

Original

Hemitiroidectomía en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Resultados en un hospital de segundo nivel.

Hemithyroidectomy in major outpatient surgery. Results in a second level hospital.

Forneiro Pérez R, Alcaide Lucena M, de Reyes Lartategui S, Gallart Aragón T, Sánchez Barrón MT, García Rubio J, Torné Poyatos P

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

RESUMEN

Introducción: El primer estudio que conocemos acerca de los resultados de la hemitiroidectomía en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) data de 1980 y defiende la seguridad del procedimiento en este régimen. Desde entonces son varios los trabajos publicados que defienden esta modalidad. Nuestro objetivo consistió en analizar nuestros resultados de hemitiroidectomía realizada en CMA y compararlos con los obtenidos en régimen hospitalario.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que analiza 70 pacientes intervenidos de las hemitiroidectomías en régimen de CMA desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020. Se compararon estos resultados con los de otros 70 pacientes con la misma intervención quirúrgica en régimen hospitalario realizada entre enero 2017 y diciembre 2020.

Resultados: De 105 pacientes con indicación de tiroidectomía parcial, 84 cumplían los criterios de inclusión de CMA. El índice de

sustitución global fue de 67% con una tasa de aplicabilidad global del protocolo de inclusión del 80% y un índice de ingresos no deseados del 17%. Ningún paciente ha presentado complicaciones mayores en su domicilio ni ha reingresado en la semana siguiente a la cirugía. Para el cálculo de la diferencia estadística del índice de sustitución, aplicabilidad e ingreso no deseado entre 2019 y 2020, se ha considerado un p-valor

Conclusiones: La hemitiroidectomía en régimen ambulatorio realizada por cirujanos expertos constituye un procedimiento factible y seguro. Por ello, debería formar parte de la actividad de las unidades de CMA, siempre que exista una correcta selección de los pacientes.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria, hemitiroidectomía, neuromonitorización, tiroides.

ABSTRACT

Introduction: The first study we have knowledge about the results of hemithyroidectomy in Major Ambulatory Surgery dates back to 1980 and defends the safety of the procedure in this modality. Since then, several studies have been published defending this surgical option.

CORRESPONDENCIA

Rocío Forneiro Pérez
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
rocio.forneiro@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Forneiro Pérez R, Alcaide Lucena M, de Reyes Lartategui S, Gallart Aragón T, Sánchez Barrón MT, García Rubio MT, García Rubio J, Torné Poyatos P. Hemitiroidectomía en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Resultados en un hospital de segundo nivel. Cir Andal. 2022;33(1):20-25.

The aim of the present study was to analyze the results of outpatient hemithyroidectomy and compare them with those obtained in hospital.

Methods: Prospective observational study analyzing 70 patients who underwent outpatient hemithyroidectomy from January 2019 to December 2020. These results were compared with those obtained in 70 other patients who underwent the same inpatient surgery between January 2017 and December 2020.

Results: Of a total of 105 patients with an indication for partial thyroidectomy, 84 met the inclusion criteria of the AMC protocol. The overall substitution rate was 67% with an overall inclusion protocol applicability rate of 80% and an unwanted admission rate of 17%. No patient had major complications at home and no patient was readmitted in the week following surgery. For the calculation of the statistical difference in the rate of substitution, applicability and unwanted admission between 2019 and 2020, a statistically significant p-value of p.

Conclusions: Outpatient hemithyroidectomy performed by expert surgeons is a feasible and safe procedure. Therefore, it should be part of the activity of AMC units, provided that there is a correct selection of patients.

Key words: hemithyroidectomy, major ambulatory surgery, neuromonitoring, thyroid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) se ha consolidado como opción quirúrgica en múltiples patologías tras demostrar su coste-efectividad manteniendo la calidad asistencial y la seguridad del paciente¹. Se ha observado un crecimiento considerable de la cirugía ambulatoria en la primera década del presente siglo con un número de procedimientos ambulatorios del 62% y un incremento de ingresos ambulatorios cuya proporción ha pasado del 37 al 46%². En el año 1986, Steckler³, publica el primer artículo donde defiende que la cirugía de la glándula tiroidea en régimen de CMA se puede llevar a cabo de manera segura. Desde ese momento, el porcentaje de pacientes intervenidos ha ido aumentando de manera significativa sin aumentar por ello las complicaciones dado los avances técnicos (nuevas energías, gafas lupa, neuromodulación) y la experiencia quirúrgica⁴.

