

**DOCUMENT CONSENS DE LA SOCIETAT CATALANA
D'OTORINOLARINGOLOGIA I PATOLOGIA CÉRVICO-FACIAL (SCORL-PCF)
PER A LA REALITZACIÓ D'AMIGDALECTOMIA EN RÈGIM D'INGRÉS
AMBULATORI**

Aquest document tracta de recollir recomanacions basades en l'evidència i les conclusions sobre la seguretat de realitzar l'amigdalectomia en règim d'ingrés ambulatori, debatuda en la taula rodona durant la reunió de la SCORL-PCF de l'1 de desembre del 2011.

CONCLUSIONS DEL DOCUMENT

- 1. En termes generals, l'amigdalectomia ambulatoria es considera com a procediment adequat sempre i quant es compleixin els criteris de selecció.**
- 2. És obligat un consentiment informat previ a la cirurgia específic d'aquest procediment.**
- 3. El pacient candidat a amigdalectomia ambulatoria ha d'acomplir els següents criteris d'inclusió:**
 - ASA I i II; ASA III valorat individualment.**
 - Absència d'obesitat (es valoraran casos individuals)**
 - Absència de coagulopatia, alteració en l'hemostàsia, i tractament amb anticoagulants.**
 - Absència de miopatia, neuropatia, drogodependència activa.**
 - Pacients capaços d'entendre i respectar les instruccions orals i escrites sobre el procediment, o acompanyat d'un adult que assumeixi la responsabilitat. El pacient o l'acompanyant responsable han d'acceptar aquest règim ambulatori.**

- **Condicions acceptables en el domicili (companyia d'adult, telèfon, condicions d'habitabilitat i higiene.**
 - **Accés a l'hospital de referència (amb especialista otorinolaringòleg) amb vehicle convencional no superior a 1 hora.**
- 4. L'edat inferior als 3 anys i el síndrome d'apnea-hipopnea del son (SAHS), sense especificar la gravetat, són factors d'exclusió encara controvertits en la literatura. Quan el SAHS és greu, l'ingrés programat està recomanat.**
 - 5. És recomanable l'ús de dexametasona, en dosi única (0,1 - 0,5 mg/Kg de pes), intra operatoria.**
 - 6. Els antiinflamatoris no esteroïdals (AINEs) poden ser pautaats per al control del dolor postoperatori, sense risc augmentat de sagnat.**
 - 7. No es recomana l'ús d'antibiòtic peri operatori.**
 - 8. Es considera adequada l'alta hospitalària entre les 4 i 6 hores post quirúrgiques sempre i quan es compleixin els criteris establerts.**
 - 9. És imprescindible proporcionar un document de recomanacions i cures post quirúrgiques al pacient o al tutor legal abans de l'alta.**

Membres de la taula rodona:

- Enric Figuerola Massana. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. (Moderador)
- Montserrat Droguet Puigdomènech. Hospital de Mollet del Vallès.
- Rosa Rosell Ferrer. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell.
- Marc Pellicer Sarasa. Hospital Universitari Materno-Infantil de la Vall D'Hebron de Barcelona.
- Marc Tobed Secall. Hospital Universitari de Girona Josep Trueta.
- Peter Wienberg. Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Barcelona.
- Víctor Palomar Asenjo. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.
- Esther Domènech Vadillo. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

Durant la reunió es van exposar i debatre una sèrie de punts:

- Indicacions actuals i tècniques de l'amigdalectomia.
- Mesures peri operatòries. Discussió de les controvèrsies en la literatura
- Amigdalectomia ambulatoria. Criteris d'inclusió i d'exclusió. Discussió de factors de risc controvertits en la literatura.
- Complicacions de l'amigdalectomia. Són un factor limitant pel règim d'ingrés de la cirurgia?
- Amigdalectomia ambulatoria. Recomanacions per a una bona praxi.
- Exposició de l'experiència en amigdalectomia ambulatoria de l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.
- Conclusions sobre la seguretat de realitzar l'amigdalectomia en règim ambulatori.

