

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja,

15 OCT. 2018

VISTO:

El Expediente N° 18-020221-001 correspondiente a la solicitud de aprobación de la "Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía", y;

CONSIDERANDO:

Que, el Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja es un órgano desconcentrado especializado del Ministerio de Salud - MINSA, que según Manual de Operaciones, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA y modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB, tiene como misión brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea y, simultáneamente realiza investigación y docencia, proponiendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional;

Que, el artículo I y artículo II de la Ley General de Salud – Ley N° 26842 prescriben que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el segundo párrafo del artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Médicos de Apoyo, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos dispuestos en el Artículo 5° del presente Reglamento;

Que, el inciso b) del numeral II.4.1 del Manual de Operaciones del INSN-SB, aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB, establece que como parte de sus funciones, la Unidad de Atención Integral Especializada, se encuentra facultado de elaborar y proponer, en coordinación con la instancia correspondiente, las políticas, normas, guías técnicas, en el

campo de su especialidad, así como efectuar su aplicación, monitoreo y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante el Anexo 3 de la Ficha de Descripción de Procedimiento: "Elaboración Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento", del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la calidad, aprobado por Resolución Directoral N° 155/2015/INSN-SB/T, se establece la estructura de la Guía de Procedimiento;

Que, mediante Nota Informativa N° 0781-2018-SUAIEPEQ-INSNSB la Jefe del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remite a la Unidad de Atención Integral Especializada de la remisión de la "Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía", documento elaborado por la especialidad de Otorrinolaringología;

Que, mediante Nota Informativa N° 533-2018-UAIE-INSNSB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada informa a la Jefe de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad de su opinión favorable respecto a la "Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía", elaborado por la especialidad de Otorrinolaringología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Nota Informativa N° 00759-2018-UGC-INSN-SB, la Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General la aprobación mediante Resolución Directoral de la "Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía", al considerar que dicho documento cuenta con la opinión favorable de la Unidad de Atención Integral Especializada y la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante Informe Legal N° 223-2018-UAJ-INSN-SB, la Unidad de Asesoría Jurídica es de la opinión que la propuesta contemplada en la "Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía", elaborada por la especialidad de Otorrinolaringología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, es concordante con el marco normativo vinculado a la materia, máxime si el procedimiento cuenta con el visto bueno y/o opinión favorable del Departamento de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, de la Unidad de Atención Integral Especializada y de la Unidad de Gestión de la Calidad, de acuerdo con sus funciones designadas en el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA y modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/UBSB-SB;

Con el Visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefe de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Estando a lo dispuesto en la Ley General de Salud – Ley N° 26842, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la "Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía" de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, que como anexo adjunto forma parte del presente acto resolutorio.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, la implementación de la "Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía".

ARTICULO 3°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación de cumplimiento de la "Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía".

ARTÍCULO 4°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulema Tomás Gonzáles
DIRECTORA GENERAL

EZTG/BSPB/Ceps

Cc.

DA

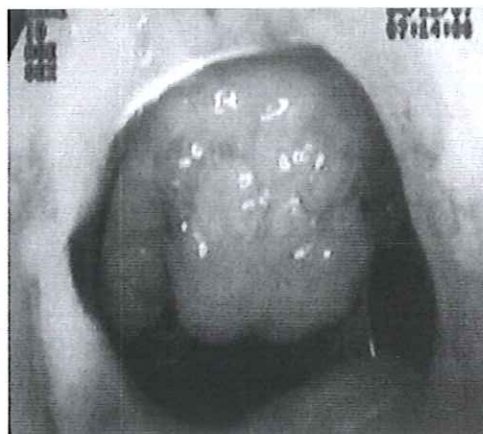
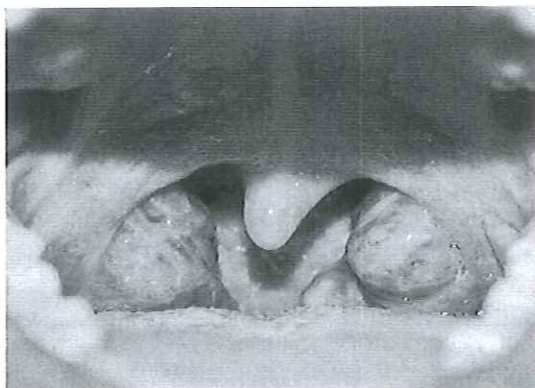
UAIE