Los procedimientos quirúrgicos sobre la glándula tiroidea se sitúan como uno de los más habituales dentro de la cirugía de cabeza y cuello⁵. Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes son los nódulos tiroideos malignos o con aumento de tamaño progresivo, el crecimiento difuso de la glándula con clínica compresiva, problemas estéticos o bien un aumento de la función tiroidea refractario a tratamiento médico⁴. La actuación quirúrgica sobre la glándula tiroidea se ha realizado clásicamente en un régimen de hospitalización⁶ como medida de seguridad a las complicaciones potencialmente graves relacionadas con esta cirugía como el hematoma asfíctico⁷.

El objetivo de nuestro estudio consistió en examinar los resultados de la hemitiroidectomía en régimen de CMA en un nuestro hospital y compararlos con los obtenidos en régimen hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo se estructuró como un estudio observacional prospectivo que recogió 70 pacientes intervenidos de tiroidectomía parcial realizada en régimen de CMA desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020 por los cirujanos que conforman la unidad de Cirugía Endocrina.

Los criterios de inclusión se basaron en las directrices de la Asociación Europea de Tiroides para la CMA⁸. Entre ellos se hallan la ausencia de comorbilidades importantes, ASA inferior a clase IV, edad menor de 65 años, no recibir tratamiento anticoagulante, ausencia de trastornos convulsivos o apnea obstructiva del sueño, vivienda cercana al hospital, apoyo familiar, capacidad del paciente de entender su patología y su preferencia por intervenir en régimen de hospitalización^{9,10}. Los criterios de exclusión fueron edad menor de 18 años, estancia hospitalaria superior a 24 horas y la no comprensión del procedimiento por parte del paciente.

En el período en el que se desarrolló el presente trabajo se llevaron a cabo 105 hemitiroidectomías, de las cuales 84 cumplían criterios de CMA. Se han excluido 14 por presentar una estancia hospitalaria superior a 24 horas debido a diferentes motivos entre los que encontramos: un paciente por vómitos, dos por dolor mal controlado con analgesia oral, dos por retraso en el inicio de la cirugía debido a problemas de gestión y los nueve pacientes restantes no aceptaron el alta a pesar de no tener complicaciones y haber aceptado el régimen de CMA previamente.

Los motivos de la intervención quirúrgica se detallan a continuación: aumento del tamaño de nódulos benignos localizados en un único lóbulo con clínica compresiva y sospecha de patología maligna limitada a un único lóbulo.

Para llegar a un diagnóstico se exploró la zona cervical mediante una ecografía y se tomó muestras de la lesión observada con una punción con aspiración con aguja fina (PAAF) si existía posibilidad de malignidad. En consulta, todos los pacientes recibieron información detallada tanto del procedimiento quirúrgico como de las posibles complicaciones. Así mismo se explicó en qué consistía el régimen de CMA, y, en caso de aceptar, firmaron el consentimiento informado de la cirugía específica de CMA. Los pacientes ingresaron en la misma mañana de la intervención. Las complicaciones postquirúrgicas se recogieron a los 40 días.

La intervención se ajustó a la técnica descrita en la Guía Clínica de Cirugía Endocrina de la Asociación Española de Cirujanos¹¹ aunque con pequeñas modificaciones dependientes de cada cirujano. Estas variaciones se vincularon con la elección del dispositivo para realizar la hemostasia (energía ultrasónica con Harmonic focus® o Ultracision®, la termocoagulación con Ligasure®), el mecanismo para la monitorización de los nervios laríngeo superior, laríngeo recurrente y vago y el uso de clips metálicos o ligaduras. Así mismo y siguiendo los criterios de la guía clínica antes aludida, la neuromonitorización intraoperatoria fue de obligado cumplimiento.

Tras la intervención los pacientes se trasladaron a la unidad de Recuperación Postquirúrgica durante dos horas aproximadamente. Tras una estancia hospitalaria de entre seis y ocho horas en la sala de hospitalización, se procedió al alta hospitalaria si cumplía los criterios que se especifican en la **tabla 1**. En el informe de alta se detallaron las

Tabla 1. Criterios a cumplir para alta hospitalaria

Ausencia de depresión respiratoria	Dolor controlado con analgesia oral
Ausencia de hematoma o sangrado	Deambulaci3n adecuada
No disfonía, disnea ni disfagia	Tolerancia oral a líquidos
No nauseas ni v3mitos	Comprender instrucciones al alta
Aceptar el alta	Acompañado de un familiar adulto responsable
Estabilidad hemodinámica mínimo 1 hora	Estar consciente y orientado

indicaciones que debían seguir, y las incidencias por las que deben consultar, y una cita para la revisi3n al mes en la consulta.

