



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN
10

Número Especial (2023)

Recibido: 20/6/2023 Aceptado: 2/9/2023

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: Adenotonsilectomía

Surgical clinical case: Adenotonsillectomy

Fabed Ariany Duque Noboa (TSU)¹

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)²

¹ Técnico Superior Universitario en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida- Venezuela. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-0007-1703-0723

² Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB). Docente de la ULA, Mérida-Venezuela. Miembro del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

Las amígdalas palatinas y las adenoides, son estructuras linfáticas que se hallan en la orofaringe, producen inmunoglobulinas, lo que hace que su fisiología esté relacionada con la función inmunocompetente de la porción cefálica del tracto aerodigestivo como una barrera física frente a antígenos externos. Sin embargo, estas estructuras, llegan a presentar inflamaciones recurrentes llamada adenotonsilitis o adenoamigdalitis, causada por una infección viral o bacteriana frecuente en niños menores de 15 años, aunque también aparece en adolescentes y adultos con hipertrofia adenoidea y/o amigdalina con síntomas como fiebre, dolor de garganta y dificultad para deglutir, no obstante, las infecciones repetitivas pueden llevar a futuras complicaciones, como los problemas respiratorios por lo cual se indica una cirugía para corregirlas que se puede realizar en un mismo tiempo quirúrgico llamándose amigdalectomía, adenoidectomía y adenotonsilectomía (extirpación de ambas estructuras). El objetivo fue conocer y desarrollar esta última técnica quirúrgica en un escolar de 7 años, para resolver las complicaciones presentes en las amígdalas y adenoides, cumpliendo con el estudio de caso asignado en el Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes.

Palabras clave: amígdalas, adenoides, adenotonsilectomía, técnicas quirúrgicas, Enfermería perioperatoria, proceso enfermero.

SUMMARY

The palatine tonsils and adenoids, are lymphatic structures found in the oropharynx, produce immunoglobulins, which makes their physiology related to the immunocompetent function of the cephalic portion of the aerodigestive tract as a physical barrier against external antigens. However, these structures come to present recurrent inflammation called adenotonsillitis, caused by a frequent viral or bacterial infection in children under 15 years of age, although it also appears in adolescents and adults with adenoid and/or tonsillar hypertrophy with symptoms such as fever, sore throat and difficulty swallowing, however, repetitive infections can lead to to future complications, such as respiratory problems, for which surgery is indicated to correct them, which can be performed at the same surgical time, calling tonsillectomy, adenoidectomy, and adenotonsillectomy (removal of both structures). The objective was to know and develop this last surgical technique in a 7-year-old schoolboy, to solve the complications present in the tonsils and adenoids, complying with the case study assigned in the Basic Diploma of Surgical Instrumentation of the School of Nursing of the Universidad de Los Andes.

Keywords: tonsils, adenoids, adenotonsillectomy, surgical techniques, perioperative nursing, nursing process.

— INTRODUCCIÓN

La orofaringe es la porción que está ampliamente comunicada con la boca por intermedio del istmo de las fauces, se extiende desde el paladar blando hasta el borde superior de la epiglotis y tiene cuatro paredes (una anterior, dos laterales y otra posterior). Su pared anterior se define por la cara faríngea de la lengua, en esta porción se encuentra el conjunto de estructuras linfoides como las tonsilas faríngeas (adenoides) y las palatinas (amígdalas) que forman parte del anillo linfático faríngeo, antiguamente denominado anillo de Waldayer^{1,2}.

Con respecto a las tonsilas faríngeas, adenoides o amígdala faríngea de Luschka, se encuentran recubiertas por un epitelio pseudoestratificado columnar ciliado, “su base se sitúa en el techo y pared posterior de la nasofaringe, mientras que su ápex se sitúa en dirección hacia el septum nasal, su aporte vascular procede de la arteria faríngea ascendente, y drenan en la vena yugular interna y facial. Su inervación viene dada por el plexo parafaríngeo”².