UGC

UAJ

Archivo

GUIA DE PROCEDIMIENTO DE AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA



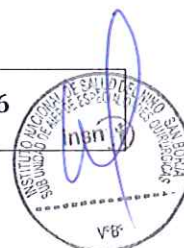
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo Técnico de Otorrinolaringología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none">Unidad de Atención Integral EspecializadaSub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades QuirúrgicasUnidad de Gestión de la Calidad	Dra. Zulema Tomás González Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

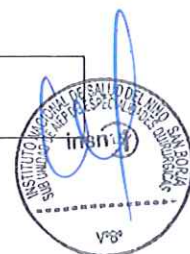
Página 1 de 16





GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA

I.	Título	3
II.	Finalidad	3
III.	Objetivos	3
IV.	Ámbito de aplicación	3
V.	Nombre del Procedimiento a Estandarizar y Código CPT	3
VI.	Consideraciones Generales	3
a.	Definiciones Operativas.....	3
1.	Definición del Procedimiento.....	3
2.	Aspectos Epidemiológicos importantes.....	4
3.	Consentimiento Informado	4
b.	Conceptos Básicos.....	4
c.	Requerimientos Básicos	5
VII.	Consideraciones Específicas.....	6
a.	Descripción detallada del Proceso o Procedimiento:.....	6
b.	Indicaciones y Contraindicaciones.....	9
c.	Riesgos o Complicaciones Frecuentes:.....	10
e.	Contraindicaciones.....	10
VIII.	Recomendaciones.....	11
IX.	Autores, Fecha y Lugar	14
X.	Anexos.....	15
XI.	Bibliografía	15



GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA

[illegible]

Guía de Procedimiento de Amigdalectomía y Adenoidectomía.

II. Finalidad

Contribuir a la reducción de la morbilidad del paciente con hipertrofia de amígdalas y/o adenoides.

III. Objetivos

Unificar y estandarizar el procedimiento de amigdalectomía y adenoidectomía en el personal de salud, brindando orientación basada en evidencia, para el diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados del paciente pediátrico con hipertrofia de amígdalas y/o adenoides; favoreciendo en una atención oportuna, segura y costo efectiva.

IV. Ámbito de aplicación

Este procedimiento es de cumplimiento obligatorio para todos los profesionales de salud del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja.

[illegible]

Adenoidectomía y/o amigdalectomía CPT: 42820

VI. Consideraciones Generales

a. Definiciones Operativas

1. Definición del Procedimiento

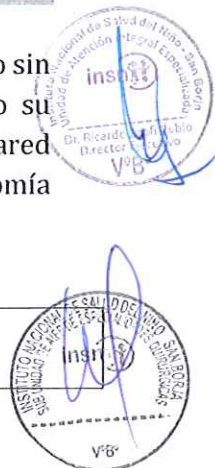
Amigdalectomía: Se define como un procedimiento quirúrgico que se realiza con o sin adenoidectomía, en donde se remueve completamente la amígdala, incluyendo su cápsula, al disecar el espacio periamigdalino entre la cápsula amigdalina y la pared muscular. Dependiendo del contexto que se realice, puede indicarse amigdalectomía



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

Página 3 de 16



con adenoidectomía, especialmente en relación con trastornos respiratorios de sueño (TRS).

Adenoidectomía: Corresponde a la extracción quirúrgica del tejido adenoideo en la nasofaringe. En la mayoría de los casos, esta cirugía cumple un doble objetivo: mecánico (eliminar la obstrucción a nivel de la faringe) y biológico (eliminar el tejido alterado por la inflamación y/o infección crónica)¹. Es un procedimiento principalmente pediátrico debido a su frecuente involución hacia la pubertad. En general se tiende a evitar antes de los 12-14 meses de edad, aunque no es una contraindicación absoluta y debe evaluarse caso a caso. De estar indicados ambos procedimientos, habitualmente se realiza en el mismo tiempo quirúrgico que la amigdalectomía.

2. Aspectos Epidemiológicos importantes

La amigdalectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en los Estados Unidos, con más de 530.000 procedimientos realizados en niños menores de 15 años². Las indicaciones para la cirugía incluyen faringoamigdalitis recurrente y TRS³, los cuales pueden afectar sustancialmente el estado de salud del niño y su calidad de vida (QoL).

