



**PREPARACIÓN Y
CUIDADOS POST-
QUIRÚRGICOS
DEL PACIENTE DE
ORL.**

Unidad de Hospitalización 3F

INGRESO PROGRAMADO (Cirugía Simple)

SE INTERVIENEN EL MISMO DÍA DE INGRESO

- **Imprimir Informe de Preanestesia** y leérselo (Informes>Anestesia>Informe de preanestesia).
 - Valoración de **antecedentes** personales, **alergias**, **tratamiento** habitual.
- **Verificar** ayunas, higiene bucal, retirada de prótesis, toma de tratamiento antihipertensivo, suspensión de medicación si precisara (anticoagulantes).
- **Canalizar vía venosa periférica**
- **Tomar constantes vitales.**
- **Paciente Diabético:**
 - Realizar glucemia de control. PROTOCOLO DM.
- **RELLENAR FORMULARIOS:**
 - **Valoración al ingreso.**
 - **Asignación de cuidados.**
 - **Niveles de dependencia.**
 - **Preoperatorio.**
 - **Gráfica.**
 - **Sondas y Catéteres.**
- **Redactar Resumen de Ingreso.**
- Si hay alguna incidencia, avisar al transfer de quirófano y dejar escrito en las observaciones del formulario de Preoperatorio (por ejemplo, si alguna medicación no se ha administrado siendo necesaria, alguna constante vital fuera de rango, etc.)

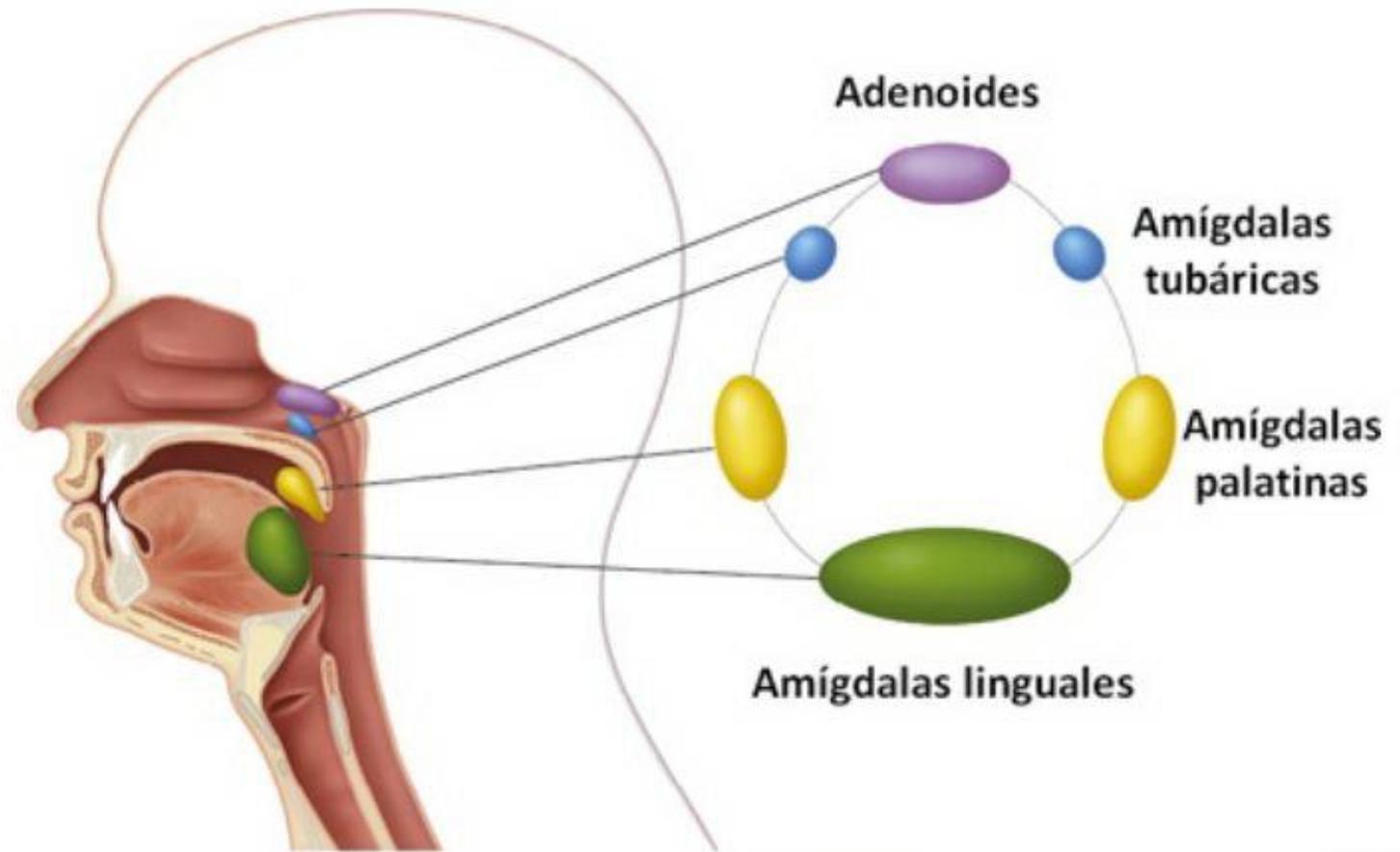
Elección de lugar de punción para canalización de vías venosas periféricas según tipo de cirugía.