En cuanto a las amígdalas palatinas son consideradas como el componente linfoide de mayor tamaño, es el único que contiene una cápsula que lo envuelve, cubierta por un epitelio estratificado el cual origina la apariencia superficial de criptas que se encuentran irrigadas por la arteria tonsilar, procedente de la rama colateral de la carótida externa, de igual forma estas drenan en las venas lingual y faríngea terminando en la vena yugular interna².

Resulta importante destacar, que las estructuras antes mencionadas, “participan en la inmunidad local y la vigilancia inmunológica, produciendo inmunoglobulinas, la IgA secretada por parte del adenoides y las IgM, IgG, IgD, IgE por parte de las amígdalas”³, por consiguiente, dado su componente linfático su fisiología está relacionada con la función inmunocompetente de la porción más cefálica del tracto aerodigestivo, estableciéndose así una auténtica barrera física frente a antígenos externos, donde su efectividad va a depender de la secreción de inmunoglobulinas.

A pesar de esto, tienden comúnmente a presentar episodios de inflamación, llamados adenotonsilitis o adenoamigdalitis, causada por una infección viral o bacteriana, fácilmente transmisible en las personas, siendo las afecciones otorrinolaringológicas más comunes en todos los grupos de edad, principalmente en los niños, presentando episodios repetitivos de la enfermedad evidenciada por síntomas como fiebre, malestar general, dolor de garganta acompañado de dificultad para deglutir; que a su vez, si se hacen repetitivas, van originando la atrofia de las amígdalas, dando pie a futuras complicaciones como la obstrucción mecánica en el flujo de aire, lo que genera trastornos del sueño, incluyendo el ronquido como un síntoma principal, que a su vez puede provocar otitis media de efusión, rinosinusitis, hipoacusia, entre otras^{4,5}.

En tal sentido, la amigdalitis crónica o reiterativa es la que se presenta por⁷ episodios en 1 año, 5 episodios por año en 2 años consecutivos o 3 episodios por año en 3 años consecutivos, además de estar acompañada de la presencia de pus, material caseoso y capas de células epiteliales descamadas (cristales de colesterol, grasas o leucocitos)⁶. A su vez, se clasifica en: grado 0 o amígdalas que no se visualizan, grado I o las que se visualizan solo en la fosa amigdalina, grado II

o las hipertrofiadas <50%, grado III amígdalas hipertrofiadas >50% pero no tocan la línea media y grado IV o las que llegan a la línea media y en ocasiones se tocan entre sí, impidiendo la visualización de las fauces⁶; siendo esta última la que presenta nuestro caso clínico de estudio.

Como consecuencia de esto, las cirugías de amígdalas y adenoides, son las más comúnmente realizadas por los otorrinolaringólogos en los centros de salud, es un procedimiento quirúrgico generalmente realizado en la niñez pues el tejido tiende a involucionar en la pubertad, sin embargo, los adolescentes y adultos también presentan hipertrofia adenoidea y/o amigdalina, debido a que esta involución no ocurrió en ellos, como resultado de los procesos infecciosos repetitivos, por consiguiente, estas pueden operarse en un mismo tiempo quirúrgico mediante la amigdalectomía, adenoidectomía o adenotonsilectomía (que incluye a ambas)⁶, siendo una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes realizadas en niños menores de 15 años; en sus indicaciones más comunes se incluyen el síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), la amigdalitis recurrente, el absceso periamigdalino y la sospecha de malignidad. La prevalencia de SAHOS en la población pediátrica es del 1% al 4%, por lo que es asociada a una disminución de la calidad de vida, bajo rendimiento escolar y, hasta en el 40% de los niños, problemas de conducta (hiperactividad, enuresis, ansiedad y depresión)⁴.

Todo lo anteriormente expuesto conlleva al objetivo de conocer la técnica quirúrgica utilizada para la resolución de las complicaciones por infecciones reiteradas en las amígdalas y adenoides (adenotonsilectomía) que, aunque en la actualidad es una cirugía ambulatoria, se escogió para la elaboración del caso clínico quirúrgico asignado en el Diplomado Básico de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Los Andes.

— CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente escolar masculino de 7 años de edad, natural y procedente de Timotes-Venezuela, el cual inició enfermedad actual de larga data caracterizada por presentar infecciones a repetición de 5 episodios en el 2022, 4 episodios en el 2021, y 7 episodios en el 2023. El día 08-04-2023 sufrió un nuevo y último evento con dolor de garganta, dificultad al tragar, alzas térmicas no cuantificadas y malestar general, por lo que fue llevado al facultativo privado en su localidad, quien, ante los hallazgos clínicos, decidió referirlo al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), donde previa valoración por el Servicio de Otorrinolaringología, se realiza historia clínica para iniciar plan quirúrgico. La madre no refiere antecedentes personales ni familiares; esquema de vacunación completo.

Al examen físico se encontraba en condiciones clínicas estables, temperatura: 37.4°C, frecuencia respiratoria: 19 rpm, frecuencia cardíaca: 82 lpm, presión arterial: 102/70 mmHg, afebril, hidratado, con adecuada coloración en piel y mucosas, normocéfalo, pabellón auricular normo implantado, conductos auditivos externos permeables, nariz, tabique nasal central, mucosas húmedas, labios simétricos, con apertura bucal adecuada, úvula central, amígdalas se observan casi

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: ADENOTONSILECTOMÍA

en la línea media (Grado IV), cuello móvil, simétrico, sin adenomegalia. Tórax simétrico normo expansible, con murmullo respiratorio presente en ambos hemitórax sin agregados, cardiovascular sin alteraciones, abdomen blando no doloroso a la palpación, extremidades simétricas móviles sin alteraciones. Neurológico sin alteraciones al momento de la valoración.

La madre presentó pruebas especiales solicitadas en la valoración inicial del servicio: exudado faríngeo del 03/05/2023 con presencia de Streptococcus pyogenes, prueba de Antiestreptolisina (ASLO) del 06/05/2023 negativa, y radiografía de rinofaringe del 08/05/2023 que evidenció aumento del tejido adenoideo en pared posterior y techo de rinofaringe >66%.

En vista de estos hallazgos clínicos e imagenológicos, se plantearon los siguientes diagnósticos médicos: 1) Adenotonsilitis crónica severa 2) SAHOS, ameritando resolución quirúrgica: Adenotonsilectomía. Por parte de Enfermería se presentaron los siguientes diagnósticos (DxE) con sus respectivos planes de cuidado en los Cuadros del 1 al 4, siguiendo la Taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*)⁷, NOC (*Nursing Outcomes Classification*)⁸ y NIC (*Nursing Interventions Classification*)⁹.

00148 Temor

00132 Dolor agudo

00266 Riesgo de infección de la herida quirúrgica

00100 Retraso en la recuperación quirúrgica

Cuadro 1. Plan de cuidado estandarizado Focalizado en el problema según NANDA, NOC Y NIC.

DxE (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 9. Clase 2. (00148) Temor R/C entorno desconocido E/P movimientos que muestran impaciencia, llanto.	(1213) Nivel de miedo infantil: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable en un niño de 1 hasta 17 años de edad. Escala Actual: (2) Sustancial. Escala deseada: (4) Leve.	(5820) Disminución de la ansiedad: - Utilizar un enfoque sereno que ofrezca seguridad. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. -Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.	C C C C C	RH: En vía de cambio. FR: Se mantiene IE: Apropriadas.

Fuente: Elaborado por las autoras siguiendo el Formato actualizado para elaborar el caso clínico¹⁰ y la Taxonomía NANDA 2021-2023⁷ NOC⁸ y NIC⁹.

Lectura: DxE: Diagnóstico Enfermero, R/C: Relacionado con, E/P: Evidenciado por, C: Cumplido, RH: Respuesta Humana, FR: Factor Relacionado, IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 2. Plan de cuidado estandarizado Focalizado en el problema según NANDA, NOC Y NIC.

DxE (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 12. Clase 1. (00132) Dolor agudo R/C agentes lesivos (físicos y mecánicos) E/P llanto, fascies de dolor, irritabilidad.	(1605) Control del dolor. Escala Actual: (4) frecuentemente demostrado. Escala deseada: (2) raramente demostrado.	(1400) Manejo del dolor: - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. - Colaborar con el paciente, seres queridos y demás profesionales sanitarios para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, según corresponda. - Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor. - Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.	C C C C C C	RH: En vía de cambio. FR: Se mantiene. IE: Apropriadas.