3. Consentimiento Informado

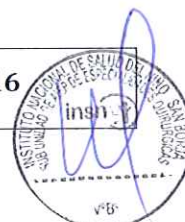
Se informará al responsable del paciente el procedimiento a realizar, así como los beneficios y complicaciones que devienen del procedimiento.

En situaciones de emergencia no se requiere consentimiento informado a menos que exista previamente un documento explícito firmado por el padre o tutor del paciente que obligue a hacerlo.

b. Conceptos Básicos

La hipertrofia de amígdalas y/o adenoides usualmente se presenta en niños con infecciones de garganta recurrentes o síndrome de apnea obstructiva de sueño (SAOS). Hace 22 años, la amigdalitis fue la indicación más frecuente de amigdalectomía. Actualmente la indicación para amigdalectomía y adenoidectomía es el SAOS.

Es importante entender el impacto del SAOS en la salud del niño y el enfoque en indicaciones basadas en evidencias para la intervención quirúrgica. El SAOS no tratado puede impactar negativamente en la calidad de vida del niño, comportamiento y desempeño escolar⁴⁻⁷. Además, niños con infecciones de



garganta recurrentes tienen peor salud general y funcionamiento físico en comparación con niños sanos⁸.

En niños adecuadamente seleccionados, la amigdalectomía y/o adenoidectomía puede desaparecer o mejorar la morbilidad del SAOS y amigdalitis recurrentes.

c. Requerimientos Básicos

Equipos Biomédicos

- 2 Frontoluz

Materiales Médicos no Fungibles.

- 4 pinza Backaus
- 2 Pinzas Allis de 15 cm
- 1 Pinza Pean curva de 16 cm
- 4 Pinzas Heins curva de 19 cm
- 2 Pinzas Schnidt curva de 19 cm
- 1 Pinza prensadora de amígdalas
- 1 Pinza presadora White de 23 cm
- 1 Mango de bisturí
- 1 Tijera de mayo curva de 15 cm
- 1 Tijera Metzembraum recta de 18 cm
- 1 Porta aguja recto Crile Wood de 15 cm
- 1 Elevador Hurd amígdala dentado de 22 cm
- 1 Abreboca Davis
- 5 Bajalenguas Davis de tamaños diferentes
- 1 cánula de aspiración Yankauer de 27 cm

Materiales Médicos Fungibles.

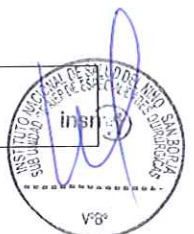
- 1 Asepto Jeringa
- 2 Bolsas de secreciones 1.5
- 2 Frascos muestra
- 2 Gasas compresas 45 x 45
- 2 Gasas con simple 10x10
- 4 Gasas con simple 7.5x7.5
- 2 Gasas con simple 5x5
- 10 Guantes
- 6 Jeringas 1, 10, 20 cc
- 1 Lápiz electrocauterio



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

Página 5 de 16



- 1 Placa indiferente
- 2 Tubos no conductivo 1.8 mt
- Medicamentos.
- 2 Cloruros de Sodio
- 10 Epinefrinas amp

VII. Consideraciones Específicas

a. Descripción detallada del Proceso o Procedimiento:

✓ AMIGDALECTOMÍA:

Existen diversos métodos para realizar una amigdalectomía y principalmente se clasifican en fríos y calientes.

Los métodos fríos corresponden a aquéllos que no liberan energía térmica durante el procedimiento, lo que teóricamente podría disminuir el dolor posoperatorio.

Los métodos calientes liberan distintas cantidades de energía térmica que produce un efecto cauterizador, potencialmente disminuyendo tanto el tiempo quirúrgico como el sangrado intraoperatorio. A pesar de lo anterior, no existe una clara evidencia a través de estudios randomizados que logre determinar qué método quirúrgico es más seguro en términos de sangrado y dolor posoperatorio; la mayor diferencia entre las distintas técnicas son los costos de los instrumentos utilizados⁹.

Estos procedimientos también se pueden clasificar en extracapsulares o intracapsulares según la preservación de la cápsula tonsilar⁹.

