

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**



**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES POST TIROIDECTOMIA ABIERTA
REALIZADAS EN HOSPITAL NACIONAL ROSALES**

Autores:

**Dra. Daniela Sixgrith Bonilla Barrera
Dra. Yasmin Aracely Castellanos Monroy**

Para Optar al grado de:

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

Asesor:

Dr. Miguel Rivera Echeverría

**Ciudad universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador , Febrero,
2025**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADEMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfan

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saul Diaz Peña

VICEDECANO

Dr. C.Franklin Arnulfo Mendez Duran

SECRETARIO

Dr.C. Roberto Carlos Hernandez Marroquin

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velasquez Raimundo

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodriguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRIAS

Dra. Blanca Aracely Martinez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme en cada paso de este camino, dándome fortaleza en los momentos difíciles, sabiduría y perseverancia para alcanzar esta meta profesional.

A mi familia, por su amor incondicional, paciencia y apoyo constante; por ser mi sostén en las largas jornadas y mi mayor motivación para seguir adelante.

A mis maestros y personal de salud del antiguo Hospital Nacional Rosales, por su entrega, enseñanzas y ejemplo profesional, que dejaron una huella profunda en mi formación como cirujano y como ser humano.

INDICE

1.....	INTRODUCCIÓN.	7
TIROIDECTOMÍA, DEFINICIÓN Y CONCEPTOS ELEMENTALES		7
<i>Indicaciones</i>		7
<i>Clasificación según amplitud de resección</i>		7
<i>Abordajes</i>		8
<i>Complicaciones más frecuentes</i>		11
CALIDAD DE VIDA		15
<i>Definición</i>		15
<i>Instrumentos de medición de la calidad de vida</i>		15
RESULTADOS DE ESTUDIOS DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POSTERIOR A CIRUGÍA DE TIROIDES		24
<i>Factores psicológicos relacionados a la calidad de vida</i>		26
MATERIALES Y METODOS		29
TIPO DE DISEÑO.....		29
POBLACIÓN DE ESTUDIO		29
MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS		30
VARIABLES.....		31
INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES		32
ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE LOS DATOS		32
ESTRATEGIA DE ANÁLISIS		33
RESULTADOS		34
DISCUSION		43
IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y TEÓRICAS.....		45
PARA LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA.....		45
PARA INVESTIGACIONES FUTURAS		47
LIMITACIONES DEL ESTUDIO		48

RESUMEN

La glándula tiroides desempeña un papel crucial en la regulación de diversas funciones corporales, incluido el metabolismo, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal. No está exenta de desarrollar enfermedades, que requieran una intervención quirúrgica conocida como tiroidectomía. La tiroidectomía es un procedimiento quirúrgico bien establecido con un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Aborda eficazmente la afección tiroidea subyacente, y no está exenta de posibles complicaciones. El impacto en la calidad de vida abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales que van más allá de la resolución de los síntomas médicos inmediatos.

Material y métodos. Estudio descriptivo de corte transversal en 136 pacientes que completaron un cuestionario validado de calidad de vida. Se analizaron características demográficas, clínicas, puntaje global, dimensiones del instrumento y factores asociados mediante análisis univariado y multivariado.

Resultados. La mayoría de pacientes fueron mujeres (92%) con una edad media de 49.5 años. El 87.5% fue sometido a tiroidectomía total y el 50% tuvo patología maligna. La mediana del puntaje global fue de 35 puntos. La mayoría presentó calidad de vida aceptable (72.1%), seguida de moderada (13.2%) y adecuada (14.7%). Las dimensiones más afectadas fueron la psicológica y la neuromuscular. El diagnóstico histopatológico y el uso de yodo radiactivo no mostraron asociación significativa.

Conclusión. La calidad de vida en los pacientes post tiroidectomía abierta del Hospital Nacional Rosales a 1 año de evolución es aceptable.

Terminos claves. Calidad de vida, tiroidectomía total , tiroidectomía sub total , disección ganglionar.

INTRODUCCIÓN.

Tiroidectomía, definición y conceptos elementales

La glándula tiroidea desempeña un papel crucial en la regulación de diversas funciones corporales, incluido el metabolismo, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal.

Esta puede desarrollar diversas enfermedades, las cuales, por ser enfermedades de carácter fundamentalmente endocrino, son capaces de alterar el equilibrio en la salud de los individuos: cambios de ánimo, astenia, debilidad y otros problemas a nivel de la normalidad de metabolización de diferentes elementos. (1)

Indicaciones

La intervención quirúrgica conocida como tiroidectomía, está recomendada en las siguientes patologías.

- Nódulos tiroideos sospechosos de ser cancerosos.
- Bocio (crecimiento anormal de la glándula) que causa problemas respiratorios.
- Trastornos hormonales como el hipertiroidismo o hipotiroidismo graves que no responden al tratamiento médico. (2)

Clasificación según amplitud de resección

Pueden realizarse distintos tipos de tiroidectomía:

a. Lobectomía tiroidea. Se define como la resección del lóbulo afectado. La ventaja de esta técnica es que mantiene tejido funcional tiroideo, con lo que teóricamente evitan la terapia sustitutiva en estos pacientes, además de reducir el riesgo de complicaciones en el lóbulo contralateral. Por el contrario, en cáncer aumenta el peligro de recidiva y retrasa su diagnóstico, al dificultar el rastreo corporal total con yodo radioactivo. (3)

b. Tiroidectomía subtotal. Este tipo de técnica consiste en la resección de toda la glándula excepto parte de tejido glandular posterior con el objetivo de evitar lesionar el nervio laríngeo recurrente y las glándulas paratiroides. El remanente se destruye con I131, al igual que el resto de tejido funcional que pueda existir a distancia. (4)

- c. Tiroidectomía total. Es la técnica más extendida para el tratamiento del carcinoma, resecando completamente la glándula. Con ello se consigue una ablación posterior con radio yodo, más efectivo de tejido oculto funcional, y facilita el seguimiento nuclear y mediante tiroglobulina. La mayoría de los autores coinciden en que, a pesar del mayor riesgo de complicación, esta técnica consigue tasas muy inferiores de recurrencia y mejor porcentaje de supervivencia (1)
- d. Vaciamiento ganglionar: Si el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes al cuello, éstos se extirpan al mismo tiempo que se realiza la cirugía en la tiroides. Esto es especialmente importante para el tratamiento contra el cáncer de tiroides medular y el cáncer anaplásico. Para el cáncer papilar o folicular, en el que se cree que sólo uno o dos ganglios linfáticos agrandados contienen cáncer, estos ganglios pueden extirparse y cualquier depósito pequeño de células cancerosas que pudiera quedar se trata con yodo radioactivo. (5)
- Con mayor frecuencia, se extirpan varios ganglios linfáticos cercanos a la glándula tiroides mediante una operación llamada disección del compartimiento central del cuello. La extirpación de más ganglios linfáticos, incluidos aquellos en el lado del cuello, se llama disección radical modificada del cuello. (5)

Abordajes

1. **Técnica Tiroidectomía abierta** (6)

Para la cirugía tiroidea se coloca al paciente en decúbito supino, con el cuello en hiperextensión. Se realiza una incisión horizontal curva, cóncava hacia arriba a dos centímetros de la horquilla esternal (incisión de Kocher), ver figura 1(4)



Figura 1. Sitio de incisión en el cuello (4)

Se levantan los colgajos superior e inferior respetando la fascia superficial del cuello. Ver figura 2.(6), para después seccionarla en su línea media. Se apartan los músculos esternotiroideos lateralmente y, mediante disección roma, se despega la cápsula que envuelve la glándula. Si hay limitaciones en el acceso a la glándula, se pueden seccionar los músculos prelaríngeos.



Figura 2. Colgajo Subplatismales (6)

Una vez liberado el lóbulo de la glándula anterior y lateralmente, se tracciona hacia abajo para disecar el polo y pedículo superiores. Se liga el pedículo superior, cada vaso por separado y próximo al parénquima, evitando lesionar la rama externa del nervio laríngeo superior, ver figura 3. (6)

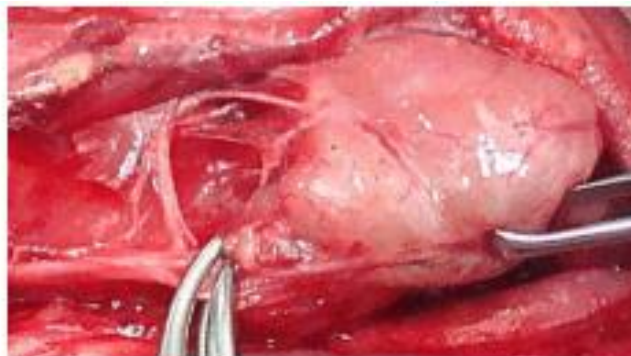


Figura 3 Ligadura del pedículo Superior por debajo de las ramas externas del Nervio Laríngeo recurrente (6)

Luego se liga la vena tiroidea media ubicada en la zona media lateral, en muchas ocasiones múltiple, y así traccionar la glándula medialmente y apartar los grandes vasos lateralmente. Con una tracción superior se ligan las venas tiroideas inferiores y se busca el nervio laríngeo inferior o recurrente previendo que tiene una serie de variaciones anatómicas. Se resección completamente el lóbulo tiroideo o ambos lóbulos en tiroidectomía total realizando los mismos pasos quirúrgicos en ambos lados.