Fuente: Elaborado por las autoras siguiendo el Formato actualizado para elaborar el caso clínico¹⁰ y la Taxonomía NANDA 2021-2023⁷ NOC⁸ y NIC⁹.

Lectura: DxE: Diagnóstico Enfermero, R/C: Relacionado con, E/P: Evidenciado por, C: Cumplido, RH: Respuesta Humana, FR: Factor Relacionado, IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 3. Plan de cuidado estandarizado de Riesgo, según NANDA, NOC Y NIC.

DxE (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
-------------	--------------------------	----------------------	-----------	------------

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: ADENOTONSILECTOMÍA

Dominio 11. Clase 1. (00266) Riesgo de infección del sitio quirúrgico R/C procedimiento invasivo.	(1842) Conocimiento: control de la infección	(6550) Protección contra las infecciones:		RH: No progresa.
	Escala actual:	- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.	C	FR: Se mantiene.
	(2) Conocimiento escaso.	-Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.	C	IE: Apropriadas.
	Escala deseada:	-Fomentar el descanso.	C	
	(4) Conocimiento sustancial.	-Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.	C	
		- Enseñar al paciente a tomar los medicamentos tal como han sido prescritos.	C	
		- Instruir al paciente y a la familia sobre las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.	C	
	- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional sanitario.	C		
	- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.	C		

Fuente: Elaborado por las autoras siguiendo el Formato actualizado para elaborar el caso clínico¹⁰ y la Taxonomía NANDA 2021-2023⁷ NOC⁸ y NIC⁹.

Lectura: DxE: Diagnóstico Enfermero, R/C: Relacionado con, C: Cumplido, RH: Respuesta Humana, FR: Factor Relacionado, IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 4. Plan de cuidado bifocal.

Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión Física. (00100) Retraso en la recuperación quirúrgica S/A dolor persistente.				
CP	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación científica	Evaluación
Hemorragia	(1103) Curación de la	(4010) Prevención de		El niño

	<p>herida por segunda intención: magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.</p> <p>Escala actual: (3) Moderado.</p> <p>Escala esperada: (1) Ninguno.</p>	<p>hemorragias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar la historia clínica del paciente para determinar factores de riesgo específicos (cirugía). - Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de hemorragia interna y externa (control de pulso y tensión arterial). - Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias (aconsejar sobre no toser, no sonarse la nariz, usar humidificador). - Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas, ejemplo, avisar al personal de Enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> -Establece las características probables a sufrir complicaciones en la recuperación. -Determina si el paciente está sufriendo una hemorragia interna para cumplir con las acciones que favorezcan la hemostasia. -Evita que el paciente sufra de pérdidas de sangre. -Ayuda a que la familia identifique la aparición de la hemorragia para una atención oportuna. 	<p>presentó una evolución satisfactoria. Durante el postoperatorio no registró hemorragias.</p>
--	--	---	---	---

Fuente: Elaborado por las autoras siguiendo el Formato actualizado para elaborar el caso clínico¹⁰ y la Taxonomía NANDA 2021-2023⁷ NOC⁸ y NIC⁹.

Lectura: S/A: secundario a, CP: complicación potencial.

2. FASE PERIOPERATORIA

2.a. Preoperatoria

Previa premedicación, destinada a reducir la ansiedad y la respuesta al estrés que supone el período antepuesto a la intervención quirúrgica^{11,12}, se verificó el cumplimiento del ayuno de 8 h, se inició premedicación con la cateterización de vía periférica en vena del antebrazo izquierdo, se administró solución fisiológica 0,9% 500 ml a razón de 21 gts por minuto, premedicación de 25 mg de Ranitidina vía endovenosa (VEV), Cefazolina 500 mg VEV, Dexametasona 2 mg VEV, Ketoprofeno 40 mg VEV, Dipirona 500 mg VEV y las técnicas utilizadas antes de la cirugía (Cuadro 5).

