializadas en tiroidectomías.

CONCLUSIONES

Los cuidados de enfermería en el post-operatorio inmediato y tardío tras una tiroidectomía van dirigidos a reducir o eliminar las complicaciones que surgen a causa de la intervención, teniendo en cuenta todas las necesidades del paciente.

- Ante el hipotiroidismo, se recomienda tomar la medicación pautada en ayunas y a la misma hora cada día. Además, la levotiroxina altera el efecto de los anticoagulantes y de la glucosa en sangre, por tanto se deben realizar controles analíticos periódicos de protrombina en pacientes anticoagulados y de glucosa en sangre. Por otro lado, los niveles de hormona tiroidea afectan a los lípidos, por lo que se debe controlar su rango. En relación al estado nutricional, es recomendable controlar el peso y la ingesta diariamente, ya que el hipotiroidismo puede provocar un incremento de peso.
- Para una detección precoz de la hipocalcemia se deben realizar controles analíticos rutinarios, acompañados del signo de Trousseau y de Chvostek, para valorar los niveles de calcio en sangre. En el tratamiento farmacológico de esta patología se deben emplear suplementos de calcio y/o vitamina D.
- Para prevenir la aparición de hematomas sofocantes en la región cervical, se recomienda mantener el cabecero elevado, con un ángulo de entre 30° y 45° (semi-Fowler/Fowler), además de monitorizar las constantes vitales, especialmente la frecuencia respiratoria. Sólo en caso de sospecha o de presencia de hematoma se colocaría un drenaje, cuyo contenido se debe vigilar y no debe superar los 50cc de contenido hemático en 24h. En caso de buena evolución y retirada del drenaje, se deben realizar curas compresivas diariamente o cuando se precisen.
- Respecto a las complicaciones derivadas de la afectación del nervio laríngeo recurrente, lo principal es recuperar y mantener la respiración. Se recomienda el tratamiento farmacológico con corticoesteroides y antibiótico para reducir el edema laríngeo, así como la rehabilitación de la voz. En casos graves se puede requerir de una traqueotomía, que a la larga se retirará esperando una mejora de la calidad de vida del paciente.

- De cara a paliar con las preocupaciones del paciente tras su alta, debemos realizar una educación para la salud que comience durante su estancia hospitalaria. Se debe explicar al paciente cuidados básicos de la incisión quirúrgica y de la medicación que tomará, así como es necesario involucrarle en el proceso post-operatorio, ofreciéndole material escrito y explicándole el plan de acción, para que sepa que resultados esperar, lo que disminuirá su ansiedad. Se debe crear una unidad de corta estancia en la que los pacientes disminuirán su tiempo de estancia pero recibirán una mejor educación para la salud, retomando su vida con más seguridad y más preparados.
- Una vez recibido el alta médica, la atención telefónica al paciente desde el equipo de enfermería es clave para identificar posibles complicaciones antes de que se desarrollen, así como se pueden evitar consultas médicas no planificadas para situaciones que no lo requieren.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atasayar S, Guler Demir S. Determination of the Problems Experienced by Patients Post-Thyroidectomy. *Clin Nurs Res.* 1 de junio de 2019;28(5):615-35. DOI: <https://doi.org/10.1177/1054773817729074>
2. Alhefdhi A, Mazeh H, Chen H. Role of Postoperative Vitamin D and/or Calcium Routine Supplementation in Preventing Hypocalcemia After Thyroidectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Oncologist.* 1 de mayo de 2013;18(5):533-42. DOI: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0283>
3. Moreno Llorente P, A. Gonzales Laguado E, Alberich Prats M, Francos Martínez JM, García Barrasa A. Abordajes en cirugía tiroidea. *Cir Esp.* 1 de abril de 2021;99(4):267-75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.08.006>
4. Chen Z, Zhao Q, Du J, Wang Y, Han R, Xu C, et al. Risk factors for postoperative hypocalcaemia after thyroidectomy: A systematic review and meta-analysis. *J Int Med Res.* 1 de marzo de 2021;49(3):0300060521996911. DOI: <https://doi.org/10.1177/0300060521996911>
5. Al-Janabi G, Hassan HN, Al-Fahham A. Biochemical changes in patients during hypothyroid phase after thyroidectomy. *J Med Life.* enero de 2022;15(1):104-8. DOI: [10.25122/jml-2021-0297](https://doi.org/10.25122/jml-2021-0297)
6. Crawford A, Harris H. Tipping the scales: Understanding thyroid imbalances. *Nursing2020 Crit Care.* enero de 2013;8(1):23-8. DOI: 10.1097/01.CCN.0000418818.21604.22
7. Ishikawa M, Namizato D, Sakamoto A. The value of acoustic respiratory rate monitoring in a patient with postoperative hemorrhage after thyroidectomy: a case report. *J Clin Monit Comput.* 1 de febrero de 2020;34(1):147-50. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10877-019-00283-2>