Finalmente se irriga la herida y se realiza una maniobra de Valsalva para provocar sangrado venoso y realizar hemostasia. se coloca drenaje, y se cierra por planos, se utiliza sutura intradérmica y se coloca apósito estéril. Ver figura 4 (4)



Figura 4. Sutura intradérmica (4)

2. Tiroidectomía Video-asistida mínimamente invasiva (MIVAT) (7)

Esta técnica es descrita por primera vez en 1998 por el cirujano italiano Paolo Miccoli y se basa en una única incisión cervical media a través de la cual se introducen endoscopios y el instrumental de disección. Ver figura 5.

Se indica, generalmente, para nódulos únicos de menos de 3,5 cm de diámetro. (7)



Figura 5. tiroidectomía video asistida mínimamente invasiva (7)

Complicaciones más frecuentes.

1. *Hipocalcemia*

La hipocalcemia se define como calcio sérico < 8 mg/dl. La hipocalcemia transitoria y permanente se define como necesidad de terapia con calcio por menos o más de 1 año respectivamente. (8)

La hipocalcemia postoperatoria es la complicación más frecuente posterior a tiroidectomía con una prevalencia de 1,6% a 50%. La hipocalcemia transitoria se ha detectado en 29% de pacientes y permanente cercana al 1%. (8)

En la Guías de la American Thyroid Asociación (ATA), se recomienda medir paratohormona (PTH) Postoperatoria para predecir hipocalcemia y necesidad de un manejo más intenso (mayor estadía, tratamiento oral o endovenoso.) Se propone un punto de corte de PTH < 15 pg/ml como predictor de hipocalcemia. Sin embargo, otros autores lo fijan en < 8 pg/m. La asociación de hipocalcemia con PTH < 15 pg/ml postoperatorio tiene alta significación estadística. (8)

Un nivel bajo de PTH temprano después de la tiroidectomía total se asocia con un alto riesgo de hipoparatiroidismo permanente y los niveles normales generalmente excluyen la disfunción de las glándulas paratiroides a largo plazo.

Se ha descrito que la incidencia está directamente relacionada a la experiencia de los grupos quirúrgicos, considerados como expertos grupos con más de 100 tiroidectomías al año. La preservación intraoperatoria de las glándulas paratiroides es la mejor profilaxis para evitar la hipocalcemia postoperatoria después de la tiroidectomía total.

Sin embargo, los pacientes en hipocalcemia habitualmente requieren sólo aporte de calcio oral exclusivo en dosis de 500 o 1.000 mg de carbonato de calcio cada 8 o 6 horas.

En general, el esquema de tratamiento indicado depende de la identificación de factores de riesgo preoperatorios (hipertiroidismo, cirugía previa, malabsorción, cirugía de paratiroides, etc.) y del nivel de calcio total y síntomas en el postoperatorio (9)

2. Lesión del Nervio laríngeo recurrente

La lesión del nervio laríngeo recurrente (RLNI) es uno de los principales eventos adversos asociados con la cirugía tiroidea, y puede causar una morbilidad significativa debido a su función en la inervación de todos los músculos intrínsecos de la laringe, excepto el músculo cricotiroideo. La lesión de este nervio puede resultar en paresia o parálisis de la cuerda vocal, afectando la capacidad de la voz y la función respiratoria.

La disfonía en el segundo al quinto día después de la cirugía es producida con frecuencia por el edema ocasionado por la cirugía, pudiendo llegar hasta el 27% (10) 12.5% a los 3 meses y 6.6 -7.8% a los 6 meses (11)

La lesión por tracción del nervio y los axones causa disfonía hasta por 6 meses. La disfonía por más de 6 meses es con frecuencia permanente. La RLNI bilateral es más grave ya que puede generar obstrucción de las vías respiratorias por obstrucción glótica siendo potencialmente mortal y/o afectando la calidad de vida de las personas. (11)

La frecuencia de parálisis del nervio laríngeo recurrente varía entre el 1,5% y el 20%, siendo más frecuente cuando la patología a intervenir es cáncer, como se puede observar en una casuística publicada, ver tabla 1 (12)

La hemorragia, el hipoparatiroidismo y la RLNI constituyen entre las 3, el 50% de las complicaciones de la cirugía tiroidea.

Las causas de la lesión al nervio son: la transección completa o parcial, la tracción o manipulación del nervio, la contusión, el aplastamiento, la quemadura, el pinzamiento, la ligadura mal colocada, compromiso de la irrigación vascular, y la intubación agresiva que induce edema laríngeo. (12)

Siendo importante la introducción de técnicas que permitan reducir la frecuencia de este evento. Para asegurar la integridad del nervio laríngeo recurrente, éste debe ser reconocido durante todas las técnicas operatorias en las glándulas tiroides y paratiroides. (12)

Tabla 1. Lesión nervio laríngeo recurrente en distintas cirugías de tiroides (12)

Datos	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Pacientes con RLNI post-tiroidectomía	25/255	9,8%
Tiroidectomía total	7/25	2%
Tiroidectomía subtotal	18/25	7.9%
Lesión transitoria, unilateral de las cuerdas vocales	17/255	6,7%
Lesión permanente, unilateral de las cuerdas vocales	3/255	1,2%
Lesión bilateral de las cuerdas vocales	8/255	3,1%
RLNI en lesiones malignas	18/105	17,1
RLNI en lesiones benignas	7/150	4,7%

3. Disfagia y disfonía

La disfagia y la disfonía son complicaciones bien reconocidas de la tiroidectomía debido a la lesión de los nervios laríngeos. Sin embargo, muchos pacientes se quejan de síntomas Aero digestivos superiores a pesar de la preservación intraoperatoria de los nervios laríngeos recurrentes y la rama externa del nervio laríngeo superior.(13)

La influencia del NLR y el NLS en la deglución es muy conocida y está descrita en la literatura actual, y el deterioro de la deglución relacionado con el daño nervioso a menudo se acompaña de cambios en la voz. El NLR proporciona información

motora para todos los músculos laríngeos intrínsecos, excepto el músculo cricofaríngeo, e inervación sensorial para el esófago superior. (14)

Las lesiones en el NLR provocan paresia o parálisis de las cuerdas vocales y cierre glótico incompleto y disfunción del esfínter esofágico superior. El NLS inerva el músculo cricotiroideo que tensa las cuerdas vocales y proporciona inervación sensitiva para la supraglotis y la glotis.(14)

En los abordajes quirúrgicos cervicales anteriores se ha descrito un fenómeno conocido como “síndrome funcional post tiroidectomía, que se manifiesta como un trastorno de la deglución, con estasis del bolo en las vallecúlas y el seno piriforme, aun incluso en pacientes sin neuropatía laríngea postoperatoria, demostrado mediante electromiografía laríngea y video fluoroscopia. Este síndrome incluye un amplio espectro de síntomas no específicos de voz y deglución como ronquera, tirantez, sensación de globo o molestias en la voz y la deglución que surgen después de una cirugía tiroidea sin complicaciones. Por lo general, la gravedad y la duración de estos síntomas son muy variables de un paciente a otro (13).

En las primeras semanas posoperatorias después de la tiroidectomía, la mayoría de los pacientes (50-80%) informan alteraciones de la deglución. Los síntomas a menudo son inespecíficos: molestias genéricas, opresión, bultos, cuerpos extraños y dificultad o dolor al tragar (14). Por lo general, son autolimitados, no están relacionados con la función nerviosa deteriorada y mejoran espontáneamente.

La incidencia publicada de disfagia oscila entre 20 al 58% (13) y se detectan de forma temprana en las primeras dos semanas postoperatorias, luego disminuyen en los primeros 3 meses y se resuelven progresivamente durante 1 año.

Estudios actuales han demostrado que los pacientes con dificultades para tragar después de una tiroidectomía sin complicaciones tienen una disminución en la presión del esfínter esofágico superior (EES) o incoordinación del EES, y varios estudios han encontrado una disminución de la movilidad laríngea y una restricción de los movimientos del hueso hioides (14)

4. Hipotiroidismo

Las complicaciones de la cirugía de tiroides son frecuentes, por lo que las ventajas de una cirugía limitada, incluido un menor riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente e hipoparatiroidismo, son importantes. Además, existe una creciente conciencia de que las imperfecciones de la terapia de reemplazo de tiroides tienen efectos sobre el bienestar general de la población sometida a cirugía de tiroides. Los pacientes que se someten a cirugía de tiroides, parcial o total, ya sea por patología benigna o maligna, tiene riesgo de desarrollar hipotiroidismo post quirúrgico.

5. **Hipoparatiroidismo quirúrgico.** Se presenta usualmente en un 30 a 40% de pacientes sometidos a cirugía de tiroides por cáncer.

Calidad de vida

Definición

La OMS (1994) define calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros” (13)

También se define como “bienestar percibido y comprende la evaluación de la salud física, psíquica, social y funcionamientos psicológicos”. Esta definición de Calidad de Vida y con un proceso sistemático fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), (13) cuestionario validado simultáneamente en distintas culturas.