1. Amigdalectomía extracapsular. Dentro de los instrumentos más frecuentemente utilizados se encuentran¹⁰:

a. Disección fría: Corresponde a la amigdalectomía total realizada con bisturí frío y/o tijeras. Al igual que otras técnicas se realiza una incisión en el polo superior y mediante una tracción medial mantenida de la amígdala, se va disecando por el plano avascular del espacio periamigdalino, desde superior a inferior⁹. Gracias a la tracción medial, se evita lesionar la musculatura faríngea. La hemostasia se puede realizar con puntos hemostáticos, packing o tórulas embebidas en subgalato de bismuto, técnica hemostática que mencionaremos más adelante.

b. Asa: Tipo de disección fría y rápida en la que se extrae la amígdala con asa de alambre¹¹. Se debe traccionar el polo superior de la amígdala hacia medial,

rodear con el asa y luego realizar un movimiento firme y descendente entre ambos pilares musculares hasta extraerla completamente.

Muchas veces es necesario realizar una disección fría para exponer adecuadamente la amígdala y luego utilizar el asa para completar la resección del pedículo.

La hemostasia debe ser cuidadosa, ya sea con compresas, suturas reabsorbibles, electrocauterización y/o subgalato de bismuto.

- c. **Daniels:** Corresponde a la amigdalectomía realizada con guillotina. Tiene la ventaja de ser rápida y precisa, sin embargo, se debe tener especial cuidado con el sangrado tanto intra como posoperatorio y la lesión de la musculatura faríngea.
- Sus defensores argumentan que tendría el beneficio teórico de comprimir y colapsar los vasos antes de la disección.
- d. **Electro cauterización:** La corriente eléctrica de un generador pasa a través del tejido entre dos electrodos y el calor generado, que va de los 400 a los 600°C, corta el tejido y sella los vasos sanguíneos.
- Esta puede ser monopolar si la corriente pasa del instrumento quirúrgico, a través del paciente, a un electrodo ubicado en su pierna o bipolar si la corriente pasa a través del tejido, entre dos electrodos localizados en las puntas de un fórceps o una tijera.
- Es la técnica más común en todo el mundo.
- e. **Bisturí armónico:** Corresponde a un bisturí que utiliza energía ultrasónica para vibrar a 55.000 ciclos por segundo. La vibración transfiere energía mecánica al tejido que permite cortar y coagular al mismo tiempo.
- f. **Ablación por radiofrecuencia (Coblator):** Corresponde a un instrumento que utiliza la energía de la radiofrecuencia para excitar electrolitos en un medio conductor, tal como una solución salina, creando un plasma enfocado con precisión.
- Las partículas energizadas del plasma tienen suficiente energía como para romper los lazos moleculares del tejido, provocando que el tejido se disuelva a temperaturas relativamente bajas.
- El resultado es la remoción del tejido en cuestión con un daño mínimo a los tejidos circundantes. También permite realizar hemostasia, coagulando los vasos sangrantes.
- g. **Microdebridador:** Se utiliza principalmente para amigdalectomía intracapsular, técnica que mencionaremos más adelante. Corresponde a un instrumento que posee un sistema rotacional distal asociado a succión que permite disecar estructuras con mínimo trauma a los tejidos circundantes.

2. **Amigdalectomía intracapsular:** Corresponde a una amigdalectomía subtotal en la que se preserva la cápsula tonsilar.

La amígdala se extrae por piezas conservando la cápsula, incluso algunos dejan parte del tejido amigdalino. Se realiza principalmente con microdebridador y radiofrecuencia.

Podría estar indicada cuando el tamaño tonsilar es el causante de los síntomas; sin embargo, no tiene indicación en casos de amigdalitis recurrente u otros cuadros infecciosos. La ventaja es que potencialmente disminuiría el dolor y el sangrado posoperatorio, aunque esto es materia de debate ^{9, 12}. Por otro lado, existe el riesgo de reaparición de la sintomatología por nuevo crecimiento del remanente amigdalino.

✓ **ADENOIDECTOMIA:**

Al igual que con la amigdalectomía, existen diversas técnicas para extraer la tonsila faríngea o adenoides.