Los resultados de CMA recogidos se compararon con los de otros 70 pacientes con la misma intervenci3n quirúrgica llevada a cabo en régimen hospitalario entre enero 2017 y diciembre de 2020.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico, se recogieron como variables cualitativas sexo, lateralidad, indicaci3n quirúrgica y las complicaciones si acontecieron. Como variables cuantitativas se escogieron la edad de los pacientes y el número de reingresos hospitalarios.

El análisis se ejecutó en funci3n de la naturaleza de las variables. Para las cualitativas se calculó una distribuci3n de frecuencias y para las cuantitativas, las medidas de tendencia central.

A continuaci3n, se detallan los tres parámetros de la comparaci3n entre el ańo 2019 y 2020:

El índice de sustituci3n global es el resultado de dividir el número de hemitiroidectomías realizadas en régimen de CMA entre el total de hemitiroidectomías.

La tasa de aplicabilidad global la constituyen el número de sujetos que cumplen los criterios de CMA.

El índice de ingresos no deseados se calcula dividiendo el número de sujetos incluidos en CMA que no han recibido el alta en las primeras 24 horas de hospitalizaci3n entre el total de sujetos incluidos en régimen de CMA.

Los datos se analizaron mediante R software versi3n 3.5.3. Para el cálculo de la diferencia estadística del índice de sustituci3n, de la tasa de aplicabilidad y del índice de reingreso entre 2019 y 2020, se elaboró una tabla de contingencia y se aplicó el test Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher. La diferencia estadísticamente significativa se consideró para un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020, se han intervenido a 105 pacientes, 84 de los cuales cumplían criterios de inclusi3n de CMA. De ellos, 70 recibieron el alta sin incidencias en las primeras 24 horas desde su ingreso. Las características de los pacientes intervenidos tanto en régimen de CMA como en el régimen hospitalario se recogen en la **tabla 2**. En el primer grupo la mediana de edad fue de 51 ańos y en el segundo, se situó en 48 ańos. El resto de los 14, fueron excluidos por no cumplir criterios: 9 por rechazar el alta hospitalaria antes de las 24 horas y 5 por efectos adversos inmediatos. Si bien, las características de estos últimos fueron analizadas comprobando que no diferían de las del resto de los pacientes del estudio.

Tabla 2. Características de los pacientes

Variables	CMA (%)	Hospitalizaci3n (%)
Sexo		
Hombre	18 (26%)	15 (21%)
Mujer	52 (74%)	55 (79%)
Hemitiroidectomía		
Izquierda	34 (49%)	36 (51%)
Derecha	36 (51%)	34 (49%)
Indicaci3n quirúrgica		
Sospecha neoplasia	12 (17%)	23 (33%)
Múltiples n3dulos unilobares	9 (13%)	13 (18%)
Aumento de n3dulo único	49 (70%)	34 (49%)
Complicaciones postquirúrgicas		
Disfonía transitoria	3 (4%)	2 (3%)
Hematoma subcutáneo	2 (3%)	2 (3%)
Seroma	3 (4%)	2 (3%)
Infecci3n herida quirúrgica	0 (0%)	1 (1%)
Reingreso hospitalario	0 (0%)	0 (0%)

Existe un claro predominio de la patología tiroidea en el sexo femenino en ambos grupos de nuestra serie: 74% y 79% respectivamente. En la ecografía cervical realizada, el tamaño medio del n3dulo 44 mm de eje mayor en CMA y de 45mm en régimen hospitalario. El de menor tamaño fue de 8mm en CMA, y de 12mm en régimen hospitalario, ambos sospechosos de neoplasia folicular.

En cuanto a la lateralidad, el 49% de las tiroidectomías parciales fueron izquierdas y el 51% derechas. La indicaci3n de intervenci3n de acuerdo con los criterios de inclusi3n antes mencionados más frecuente fue en ambos grupos el aumento de tamaño de un n3dulo tiroideo benigno con un 70% de los casos.

El abordaje quirúrgico se ha efectuado mediante una cervicotomía en corbata de Kocher cuya longitud es de 4 cm +/- 2 cm. Los protocolos establecidos por parte del servicio de Anestesiología incluían profilaxis para las náuseas con dexametasona y ondansetron y para la tos, lidocaína. Al tratarse de una cirugía limpia, no se administró profilaxis antibiótica.