Instrumentos de medición de la calidad de vida

1. *WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (15):

Se centra en la calidad de vida percibida por la persona, aportando un perfil de la misma y dando una puntuación global de las áreas y facetas que la componen. Se aplica a la población en general y a pacientes, Dentro del WHOQOL existen 2 versiones:

a. El WHOQOL-100: World Health Organization Quality-of-Life 100. Consta de 100 preguntas que evalúa la calidad de vida en general y salud global en base a 6 dimensiones; Salud física, Salud psicológica, Niveles de independencia, Relaciones sociales, Ambiente, Espiritualidad/Religión/Creencias personales.

b. El WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality-of-Life. Instrumento genérico derivado del WHOQOL-100. Contiene 26 preguntas, 2 de ellas, son globales acerca de la calidad de vida y la salud general y 24 de ellas generan un perfil de calidad de vida en 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica, Relaciones Sociales, Ambiente. (15)

2. *SEIQoL-DW*: Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weight.

Está dentro de los 10 instrumentos de la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida. Se desarrolló en los años 60, con la finalidad de mejorar la comunicación entre los/as pacientes y los/as médicos. Además, ha sido aplicado en muchas intervenciones médicas y se ha desarrollado como un instrumento para analizar la calidad de vida, llamado Proyecto SEIQoL.

Se basa en un método sencillo que mide la percepción que la persona entrevistada da a cada una de las dimensiones mencionadas a través de una entrevista estándar semiestructurada que permite obtener respuestas espontáneas del usuario mediante 3 etapas.

3. *La escala de calidad de vida de Sharlock y Keith (1993)*(16)

Está basada en un concepto de calidad de vida con aspectos objetivos y subjetivos. Ha sido diseñada para evaluar la calidad de vida percibida en personas con y sin discapacidad que desarrollan una actividad laboral. Se trata de una escala que se administra verbalmente, a través de una entrevista personal, en unos 20 o 30 minutos. Consta de 40 preguntas con 3 opciones de respuesta, de las cuales el individuo/a debe elegir una. Cada pregunta se puntúa de 1 a 3 puntos. Las preguntas se agrupan en 4 dimensiones (10 por cada una). Satisfacción., Competencia-productividad, Autodeterminación-independencia, Pertenencia social-integración en la comunidad. La puntuación total de la escala se obtiene sumando la puntuación de todas las preguntas, de todas las dimensiones.(16)

4. Short Form 36 questionnaire (SF-36) (17)

Es un instrumento de medición de resultados que se utiliza con frecuencia, es una medida de salud auto informada y bien investigada. Surge de un estudio llamado Medical Outcomes Study para la medida objetiva de la calidad de vida. Consta de 36 preguntas que cubren ocho ámbitos de la salud: Limitaciones en las actividades físicas por problemas de salud. Limitaciones en las actividades sociales por problemas físicos o emocionales. Limitaciones en las actividades habituales debido a problemas de salud física, Dolor corporal Salud mental general (angustia psicológica y bienestar), Limitaciones en las actividades habituales debido a problemas emocionales, Vitalidad (energía y fatiga), Percepción general de la salud (17)

5. EORTC QLQ Core Questionnaire (EORTC QLQ-C30)

es un instrumento diseñado para medir diferentes aspectos de calidad de vida en pacientes sobrevivientes de cáncer en general. Consta de 30 ítems_(18)

6. EORTC QLQ-THY34

Este instrumento se desarrolló en 2013 con la identificación de posibles problemas de calidad de vida y luego se probó su relevancia para los pacientes y los proveedores de atención médica. En 2015 y 2016, se realizó una prueba piloto del módulo provisional entre 182 pacientes con cáncer de tiroides. posteriormente se realizó la validación final. Cuenta con 34 preguntas sobre síntomas relacionados con complicaciones postquirúrgicas, donde el paciente responde si ha presentado la sintomatología durante la última semana, puntuado en una escala de 1 a 4. (18)

7. THYCA-QOL(19)

En 2013, Husson et al. 4 desarrollaron el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud para sobrevivientes de cáncer de tiroides (Thyca-QoL, por sus siglas en inglés), un instrumento específico para evaluar la calidad de vida en estos pacientes(20); y ya fue validado y aplicado psicométricamente en otros países. El número de estudios sobre calidad de vida en cáncer de tiroides en población latinoamericana de habla hispana es mínimo y pocos utilizan un instrumento específico validado. Como la calidad de vida varía entre poblaciones,

entornos socioeconómicos y culturales es necesario un instrumento validado para este tipo de población. (19)

El Thyca-QoL tiene 24 preguntas, que reflejan impacto en siete dominios (neuromuscular, voz, concentración, simpático, garganta/boca, psicológico y sensorial) y siete elementos individuales (problemas de cicatrices, sensación de frío, hormigueo en manos/pies, aumento de peso, dolores de cabeza e interés en el sexo). Cada elemento tiene cuatro categorías de respuesta (1 para 'nada', 2 para 'un poco', 3 para 'bastante' y 4 para 'mucho') y especifica un marco de tiempo (una semana para la mayoría de los elementos; cuatro semanas para los ítems de sexualidad). Una puntuación más alta representa un peor resultado. Este instrumento ha sido validado al idioma español (19), ver tabla 2.

Tabla 2. Instrumento Thyca-QoL24(19)

Dimensión	Pregunta	1 Nada	2 Un poco	3 Bastante	4 Mucho
Problemas en garganta/boca	¿En la última semana sintió la boca seca?				
	¿En la última semana ha tenido problemas para tragar?				

	¿En la última semana tuvo algún bulto en la garganta?				
Voz	¿En la última semana ha tenido la voz ronca?				
	¿En la última semana tuvo la voz débil?				
Simpático	¿En la última semana ha tenido problemas para tolerar el calor?				
	¿En la última semana tuvo oleadas				

	de calor (fogajes)?				
Neuromuscular	¿En la última semana tuvo dolor en los músculos y/o articulaciones?				
	¿En la última semana ha tenido calambres en las piernas?				
	¿En la última semana se sintió más lento/a de lo habitual?				
Sensorial	¿En la última semana sintió dolor,				

	irritación o sequedad en los ojos?				
	¿En la última semana ha tenido problemas de piel (por ejemplo, picazón, sequedad)?				
Concentración	¿En la última semana tuvo problemas para pensar?				
	¿En la última semana tuvo problemas de atención?				
Psicológico	¿En la última				

	<p>semana se sintió inquieto/a o agitado/a ?</p>				
	<p>¿En la última semana ha tenido problema s de ansiedad?</p>				
	<p>¿En la última semana sufrió palpitacio nes?</p>				
	<p>¿En la última semana tuvo ataques repentino s de cansancio ?</p>				
<p>Items individual es</p>	<p>¿En la última semana le</p>				

	molestaba la cicatriz en su cuello?				
	¿En la última semana se ha sentido con frío?				
	¿En la última semana tuvo una sensación de hormigue o en las manos y/o pies?				
	¿En la última semana ha subido de peso?				
	¿En la última semana tuvo dolores				

	de cabeza?				
	¿En las últimas cuatro semanas qué tanto estuvo interesad o/a en tener relaciones sexuales?				

Resultados de estudios de calidad de vida en pacientes posterior a cirugía de tiroides

En un estudio de 190 pacientes, a los 6 meses postoperatorios de tiroidectomía total (89 pacientes) y lobectomía tiroidea unilateral (101 pacientes), encontró que en el grupo de tiroidectomía total la puntuación de autoevaluación de calidad de vida global fue significativamente más baja que los pacientes con lobectomía unilateral ($p < 0,0001$). Los pacientes que recibieron terapia con LT4 independientemente de la extensión de la cirugía, informaron una peor calidad de vida en comparación con los pacientes que no recibieron LT4. Otros factores que se relacionan con la baja calidad de vida post tiroidectomía son: el hipotiroidismo y la necesidad de terapia con LT4, más que con la extensión de la cirugía. La mejor calidad de vida se reportó en pacientes tratados con lobectomía que no necesitaron terapia con LT4 (21).

El hipoparatiroidismo quirúrgico está también relacionado a baja calidad de vida, a pesar que hay pocos estudios en este subgrupo de pacientes (22).

Los pacientes que informaron una ingesta continua de calcio o la ingesta de vitamina D tuvieron peores puntuaciones de calidad de vida a nivel global salud,

funcionamiento físico, funcionamiento de roles e insomnio en comparación con pacientes sin calcio actual o la ingesta de vitamina D. Además, la ingesta actual de calcio o vitamina D se asoció con mayores probabilidades de tener Peor calidad de vida en el funcionamiento del rol y en el aspecto emocional. La suplementación con calcio y vitamina D no restablece la homeostasis fisiológica de calcio y fósforo, sino que conduce a fluctuaciones pronunciadas en los niveles de calcio en sangre. A pesar de la ingesta durante toda la vida, se observan complicaciones a corto plazo, como confusión mental, hormigueo en los dedos, brazos o piernas y otros síntomas físicos, cognitivos o emocionales, así como complicaciones a largo plazo, como cálculos renales, calcificación de tejidos blandos e insuficiencia renal (23).