Cuadro 5. Técnicas utilizadas antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía.

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Lavado de manos quirúrgico	Antiséptico bactericida.
Secado de las manos	Campos absorbentes estériles.
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Vestido de bata con técnica autónoma y calzado de guantes con técnica cerrada.
Preparación de las mesas quirúrgicas	Se organizó la mesa de Mayo según los tiempos quirúrgicos y la mesa auxiliar con el material estéril colocado previamente en ella.
Conteo de material	Material de gasas, compresas y líquidos.
Vestimenta para el cirujano	Vestido de bata y calzado de guantes con técnica abierta o asistida.
Posición elegida y sujeción del paciente	Decúbito supino con sujeción en brazos (Posición de Rose), colocando un rollo bajo los hombros ⁵ .
Anestesia	Se realizó una oxigenación durante 3 min y se procedió a la inducción de la anestesia. Previo a la entubación para lograr la hipnosis, analgesia y relajación muscular, se administró por VEV Propofol 60 mg, luego para la relajación muscular se utilizó Rocuronio 10 mg. Se procedió a realizar laringoscopia directa con hoja MAC # 2, se observaron amígdalas hipertróficas, se realizó intubación orotraqueal con tubo # 5 con balón, se auscultaron ruidos ventilatorios simétricos sin agregados, por lo que se conecta a circuito de máquina de anestesia, monitorizando frecuencia respiratoria de 18 rpm, manteniendo profundidad de la anestesia con concentraciones variables de Sevoflurano y monitoreo continuo de presión arterial, SPO ₂ , concentración de dióxido de carbono (CO ₂), electrocardiografía, frecuencia cardíaca y respiratoria, permaneciendo estable durante toda la cirugía. Posterior a 2 horas de la intervención, se realizó reversión de gases anestésicos para la extubación con Neostigmina 0,8 mg VEV + Atropina 0,2 mg VEV.
Preparación del campo quirúrgico en el paciente	Colocación de un campo para cubrir la cabeza a modo de turbante, seguidamente, la instrumentista con ayuda del médico procedió a colocar la sábana o campo podálico para cubrir desde los hombros hacia abajo. Finalizada la delimitación del campo quirúrgico, se fijaron las conexiones de aspiración y lápiz electrocauterio con pinza de campos, sucias o de Backaus.

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico¹³.

2.b. Transoperatorio

Una vez ingresado el paciente a la mesa operatoria se procedió a aplicar técnicas que definieron cada procedimiento realizado por el personal de Enfermería (circulante e instrumentista) y los cirujanos (Cuadro 6).

Cuadro 6. Orden secuencial de la técnica quirúrgica adenotonsilectomía.

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTO Y MATERIAL	SUTURA
1	Apertura de la boca.	Abreboca tipo McIvor. Paleta lingual.	X
2	Oclusión de la orofaringe.	Gasa larga con referencia de sutura.	Seda 1
3	Sujeción de la amígdala.	Pinza de White.	X
4	Diseción de la mucosa.	Bisturí # 3 con hojilla # 12. Tirabuzón de Lewis. Disector de Henke. Disector de Hurd.	X
5	Diseción del pedículo y la amígdala.	Amigdalotomo. Tijera de Metzenbaum o de amígdala.	X
6	Extracción de la amígdala y reconstrucción del Istmo ¹ .	Cánula de Yankauer. Gasa con solución fisiológica. Lápiz electrocauterio. Pinza (McWhorter-Lothrop) o Zapatico.	Simple 2-0
7	Resección y curetaje del tejido adenoides.	Baja lengua. Legra de Barnhill. Cánula de Yankauer. Solución fisiológica y agua oxigenada (lavado de cánula). Lápiz cauterio con extensión de punta larga. Agente hemostático (pasta de Subgalato de bismuto).	X
8	Revisión, retiro de gasa de oclusión orofaríngea y limpieza de cavidad bucal.	Solución fisiológica. Cánula de Yankauer. Compresas húmedas con solución fisiológica y agua oxigenada. Compresa seca.	X

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico¹³.