Las diferentes complicaciones postquirúrgicas tuvieron una incidencia similar en ambos grupos. Las complicaciones leves acaecidas (disfonía, hematoma, seroma e infección de herida) no supusieron la necesidad de un reingreso hospitalario.

En el grupo de CMA, ningún paciente presentó infección de la herida quirúrgica en el grupo de CMA y solamente un paciente en el grupo de hospitalizados. Tanto los tres pacientes que presentaron disfonía en el grupo de CMA como los dos en el grupo de hospitalización, tras la valoración por el servicio de Otorrinolaringología, se descartó lesión de las cuerdas vocales. Ningún paciente tuvo complicaciones mayores en su domicilio.

La tasa de aplicabilidad global del protocolo fue del 80%, rozando en el año 2019 el 70% y alcanzando en el 2020 el 86%, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Con respecto al índice de ingresos no deseados, situamos este valor en el 17%, siendo en el año 2019 del 19% y al año siguiente del 16%. Esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Los resultados expuestos comparativamente se recogen en la **Figura 1**.

Figura 1. Evolución de las diferentes tasas en los años 2019 (azul) y 2020 (rojo)

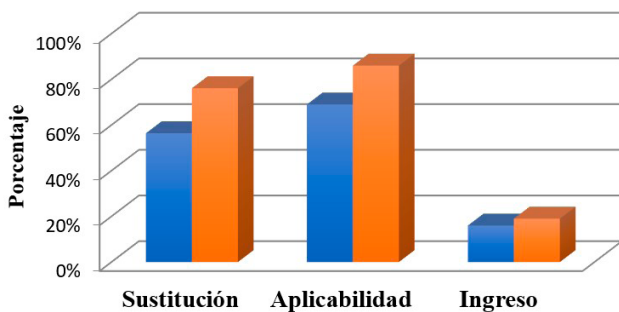


Figura 1

Evolución de las diferentes tasas.

La causa de ingresos no deseados más importante, alcanzando el 65% de los casos, fue el rechazo del alta por parte del paciente (ver tabla 3).

Como 21 pacientes no cumplían criterios de inclusión de CMA, supuso una tasa de aplicabilidad global del protocolo de inclusión del 80%. La tasa de aceptabilidad es de 100% dado que ningún paciente durante información ofrecida en la consulta previa a la firma del consentimiento informado rechazó la intervención en régimen de CMA.

Tabla 3. Causas de ingresos no deseados y su frecuencia en tantos por cien.

Causa de ingreso	Número absoluto (Porcentaje)
Vómitos	1 (7%)
Dolor	2 (14%)
Retraso en inicio de la intervención	2 (14%)
Rechazo del alta	9 (65%)

DISCUSIÓN

En los últimos años, la cirugía ambulatoria se ha ido estableciendo en muchas especialidades quirúrgicas como un medio capaz de proporcionar una atención sanitaria de calidad con mejor utilización de los recursos¹².

En nuestro estudio, las tasas de complicaciones y de reingreso no se incrementaron respecto al régimen de hospitalización, concordando con los hallazgos reportados por varios trabajos^{5,13,14}. Una selección cuidadosa de los pacientes según los criterios de cirugía ambulatoria constituye una parte fundamental para garantizar el éxito de la hemitiroidectomía en este régimen¹⁵.

A pesar de que uno de los criterios de inclusión es la edad inferior a 65 años, en nuestro trabajo se incluyeron pacientes de más edad. En el estudio de Grubey *et al.*¹⁶, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas de complicaciones postoperatorias y de reingresos entre los pacientes mayores de 65 y de 80 años y los sujetos de 21 a 40 años.

En nuestra serie no se presentó ningún caso de hematoma asfíxico. Esta complicación es el riesgo más grave tras la tiroidectomía, con una incidencia inferior al 1% de los casos¹⁷, sobre todo en las primeras 6 horas tras la cirugía^{5,18}. Por ello es recomendable una estancia mínima de 2 horas en la unidad de Reanimación y de 6 horas en la sala de hospitalización de CMA. Esta complicación es menos frecuente cuando la disección no es bilateral¹² y debe ser prevenida con una técnica rigurosa a la hora de ligar los pedículos vasculares y una revisión cuidadosa de la hemostasia. La mortalidad es la principal preocupación, pero sólo se produce en raras ocasiones^{18,19}. Otras posibles complicaciones de la cirugía tiroidea son el hipoparatiroidismo y la lesión bilateral del nervio recurrente, que no tienen cabida en la hemitiroidectomía, dado que por definición se dejan intactas en su sitio las dos glándulas paratiroides y el nervio recurrente contralateral al lóbulo extirpado²⁰.