Los pacientes informaron síntomas hipo paratiroideos típicos, como hormigueo en los brazos, piernas o cara (42,7%), irritabilidad inexplicable o sentimientos de ansiedad (28%) o dolor calambres en las manos o los pies (20%) (23).

Un estudio en población colombiana, utilizando el instrumento THYCA-QOL, la puntuación global obtenida fue de $28,4 \pm 17,8$ puntos. Los ámbitos con peores valores fueron el neuromuscular y el psicológico, y los ítems individuales con peores valores las cefaleas y el hormigueo en manos/pies (19,23).

En otro estudio realizado igualmente en población colombiana, que incluyó a 296 pacientes. La edad media fue de $47,2 \pm 14,4$ años (mediana 46, rango 14-84). La mayoría de los pacientes eran mujeres casadas y el 45 % eran amas de casa. El cáncer más común fue el carcinoma papilar, y el 94 % de los pacientes tenían enfermedad TNM en estadio I/II. Solo el 6 % presentaba comorbilidades graves. Un total de 76 % de los pacientes se sometieron a una tiroidectomía total y un 37 % necesitó disección de cuello concomitante, Se administró tratamiento adyuvante al 45 % de los pacientes y el 90 % recibió suplementos de T4.

La puntuación media de la escala Thyca-QoL fue de $42,3 \pm 10,8$ (mediana 40, rango 25-86). Los ítems con peor calidad (es decir, respuestas experimentadas de “bastante” y “mucho”) fueron dolor articular/muscular, dolor de cabeza, cansancio y fatiga. Los elementos con mejor calidad (es decir, respuestas “nada”, “un poco”) fueron problemas de atención, palpitaciones, nudo en la garganta, problemas. (24)

Factores psicológicos relacionados a la calidad de vida

a. *Percepción corporal*

La percepción del propio cuerpo se refiere a la comprensión y evaluación subjetiva de un individuo de su propia apariencia física, incluida cómo percibe e interpreta su imagen corporal. En el contexto de la cirugía de tiroides, los cambios en la apariencia física debido a cicatrices o alteraciones en el área del cuello pueden afectar la percepción del cuerpo de una persona, lo que lleva a posibles implicaciones psicológica(25).

Existen diferentes factores que influyen en la percepción del propio cuerpo después de una cirugía de tiroides. Estos factores pueden incluir preocupaciones preexistentes sobre la imagen corporal, el alcance de la intervención quirúrgica, las complicaciones posoperatorias y el nivel de apoyo social disponible para el individuo (26). Comprender estos factores es crucial para abordar el impacto psicológico de los cambios en la percepción del propio cuerpo y desarrollar estrategias de apoyo efectivas para las personas que se someten a una cirugía de tiroides (26).

Autopercepción corporal se refiere a la forma en que una persona se ve a sí misma en términos de su cuerpo, tanto física como emocionalmente (25). Es la imagen mental que uno tiene de su propio cuerpo, que puede estar influenciada por factores psicológicos, sociales y culturales. La autopercepción corporal posterior a la cirugía de tiroides se relaciona con la manera en que los pacientes perciben los cambios en su cuerpo luego de la operación, tanto a nivel estético como funcional (25).

El concepto de autopercepción corporal es fundamental para comprender la experiencia de los pacientes sometidos a cirugía de tiroides, ya que puede influir en su bienestar emocional y su adaptación a los cambios físicos. La autopercepción corporal puede verse afectada por diversos factores, como la satisfacción con la apariencia física, la autoestima, la percepción de sí mismo y la aceptación de la cicatriz postoperatoria(26). Es importante tener en cuenta aspectos psicológicos en la evaluación de la autopercepción corporal, ya que pueden influir en la recuperación y la calidad de vida de los pacientes.

Los factores psicológicos juegan un papel crucial en la autopercepción postoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía de tiroides. Estos factores pueden afectar significativamente la forma en que las personas perciben sus cuerpos después del procedimiento quirúrgico. Los factores psicológicos como la imagen corporal, la autoestima y el bienestar mental pueden influir en cómo las personas se ven a sí mismas y a su apariencia física después de una cirugía de tiroides. La apariencia externa es cómo cada persona se siente en relación a su propio cuerpo. La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el entorno(27).

Además, los factores psicológicos también pueden influir en la forma en que las personas afrontan los cambios en sus cuerpos después de la cirugía. Los pacientes pueden experimentar una variedad de emociones, incluidas ansiedad y depresión, mientras se adaptan a los cambios físicos resultantes de la cirugía de tiroides. Comprender y abordar estos factores psicológicos es esencial para brindar atención integral a los pacientes sometidos a cirugía de tiroides, asegurando que reciban el apoyo necesario para afrontar los aspectos emocionales y psicológicos de su recuperación. En general, reconocer la importancia de los factores psicológicos en la autopercepción posoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía de tiroides es vital para promover su bienestar general y su adaptación a los cambios en sus cuerpos (9).

b. Estados depresivos

La relevancia clínica y la epidemiología de la depresión en pacientes posttiroidectomía es un aspecto crucial a considerar en el tratamiento holístico de estos individuos. La depresión es una comorbilidad común en pacientes sometidos a cirugía de tiroides, (28). Esta amplia gama puede atribuirse a varios factores, como el método de evaluación, el momento de la evaluación y la heterogeneidad de la población de pacientes. La presencia de depresión en estos pacientes puede afectar significativamente su recuperación posoperatoria, calidad de vida y adherencia al tratamiento. Por lo tanto, comprender la epidemiología de la

depresión en pacientes posttiroidectomía es esencial para identificar a quienes están en riesgo e implementar las intervenciones adecuadas (28).

Desde una perspectiva clínica, la presencia de depresión en pacientes posttiroidectomías puede complicar el proceso de recuperación y conducir a peores resultados quirúrgicos.(27) Además, el impacto de la depresión en el sistema endocrino, particularmente en personas con trastornos de la tiroides, puede exacerbar los trastornos fisiológicos existentes e impedir el tratamiento general del paciente. Por lo tanto, una comprensión integral de la epidemiología y la relevancia clínica de la depresión en pacientes posttiroidectomía es esencial para que los proveedores de atención médica desarrollen estrategias personalizadas que aborden las necesidades de salud física y mental de esta población de pacientes (27).

Es por eso que decidimos desarrollar el presente estudio con el objetivo primario de Estimar calidad de vida con THYCA-QOL en pacientes adultos al año de haber sido intervenidos por tiroidectomía abierta independiente de la indicación quirúrgica, y con los objetivos secundarios:

1. Identificar los factores fisiológicos específicos post-tiroidectomía que afectan la calidad de vida de los pacientes al año
2. Identificar los factores psicológicos de la tiroidectomía en la calidad de vida de los pacientes al año

MATERIALES Y METODOS

Tipo de diseño

Se Utilizó un diseño descriptivo transversal de casos consecutivos de prevalencia.

Población de Estudio

-Población diana: Pacientes post tiroidectomía abierta.

-Población de estudio: pacientes post tiroidectomía abiertas realizados en Hospital Nacional Rosales.

-Muestra: Pacientes postquirúrgicos de tiroidectomías abiertas que se encuentran en la base de datos del Sistema Nacional de Salud del Hospital Nacional Rosales, a partir del 2024.

Criterios de inclusión

- Pacientes que han sido sometidos a tiroidectomía abierta total o subtotal.
- Independiente de la patología base.
- Por primera vez de tiroidectomía abierta.
- En Hospital Nacional Rosales.
- Postquirúrgicos de hace 1 año.

Criterios de exclusión

Que no desee participar en el estudio.

Método de muestreo

Se utilizó muestreo no probabilístico de casos consecutivos de pacientes que se les realizó tiroidectomía abierta hace un año hasta complementar 136 expedientes.

Calculo de tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de muestra necesario para estimar la media de la calidad de vida postquirúrgica en pacientes sometidos a tiroidectomía, se empleó la fórmula de Bonett, utilizando datos del estudio colombiano que aplicó el cuestionario THYCA-QoL. (23)

La fórmula utilizada es:

$$n = (Z * \sigma / E)^2$$

Donde:

- n = tamaño de muestra

- Z = valor crítico para un nivel de confianza del 95% (Z = 1.96)
- $\sigma = 17.8$ (desviación estándar reportada en el estudio colombiano) (24)
- E = 3 (margen de error tolerable)

Sustituyendo los valores:

$$n = \left(\frac{1.96 \times 17.8}{3} \right)^2 = \left(\frac{34.888}{3} \right)^2 = (11.66)^2 \approx 135.2$$

Por lo tanto, se utilizó una muestra de aproximadamente 136 pacientes para estimar con precisión la calidad de vida postquirúrgica, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error de ± 3 puntos en la puntuación total del THYCA-QoL.