INTRODUCCIÓ

L'amigdalectomia és una tècnica quirúrgica que extirpa la amígdala palatina incloent la capsula per mitja de una dissecció peri tonsilar.

És un dels procediments quirúrgics més freqüents. Representa, als EUA, més de 530.000 procediments a l'any en nens menors de 15 anys. És el segon procediment quirúrgic realitzat per CMA en nens (1).

Aquest procediment, tant en majors com en menors de 18 anys, està inclòs en el llistat A de procediments susceptibles de cirurgia ambulatoria en el *Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones* publicat al 2008 pel Ministeri de Sanitat i Consum (2).

Al 2005, dins del marc del Sistema Nacional de Salut, es van realitzar a Espanya un total de 20.200 amigdalectomies i/o adenoïdectomies en menors de 18 anys, de les quals un 47,2% van ser en règim ambulatori i 4.808 en majors de 18 anys, de les quals un 21,3 van ser en règim ambulatori (2).

Analitzant el global de tot tipus de cirurgies susceptibles a realitzar-se ambulatoriament, sembla que no existeixen diferències en quant a resultats quirúrgics quan es compara la cirurgia ambulatoria amb la cirurgia amb ingrés, existeix un alt grau de satisfacció per part del pacient i suposa un reducció dels costos hospitalaris (2).

Tot i que l'amigdalectomia en règim ambulatori ha anat en augment en les dues últimes dècades i que la majoria de la literatura suporta que és un procediment segur (3-5), hi ha aspectes pel que fa a la seguretat d'aquest procediment que encara no estan ben establerts.

INDICACIONS ACTUALS DE L'AMIGDALECTOMIA. INDICACIONS I APORTACIONS DE LA CIRURGIA PARCIAL

Les **indicacions** per fer cirurgia són fonamentalment les infeccions repetitives (criteris de cirurgia per la qual segueixen vàlids els criteris de Paradise) i els trastorns respiratori associats al son . Hi han altres indicacions, menys freqüents com són la sospita tumoral, els abscessos peri amigdalars de repetició, la febre reumàtica i la glomerulonefritis aguda per Ig A, entre altres (1, 6).

La **cirurgia parcial** (amigdalotomia o reducció amigdalars) està indicada quan el motiu de la cirurgia és obstrucció de vies respiratòries altes.

Comparada amb la cirurgia total, la reducció amigdalars aconsegueix disminuir considerablement la incidència d'hemorràgia (intra i post operatòria) i la intensitat del dolor (7).

Hi han diferents tècniques de reducció amigdalars: electrobisturí, bisturí harmònic, microdebrider, làser CO2, radiofreqüència.

MESURES PERI OPERATÒRIES. DISCUSSIÓ DE LES CONTROVÈRSIES EN LA LITERATURA

Abans de la cirurgia és important fer una **avaluació dels riscos del pacient**:

- Avaluació del risc hemorràgic mitjançant la història clínica (antecedents personals i antecedents familiars) i l'exploració física (signes de propensió a l'hemorràgia). Si no hi ha indicis de risc hemorràgic, no és necessària l'analítica amb paràmetres de coagulació en nens majors de 3 anys (8-10).
- Avaluació del risc respiratori: estan controvertits en la literatura l'edat inferior a 3 anys i el síndrome d'apnea-hipopnea del son (SAHS) (s'exposa en el següent apartat)

En quant a la utilització de **dexametasona** intra quirúrgica, s'accepta i es recomana actualment la seva utilització com a antiemètic i pel control del dolor. La dosi recomanada és de 0,1-0,5 mg/Kg en dosi única (1, 11, 12).

És imprescindible una pauta analgèsica postoperatòria. Clàssicament havia estat poc acceptat l'ús d'antiinflamatoris no esteroidals (AINEs) pel potencial augment del risc de sagnat. Actualment s'accepta i es recomana el seu ús per no quedar demostrat aquest risc (1, 13).

Un altre punt que ha estat controvertit històricament, és l'ús d'antibiòtic peri operatori. En revisions recents es desaconsella el seu ús (1).

AMIGDALECTOMIA AMBULATÒRIA. CRITERIS D'INCLUSIÓ I D'EXCLUSIÓ. DISCUSSIÓ DE FACTORS DE RISC CONTROVERTITS EN LA LITERATURA.