Es importante resaltar que, durante la colocación del abreboca, la enfermera instrumentista ofrece al cirujano las paletas linguales y así puede escoger la indicada para la cavidad bucal del paciente que no obstruya el lecho amigdalár⁴. No obstante, es importante vigilar la correcta colocación, para que el abrebocas no atrape el labio superior y así causar lesiones. Una correcta colocación del abrebocas permitirá una exposición completa de las amígdalas y facilitará considerablemente la cirugía; además de vigilar la correcta ubicación del tubo endotraqueal con el fin de que el mismo no obstruya el campo visual durante la intervención.

Asimismo, para la resección del tejido adenoideo hipertrófico, la instrumentista debe vigilar las maniobras que realiza el cirujano, las mismas se realizan con movimientos firmes, para evitar posibles desgarros de la mucosa que pueden provocar un mayor sangrado del lecho, incluso la maniobra se debe realizar reiteradas veces cambiando de legras. Una vez finalizado el curetaje se coloca una gasa en moño dentro del cavum para comprimir el lecho y favorecer la hemostasia; puede requerirse coagulación monopolar con punta larga o topicar con agentes hemostáticos⁴.

Instrumental específico

En la Figura 1 se puede observar de derecha a izquierda los instrumentos y materiales específicos para la técnica de adenotonsilectomía: Abreboca McIvor, Adenótomos 0, 2, 4 o curetas de Barnhill, Disección larga sin dientes, Tirabuzón de Lewis, Disector de Henke, Disector de Hurd/elevador de Pikar, Pinza de White, Mango de bisturí # 7 con hojilla # 12, Pinza de McWhorter-Lothrop o Zapatico (identificada con la flecha roja), goma de succión con cánula de Yankauer y Lápiz electrobisturí.



Figura 1. Instrumental de adenotonsilectomía. Imagen tomada en la sala de cirugía.

Cuadro 7. Misceláneos o material médico quirúrgico especial.

MATERIALES Y EQUIPO MÉDICO QUIRÚRGICO	USO EN LA CIRUGÍA
Frontoluz.	Permite la observación de profundidad.
Sutura monofilamento Catgut Simple 2-0.	Ligar vasos.
Gasa larga referida con seda 1 o amigdalares.	Oclusión de la orofaringe.
Solución fisiológica y agua oxigenada.	Realizar limpieza del área y lavado de la cánula de aspiración.
Jeringa de 20 cc	Irrigar solución.
Hojilla # 12	Ideal para realizar la ectomía de la amígdala.
Paquete de lencería necesaria para el equipo quirúrgico y compresas.	Crear el campo estéril.

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico¹³.

2.c) Postoperatorio

Se admitió el paciente a la Unidad Postanestésica (UPA), se realizó valoración de reflejos protectores, se aplicó la escala de Aldrete modificada para dar de alta al paciente ambulatorio¹¹. Se le brindaron cuidados junto a la madre, orientándola para el alta. Una vez recuperado y obteniendo una puntuación de 10 puntos según el instrumento mencionado, el médico anestesista firmó el

egreso de la unidad.

— DISCUSIÓN

Omitir acciones mínimas pero importantes en este tipo de cirugías puede llegar a repercutir en el estado de salud del paciente; es importante que el personal de Enfermería se involucre en todo el proceso que abarca los cuidados perioperatorios. Aunque, la adenotonsilectomía es una cirugía en pequeñas cavidades y a pesar de que puede parecer un procedimiento quirúrgico sencillo, implica grandes complicaciones¹², ya que el hecho de utilizar material de pequeño tamaño hace que la persona encargada de instrumentarla debe tener un cuidado exhaustivo al mismo nivel o quizás un poco más elevado del que se debe tener en las operaciones de grandes cavidades.

Por otro lado, la adenoidectomía endoscópica ha mostrado ser una técnica alternativa segura, con visualización del campo quirúrgico, además de tener menor índice de complicaciones¹⁴. Pero, dependiendo de la cirugía aplicada los oblitos quirúrgicos no solo son responsabilidad del equipo médico, sino también de Enfermería, entendiéndose entonces que ambos deben estar íntimamente involucrados en el procedimiento que se está llevando a cabo.