Procedencia de los sujetos

Se tomaron los expedientes de la base de datos de los reportes postquirúrgicos elaborados en sistema nacional integral de salud (SIS) del Hospital Nacional Rosales

Método de recogida de datos

Se siguieron los siguientes pasos para la recolección de datos:

1. Posterior al visto bueno de comité de ética de investigación del Hospital Nacional Rosales se solicitó a jefatura del Departamento de Estadísticas y Documentación Médica (ESDOMED). el listado de cirugías programadas de tiroidectomía abierta en sistema nacional de salud (SIS) del Hospital Nacional Rosales de agosto 2024 hacia atrás, hasta complementar 136 expedientes
2. Cuando se obtuvo el listado de pacientes solicitados se realizó la revisión de los datos de identificación a través del SIS, se tomó el número de teléfono de contacto previamente dado en la recolección de datos de primera vez, para solicitar su participación en el estudio y tomar consentimiento verbal. Se le dio la opción de compartir por WhatsApp un formato Google docs. que debe completar conteniendo el cuestionario THYCA-QoL. O complementar por medio de llamada el cuestionario para las personas que no poseen WhatsApp o no sepan leer.
3. Se introdujo el cuestionario de THYCA-QoL a Google Form y los datos fueron procesados automáticamente a una tabla de Excel

Variables

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION	VALOR
<i>Número de expediente</i>	identificador numérico único asignado al ser atendido en Hospital Nacional Rosales	<i>Numero</i>	<i>No analizable</i>
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta un momento específico,	<i>Número de años</i>	<i>Cuantitativo</i>
<i>Sexo</i>	Características biológicas y físicas que se utilizan para clasificar a una persona como hombre o mujer	<i>Masculino (1)</i> <i>Femenino (2)</i>	<i>Categorica</i>
<i>Tipo de cirugía</i>	Clasificación de los procedimientos quirúrgicos	<i>Tiroidectomía total</i>	<i>Categorica</i>

	según extensión. Se tomó desde el expediente	<i>Tiroidectomía subtotal</i> <i>Tiroidectomía más disección ganglionar</i>	
<i>Cuestionario</i> THYCA-QoL.	Instrumento específico para evaluar la calidad de vida en pacientes postquirúrgicos de tiroidectomía abierta	1 para 'nada', 2 para 'un poco', 3 para 'bastante', 4 para 'mucho'	<i>Cuantitativo</i>

Intervención y seguimiento de los pacientes

Por ser un estudio descriptivo trasversal no se realizó ningún seguimiento a seguir posterior al uso del cuestionario

Entrada y Gestión informática de los datos

Todos los datos obtenidos de distintas fuentes: del expediente los relativos a la cirugía y en Google docs. datos personales y la encuesta, se registraron en una tabla de Excel para su procesamiento.

El Thyca-QoL tiene 24 preguntas, siete dominios (neuromuscular, voz, concentración, simpático, garganta/boca, psicológico y sensorial) y siete elementos individuales (problemas de cicatrices, sensación de frío, hormigueo en manos/pies, aumento de peso, dolores de cabeza e interés en el sexo). Cada elemento tiene cuatro categorías de respuesta (1 para nada', 2 para 'un poco', 3

para 'bastante' y 4 para 'mucho') y especifica un marco de tiempo (una semana para la mayoría de los elementos; cuatro semanas para los ítems de sexualidad). Una puntuación más alta representa un peor resultado. El cuestionario fue auto administrado o completado con asistencia.

Estrategia de análisis

La tabla de Excel que constituye la base de datos del presente estudio, luego los datos se introdujeron en un software estadístico JAMOV 2.3.26 para su procesamiento.

Los datos se presentaron en estadística descriptiva de la siguiente forma:

Variables categóricas en frecuencias y porcentajes

Variables cuantitativas, se realizará test de Shapiro Wilk para ver su "normalidad" y dependiendo de ello se presentó en su respectiva medida de tendencia central y su dispersión.

El puntaje global de la encuesta se transformó para su interpretación para se presentada como variable categórica.

El estudio fue sometido a evaluación ética previo su desarrollo al Comité de ética de investigación en salud del Hospital Nacional Rosales.

RESULTADOS

136 pacientes contestaron el cuestionario, y tenían las siguientes características, ver tabla 3

Tabla 3. Características demográficas

Características demográficas	Frecuencia	Resumen
Sexo		
Femenino	125	92%
Masculino	11	8%
Edad		
Media	49.5	
Desviación estándar	± 14.5	

Características clínicas

El 87.5% de los pacientes fueron sometidos a tiroidectomía total, y el 50% tuvo malignidad en la biopsia, ver tabla 4.

Tabla 4. Características clínicas de los pacientes que contestaron la encuesta

Características Clínicas	Frecuencia	Resumen
Tipo de tiroidectomía		
Total	119	87.5%
Total + disección ganglionar	9	6.62%
Subtotal	8	5.88%
Medicación post		
Quirúrgico	112	82.36%
Solo Levotiroxina	0	0%
Solo Calcio	24	17.64%
Ambos	0	0%
Ninguno		
Uso de radio yodo		

Si	21	15.44%
No	115	84.56%
Resultado de la biopsia		
Patología Benigna	68	50%
Patología Maligna	68	50%

De los 9 pacientes que se le realizaron tiroidectomía total mas disección ganglionar, en base a el reporte postquirúrgico se determino que 7 de ellos fue disección cervical compartimiento anterior central. 1 radical tomando musculo esternocleidomastoideo por invasión, 1 radical modificada sin compromiso muscular. ver tabla 5.

Tabla 5. Tipo de Disección ganglionar

Tipo de Disección ganglionar	Frecuencia	Resumen
Tiroidectomía total más Disección ganglionar		
Disección cervical de compartimiento anterior	7	77.8%
Disección cervical radical	1	11.1%
Disección cervical radical modificada bilateral	1	11.1%

Resultados globales de la encuesta

El puntaje global total tuvo una mediana de 35 puntos con una mínima de 24 y máxima de 61 puntos.

Adecuado= 20 pacientes. Mediana de puntaje de 24 puntos

Aceptable= 98 pacientes. Mediana de puntaje de 35.5, con mínimo de 26 y máxima de 47

Moderado= 18 pacientes, media de 53.1 con Desviación estándar de ± 4.01 .

Resultados por dimensión

Evaluando por dimensión encontramos que la que obtuvo un puntaje mas alto fue la dimensión psicológica.

1. Dimensión Problemas en garganta/boca: Contiene 3 preguntas por lo que para la encuesta su valor mínimo es 3 y máximo 12.

Se obtuvo en la muestra una mediana de 3 con rangos de 3 a 7.

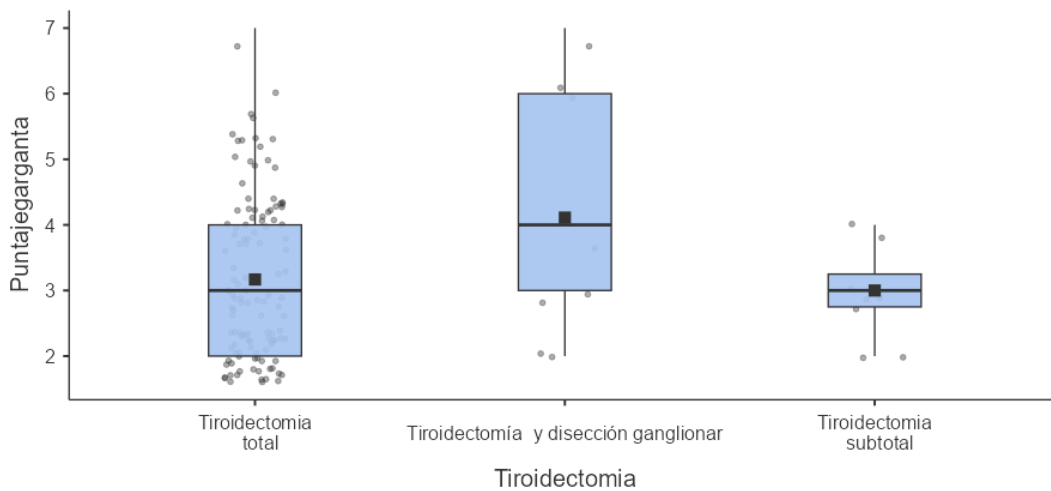


Figura
6.
Grafica
de

dispersión de la puntuación dimensión problemas Garganta/boca según tiroidectomía

2. Dimensión Voz: contiene 2 preguntas, por lo que para la encuesta tiene un puntaje mínimo de 2 y máximo de 8.

Se obtuvo en la muestra una mediana de 2 con rangos de 2 a 8.

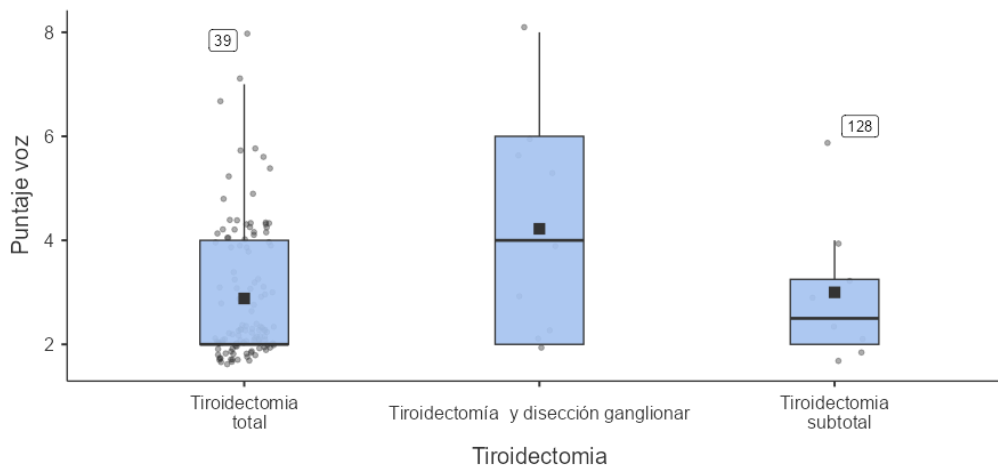


Figura 7. Grafica de

dispersión para la puntuación obtenida en la dimensión Voz según tiroidectomía

3. Dimensión simpático. contiene 2 preguntas, por lo que tiene un puntaje mínimo de 2 y un máximo de 8. Se obtuvo una mediana de 2 con rangos de 2 a 7 puntos.