En quant als criteris de selecció de pacients candidats a cirurgia ambulatòria, cada centre els ha de tenir definits en termes globals.

Els següents es consideren criteris d'inclusió, en quant als aspectes mèdico-fisiològics per a seleccionar un pacient candidat a cirurgia ambulatòria:

- ASA I i II; ASA III valorat individualment.
- Nens nascuts a terme majors de 6 mesos; nens prematurs majors d'un any.
- Absència d'obesitat (es valoraran casos individuals)
- Absència de coagulopatia, alteració en l'hemostàsia, i tractament amb anticoagulants.
- Absència de miopatia, neuropatia, drogodependència activa.

Hi ha però, certs aspectes que poden diferir quan parlem concretament de cada cirurgia. En quant a l'amigdalectomia, hi ha dues condicions bàsiques més o menys controvertides en la literatura: l'edat i la presència de SAHS.

L'edat és un factor limitant controvertit. Alguns autors conclouen que els menors de 3 anys tenen més complicacions i generen un major nombre de reingressos (3), mentre altres autors no troben més incidència de complicacions en aquest grup d'edat (14-16). A la guia del Comitè d'Otorinolaringologia Pediàtrica de l'Acadèmia Americana d'Otolaringologia i Cirurgia de Cap i Coll (17) i a la guia de Recomanacions per a la Pràctica Clínica de l'Amigdalectomia en el Nen de la Societat Francesa d'Otorinolaringologia i Cirurgia Cèrvico-Facial (10) es recomana no realitzar l'amigdalectomia de forma ambulatoria en nens menors de 3 anys, mentre que el consens multidisciplinari del Reial Col·legi de Cirurgians d'Anglaterra recomanen no fer-ho en menors de 2 anys (17, 18).

Pel que fa al SAHS, sense especificar la gravetat, la majoria d'articles i revisions recents estan d'acord en que, sense altres factors de risc concomitants, no representa una contraindicació per a realitzar l'amigdalectomia ambulatoria (15, 16, 19, 20). Cal puntualitzar que la majoria d'aquests estudis defineixen el SAHS segons criteris clínics. Paral·lelament s'han publicat recentment alguns consensos que consideren el SAHS greu (índex d'apnea/hipopnea igual o major a 10 i/o dessaturacions igual o menors al 80%) com a criteri d'hospitalització (18, 21), ja que es considera que aquests pacients tenen més risc de complicacions peri operatòries.

Queda demostrat per diversos estudis que la història clínica i l'exploració física no són fiables per diagnosticar un SAHS ni per detectar la seva severitat. Per altra banda, s'estima que només en un 10% dels nens candidats a amigdalectomia per un trastorn respiratori del son es realitza polisomnografia (PSG) (*gold standard* per al diagnòstic del SAHS) pre operatòria (per manca d'accés a la prova, allargament del temps d'espera, cost i estrès emocional pel nen). Recentment s'ha publicat una guia de pràctica clínica sobre la realització de PSG prèvia a l'amigdalectomia en la qual es recomana la realització de PSG en cas d'obesitat, síndrome de Down, anèmia falciforme, mucopolisacaridosi, dubte de necessitat quirúrgica o discordança entre la severitat del trastorn respiratori del son i la grandària amigdalar (21).

COMPLICACIONS DE L'AMIGDALECTOMIA. SÓN UN FACTOR LIMITANT PEL RÈGIM D'INGRÉS?

Són factors a tenir en compte, a l'hora de decidir si l'amigdalectomia en règim ambulatori és un procediment segur, la incidència i el moment d'aparició de possibles complicacions.

La complicació major més freqüent de l'amigdalectomia és el **sagnat**, sent l'hemorràgia primària (la que es dona durant les primeres 24 hores post quirúrgiques) més freqüent i greu que la secundària (la que es dona més enllà de les primeres 24 hores post quirúrgiques)(22).