Dentro de las más utilizadas encontramos:

- a. **Extracción con cureta:** El adenótomo es un instrumento metálico con forma de cuchara que permite realizar la adenoidectomía mediante raspado nasofaríngeo. Previo al procedimiento se elige la cureta según la inspección del adenoide y se inserta mediante palpación, visión indirecta con la ayuda de un espejo laríngeo o directa mediante elevación del paladar blando, ubicándose superior al vómer septal, contra la región posterosuperior de la nasofaringe. Se realiza un barrido descendente para remover todo el tejido, teniendo especial cuidado para evitar dañar la musculatura faríngea. Se puede elegir una segunda cureta de menor tamaño para extraer los restos. La hemostasia se puede realizar con compresión mecánica o packing, oximetazolina o tómulas embebidas en subgalato de bismuto por 5 minutos hasta detener el sangrado.
- b. **Coagulación-succión:** Técnica en la que se utiliza un instrumento cilíndrico de 10 French, que posee un sistema de succión central asociado a un sistema de coagulación periférico. Se debe conectar al sistema monopolar y se utiliza en modo "Spray".

Este instrumento se debe posicionar al centro del adenoide y aplicar corriente durante unos segundos. El tejido adenoideo se licúa mientras se va aspirando al mismo instante. No se debe realizar muy superficial, ya que el tejido no se licua, se cauteriza y forma costras.



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

Página 8 de 16



- c. **Microdebridador:** Corresponde a la misma técnica mencionada en amigdalectomía. Tiene la ventaja de ser una técnica rápida y muy precisa, de elección en los casos de insuficiencia velofaríngea en que conviene realizar una adenoidectomía exclusiva del polo superior, para que el polo inferior se mantenga y permita el correcto cierre velofaríngeo. Especial cuidado se debe tener con estructuras vecinas, como, por ejemplo, el torustubario. Estas últimas dos técnicas se realizan habitualmente bajo visión endoscópica.
- d. **Láser:** Técnica que podría ser utilizada para adenoidectomía. No se recomienda su uso ya que produce cicatrización excesiva del tejido nasofaríngeo¹⁰.

b. Indicaciones y Contraindicaciones

Tabla 1. Indicaciones y contraindicaciones de amigdalectomía

Indicaciones absolutas	Indicaciones relativas ⁹	Contraindicaciones relativas
Roncopatía con pausas o SAHOS (atribuible a hiperplasia amigdalina grado III ó IV)	Enfermedad de Berger (Nefropatía por IgA)	Trastornos de la coagulación
Amigdalitis a repetición (definida según criterios de Paradise), o crónica	Síndrome PANDAS	Asma no controlada
Posterior a 2º absceso periamigdalino	Síndrome PFAPA	Proceso infeccioso concomitante
Amigdalitis hemorrágica	Tonsilolitiasis	Riesgo de insuficiencia velofaríngea
Asimetría amigdalina (con sospecha de cáncer)	Otros más discutidos: Hiperplasia asociada a trastornos craneofaciales, dentales y de la deglución; pustulosis palmoplantar/psoriasis; Eritema nodoso; portadores de SBHGA y difteria, etc.	

*SAHOS: Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño

*Criterios de Paradise: 7 episodios de amigdalitis bacteriana en 1 año, 5 anuales por 2 años consecutivos, o 3 anuales en 3 años consecutivos⁸.



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

Página 9 de 16

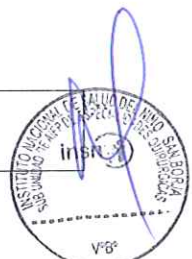


Tabla 2. Indicaciones y contraindicaciones de adenoidectomía

Indicaciones	Contraindicaciones relativas
Roncopatía con pausas o SAHOS (atribuible a hiperplasia adenoidea grado II ó III)	Trastornos de la coagulación
Otitis media aguda recurrente	Fisuras palatinas y otros factores de riesgo para insuficiencia velofaríngea
Adenoiditis crónica	Fiebre o cuadro infeccioso concomitante
Otitis media con efusión (en especial en recidivas post-tubos de ventilación)	
Rinosinusitis aguda pediátrica recurrente o crónica	
Biopsia (sospecha de malignidad, estudio de cilios, etc.)	

c. Riesgos o Complicaciones Frecuentes:

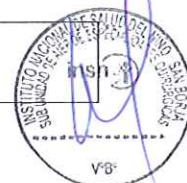
Las complicaciones de ambos procedimientos son similares y se pueden clasificar en relacionadas a la anestesia, intraoperatorias, posoperatorias precoces y posoperatorias tardías; y se detallan en la Tabla 3.