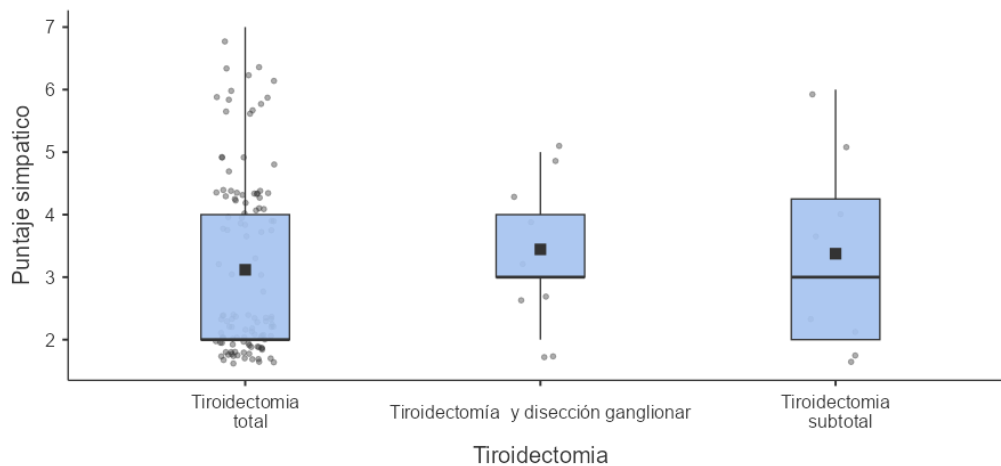


Figura 8. Grafica de dispersión para la puntuación obtenida en la dimensión Sin patético según tiroidectomía

4. Dimensión neuromuscular: Tiene tres preguntas, por lo que para la encuesta tiene un puntaje mínimo de 3 y máximo de 12. En la muestra se obtuvo una puntuación mediana de 5, con rangos de 3 a 9.

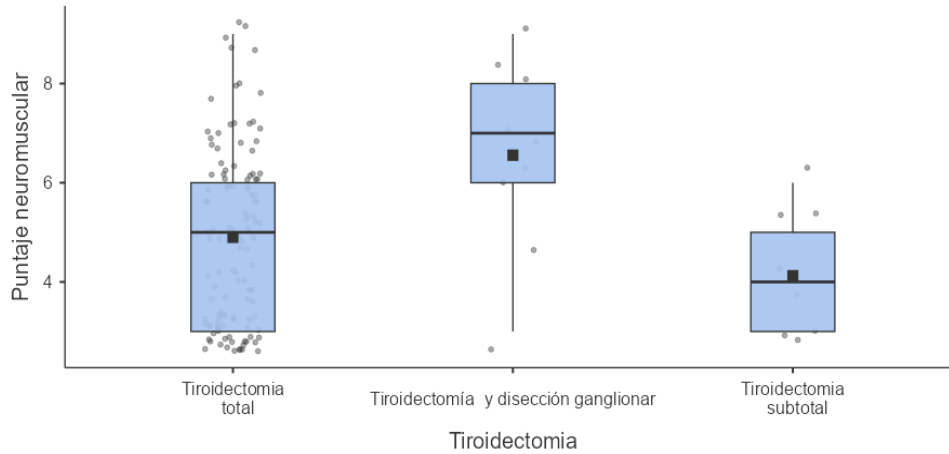


Figura 9. Grafica de dispersión de la puntuación para la Dimensión Neuromuscular según tiroidectomía

5. Dimensión Sensorial: Tiene 2 preguntas, por lo que la encuesta tiene una puntuación mínima de 2 y máxima de 8.

En la muestra se obtuvo una mediana de 3 con rangos de 2 a 8

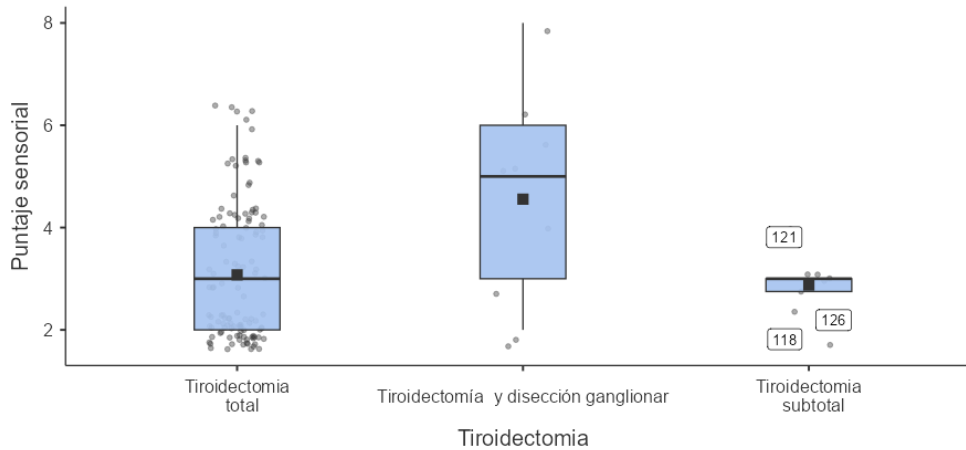
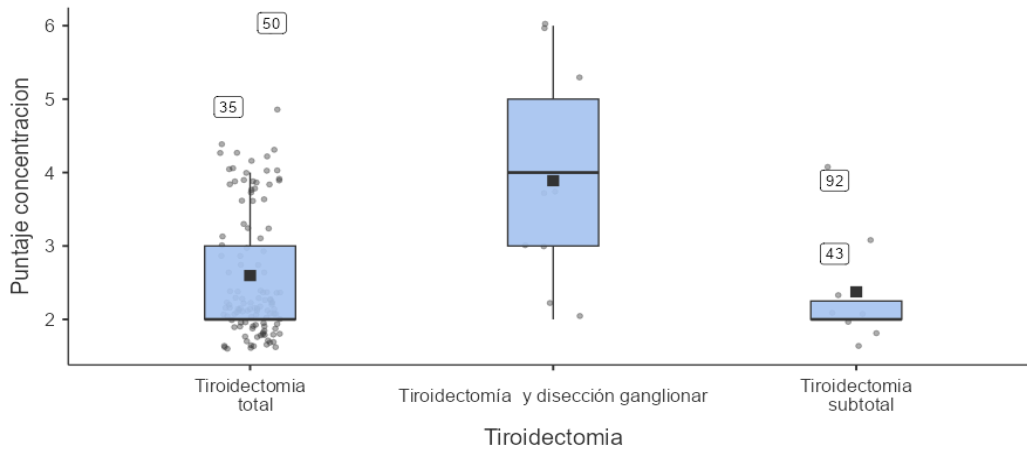


Figura 10. Gráfico de dispersión de la puntuación para la Dimensión Sensorial según tiroidectomía.

6. Puntaje Dimensión Concentración: Esta dimensión tiene dos preguntas, por lo que para la encuesta el puntaje mínimo es 2 y el máximo 8. En la muestra se obtuvo una mediana de 2 con rangos de 2 a 6.

Figura 11. Grafica de dispersión del puntaje para la dimensión



Concentracion según Tiroidectomia

7. Puntaje Dimensión psicológica: Esta dimensión tiene 4 preguntas, por lo que para la encuesta tiene un puntaje mínimo de 4 y un máximo de 16. En la muestra se obtuvo una mediana de 5 puntos con rangos de 4 a 12

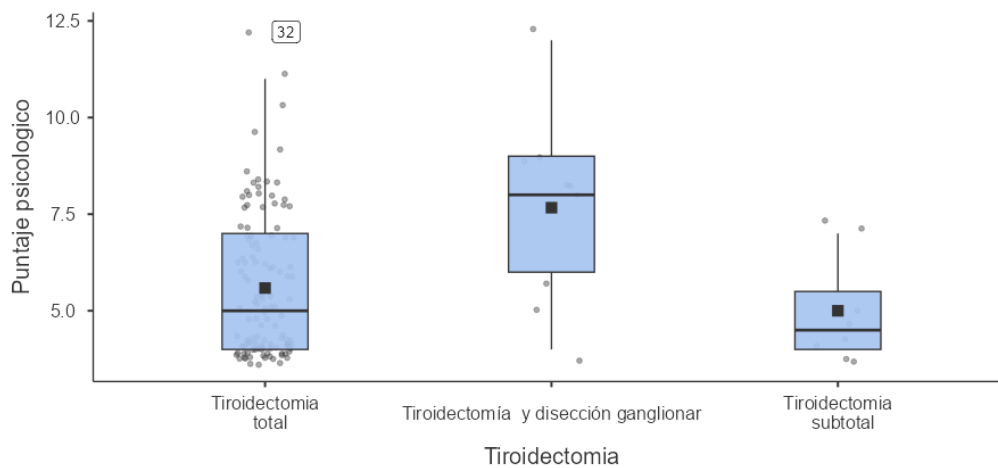


Figura 12. Grafica de dispersión del puntaje para la dimensión Psicologica según Tiroidectomía

8. Y para los puntajes individuales se tuvo un mayor puntaje para la sensación de hormigueo, y dolores de cabeza, ver tabla 4.