La majoria d'estudis conclouen que l'hemorràgia primària es dona en les hores immediates després de la cirurgia, període en el qual el pacient encara està en observació en l'hospital. L'hemorràgia secundària, que es dona més enllà de les 24h i durant els 7 dies posteriors, tampoc quedaria coberta en un ingrés programat de 24 hores (4).

El **compromís** respiratori (dessaturacions, espasmes laringis, broncospasmes) és una altra de les complicacions potencialment greus d'aquesta cirurgia. En nens, sembla que està més relacionat amb l'edat inferior a 3 anys que amb la presència de SAHS (3, 23). Tot i així, és important destacar que aquesta complicació es dona principalment durant les hores immediates post quirúrgiques (habitualment abans de sortir del quiròfan, en la peri anestèsia) (15, 19, 20), per la qual cosa pot ser detectada abans que el pacient sigui donat d'alta i no suposa un factor de risc afegit en el pacients donats d'alta intervinguts amb cirurgia ambulatòria respecte els que ho fan programats.

Altres complicacions menors són les **nàusees i els vòmits**, dels quals la incidència és menor si s'utilitza dexametasona intra quirúrgica (1), i la **deshidratació**. És per això que, en molts centres, iniciar la ingesta líquida és un requisit necessari previ a l'alta al domicili i s'ha d'insistir en la necessitat de prendre líquids un cop el pacient està al domicili.

El **dolor** és la complicació més freqüent i cal explicar que és normal. És necessària una pauta d'analgèsia per escrit a l'alta, explicant al pacient i/o acompanyants que els primers dies és recomanable prendre-ho pautat sense esperar que aparegui el dolor.

AMIGDALECTOMIA AMBULATÒRIA. RECOMANACIONS PER A UNA BONA PRAXI.

Es recomanable que cada procediment inclòs en la cartera de serveis de cirurgia major ambulatòria disposi d'un **document escrit de consentiment informat** (ANEX 1).

Un altre punt, en quant als criteris de selecció, que considerem important puntualitzar és el fet que, a més de que el pacient tingui una bona **accessibilitat al centre de referència**, aquest disposi d'otorinolaringòleg de guàrdia o que quedi pactat amb un centre proper que en tingui i aquest sigui accessible pel pacient.

Es considera necessari que cada unitat de cirurgia sense ingrés tingui definides les **condicions en les quals el pacient pugui ser donat d'alta**. En l'ANEX 2 es recull el que aquest consens proposa.

És controvertit quantes hores d'observació post quirúrgica són necessàries abans de donar l'alta al pacient, en la literatura es parla des de 2 a 8 hores. Segons diversos estudis es considera prudent una observació de 4 a 6 hores post quirúrgiques (15, 16, 19).

És unànime el requeriment d'un document explicatiu de cures postoperatòries (ANEX 3) específic per l'amigdalectomia, que ha de ser entregat i explicat al pacient o tutors legals en el moment de l'alta hospitalària, alhora que assegurar que és entès per aquests.