Tabla 3. Principales complicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía

Complicaciones anestésicas	Complicaciones intraoperatorias	Complicaciones posquirúrgicas inmediatas	Complicaciones posquirúrgicas tardías
Arritmias	Traumatismo o luxación dental	Hemorragia	Insuficiencia velar
Broncoespasmo	Luxación temporomandibular	Broncoaspiración de sangre	Estenosis nasofaríngea y/u orofaríngea
Laringoespasmo	Heridas velares o velofaríngeas	Infecciones	Recidiva
Edema pulmonar ex - vacuo	Laceraciones de los espacios parafaríngeos	Heridas de úvula y velo	
Aspiración	Lesiones vasculares y hemorragias	Parálisis de nervios lingual, hipogloso o glossofaríngeo	
Accesos de los			
Náuseas y vómitos			

d. Contraindicaciones:

Las contraindicaciones se detallan en las Tablas 1y 2.


Fecha : Agosto 2018
**Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01**
Página 10 de 16


VIII. Recomendaciones**Recomendaciones Preoperatorias**

Al igual que todos los procedimientos quirúrgicos se debe realizar una completa evaluación preoperatoria con énfasis en la anamnesis y el examen físico, que nos permitan pesquisar y manejar a tiempo patologías concomitantes que podrían alterar la correcta evolución tanto intra como posoperatoria del paciente^{6, 13}.

- *Anamnesis:* Se debe realizar una completa anamnesis en todos los casos con énfasis en antecedentes médicos, quirúrgicos, familiares y alergias. Es importante registrar los medicamentos que esté utilizando el paciente, para prevenir interacciones y complicaciones secundarias al consumo de éstos.
- *Examen físico:* Se debe realizar examen físico completo y medición de signos vitales, sobre todo en niños. Énfasis en alteraciones cardiopulmonares, estigmas de coagulopatías, síndromes neuromusculares, etc.

Es importante realizar examen velo faríngeo para determinar la predisposición a insuficiencia velo faríngeo que se exacerbe tras la adenoidectomía¹³.

Los factores de riesgo para esta alteración son los siguientes: Historia de regurgitación, anomalías del paladar (fisuras palatinas evidentes, escotadura en paladar duro, diástasis muscular), paladar corto y alteraciones de la úvula (bífida, ausente).

Es importante descartar la presencia de un cuadro infeccioso concomitante, ya que al ser un procedimiento electivo es indicación de postergación de la cirugía.

- *Exámenes preoperatorios:* Aunque su real utilidad es materia de debate, usualmente se solicitan algunos exámenes de laboratorio de rutina en todos los pacientes.

En caso de sospecha clínica o resultados alterados se pueden agregar pruebas específicas para ciertas patologías.

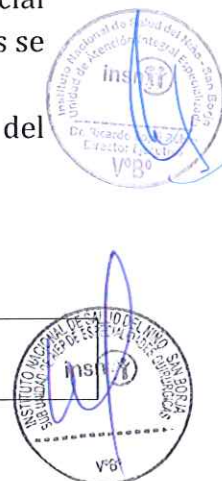
- *Exámenes de laboratorio:* Habitualmente solicitados a todas las personas previo a una intervención quirúrgica. Permiten detectar alteraciones como anemia, trombocitopenia, trastornos de la coagulación, etc. y prevenir posibles complicaciones. Dentro de la batería inicial se encuentran: hemograma, recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo de trombina parcial activada (TTPA)⁹. En caso de antecedente de enfermedades cardiovasculares se debe incluir electrocardiograma y eventualmente radiografía de tórax.
- *Nasofibroscopia:* Examen endoscópico que permite determinar el tamaño del adenoide. Es mucho más sensible y específico que la radiografía de cavum.



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

Página 11 de 16



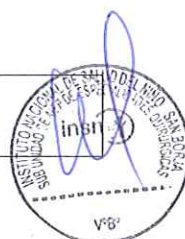
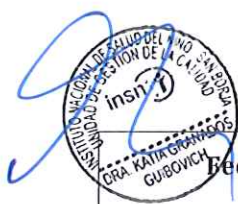
No es estrictamente necesario para realizar adenoidectomía, aunque permite además evaluar la función velo faríngea, por lo que tiene un rol importante ante la sospecha clínica de riesgo de insuficiencia previo a la cirugía.

- *Radiografía de columna cervical:* Especialmente en casos de pacientes con diagnóstico de síndrome de Down, debido al riesgo de subluxación atlantoaxoidea tras la cirugía¹³.
- *Polisomnografía:* Corresponde al gold standard para el diagnóstico y la clasificación según severidad del síndrome de apnea obstructiva del sueño¹³. Consiste en el control de variables fisiológicas durante el sueño: intercambio gaseoso, esfuerzo respiratorio, flujo aéreo, ronquidos, posición corporal, etapas del sueño, entre otros.