Tabla 4. Valores resumen de los puntajes obtenidos en los ítems individuales de la encuesta.

Item individual	Puntaje obtenido
¿En la última semana le molestaba la cicatriz en su cuello?	Mediana 1 Rangos 1 a 4
¿En la última semana se ha sentido con frío?	Mediana 1 Rangos 1 a 3
¿En la última semana tuvo una sensación de hormigueo en las manos y/o pies?	Mediana 2 Rangos de 1 a 3
¿En la última semana ha subido de peso?	Mediana 1 Rangos de 1 a 3
¿En la última semana tuvo dolores de cabeza?	Mediana 2 Rangos de 1 a 3
¿En las últimas cuatro semanas qué tanto estuvo interesado/a en tener relaciones sexuales?	Mediana 1 Rangos de 1 a 4

Factores asociados a la calidad de vida

Entre los factores asociados encontramos el tipo de tiroidectomía, la medicación y el resultado de la biopsia, ver tabla 5.

Tabla 5. Factores asociados al puntaje de la encuesta

Factores que impactan en la	Adecuada	Acceptable	Moderao	P Análisis univariado	P Análisis multivariado

calidad de vida					
Tipo de tiroidectomía	20 0 0	86 4 8	13 5 0	0.001	0.005
Total Total + disección ganglionar Subtotal					
Medicación	20 Solo Levotiroxina Solo Calcio	81 0 17 0	11 0 7 0	0.002	<0.001
Ambo s					
Ninguno					

Uso de Radio Yodo Si No	2 18	15 83	4 14	0.580	
Por result ado de la biopsi a Benig no Malign o	15 5	48 50	5 13	0.014	0.350

Al hacer un análisis multivariado con el modelo del análisis univariado, solo el tipo de tiroidectomía y la medicación estaban asociados.

DISCUSION

Las autoras consideramos que conseguimos el objetivo del estudio que era Estimar calidad de vida con THYCA-QOL en pacientes adultos al año de haber sido intervenidos por tiroidectomía abierta independiente de la indicación quirúrgica.

Estamos conscientes de las limitantes de obtención de datos específicos en los resultados de patología los cuales únicamente se clasificaron como benignos y malignos sin conocer exactamente su resultado histopatológico, ya que únicamente se tomaron verbalmente del paciente. Además, durante la recolección de datos telefónica se identificó que algunos pacientes con patología maligna aún están pendientes de yodo terapia debido a remodelación de hospital tratante.

En este estudio se evaluó la calidad de vida de pacientes sometidos a tiroidectomía en El Hospital Nacional Rosales, encontrándose que la mayoría presentó niveles aceptables de calidad de vida, con una mediana global de 35 puntos. Estos hallazgos sugieren que, aunque la tiroidectomía es un procedimiento frecuentemente bien tolerado, persisten síntomas físicos y psicológicos que impactan el bienestar postoperatorio.

La población estuvo conformada principalmente por mujeres (92%), lo cual coincide con la epidemiología conocida de la patología tiroidea, más prevalente en el sexo femenino. La edad media de 49.5 años se alinea con reportes internacionales donde la indicación quirúrgica predomina en adultos de mediana edad.

Además, el hecho de que el 87.5% de los pacientes fueran sometidos a tiroidectomía total refleja que en el contexto socioeconómico de la población Salvadoreña se decide realizar un procedimiento más extensos, especialmente en el contexto de nódulos sospechosos o patología maligna, ya que el proceso de seguimiento posquirúrgico únicamente se da en centros de atención de tercer nivel en áreas metropolitanas del país por lo que la población periférica a dichos hospitales pierden su seguimiento y consulta nuevamente en etapas avanzadas de la enfermedad.

En cuanto a las dimensiones de calidad de vida, la dimensión psicológica fue la que obtuvo mayor puntuación, indicando mayor impacto y concordando con otros estudios donde el diagnóstico de enfermedad tiroidea, la cirugía y la necesidad de terapia hormonal prolongada generan ansiedad, temor a recurrencia y alteraciones emocionales. También se observaron puntajes elevados en ítems relacionados con parestesias y cefalea, síntomas que, aunque comunes y generalmente transitorios, pueden reflejar desequilibrios metabólicos o efectos secundarios de la medicación.

Las dimensiones físicas como voz, problemas en garganta/boca y síntomas simpáticos mostraron puntuaciones bajas, lo que sugiere que, en esta muestra, la mayoría de los pacientes no presentaron afectación funcional importante en estas áreas. Esto puede deberse a técnicas quirúrgicas más seguras, menor manipulación de estructuras laríngeas o adecuada suplementación postoperatoria. Sin embargo, el impacto neuromuscular y sensorial, aunque leve, se mantuvo presente, lo que es consistente con la literatura que describe síntomas persistentes incluso con niveles hormonales en rango.

Al analizar los factores asociados, se identificó que el tipo de tiroidectomía y la medicación postquirúrgica influyeron significativamente en los puntajes de calidad de vida, tanto en el análisis univariado como multivariado. Los pacientes sometidos a tiroidectomía total y aquellos que requirieron combinación de levotiroxina y calcio presentaron una mayor tendencia de encontrarse en las categorías de aceptable calidad de vida. En pacientes sometidos a tiroidectomía total más disección ganglionar se encontraron con un mayor puntaje, categorizándose como moderada calidad de vida. Este hallazgo es coherente con la fisiopatología, ya que los procedimientos más extensos se asocian a mayor riesgo de hipoparatiroidismo transitorio o permanente, disfunción vocal y dependencia completa de terapia hormonal sustitutiva.

Por otro lado, el uso de yodo radiactivo no mostró asociación significativa, lo cual podría explicarse por el tamaño de la muestra o por un tiempo insuficiente para manifestar efectos secundarios prolongados.

Aunque el 50% de los pacientes tuvo un resultado maligno en la biopsia, esta variable no se asoció significativamente a la calidad de vida en el análisis multivariado. Esto sugiere que, más que el diagnóstico oncológico en sí, son las consecuencias del tratamiento (tipo de cirugía y suplementación) las que determinan en mayor medida el bienestar posterior.

En conjunto, los resultados reflejan que, si bien la mayoría de los pacientes mantienen una calidad de vida aceptable después de la tiroidectomía, existen síntomas persistentes, principalmente psicológicos y neuromusculares, que merecen atención sistemática. La identificación de factores clínicos asociados permite orientar estrategias de seguimiento más individualizadas, priorizando la educación, el soporte emocional y el ajuste óptimo de la terapia hormonal y del calcio.

Implicaciones prácticas y teóricas.

La mayoría de pacientes fueron mujeres (92%) con una edad media de 49.5 años. El 87.5% fue sometido a tiroidectomía total y el 50% tuvo patología maligna. La mediana del puntaje global fue de 35 puntos. La mayoría presentó calidad de vida aceptable (72.1%), seguida de moderada (13.2%) y adecuada (14.7%). Las dimensiones más afectadas fueron la psicológica y la neuromuscular. En el análisis multivariado, el tipo de tiroidectomía y la medicación postoperatoria fueron los factores significativamente asociados con peor calidad de vida ($p < 0.05$). El diagnóstico histopatológico y el uso de yodo radiactivo no mostraron asociación significativa.

Para la práctica quirúrgica

- Refuerzo de la toma de decisiones quirúrgicas individualizadas

Dado que la tiroidectomía total se asoció con aceptable calidad de vida, es fundamental que los cirujanos valoren cuidadosamente la indicación, especialmente en casos donde una hemitiroidectomía o manejo conservador

podrían ser alternativas seguras. Esto favorece un abordaje más personalizado y orientado al beneficio global del paciente.

- Optimización y estandarización de la técnica quirúrgica

Los síntomas neuromusculares y sensoriales persistentes sugieren que la precisión quirúrgica, preservación de glándulas paratiroides, del nervio laríngeo recurrente y mínima manipulación de estructuras delicadas, es crucial para disminuir complicaciones y mejorar los resultados funcionales.

- Evaluación intraoperatoria más rigurosa

La asociación entre la necesidad de suplementación de calcio y un peor puntaje de calidad de vida destaca la importancia de estrategias como preservación vascular de paratiroides, autotrasplante cuando sea necesario y vigilancia del sangrado que pueda comprometer estructuras nerviosas.

- Implementación de monitoreo neurológico intraoperatorio (NIM)

Aunque no todos los centros lo utilizan, el uso de monitoreo del nervio laríngeo recurrente puede reducir complicaciones vocales y contribuir a mantener mejores puntajes en las dimensiones de voz y garganta a largo plazo.