BIBLIOGRAFIA

1. Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, Rosenfeld RM, Amin R, Burns JJ, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011 Jan;144(1 Suppl):S1-30.
2. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008 [cited; Available from:]
3. Brigger MT, Brietzke SE. Outpatient tonsillectomy in children: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006 Jul;135(1):1-7.
4. Laureyns G, Lemkens P, Jorissen M. Tonsillectomy as a day-case surgery: a safe procedure? *B-Ent.* 2006;2(3):109-16.
5. Ahmad R, Abdullah K, Amin Z, Rahman JA. Predicting safe tonsillectomy for ambulatory surgery. *Auris Nasus Larynx.* 2010 Apr;37(2):185-9.
6. Cervera Escario J, Del Castillo Martin F, Gomez Campdera JA, Gras Albert JR, Perez Pinero B, Villafruela Sanz MA. [Indications for tonsillectomy and adenoidectomy: consensus document by the Spanish Society of ORL and the Spanish Society of Pediatrics]. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006 Feb;57(2):59-65.
7. Coromina Isern J, More EE. [Current techniques in tonsil surgery]. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2010 Dec;61 Suppl 1:60-8.
8. Asaf T, Reuveni H, Yermiahu T, Leiberman A, Gurman G, Porat A, et al. The need for routine pre-operative coagulation screening tests (prothrombin time PT/partial thromboplastin time PTT) for healthy children undergoing elective tonsillectomy and/or adenoidectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001 Dec 1;61(3):217-22.
9. Howells RC, 2nd, Wax MK, Ramadan HH. Value of preoperative prothrombin time/partial thromboplastin time as a predictor of postoperative hemorrhage in pediatric patients undergoing tonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Dec;117(6):628-32.
10. Amygdalectomie de l'enfant. Recommandation pour la pratique clinique. Société Française d'Oto-Rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Société Française de Chirurgie Ambulatoire. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. . 2010.
11. Steward DL, Grisel J, Meinzen-Derr J. Steroids for improving recovery following tonsillectomy in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(8):CD003997.
12. Goldman AC, Govindaraj S, Rosenfeld RM. A meta-analysis of dexamethasone use with tonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000 Dec;123(6):682-6.
13. Cardwell M, Siviter G, Smith A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and perioperative bleeding in paediatric tonsillectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(2):CD003591.
14. Mitchell RB, Pereira KD, Friedman NR, Lazar RH. Outpatient adenotonsillectomy. Is it safe in children younger than 3 years? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Jul;123(7):681-3.
15. Kalantar N, Takehana CS, Shapiro NL. Outcomes of reduced postoperative stay following outpatient pediatric tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006 Dec;70(12):2103-7.
16. Vlastos IM, Athanasopoulos I, Economides J, Parpounas K, Houlakis M. Outpatient cold knife tonsillectomy in toddlers with sleep disordered breathing. *B-Ent.* 2010;6(4):245-50.
17. Tonsillectomy and Adenoidectomy Inpatient Guidelines: Recommendations of AAO-HNS Pediatric Otolaryngology Committee. *AAO-HNS Bull* 1996; September:13.

18. Robb PJ, Bew S, Kubba H, Murphy N, Primhak R, Rollin AM, et al. Tonsillectomy and adenoidectomy in children with sleep-related breathing disorders: consensus statement of a UK multidisciplinary working party. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009 Jul;91(5):371-3.
19. Youshani AS, Thomas L, Sharma RK. Day case tonsillectomy for the treatment of obstructive sleep apnoea syndrome in children: Alder Hey experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011 Feb;75(2):207-10.
20. Hanss J, Nowak C, Decaux A, Penon C, Bobin S. Outpatient tonsillectomy in children: a 7-year experience. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2011 Dec;128(6):283-9.
21. Roland PS, Rosenfeld RM, Brooks LJ, Friedman NR, Jones J, Kim TW, et al. Clinical practice guideline: Polysomnography for sleep-disordered breathing prior to tonsillectomy in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 Jul;145(1 Suppl):S1-15.
22. Windfuhr JP, Chen YS, Remmert S. Hemorrhage following tonsillectomy and adenoidectomy in 15,218 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Feb;132(2):281-6.
23. Postma DS, Folsom F. The case for an outpatient "approach" for all pediatric tonsillectomies and/or adenoidectomies: a 4-year review of 1419 cases at a community hospital. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002 Jul;127(1):101-8.
24. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth*. 1995 Feb;7(1):89-91.

ANEX 1. CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA REALITZACIÓ D'AMIGDALECTOMIA AMBULATÒRIA

Aquest document informatiu té la intenció d'explicar la intervenció quirúrgica denominada AMIGDALECTOMIA practicada dins un circuit de cirurgia sense ingrés.

DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT QUIRÚRGIC

L'Amigdalectomia és el procediment quirúrgic mitjançant el qual s'extirpen les amígdales palatines situades als laterals de la orofaringe. Aquest procediment es realitza preferentment sota anestèsia general i per abordatge transoral.

Després de la cirurgia apareixen molèsties al empassar irradiant-se a les orelles, que poden ser intenses durant deu o quinze dies, necessitant l'administració de calmants.