<u>GINECOLOGÍA</u>	Cirugía de MAMA	Lado Contrario
	Cirugía VAGINAL O SUELO PÉLVICO	Lado Izquierdo
	Cirugía LAPAROSCOPICA	Lado Izquierdo
<u>ORL</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre: lado izquierdo. • colgajos microvascularizado: Lado opuesto al mismo 	Lado izquierdo. Lado opuesto al mismo
<u>TRAUMATOLOGÍA</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Miembro superior y Cirugía de Cadera: • Resto de cirugías 	Lado Contrario Lado Izquierdo.
<u>CGD</u>	Cirugía de MAMA	Lado Contrario
	Cirugía ABDOMINAL	Lado derecho
	HERNIA INGUINAL	Lado Izquierdo
	LESIÓN miembro superior	Lado Contrario
<u>UROLOGÍA</u>	TODAS Cirugías	Lado Izquierdo
<u>DERMATOLOGÍA</u> (Con Anestesia)	LESIONES miembro superior	Lado Contrario
	RESTO Cirugías	Lado Izquierdo
<u>OFTALMOLOGÍA</u>	TODAS Cirugías	Lado Izquierdo

Principales cirugías que encontramos en la Unidad

- 1. Amigdalectomía.**
- 2. Adenoidectomía.**
- 3. Cirugía endoscópica nasosinusal (CENS).**
- 4. Parotidectomía.**
- 5. Septoplastia.**
- 6. Turbinoplastia.**
- 7. Timpanoplastia (+/- Mastoidectomía).**

1. AMIGDALECTOMÍA – RECUERDO ANATÓMICO



Anillo de Waldeyer: sistema de defensa de la faringe

Las **amígdalas palatinas** son dos acúmulos de tejido linfóide situados a ambos lados en el fondo de la orofaringe, delimitadas por la llamada cápsula amigdalina.

Tienen una **función defensiva**, al reconocer a los microbios patógenos con los que entran en contacto, estimulando la respuesta inmunitaria frente a ellos y contribuyendo así a proteger a la mucosa respiratoria y digestiva de infecciones.

No obstante, las amígdalas pueden ser a su vez causa de enfermedad, infectarse crónicamente por virus o bacterias y dejar de tener la misión defensiva. Se convierten entonces en **fuentes de problemas**, por lo que puede hacerse **necesaria su extirpación**.

INDICACIONES DE LA AMIGDALECTOMÍA

1. **HIPERTROFIA AMIGDALAR** o amígdalas excesivamente grandes → obstrucción vía aérea, ronquidos, SAHOS.
2. **AMIGDALITIS CASEOSA** o acúmulo de detritos celulares, moco, restos de comida → molestias, inflamación, halitosis.
3. **AMIGDALITIS AGUDA DE REPETICIÓN** o complicada con formación de abscesos periamigdalinos