8. Yüksel S, Öztekin SD, Temiz Z, Uğraş GA, Şengül E, Teksöz S, et al. The effects of different degrees of head-of-bed elevation on the respiratory pattern and drainage following thyroidectomy: a randomized controlled trial. *Afr Health Sci.* 20 de abril de 2020;20(1):488-97. DOI: [10.4314/ahs.v20i1.55](https://doi.org/10.4314/ahs.v20i1.55)
9. Christou N, Mathonnet M. Complications after total thyroidectomy. *J Visc Surg.* 1 de septiembre de 2013;150(4):249-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.04.003>
10. Temiz Z, Ozturk D, Ugras GA, Oztekin SD, Sengul E. Determination of Patient Learning Needs after Thyroidectomy. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(3):1479-83. DOI: <https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.3.1479>
11. Homepage [Internet]. American Thyroid Association. [citado 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.thyroid.org/>
12. - Site Home Page | JBI [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://jbi.global/>
13. Tratamiento Con Hormona Tiroidea [Internet]. American Thyroid Association. [citado 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.thyroid.org/tratamiento-hormona-tiroidea/>
14. Villar del Moral JM, Soria Aledo V, Colina Alonso A, Flores Pastor B, Gutiérrez Rodríguez MT, Ortega Serrano J, et al. Vía clínica de tiroidectomía. *Cir Esp.* 1 de mayo de 2015;93(5):283-99. DOI: [10.1016/j.ciresp.2014.11.010](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.11.010)
15. Rehman HU, Wunder S. Trousseau sign in hypocalcemia. *CMAJ.* 17 de mayo de 2011;183(8):E498-E498. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.100613>
16. Bilezikian JP. Hypoparathyroidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 1 de junio de 2020;105(6):1722-36. DOI: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa113>
17. Balza G, Mendoza F. Complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a tiroidectomía sin drenaje. *Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Bol Méd Postgrado.* 2018;34(2):30-3. Recuperado a partir de: <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/2527>

18. Terris DJ, Snyder S, Carneiro-Pla D, Inabnet WB, Kandil E, Orloff L, et al. American Thyroid Association Statement on Outpatient Thyroidectomy. *Thyroid*. octubre de 2013;23(10):1193-202. DOI: <https://doi.org/10.1089/thy.2013.0049>
19. Knowlton MC. Guía de enfermería para la extracción de drenaje quirúrgico. *Nursing (Lond)*. 1 de mayo de 2016;33(3):42-3. DOI: [10.1016/j.nursi.2016.06.017](https://doi.org/10.1016/j.nursi.2016.06.017)
20. Vrabec S, Oltmann SC, Clark N, Chen H, Sippel RS. A short-stay unit for thyroidectomy patients increases discharge efficiency. *J Surg Res*. 1 de septiembre de 2013;184(1):204-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2013.04.036>
21. Brekke A, Eifenbein DM, Madkhali T, Schaefer SC, Shumway C, Chen H, et al. When patients call their surgeon's office: an opportunity to improve the quality of surgical care and prevent readmissions. *Am J Surg*. 1 de marzo de 2016;211(3):599-604. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.11.008>
22. Care of the Surgical Incision [Internet]. American Thyroid Association. [citado 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.thyroid.org/care-surgical-incision/>
23. Kim DH, Park JS. The Effect of Saline Gargling on Dry Mouth and Sore Throat in Patients with Thyroidectomy. *Asian Oncol Nurs*. 1 de diciembre de 2020;20(4):160-70. DOI: <https://doi.org/10.5388/aon.2020.20.4.160>

ANEXO 1.

Tabla 3. Principales características de los estudios seleccionados.