Durant les primeres hores després de la cirurgia i dins la normalitat, pot aparèixer sang tacant la saliva i fins i tot, vòmits de sang fosca empassada durant la intervenció. També seran normals les femtes fosques durant els primers dies posteriors a la cirurgia, així com el mal alè i l'aparició d'una capa blanquinosa recobrint el llit quirúrgic on es situaven abans les glàndules amigdalars. Aquests fets corresponen a la cicatrització normal de la zona intervinguda operada.

Inicialment i al domicili, l'alimentació serà de consistència líquida o tova i de consistència progressiva segons la tolerància del pacient evitant aliments àcids, picants o que puguin rascar en el seu pas la zona cicatricial.

En cas de no realitzar-se la intervenció si aquesta està indicada poden seguir produint-se amigdalitis amb freqüència així com complicacions derivades d'aquestes com l'abscess i el flegmó peri amigdalari i complicacions sistèmiques: cardíaques, renals i articulars. Tanmateix també pot persistir l'obstrucció de la via aèria superior, roncopatia i els perjudicis alimentaris i estructurals derivats d'una hipertròfia amigdalari.

Els beneficis esperables són entre d'altres la prevenció de les infeccions recurrents de les amígdales i les seves complicacions ja esmentades així com la resolució de la obstrucció condicionada pel volum glandular amb un benefici en la respiració, l'alimentació i les possibles alteracions estructurals de la cavitat oral.

Com a procediments alternatius cal esmentar que davant el fracàs objectivat o esperable del tractament mèdic, la indicació quirúrgica és la única que ha demostrat la seva eficàcia.

RÈGIM D'INGRÉS

Aquest procediment es realitzarà en un circuit SENSE INGRÉS fet que condiona l'alta hospitalària després d'un període d'entre 2 a 5 hores un cop finalitzada la cirurgia sempre i quan el pacient compleixi una sèrie de criteris clínics.

Si les condicions ho permeten i s'assoleix l'alta sense necessitat d'ingrés el pacient i el centre quirúrgic assumeixen els següents compromisos:

- El pacient ha de disposar de l'atenció d'un adult responsable durant el trasllat al domicili després de l'alta i durant les primeres 24 hores del postoperatori.
- El temps d'accés a la Unitat de Cirurgia Major Ambulatòria (UCMA) des de el domicili del pacient en un vehicle convencional ha de ser raonable i, com a norma general, no superior a una hora.
- El pacient ha de disposar de telèfon i de les condicions mínimes d'habitabilitat, accessibilitat, confort i higiene en el lloc de convalescència que no dificultin una recuperació adequada.

Si alguna circumstància mèdica o social desaconsella l'alta a domicili en aquest període de temps, es procedirà a l'ingrés hospitalari durant el període necessari fins assolir les condicions òptimes per l'alta.

RISCOS ESPECÍFICS MÉS FREQUENTS

Després de la intervenció poden quedar restes d'amígdals en qualsevol de les glàndules intervingudes.

Tot i presentar proves de coagulació normals en el moment pre operatori, és possible l'hemorràgia del llit quirúrgic que pot ser en alguns casos d'alta intensitat podent aparèixer anèmia en diferents graus i inclús shock hipovolèmic per una baixada severa del volum sanguini. Segons la intensitat de l'hemorràgia poden ser necessàries mesures de control local com gargarismes de substàncies que faciliten la coagulació o en alguns casos, la realització d'un nou procediment quirúrgic per controlar l'hemorràgia. Així mateix la transfusió de derivats de la sang pot ser necessària per evitar complicacions majors.

Davant una complicació hemorràgica existeix la probabilitat de l'aspiració a la via aèria de la sang que pot arribar, en el pitjor dels casos, a la obstrucció de les vies respiratòries produint en darrer terme una parada cardíoc-respiratòria. Tot i el

compliment dels criteris mèdics d'alta hospitalària sense ingrés s'estima que el risc afegit hemorràgic podria incrementar-se d'un 0'02% a un 0'2%.

La infecció és poc freqüent, però podria aparèixer a la ferida quirúrgica o de manera disseminada condicionant una septicèmia (propagació de la infecció a través de la sang).