Igualmente, se menciona la gran importancia que tiene el personal de Enfermería en la prevención y atención de las complicaciones que pueden ocurrir dentro de las primeras 24 horas del procedimiento e incluso semanas o meses después^{14,15}. Según el momento de aparición de éstas se pueden clasificar en intraoperatorias, posoperatorias inmediatas donde se mencionan el dolor, sangrado, náuseas, vómitos, deshidratación, otalgia referida, cambios en la voz, entre otras^{14,15} dejando en evidencia entonces, que una buena preparación del personal que labora en el área quirúrgica ayuda a aminorar el rango de complicaciones y problemas que se puedan presentar. En el caso presentado y tal como se manifestó en el plan bifocal, el niño durante el postoperatorio presentó una evolución satisfactoria y no registró hemorragias ni infecciones, solo reportó dolor agudo, posterior a los cuidados de Enfermería fue dado de alta.

— CONCLUSIÓN

Una cirugía implica destrezas quirúrgicas que conlleva al profesional de Enfermería a establecer y seguir un plan de cuidados basado en la evidencia durante el perioperatorio, como se cumplió en este caso en un paciente pediátrico sometido a una adenotonsilectomía. El proceso enfermero (PE) permitió obtener los resultados esperados valorando siempre las posibles complicaciones y la más rápida recuperación.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tashneem H, Linder T. Atlas de acceso abierto de técnicas quirúrgicas en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Open Education Consortium. [Internet] 2017

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: ADENOTONSILECTOMÍA

- [consultado 15 de mayo 2023]. Disponible en: <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Osiculoplastia.pdf>
2. Mingo E, Chacón J, Padilla P. Fisiopatología del anillo Waldeyer. Libro virtual de formación en ORL. [Internet] s.f. [consultado 23 de mayo 2023]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/075%20-%20FISIOPATOLOG%20C3%8DA%20DEL%20ANILLO%20WALDEYER.pdf>
 3. López M. Adenoides y amígdalas. Rev. chile. pediatr. [Internet] 2001 [consultado 18 de mayo 2023]; 72(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000300012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000300012>
 4. Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología, Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria, Comité Nacional de Hemato-Oncología y Medicina Transfusional. Recomendaciones para el manejo clínico del niño en el posoperatorio de adenoamigdalectomía. Arch Argent Pediatr. [Internet] 2021 [consultado 25 de mayo 2023]; 119(3):S67-S76. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n3a30s.pdf>
 5. Córdova V. Amigdalitis. Slideshare. [Internet] 2018 [consultado 25 de mayo 2023]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/valeriacordova35/amigdalitis-111084759>
 6. Broto G, Delor S. Instrumentación Quirúrgica. Otorrinolaringología. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
 7. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Nueva York: Thieme Medical Publishers; 2021.
 8. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
 9. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
 10. Sánchez E, Fernández A. Formato actualizado para elaborar el caso clínico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2022.
 11. Vitale F, Egidi R. Criterios de alta en cirugía ambulatoria. La anestesia subaracnoidea en cirugía ambulatoria. [Internet] 2007 [consultado 15 de agosto 2023]; 65(6):427-31. Disponible en: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1150/c.pdf
 12. Velázquez I, Muñoz-Garrido J. Premedicación en anestesia pediátrica: citrato de fentanilo oral transmucoso frente a midazolam oral. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet] 2010 [consultado 25 de mayo 2023]; 17(3):139-146. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n3/original.pdf>
 13. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2022.
 14. Bross D, Schimelmitz J. Adenoidectomía endoscópica: revisión de 500 casos. Anales Médicos. [Internet] 2014 [consultado 25 de mayo 2023]; 59(2):99-103. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142e.pdf>
 15. Jofré D, Heider C. Complicaciones posamigdalectomía. Revisión desde la evidencia. [Internet] 2015 [consultado 15 de agosto 2023]; 75:275-285. Disponible en: <https://sochiorl.cl/uploads/75-12-14.pdf>