AUTOR, AÑO, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	RESULTADOS	N. E. (12)	G. R. (12)
H. Rehman, S. Wunder. 2011. Canadá (15).	Estudio de un caso.	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer de 50 años • Realizada tiroidectomía • Síntomas de hipocalcemia 	<ul style="list-style-type: none"> • El signo de Trousseau es fiable en hipocalcemia si los niveles de calcio son 1,75-2,25 mmol/L 	4d	A
A. Alhefthi, H. Maze, et al. 2013. EEUU (2).	Revisión sistemática y meta-análisis.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 18 años • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de hipocalcemia con calcio y Vit D. 	1a	A
A. Crawford, H. Harris. 2013. EEUU (6).	Estudio descriptivo.	<ul style="list-style-type: none"> • No procede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las hormonas tiroideas regulan el metabolismo y el equilibrio electrolítico. • Alteraciones de la función tiroidea provocan situaciones delicadas para la vida. 	4a	A
N. Christou, M. Mathonnet. 2013. Francia (9).	Revisión sistemática	<ul style="list-style-type: none"> • 11976 pacientes totales sometidos a tiroidectomía • Repartidos entre distintos estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las complicaciones menores son más frecuentes que las graves. • Las complicaciones menores pueden provocar una estancia hospitalaria prolongada. 	1b	A
D. Terris, S. Snyder, et al. 2013. EEUU (18).	Revisión sistemática	<ul style="list-style-type: none"> • 4613 pacientes de varios estudios • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • La cirugía de tiroides ambulatoria aumenta su popularidad a medida que se garantiza su seguridad. • Se recomiendan pautas que se deben considerar al realizar una cirugía ambulatoria de tiroides 	1b	A
S. Vrabec, S. Oltmann, et al. 2013. EEUU (20).	Revisión sistemática.	<ul style="list-style-type: none"> • 400 pacientes: 177 en unidad general, 223 en unidad de corta estancia. • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Una unidad de corta estancia disminuye los tiempos de estancia hospitalaria y los costes, además de mejorar el flujo de pacientes en el hospital. 	2a	A
JM. Villar, V. Soria, et al. 2015. España (14).	Estudio descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> • No procede. 	<ul style="list-style-type: none"> • La creación de una vía clínica ayuda a coordinar todas las dimensiones de la asistencia sanitaria 	4a	A
A. Brekke, D. Eifenbein, et al. 2015. EEUU(21).	Estudio observacional sin grupo control	<ul style="list-style-type: none"> • 183 pacientes • Mayores de 18 años • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes sometidos a cirugía endocrina contactan con su cirujano antes o después de la intervención. • Personal de enfermería cualificado pueden mejorar los resultados de esas llamadas. 	3e	A
Z. Temiz, D. Ozturk, et al. 2016.Turquía(10).	Estudio descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> • 251 pacientes • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe enfatizar en la educación para la salud antes del alta hospitalaria, reconociendo sus principales preocupaciones. 	4b	A

AUTOR, AÑO, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	RESULTADOS	N. E. (12)	G. R. (12)
M. Knowlton. 2016. EEUU (19).	Estudio descriptivo	No procede.	<ul style="list-style-type: none"> • La retirada de un drenaje quirúrgico depende de su contenido y las preferencias del cirujano, y se debe realizar de forma estéril. • Una vez retirado, se debe prestar especial atención a las posibles complicaciones y se debe curar mínimo una vez al día. 	4b	A
S. Atasayar, S. Guler. 2017. Turquía (1).	Estudio descriptivo transversal	<ul style="list-style-type: none"> • 60 pacientes. • Mayores de 18 años • Idioma turco • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda entrenar a los pacientes de cara al alta • Se recomienda integrar a los pacientes en un seguimiento post-operatorio telefónico 	4b	A
G. Balza, F. Mendoza. 2018. Venezuela(17).	Estudio descriptivo transversal	<ul style="list-style-type: none"> • 142 pacientes. • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • La tiroidectomía sin drenaje ha demostrado ser segura y no aumenta las complicaciones postoperatorias. 	4b	A
M. Ishikawa, D. Namizato, et al. 2019. Japón (7).	Estudio de un caso.	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer de 61 años. • Realizada tiroidectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las hemorragias tras tiroidectomía son complicaciones raras pero potencialmente mortales. • Se debe realizar una monitorización respiratoria para evitar complicaciones mayores. 	4d	A
S. Yüksel, S. Deniz, et al. 2020. Turquía(8).	Ensayo controlado aleatorizado	<ul style="list-style-type: none"> • 150 pacientes • Mayores de edad • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • A pesar de la recomendación de la ATA (45º-Fowler), otras posiciones son válidas. 	1c	A
J. Bilezikian. 2020. EEUU (16).	Estudio descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> • No procede. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las manifestaciones clínicas del hipoparatiroidismo se deben a la falta de acción de la hormona paratiroidea. 	4a	A
D. Hui, J. Sook. 2020. Corea del Sur (23).	Ensayo controlado aleatorizado	<ul style="list-style-type: none"> • 53 pacientes: 27 del grupo de intervención, 26 del grupo control. • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Las gárgaras con solución salina son efectivas a partir de las 6 horas de la intervención. 	1c	A
P. Moreno, E. Gonzales, et al. 2021. España (3).	Estudio descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> • No procede. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cirugía tiroidea es segura y eficaz, pero continua evolucionando • El acceso remoto con robots minimiza las cicatrices y las marcas por la intervención. 	4b	A
Z. Chen, Q. Zhao, et al. 2021. China (4).	Revisión sistemática y meta-análisis	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 18 años • Factores de riesgo de hipocalcemia • Realizada tiroidectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los factores de riesgo de la hipocalcemia mejora su prevención y tratamiento 	1b	A
G. Al-Janabi, H. Neamah, et al. 2022. Iraq (5).	Ensayo controlado aleatorizado	<ul style="list-style-type: none"> • 60 pacientes + 30 control • Realizada tiroidectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • El hipotiroidismo produce disfunción del metabolismo lipídico y de las enzimas hepáticas. 	1c	A

N.E: Nivel de evidencia / G.R: Grado de recomendación