

# ● amigdalectomía-adenoidectomía

## Definición Funcional

Conjunto de actuaciones que se llevan a cabo en los casos de pacientes que consultan por los síntomas: dolor de garganta, focalidad, insuficiencia respiratoria de vías altas y rinorrea en los que se llega a establecer la indicación quirúrgica de amigdalectomía y/o adenoidectomía y se procede a la realización de la intervención y a su seguimiento post-operatorio.

## Normas de Calidad

### Diagnóstico e Indicación quirúrgica

- Las características específicas del síntoma o complejo sintomático que se relacionan a continuación y que motivan la consulta en Atención Primaria (Pediatra o Médico de Familia), determinan la indicación quirúrgica:

#### Dolor de garganta:

- La indicación quirúrgica de amigdalectomía se ha demostrado útil únicamente en algunos dolores de garganta que están causados por infecciones bacterianas.
- No hay datos clínicos ni pruebas diagnósticas que garanticen el diagnóstico diferencial entre un dolor de garganta bacteriano o vírico.
- Se puede considerar que el dolor de garganta es de origen bacteriano cuando presenta un cuadro clínico con todos los síntomas que se indican y, al menos, uno de los signos que se relacionan:

#### Síntomas:

- Más de 3 días de duración.
- Afectación del estado general.
- Dificultad para la deglución.
- Ausencia de tos.

#### Signos:

- Amígdalas y faringe inflamadas.
- Exudado purulento sobre las amígdalas.
- Abombamiento del espacio periamigdalino.
- Fiebre termometrada mayor de 38° C.
- Linfadenopatías cervicales anteriores.
- Un solo cuadro clínico de dolor de garganta de probable etiología bacteriana no es suficiente para sentar la indicación quirúrgica de amigdalectomía, ya que se ha demostrado que esta intervención es beneficiosa únicamente en aquellos cuadros clínicos de repetición que configuran un patrón clínico de evolución, frecuencia e intensidad determinados:
  - Los dolores de garganta son debidos a amigdalitis agudas bacterianas.
  - Se observan 5 o más episodios de dolor de garganta al año.
  - Los síntomas persisten durante al menos 1 año.
  - Los episodios de dolor de garganta son incapacitantes e impiden el desempeño normal de las funciones y actividades personales.
  - El dolor de garganta se debe a la repetición de un absceso periamigdalino.

## [amigdalectomía-adenoidectomía]

**Focalidad:**

- Los procesos clínicos de focalidad pueden llegar a requerir indicación quirúrgica de amigdalectomía con el objetivo de erradicar el foco estreptocócico, cuando la patología infecciosa de base configura cuadros clínicos de amigdalitis crónica asociados a las enfermedades focales (fiebre reumática, glomerulonefritis aguda, pustulosis palmo- plantar, psoriasis eruptiva del niño).

**Dificultad respiratoria de vías altas:**

- Los pacientes que presentan un síndrome de apnea obstructiva durante el sueño, causado, la mayoría de las veces, por una hipertrofia amigdalar obstructiva, de sintomatología persistente y continuada, son tributarios de amigdalectomía.
- La indicación quirúrgica de adenoidectomía se considera cuando la dificultad respiratoria nasal se asocia a una hipertrofia adenoidea y a deformaciones faciales y del paladar.
- La adeno-amigdalectomía beneficia a los pacientes que presentan simultáneamente una hipertrofia amigdalar sintomática y una hipertrofia adenoidea sintomática, configurando un cuadro clínico de insuficiencia respiratoria global orofaríngea y rinofaríngea que se caracteriza por la acumulación de los síntomas.

**Rinorrea mucosa:**

- Por ser la rinorrea mucosa una de las características más significativas y constantes de las adenoiditis, la identificación de un cuadro clínico de adenoiditis susceptible de mejorar con la adenoidectomía se concreta a partir de, al menos, dos de los siguientes síntomas en alguna de las localizaciones señaladas:

**Rinorrea anterior:**

- Abundante mucosidad en las fosas nasales.
- Mucosidad espesa de aspecto purulento o mucopurulento.
- Presencia bilateral de la mucosidad.
- Ausencia de estornudos en salvas.
- Cefalea.

**Rinorrea posterior:**

- Presencia de mucosidad retrovélica.
- Mucosidad espesa de aspecto purulento o mucopurulento.
- Halitosis.
- Tos irritativa, especialmente nocturna.
- Vómitos frecuentes no asociados a patología gastrointestinal o neurológica.
- Cefalea.
- Un solo cuadro clínico de rinorrea mucosa no es suficiente para sentar la indicación quirúrgica de adenoidectomía, ya que esta intervención es beneficiosa únicamente en aquellos cuadros clínicos de repetición y en las adenoiditis crónicas que configuran un patrón clínico de evolución, frecuencia e intensidad determinado:
- 4 o más episodios de rinorrea en los 12 meses previos. Al menos uno de los episodios debe haber sido documentado clínicamente por exploración médica.
- Síntomas persistentes de adenoiditis después de 2 cursos de tratamiento antibiótico. Al menos uno de estos tratamientos debe haber incluido un antibiótico resistente a las beta-lactamasas y haber tenido una duración mínima de 2 semanas.