No corresponde a un examen preoperatorio de rutina, sin embargo, algunos estudios lo recomiendan en casos particulares como menores de 2 años, síndrome de apnea del sueño severo o sospecha de éste y comorbilidades como obesidad, síndrome de Down, anomalías craneofaciales y enfermedades neuromusculares^{9,12,14}.

- *Pases quirúrgicos:* En caso de antecedentes médicos en tratamiento, el médico especialista a cargo debe extender un pase quirúrgico autorizando la cirugía, siempre y cuando la patología se encuentre compensada.
- *Evaluación dental:* Podría ser de utilidad en caso de pacientes con potencial pérdida de piezas dentales secundario a la intubación o al instrumental quirúrgico¹³.
- *Evaluación preanestésica:* Evaluación realizada por el anestesiólogo, de preferencia 15 días previos a la intervención. En el caso de pacientes pediátricos, deben ser acompañados por sus padres. Lo principal es evaluar comorbilidades, trastornos hemorrágicos, síndrome de apnea obstructiva del sueño, mala tolerancia a la anestesia en intervenciones previas, etc. Se debe pesar y medir al paciente para el posterior cálculo de las dosis de anestésicos a utilizar.
- *Medicación prequirúrgica:* Existen estudios que recomiendan una adecuada hidratación durante el preoperatorio para disminuir el dolor y molestias posoperatorias. Se debe suspender el consumo de ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no-esteroides una semana previa a la cirugía, ya que podrían aumentar las complicaciones hemorrágicas¹³.
- *Ingreso:* Los pacientes pediátricos deben ingresar al centro hospitalario a primera hora el mismo día de su intervención, habiendo completado un ayuno de sólidos y líquidos de al menos 6 horas previo a la cirugía.

Algunos sugieren que los adultos ingresen la noche anterior al procedimiento y completar el ayuno de 8 horas en el recinto.



Recomendaciones Intraoperatorias

Existen varios factores que se deben tener en consideración durante el intraoperatorio. Además de la correcta técnica quirúrgica, hemostasia, anestesia y posición del paciente, existen recomendaciones que permiten potenciar la calidad y el bienestar durante el posoperatorio.

- **Dexametasona:** Se recomienda el uso de dexametasona intraoperatoria, en dosis única de 0,5 mg/kg endovenoso (máximo 16 mg) que reduce el dolor posoperatorio y disminuye las náuseas y vómitos¹³.
- **Subgalato de bismuto:** El subgalato de bismuto corresponde a un metal pesado, relativamente insoluble en agua, con cualidades astringentes que actuaría mediante la activación del factor de Hageman (XII) de la cascada de coagulación, acelera la formación del coágulo y mejora la hemostasia. Se utiliza en forma de pasta, a la que se puede adicionar adrenalina, participando en la hemostasia gracias a su efecto vasoconstrictor. Se debe aplicar tórulas embebidas en la pasta tanto en el lecho adenoideo como en las fosas amigdalinas durante 5 minutos. Luego, se lava el lecho, opcionalmente dejando una delgada capa en el sitio operatorio. Existe una mínima evidencia científica que apoya su uso en la adenoamigdalectomía, disminuyendo la incidencia de sangrado¹⁵. Algunos argumentan que el real efecto hemostático está dado por la adrenalina incluida en la mezcla, siendo el subgalato un mero medio de transporte. Los beneficios son su bajo costo, fácil utilización y baja tasa de efectos adversos, disminuyendo el riesgo de sangrado posamigdalectomía¹⁶. Además, debido a su color amarillo-verdoso, facilita la detección de puntos de sangrado en el lecho amigdalino¹⁷. La mayoría de las revisiones descarta efectos adversos asociados a su uso. Existe el caso anecdótico de ignición amigdalina durante electrocoagulación, secundaria al uso de subgalato, sin embargo, tras recreaciones de este evento, se evidencia que podrían deberse a la fuga de aire por el tubo endotraqueal en pacientes que reciban oxígeno en concentraciones mayores al 30%. No se han evidenciado complicaciones tras la ingesta o aspiración de subgalato de bismuto, sin embargo, según estudios en ratas, la aspiración de este compuesto podría producir cuadros de neumonitis, sobre todo en pacientes con patología pulmonar de base.