La infección de la herida quirúrgica es poco frecuente, en nuestra serie ningún paciente presentó dicha complicación, ya que es una cirugía limpia²¹, por lo que la profilaxis antibiótica preoperatoria no está indicada⁴. Parece ser más frecuente en procesos de tiroiditis y cirugía oncológica tanto por la inmunodepresión como por la excesiva manipulación de la glándula²².

A la vista de nuestros resultados contamos con una tasa de aplicabilidad del 80%, muy superior al trabajo realizado por De-Andrés-Gómez et al., donde obtienen una tasa del 56%²⁰. En nuestra experiencia, en 2020, tres cuartas partes de los pacientes intervenidos de patología tiroidea lo hicieron en régimen de CMA, sin apreciarse un aumento de la mortalidad ni de la morbilidad. En ese mismo trabajo, el índice de sustitución global ha sido del 49,2%, en cambio nosotros hemos obtenido un 67%.

En el estudio anteriormente referido, el índice de ingresos no deseados es ligeramente superior al nuestro (17.6% versus 17%)²⁰. Nuestro resultado del 17%, la mayoría se han debido a cambios en la actitud del paciente al alta inmediata. Una clara ayuda al descenso de dicha cifra pasaría por invertir más tiempo con el paciente en la consulta asegurando que entiende y acepta el circuito asistencial ambulatorio.

Los dos casos en los que el ingreso se prolongó por vómitos postoperatorios aconsejaron dicho retraso por el riesgo de que el aumento de la presión intraabdominal y de la presión venosa y los esfuerzos que los pacientes sufren en dicha circunstancia, puedan predisponer a una hemorragia postoperatoria. Esto refleja la importancia de la profilaxis antiemética administrada por Anestesiología durante la intervención⁹.

Estos datos apoyan que la realización de la hemitiroidectomía en régimen de CMA es una técnica segura, con una tasa de complicaciones y reingresos similar si se compara con la misma técnica en hospitalización, disminuyendo los costes hospitalarios, la estancia media y aumentando el grado de satisfacción de los pacientes.

Recientemente se ha comenzado a analizar los resultados tras la realización de la tiroidectomía total en régimen ambulatorio. La experiencia favorable^{5,10,23} disponible, nos ha animado a hacer una nueva serie con pacientes con tiroidectomía total, trabajo que será reportado en un futuro.

Nuestro estudio tiene una serie de limitaciones que exponemos a continuación. Por un lado, se trata de un estudio observacional de seguimiento, por lo que está inherentemente expuesto a sesgos. Para concluir, la tiroidectomía parcial llevaba a cabo por cirujanos expertos en pacientes seleccionados puede ser segura y efectiva en régimen de CMA. Somos conscientes de que para mejorar el índice de sustitución ambulatorio debemos aumentar la tasa de aplicabilidad y aceptabilidad y así lograr una disminución de la tasa de ingreso no deseado.

BIBLIOGRAFÍA

- Meltzer C, Klau M, Gurushanthaiah D, Tsai J, Meng D, Radler L, et al. Safety of Outpatient Thyroid and Parathyroid Surgery: A Propensity Score-Matched Study. *Otolaryngol - Head Neck Surg (United States)* [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 25];154(5):789-96. Available from: <http://otojournal.org>.
- Lacroix C, Potard G, Clodic C, Mornet E, Valette G, Marianowski R. Outpatient hemithyroidectomy. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 1];131(1):21-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24169201/>.