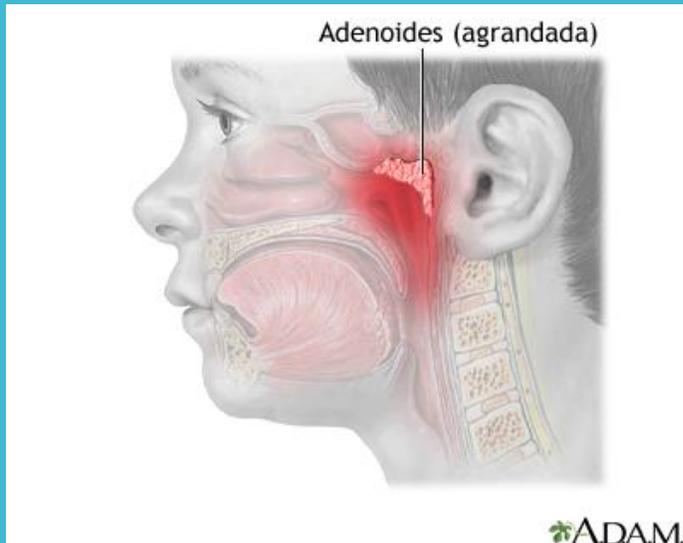


Cuidados AMIGDALECTOMÍA

- Prudencia con la tolerancia oral, siempre a criterio médico, **puede que dejen en dieta absoluta varias horas.**
- Posteriormente, se iniciará con líquidos fríos y sin progresión hasta nueva orden médica.
- La dieta final sería de **fácil masticación o túrmix (dejando enfriar).**
- Pautar **ANTIEMÉTICOS** por el riesgo de sangrado tras vómitos.
- Deambulación precoz.
- En cirugías con faringoplastia, realizar maniobra de deglución (bajando barbilla) para facilitar el paso de líquidos y alimentos.
- Vigilancia de **SANGRADO.**
- Control del **DOLOR.**

2. ADENOIDECTOMÍA

- Se resecan las adenoides (o VEGETACIONES).
- Edad pediátrica.
- Asociada a amigdalectomía y/o colocación de tubos de drenaje transtimpánico.
- Riesgo de que vuelvan a aumentar de tamaño con el paso del tiempo, aunque la mayoría asintomáticas.
- INDICACIONES:
 - Hipertrofia que cause obstrucción respiratoria +/- SAHOS.
 - Otitis media aguda recurrentes en niños mayores de 3 años.
 - Sinusitis crónica y/o recurrente.
- Generalmente, NO precisan ingreso hospitalario.



Complicaciones y Recomendaciones al alta.

COMPLICACIONES:

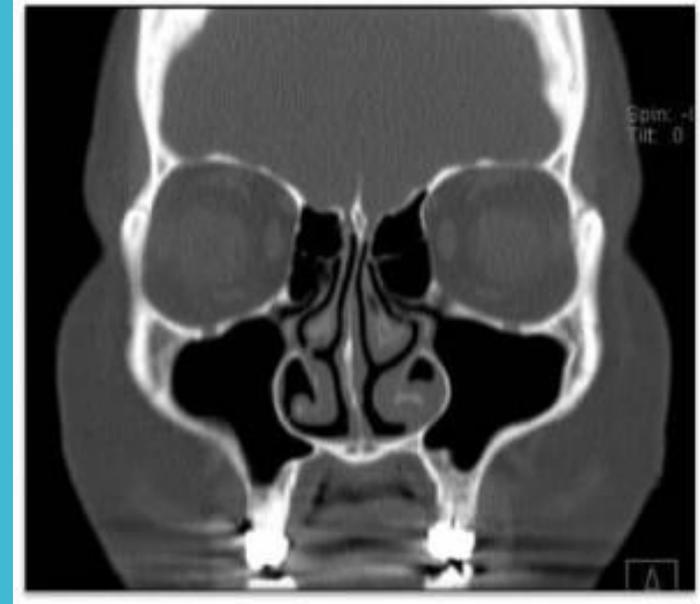
- SANGRADO del lecho quirúrgico.
 - Epistaxis.
- Insuficiencia velopalatina: reflujo del alimento hacia la nariz, debido a un cierre incompleto del paladar.
 - Transitoria en más de la mitad de los casos (2-4 semanas).

RECOMENDACIONES:

- Reposo 2 días. Luego, relativo 7 días.
- Abundante hidratación.
- Dieta de fácil masticación/blanda, dejar enfriar. Líquidos fríos.
- Controlar dolor con analgesia pautada. Es normal dolor de oídos.
- Vigilancia de sangrado. Es normal secreciones hemoptoicas.
- Acudir a urgencias si: fiebre, sangrado activo por boca o nariz.