Los casos de encefalopatía por subgalato de bismuto se presentan en pacientes con consumo crónico de esta sustancia, como manejo odorante de colostomías¹⁸.



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

Página 13 de 16





Nombres y apellidos	Correo electrónico
Walter Jeisen Florez Guerra	wflorez16@gmail.com
José Aranibar Ruesta	drjosearanibar@yahoo.com
Francis Martínez Samaniego	drfrancismartinez@gmail.com
Carlos Cieza Samillán	ccieza@insnsb.gob.pe
Gustavo Matos	gmavas@hotmail.com

X. Anexos

No aplica

XI. Bibliografía

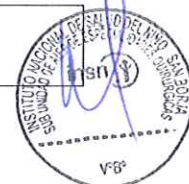
1. Nicollas R, Bonneru JJ, Roman S, Triglia JM. Adenoidectomía. Amigdalectomía. En: Enciclopedia Médico-Quirúrgica - Cirugía otorrinolaringológica y cervicofacial. Paris: Elsevier SAS; 2005 - E - 46-330.
2. Cullen KA, Hall ML Golosinsky A. Ambulatory Surgery in the United States, 2006. National Health Statistics reports no. 11, revised. Hyattsville. MD: National Center for Health Statistics; 2009
3. Rosenfeld RM, Green RP. Tonsillectomy and adenoidectomy: changing trends. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1990;99:187-191.
4. Gozal D. Sleep-disordered breathing and school performance in children. *Pediatrics.* 1998;102(3 Pt 1):616-620.
5. Leiberman A, Stiller-Timor L, Tarasiuk A, Tal A. The effect of adenotonsillectomy on children suffering from obstructive sleep apnea syndrome (OSAS): the Negev perspective. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(10):1675-1682.
6. Mitchell RB, Kelly J. Behavior, neurocognition and quality-of-life in children with sleep-disordered breathing. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(3):395-406.
7. Rosenfeld RM, Green RP. Tonsillectomy and adenoidectomy: changing trends. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1990;99(3 Pt 1):187-191.
8. Stewart MG, Friedman EM, Sulek M, et al. Quality of life and health status in pediatric tonsil and adenoid disease. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;126(1):45-48.
9. Messner AH. Tonsillectomy. *Oper Tech Otolaryngology* 2005; 16: 224-8.
10. Godoy JM, Godoy A, Godoy JM, Nazar G. Técnicas quirúrgicas actuales en adenoamigdalectomía. *Rev Med Clin Condes* 2009; 20: 491-9



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

Página 15 de 16



11. Bahamonde H, Sepúlveda JC, Olavarría C, Arteaga P, Cruzat A. Estudio comparativo de amigdalectomía con radiofrecuencia versus técnica tradicional. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2004; 64: 113-8.
12. Oomen KP. Evidence-Based Practice: Pediatric Tonsillectomy. *Otolaryngol Clin N Am* 2012; 45: 1071-81.
13. Goldsmith AJ. Tonsillectomy, adenoidectomy and UPPP. En: Bluestone CD, Rosenfeld RM, ed. *Surgical Atlas of Pediatric Otolaryngology*, 2nd Ed. BC Decker; 2002, p. 379-406.
14. Cervera Escario J, Del Castillo Martín F, Gómez Campderá JA, Gras Albert JR, Pérez Piñero B, Villafruela Sanz MA. Indicaciones de Adenoidectomía y Amigdalectomía: Documento de Consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006; 57: 59-65.
15. Hatton RC. Bismuth Subgallate – Epinephrine Paste in Adenotonsillectomies. *Ann Pharmacother* 2000; 34: 522-5.
16. Wormald PJ, Sellars SL. Bismuth subgallate: a safe means to a faster adenotonsillectomy. *J Laryngol Otol* 1994; 108: 761-2.
17. Sørensen WT, Henrichsen J, Bonding P. Does bismuth subgallate have haemostatic effects in tonsillectomy? *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1999; 24: 72-4.
18. Murray AD, Gibbs SR, Billings KR, Biavati MJ. Respiratory difficulty following bismuth subgallate aspiration. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 79-81.



Fecha : Agosto 2018

Código : GP - 001/INSN-
SB/SUAIEPEQ-ORL-V.01

Página 16 de 16