- Protocolos de prevención de hipocalcemia postquirúrgica

La presencia de hormigueo y cefalea como síntomas frecuentes sugiere que deben aplicarse protocolos estandarizados de reposición temprana de calcio y vitamina D, especialmente en pacientes con tiroidectomía total o disección ganglionar.

- Comunicación preoperatoria clara y centrada en expectativas

Dado el impacto psicológico identificado, los cirujanos deben integrar una conversación exhaustiva sobre riesgos, síntomas esperados y recuperación, lo que puede disminuir ansiedad y mejorar la satisfacción postquirúrgica.

- Seguimiento estructurado postoperatorio

Los hallazgos indican que es necesario que el equipo quirúrgico establezca un seguimiento temprano y periódico para identificar y manejar síntomas persistentes, facilitando la detección de hipocalcemia, disfonía o alteraciones emocionales.

La práctica quirúrgica se beneficia cuando existen canales formales de comunicación con endocrinología, otorrinolaringología, psicología y rehabilitación, permitiendo un manejo integral del paciente.

Para investigaciones futuras

- Realizar estudios longitudinales:

Es necesario implementar investigaciones que evalúen la calidad de vida en diferentes momentos del postoperatorio para identificar cómo evolucionan los síntomas físicos, psicológicos y neuromusculares a lo largo del tiempo. Esto permitiría comprender si las alteraciones encontradas son transitorias, persistentes o progresivas.

- Evaluar intervenciones dirigidas:

Podrían analizar la efectividad de intervenciones específicas, como programas de educación al paciente, apoyo psicológico, rehabilitación vocal o suplementación optimizada de calcio, para determinar su impacto real en la mejora de la calidad de vida.

- Incluir mediciones objetivas complementarias:

Es recomendable incorporar en futuros estudios parámetros como niveles séricos de calcio, PTH, TSH, así como evaluaciones de voz y pruebas neuromusculares, para correlacionar los hallazgos subjetivos con datos clínicos objetivos.

- Explorar factores psicosociales y socioeconómicos:

Variables como apoyo social, nivel educativo, empleo o percepción del riesgo podrían influir en la calidad de vida y deben ser consideradas en estudios posteriores para obtener una visión más integral del paciente tiroidectomizado.

- Comparar entre técnicas quirúrgicas:

Investigar diferencias en calidad de vida entre tiroidectomía total, hemitiroidectomía, cirugía mínimamente invasiva o procedimientos asistidos por tecnología podría aportar información relevante para la toma de decisiones quirúrgicas.

- Analizar el impacto del tiempo de evolución:
Determinar cuántos meses o años después de la cirugía persisten los síntomas permitiría diferenciar entre efectos esperables del postoperatorio inmediato y secuelas a largo plazo.
- Estudiar el efecto del yodo radiactivo con seguimiento más prolongado
Aunque en este estudio no se encontró asociación significativa, investigaciones con muestras más grandes y seguimiento extendido podrían clarificar su impacto en dimensiones psicológicas y neuromusculares.
- Ampliar la muestra a centros hospitalarios múltiples:
Realizar estudios multicéntricos permitiría comparar resultados entre diferentes poblaciones, técnicas quirúrgicas y contextos sanitarios, aumentando la validez externa de los hallazgos.

Limitaciones del estudio

- Diseño transversal, el cual no permite evaluar cambios en la calidad de vida a lo largo del tiempo ni establecer causalidad directa entre las variables.
- Muestra obtenida por conveniencia, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otros centros o poblaciones.
- Información autorreportada, lo que puede generar sesgo de recuerdo o subestimación de síntomas.
- Ausencia de evaluación funcional objetiva, como estudios de voz, niveles detallados de calcio o pruebas neurocognitivas, que podrían complementar los hallazgos subjetivos.
- Posible variabilidad en la técnica quirúrgica, ya que diferentes cirujanos pudieron haber realizado los procedimientos, lo que puede influir en la presencia de ciertas complicaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vitae [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en:
https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_6516.pdf

2. Gharib H, Papini E, Garber JR, Duick DS, Harrell RM, Hegedus L, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules - 2016 Update Appendix. *Endocr Pract.* 1 de mayo de 2016;22:1-60.
3. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc.* enero de 2016;26(1):1-133.
4. Briñez AM, Suárez CM, Suárez J. MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA QUE FACILITA EL ABORDAJE DE LA GLÁNDULA TIROIDES. 2013;25.
5. Cirugía para el cáncer de tiroides | Tiroidectomía | American Cancer Society [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/tratamiento/cirugia.html>
6. Fagan J. ATLAS DE ACCESO ABIERTO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.
7. Martínez WK. Tiroidectomía video asistida mínimamente invasiva: 10 años de experiencia respaldados por la evidencia.
8. Cabané P, Castro A, Rodríguez F, Cavada G. Incidencia de Hipocalcemia Post Tiroidectomía. Factores predictores (PTH, Fósforo, Magnesio) y protocolo de manejo con alta precoz. *Rev Médica Chile.* julio de 2023;151(7):920-8.
9. Park KA, Kim S, Oh EG, Kim H, Chang HS, Kim SH. Factors affecting the health-promoting behavior of thyroid cancer survivors: comparison by stage of cancer survivorship. *Support Care Cancer.* 2022;30(4):3429-39.

10. Iyomasa RM, Tagliarini JV, Rodrigues SA, Tavares ELM, Martins RHG. Laryngeal and vocal alterations after thyroidectomy. *Braz J Otorhinolaryngol*. 1 de enero de 2019;85(1):3-10.
11. Elsheikh E, Quriba AS, El-Anwar MW. Voice Changes after Late Recurrent Laryngeal Nerve Identification Thyroidectomy. *J Voice Off J Voice Found*. noviembre de 2016;30(6):762.e1-762.e9.
12. Haddadin SW, Mahasna AM, Abumekhleab IA, Almaaitah FS, Alhyari FMA, Alsaidat YM, et al. Comparison of Recurrent Laryngeal Nerve Insult Incidence Post Thyroidectomy for Benign and Malignant Lesions. *Med Arch Sarajevo Bosnia Herzeg*. 2023;77(3):213-7.
13. Galluzzi F, Garavello W. Dysphagia following uncomplicated thyroidectomy: a systematic review. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg*. octubre de 2019;276(10):2661-71.
14. Đanić-Hadžibegović A, Hergešić F, Babić E, Slipac J, Prstačić R. Thyroidectomy-related Swallowing Difficulties: Review of the Literature. *Acta Clin Croat*. junio de 2020;59(Suppl 1):38-49.
15. Microsoft Word - 18. WHOQOL-BREF.doc [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf
16. Alcedo Rodríguez MÁ, Aguado Díaz AL, Arias Martínez B, González González M, Rozada Rodríguez C. Escala de Calidad de Vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen: estudio preliminar. *Interv Psicosoc* [Internet]. 2008 [citado 25 de noviembre de 2025];17(2). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en

17. 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.rand.org/health/surveys/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html>
18. Singer S, Jordan S, Locati LD, Pinto M, Tomaszewska IM, Araújo C, et al. The EORTC module for quality of life in patients with thyroid cancer: phase III. *Endocr Relat Cancer*. 1 de abril de 2017;24(4):197-207.
19. Sanabria Á, Gómez Ó. Adaptación y validación de la versión en español de la escala thyroid-cancer-specific Thyca-QoL: Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Cir*. 26 de junio de 2023;38(4):613-23.
20. Development of a disease-specific health-related quality of life questionnaire (THYCA-QoL) for thyroid cancer survivors - PubMed [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23013266/>
21. Yaniv D, Vainer I, Amir I, Robenshtok E, Hirsch D, Watt T, et al. Quality of life following lobectomy versus total thyroidectomy is significantly related to hypothyroidism. *J Surg Oncol*. 15 de septiembre de 2022;126(4):640-8.
22. Landry V, Siciliani E, Henry M, Payne RJ. Health-Related Quality of Life following Total Thyroidectomy and Lobectomy for Differentiated Thyroid Carcinoma: A Systematic Review. *Curr Oncol*. 21 de junio de 2022;29(7):4386-422.
23. Büttner M, Locati LD, Pinto M, Araújo C, Tomaszewska IM, Kiyota N, et al. Quality of Life in Patients With Hypoparathyroidism After Treatment for Thyroid Cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 de diciembre de 2020;105(12):dgaa597.
24. Gómez O, Sanabria A. Quality of life of patients with thyroid cancer in Colombia. *Endocrinol Diabetes Nutr Engl Ed*. 1 de febrero de 2024;71(2):61-70.
25. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM. Imagen corporal; revisión bibliográfica.

26. Haymart P, Levin NJ, Haymart MR. The Psychosocial Impact of Thyroid Cancer. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 1 de octubre de 2023;30(5):252-8.
27. Lozano-Arrazola A, Cupil-Rodríguez AL, Alvarado-Aguilar S, Granados M. Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. 2011;10.
28. Rzeszutek M, Pięta M, Van Hoy A, Zawistowska M, Grymowicz M, Pięta W, et al. Coping profiles, depression, and body image anxiety during the Covid-19 pandemic: Comparative analysis of females with thyroid diseases and a non-clinical sample. *PLOS ONE.* 1 de marzo de 2023;18(3):e0282302.