3. Cirugía Endoscópica Nasosinusal (CENS)

- Abordaje quirúrgico mediante el cual se pueden realizar una gran variedad de procedimientos en las fosas nasales y senos paranasales.
- Es mínimamente invasiva.
- Apertura de los orificios de drenaje natural de los senos paranasales y llevar a cabo la limpieza de los mismos.
- **INDICACIONES:**
 - Patología inflamatoria e infecciosa (sinusitis crónica o recurrente).
 - Resección de lesiones: PÓLIPOS, mucocelos, TUMORES MALIGNOS.
 - Descompresión orbitaria.
 - Cierre de fístulas de líquido cefalorraquídeo.
 - Extracción de cuerpos extraños.
 - Control de hemorragias nasales (ESPITAXIS).



Post-operatorio CENS

- Principal molestia: **OBSTRUCCIÓN NASAL TEMPORAL. BIGOTERA**. Sequedad boca (respiración).
- Suelen prescribir lavados nasales al alta, con SSF + pomada nasal.
- **COMPLICACIONES:**
 - Hemorragia.
 - Formación de sinequias (adherencias).
 - Menos frecuentes:
 - Diplopia.
 - Hematoma orbitario.
 - Fístula de líquido cefalorraquídeo.
 - Lesión del aparato nasolacrimal.

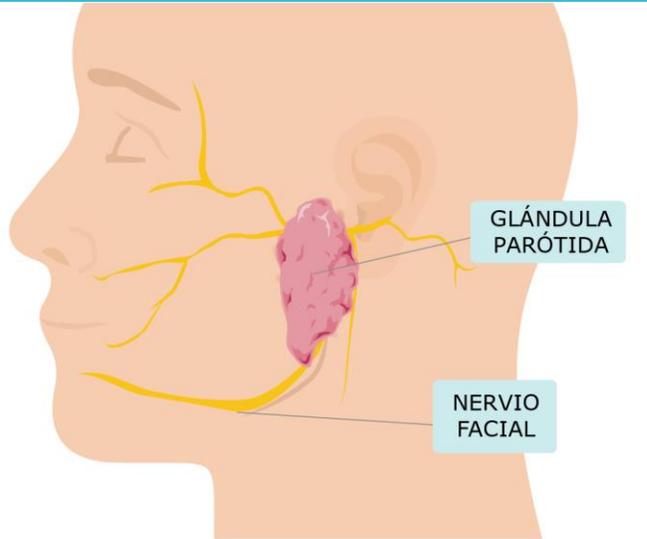
Cuidados CENS

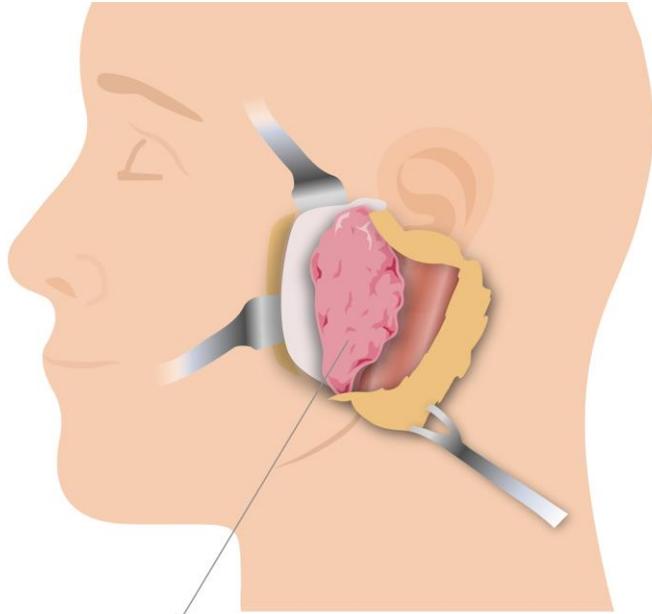
RECOMENDACIONES:

- Cambiar BIGOTERA las veces que sean necesarias.
- El taponamiento nasal lo retirará ORL.
- Reposo 2 días. Luego, relativo 7 días.
- Evitar esfuerzos físicos, levantar peso, deporte: 2 semanas.
- Dieta de fácil masticación/blanda, dejar enfriar.
- Dormir boca arriba y ligeramente incorporado.
- Estornudar con la boca abierta.
- Evitar el estreñimiento.
- Controlar dolor con analgesia pautada.
- Vigilancia de sangrado. Es normal secreciones hemoptoicas.
- **Acudir a urgencias si: fiebre, sangrado activo por boca o nariz, dolor muy intenso no controlado, alteraciones visuales o de consciencia.**