## [amigdalectomía-adenoidectomía]

- Si el patrón clínico es suficientemente concluyente se puede producir la derivación al ORL para la confirmación diagnóstica y el establecimiento de la indicación quirúrgica. La demora de la cita con el ORL no superará los 15 días desde la asistencia por el Médico de Atención Primaria (Pediatra o Médico de Familia).
- La cita para la 2ª valoración por el ORL se fijará teniendo en cuenta la demora para la realización técnica de todas las pruebas solicitadas, de tal manera que en esta consulta el médico disponga de todos los resultados. No se producirá una demora innecesaria entre la disposición de los resultados de las pruebas complementarias y la cita con el ORL y, en ningún caso, se superarán los 15 días de espera.
- En los casos en los que se dispone de un patrón clínico definido y concluyente que permite la confirmación diagnóstica se procederá a establecer la indicación quirúrgica y la cumplimentación del RDQ. Los registros relacionados con estas se harán conforme a la codificación de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de la CIE-9 MC. (Anexo 3 del Proceso).

**Intervención Quirúrgica**

- La valoración para poder realizar la intervención en régimen de cirugía ambulatoria se hará conforme a los siguientes criterios:
  - El Servicio de ORL que va a realizar la intervención no debe superar el 2% de hemorragias post-amigdalectomía ni el 1% de reingresos.
  - Presencia de un adulto responsable en el domicilio del paciente.
  - Disponibilidad de teléfono domiciliario.
  - Disponibilidad de vehículo para desplazamiento.
  - Distancia del domicilio al centro sanitario inferior a 30 minutos.
- La demora entre la indicación quirúrgica y la intervención deberá ser la mínima aceptable para la gestión racional de las sesiones quirúrgicas y, en ningún caso, superará el período de 1 mes.
- En cada centro hospitalario se realizará una llamada telefónica 24-48 horas antes de la intervención prevista, para obtener información sobre la posible existencia de incidencias clínicas (resfriados, fiebre, agudizaciones de su proceso), que puedan determinar una posible suspensión quirúrgica y poder realizar una programación.
- Se recomienda demorar la intervención de aquellos pacientes que presentan una infección intercurrente hasta que se hayan resuelto los síntomas agudos, sin que sea necesario que se produzca la curación definitiva del proceso.
- La intervención quirúrgica será efectuada siempre bajo anestesia general, ya que cualquier otra modalidad de anestesia no garantiza la práctica correcta de los objetivos de la operación (extirpación completa de las amígdalas palatinas y/o de las vegetaciones adenoideas); no permite la resolución de complicaciones intraoperatorias, y ocasiona un severo impacto psicológico y emocional en el paciente.
- La frecuente aparición de vómitos y náuseas post-operatorias se puede reducir con una adecuada hidratación preoperatoria y con la aplicación intraoperatoria de dexametasona. No existe suficiente evidencia que demuestre que la aspiración gástrica rutinaria reduce la incidencia de vómitos en el post-operatorio, pero sí proporciona mayor confort a los pacientes durante su recuperación.

## [amigdalectomía-adenoidectomía]

- La atención post-operatoria inmediata (fase 1) será al menos de 30 minutos, personalizada y a cargo de un profesional de Enfermería. Se controlará especialmente la emisión de sangre por la cavidad oral o por las fosas nasales y se evitará que los niños se arranquen las vías, proporcionando la protección braquial adecuada.
- La transferencia del paciente de la fase 1 a la fase 2, de recuperación post-anestésica, se produce cuando el paciente tiene signos vitales estables, reflejos protectores recuperados y obedece órdenes.
- El paciente puede ser dado de alta a su domicilio tras cirugía ambulatoria cuando mantiene los signos vitales estables, no sangra, no tiene náuseas ni vómitos, tiene controlado el dolor, su estado mental es normal y puede deambular sin problemas.
- Se deberá cumplimentar el impreso de alta hospitalaria con la información que garantice el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
- El especialista ORL revisará al paciente entre los 7 y los 15 días posteriores a la intervención para evaluar su estado de salud, valorando los resultados clínicos del post-operatorio: capacidad de deglución fisiológica, ausencia de dolor, temperatura corporal normal, ausencia de sangrado....., y ofrecerá recomendaciones para la reanudación de las actividades habituales, asesorando al paciente o a sus familiares sobre las dudas que pudieran haberse suscitado acerca de la evolución, la intervención o sus repercusiones.

## Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS 2004

- La indicación quirúrgica de amigdalectomía por síntomas de dolor de garganta se debe basar en el siguiente patrón clínico:
  - Ocurrencia de 5 o más episodios de dolor de garganta al año.
  - Síntomas que persisten durante al menos 1 año.
  - Los dolores de garganta son debidos a amigdalitis agudas bacterianas.
  - El dolor de garganta se debe a la repetición de un absceso periamigdalino.
  - Episodios de dolor de garganta incapacitantes que impiden el desempeño normal de las funciones y actividades personales.
- La indicación quirúrgica de adenoidectomía por adenoiditis se debe basar en el siguiente patrón clínico:
  - Ocurrencia de 4 o más episodios de rinorrea en los 12 meses previos (al menos uno de los episodios debe haber sido documentado clínicamente por exploración médica).
  - Síntomas persistentes de adenoiditis después de 2 cursos de tratamiento antibiótico (al menos uno de estos tratamientos debe haber incluido un antibiótico resistente a las beta-lactamasas y haber tenido una duración mínima de 2 semanas).
- La proporción de intervenciones de amigdalectomía-adenoidectomía efectuadas en régimen de cirugía ambulatoria será superior al 80% del total de éstas, conforme a los criterios que se indican en el proceso:
  - Disponibilidad de vehículo para desplazamiento.
  - Distancia del domicilio al centro sanitario inferior a 30 minutos.



[amigdalectomía-adenoidectomía]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: DIAGNÓSTICO, INDICACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