- Steckler RM. Outpatient thyroidectomy: A feasibility study. *Am J Surg*. 1986 Oct 1;152(4):417-9.
- Lee DJ, Chin CJ, Hong CJ, Perera S, Witterick IJ. Outpatient versus inpatient thyroidectomy: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 40, *Head and Neck*. John Wiley and Sons Inc.; 2018 [cited 2020 Mar 25]. p. 192-202. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/hed.24934>.
- Reinhart HA, Snyder SK, Stafford S V, Wagner VE, Graham CW, Bortz MD, et al. Same day discharge after thyroidectomy is safe and effective. *Surg (United States)* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 25];164(4):887-94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.06.019>.
- Black J, Cotton T, Yeh JJ. Outpatient Total Thyroidectomy Is Safe for Moderate-Volume Surgeons. *Am Surg* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2020 Mar 25];83(7):750-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28738947>.
- Butler D, Oltmann S. Is Outpatient Thyroid Surgery for Everyone? *Clin Med Insights Ear, Nose Throat* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 25];10:117955061772442. Available from: <https://doi.org/10.1177/1179550617724428>.
- European Thyroid Association (ETA) - eurothyroid.com [Internet]. [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.eurothyroid.com/>.
- Murray B, Tandon S, Dempsey G. Ambulatory thyroidectomy: An anesthesiologist's perspective. Vol. 10, *Local and Regional Anesthesia*. Dove Medical Press Ltd; 2017. p. 31-9.
- McLaughlin EJ, Brant JA, Bur AM, Fischer JP, Chen J, Cannady SB, et al. Safety of outpatient thyroidectomy: Review of the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. *Laryngoscope* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2020 Mar 25];128(5):1249-54. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/lary.26934>.
- Casanova Rituerto D, del Valle López de Ayala A, Jiménez García A, Prieto Lamsfus JA, Larrad Jiménez A, Larrañaga Barrera E, et al. *Cirugía Endocrina*. 2009. 332 p.
- Yakhlef H, Marboeuf Y, Piquard A, Saint Marc O. Outpatient hemithyroidectomy: A retrospective feasibility analysis. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 10];134(4):225-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187972961730039X?via%3Dihub>.
- Yakhlef H, Marboeuf Y, Piquard A, Saint Marc O. Outpatient hemithyroidectomy: A retrospective feasibility analysis. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2020 Mar 25];134(4):225-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S187972961730039X>.
- Ma C, Doodoo C, Alkhalili E. Analyzing the ATA statement on outpatient thyroidectomy using the NSQIP database. *Am J Surg* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Feb 6];220(6):1405-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33039149/>.
- Terris DJ, Snyder S, Carneiro-Pla D, Inabnet WB, Kandil E, Orloff L, et al. American thyroid association statement on outpatient thyroidectomy. In: *Thyroid* [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 10]. p. 1193-202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23742254>.

16. Grubey JS, Raji Y, Duke WS, Terris DJ. Outpatient thyroidectomy is safe in the elderly and super-elderly. *Laryngoscope* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Mar 25];128(1):290–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28573781>.
17. Meltzer C, Klau M, Gurushanthaiah D, Tsai J, Meng D, Radler L, et al. Safety of Outpatient Thyroid and Parathyroid Surgery: A Propensity Score-Matched Study. *Otolaryngol - Head Neck Surg (United States)* [Internet]. 2016 May 22 [cited 2020 Apr 10];154(5):789–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27006296>.
18. Dixon JL, Snyder SK, Lairmore TC, Jupiter D, Govednik C, Hendricks JC. A novel method for the management of post-thyroidectomy or parathyroidectomy hematoma: A single-institution experience after over 4,000 central neck operations. *World J Surg*. 2014 Jan 1;38(6):1262–7.
19. Snyder SK. Ambulatory Thyroid Surgery: Is This the Way of the Future? In: *Controversies in Thyroid Surgery*. Springer International Publishing; 2016. p. 67–79.
20. De-Andrés-Gómez A, Villalba-Ferrer FL, Melero-Abellán A, Ismail A, Gómez-Contreras R, Navarro-Moratalla C, et al. Cirugía mayor ambulatoria de la glándula tiroidea y paratiroides. Resultados tras 6 años de experiencia. *Rev Chil cirugía*. 2018;70(6):557–64.
21. Trottier DC, Barron P, Moonje V, Tadros S. Outpatient thyroid surgery: Should patients be discharged on the day of their procedures. *Can J Surg*. 2009;52(3):182–6.
22. Moderate to severe hypertensive retinopathy and hypertensive encephalopathy in adults - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Oct 25]. Available from: https://ws003.sspa.juntadeandalucia.es:2060/contents/moderate-to-severe-hypertensive-retinopathy-and-hypertensive-encephalopathy-in-adults?search=hipertension+arterial+maligna&topicRef=3837&source=see_link.
23. Philippe JB, Riou J, Lemoult A, Sarfati-Lebreton M, Hamy A, Mucci S. Feasibility criteria for total thyroidectomy in outpatient surgery. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2019 Nov 1;80(5–6):286–92.
24. Gitium qui inusa quunt veliam que magnihitam lam dus im iur? Udam, que doloreptat quis derro quaspiet.
25. Tisquis doluptatem endae re am rem vel ma num esedi arum quostru ptiunt aut dolo vellam disquid itinventem haria volut alit reiciis sitassum neses.