Segons la tècnica quirúrgica l'amigdalectomia pot realitzar-se mitjançant instruments freds que no impliquen escalfor en el seu ús, o bé instruments calents com el bisturí elèctric, el làser quirúrgic, la radiofreqüència, etc. En aquests casos poden aparèixer cremades en les zones veïnes a la cirurgia, cavitat oral i les seves estructures així com llavis i pell, tant de la zona propera a la cirurgia com de la zona on s'aplicarà la placa o pol negatiu en l'ús d'electrobisturí, generalment l'esquena o la cuixa.

Les complicacions dentals també són possibles degut l'accés quirúrgic. Poden aparèixer exodòncies o pèrdua de peces dentals així com el trencament parcial d'aquestes . Aquestes complicacions s'incrementen si coexisteix un mal estat de les dents previ a la cirurgia. Les lesions del paladar poden condicionar disfuncions per insuficiència palatina com la veu nasal o rinolàlia i el reflux oronasal: pas del menjar de la boca a les fosses nasals durant la deglució. Aquesta complicació pot ser temporal o persistent en el temps.

El canvi de la veu donat el canvi estructural de la cavitat oral és un efecte previsible després d'aquesta cirurgia. En alguns casos pot aparèixer tos irritativa que persisteixi durant dies així com contractures cervicals generalment de resolució espontània a curt termini.

S'han de considerar també les complicacions pròpies de tota intervenció quirúrgica i les relacionades amb l'anestèsia general. Tot i unes condicions preoperatòries òptimes i la realització acurada de les maniobres quirúrgiques i anestèsiques, s'ha descrit un cas de mort cada 15000 intervencions quirúrgiques realitzades sota anestèsia general com a conseqüència del procés global. En general, aquest risc s'incrementa amb l'edat i amb la coexistència d'altres malalties així com amb la gravetat de les mateixes.

RISCOS RELACIONATS AMB LES SEVES CIRCUMSTÀNCIES PERSONALS I PROFESSIONALS

.....
.....
.....

OBSERVACIONS I CONTRAINDICACIONS

.....
.....
.....

DECLARACIONS I SIGNATURES

Declaro haver estat informat pel metge dels aspectes més rellevants de la intervenció quirúrgica a la que seré sotmès, de les característiques del circuit quirúrgic sense ingrés, de l'evolució post quirúrgica normal, de les possibles complicacions i dels riscos així com de les contraindicacions, conseqüències esperables en cas de no realitzar-se la cirurgia i de les possibles alternatives. Estic d'acord amb la informació rebuda. He pogut realitzar totes les preguntes i expressar els dubtes que m'han esdevingut d'aquestes explicacions i han estat enteses de manera clara.

Declaro haver facilitat tota la informació essencial sobre el meu cas, els meus hàbits i estil de vida que poden ser importants pel correcte tractament de la meva dolència. Accepto i conec que la intervenció serà realitzada pel facultatiu més adient del equip mèdic, tenint en compte les circumstàncies particulars del cas i l'entorn quirúrgic.

Considerant totes les declaracions esmentades, **DONO EL MEU CONSENTIMENT PER SER INTERVINGUT QUIRÚRGICAMENT**, així com per permetre que el cirurgià responsable de la intervenció prengui les mostres biològiques que consideri necessàries per l'estudi del meu procés, o de les imatges necessàries per la correcte documentació del cas. Si durant la intervenció les circumstàncies mèdico-quirúrgiques aconsellen modificar el procediment inicialment plantejat, el cirurgià responsable podrà fer-ho de la manera que millor requereixi la meva salut, advertint la circumstància a la meva família o, en cas d'absència o urgència, podrà fer-ho prenent ell mateix la decisió. Entenc i accepto també el risc a patir una infecció hospitalària, que pot esdevenir excepcionalment tot i les mesures més estrictes d'higiene quirúrgica preses per l'equip i la institució responsables.

Conec el meu dret a rebutjar el procediment quirúrgic descrit així com el circuit de cirurgia sense ingrés en el qual es planteja la seva realització en qualsevol moment.

Signatura del pacient

Signatura del metge

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Nom.....amb DNI..... i en qualitat de....., conec que el pacient referit en aquest document, no és competent per decidir en aquest moment, pel que assumeixo la responsabilitat de la decisió en els mateixos termes que faria el mateix pacient.

Signatura del tutor o familiar

ANUL·LO qualsevol autorització realitzada en aquest document que quedarà sense efectes a partir de la meva signatura. Sóc conscient de les repercussions que, sobre l'evolució del meu procés, aquesta anul·lació podria condicionar, i així les entenc i assumeixo.

Signatura del pacient o representant legal

ANEX 2. CRITERIS PER DONAR L'ALTA HOSPITALÀRIA AL PACIENT

- Test d'Aldrete de 10*
- No signes d'ortostatisme
- Absència de sagnat
- Conscient i bona orientació temporo-espacial
- Tolerància a ingesta líquida (recomanat)
- Dolor controlat (0-1 escala verbal)
- Capacitat de deglutir i tossir
- Camina sense ajuda
- Entén les recomanacions de cures postoperatòries (el pacient o el tutor legal)
- Accepta tornar a domicili (el pacient o el tutor legal)

L'alta hospitalària la signarà l'especialista quirúrgic que ha fet la intervenció. Abans de donar l'alta tant el cirurgià com l'anestesiòleg han de visitar al pacient.

**Test d'Aldrete (24):*

Activitat motora:

2 punts: Possibilitat per a moure 4 extremitats de forma espontània o en resposta a ordres

1 punt: Possibilitat per a moure 2 extremitats de forma espontània o en resposta a ordres

0 punts: Impossibilitat per a moure alguna de las 4 extremitats espontàniament o a ordres

Respiració:

2 punts: Possibilitat per a respirar profundament i tossir freqüentment

1 punt: Dispnea o respiració limitada

0 punts: Sense resposta

Circulació:

2 punts: Presió arterial = 20% del nivell pre anestèsic

1 punt: Presió arterial entre el 20 i el 49% del valor preanestèsic

0 punts: Presió arterial = al 50% del valor pre anestèsic

Consciència:

2 punts: Plenament despert

1 punt: Respon quan se'l crida

0 punts: Sense resposta

Color:

2 punts: Rosat

1 punt: Pàlid

ANEX 3. INFORMACIÓ AL PACIENT DE LES CURES POSTOPERATÒRIES POST AMIGDALECTOMIA

- El dolor després de l'amigdalectomia és normal. Sol ser intens els primers 3-5 dies, millorant progressivament els dies posteriors, i pot durar fins a 15 dies. És important prendre els analgèsics de manera pautaada i no esperar que el dolor aparegui.
- Pot aparèixer dolor referit a les oïdes i al coll. Si duren més de 3 dies i/o aquest últim impedeix la mobilitat del coll, cal consultar-ho amb el metge.
- Les nàusees i vòmits són normals les primeres 24 hores. El vòmit pot anar acompanyat des restes de sang. Si els vòmits s'allarguen més enllà de 24 hores i/o el sagnat és abundant, cal consultar-ho amb el metge.
- Si apareix sagnat cap al 7è-10è dia després de la cirurgia, cal consultar-ho perquè pot precedir un sagnat més intens.
- És molt important una ingesta adequada de líquids, per a prevenir la deshidratació.
- És recomanable evitar la ingesta de coses calentes durant els primers. Es poden prendre coses tèbies i són molt recomanables les fredes (gel, gelats).
- Es recomana menjar de consistència tova i evitar el menjar que pugui rascar (crosta de pa, patates chips, arrebossats,...), així com evitar el menjar picant i àcid perquè pot afavorir les molèsties a la gola.
- Les plaques de color blanc-grisaci a la gola són normals, no indiquen infecció i són conseqüència del procés de cicatrització.
- L'halitosi (mal olor de boca) pot ser normal, si apareix es recomana fer glopejos bucal després de les menjades (amb aigua salina per exemple). Si la mal olor és intensa, consultar-ho amb el metge.
- Pot ser normal la febreta (fins a 37,5º), si apareix febre (superior a 37,5º) consultiu-ho amb el metge.

És pot fer vida normal en quan el pacient ho toleri. Es recomana evita esforços i exercici intens durant 15 dies.