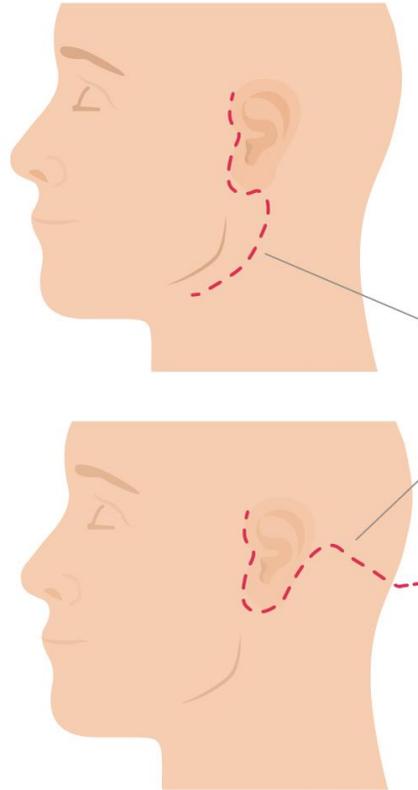
4. PAROTIDECTOMÍA

- Procedimiento por el cual se reseca **parte o en su totalidad la glándula PARÓTIDA.**
- La glándula parótida es una **glándula salivar primaria.**
- Tenemos una en cada lado (bilateral).
- Están ubicadas en la parte más alta del cuello, en la región preauricular.
- **ÍNTIMA RELACIÓN CON EL NERVI0 FACIAL.**
- Primordial: identificar y preservar las ramas del nervio facial.
- **INDICACIONES:**
 - TUMORAL (20% son malignos; resto Benignos).
 - Parotiditis crónica.
 - Sialolitiasis (cálculos en el conducto secretor).
 - Absceso parotídeo.





PAROTIDECTOMIA



Incisión
quirúrgica



REDÓN CON VACÍO

El drenaje se mantiene
24-48h, según débito e
indicaciones de ORL.

Complicaciones PAROTIDECTOMÍA

- **LESIÓN DEL NERVIIO FACIAL.** Complicación más temida.
- Frecuente **debilidad hemifacial temporal** (20% permanente).
- Síndrome de Frey: inervación aberrante de las glándulas sudoríparas de la piel que se encuentran sobre la parótida → sudoración durante la masticación o salivación. Incidencia variable.
- Fístula salival y sialoceles (acumulación de saliva debajo de la piel). 1-14% de los casos.
- **Hipoestesias zona del lóbulo de la oreja.** Frecuente.
- Asimetría facial.
- Recurrencia tumoral.
- Necrosis de la piel. Tratamiento tópico.

Cuidados PAROTIDECTOMÍA

- Tolerancia oral a las 6 horas de la cirugía, salvo contraindicación médica.
- **El primer día de la cirugía, progresar como mucho hasta dieta semilíquida.**
- Después, seguir indicaciones médicas. La dieta final sería de fácil masticación o túrmix (dejando enfriar).
- **Valoración de drenajes y edema cervical.**
- Mantener apósito las primeras 24 horas. **Vigilar sangrado.**
- **Primera cura a las 24 horas.** Clorhexidina acuosa. Apósito convencional.
- **CONTROL DEL DOLOR.**

5. SEPTOPLASTIA

- Cirugía correctora de las desviaciones del tabique nasal o septum.
- Objetivo: reseca la zona desviada, conservando la mayor cantidad posible de cartílago y hueso.

- **INDICACIONES:**

- Desviación que produzcan síntomas obstructivos.
- Control de hemorragia nasal (epistaxis).
- Bloqueo del orificio de drenaje de los senos paranasales.
- Cirugía estética.



Cuidados SEPTOPLASTIA

- Tolerancia a las 6 horas, con progresión normal hasta dieta basal en cuanto toleren.
- Vigilar sangrado en **BIGOTERA** y cambiarla cuando sea preciso.
- **NO RETIRAR EL TAPONAMIENTO DE LA NARIZ.**
 - Lo retira siempre ORL, normalmente en la consulta.
- Puede levantarse cuando haya tolerado.
- Avisar a ORL (4401 ó 4518) si sangrado activo oral/nasal.
- CONTROL DEL DOLOR.

Complicaciones SEPTOPLASTIA

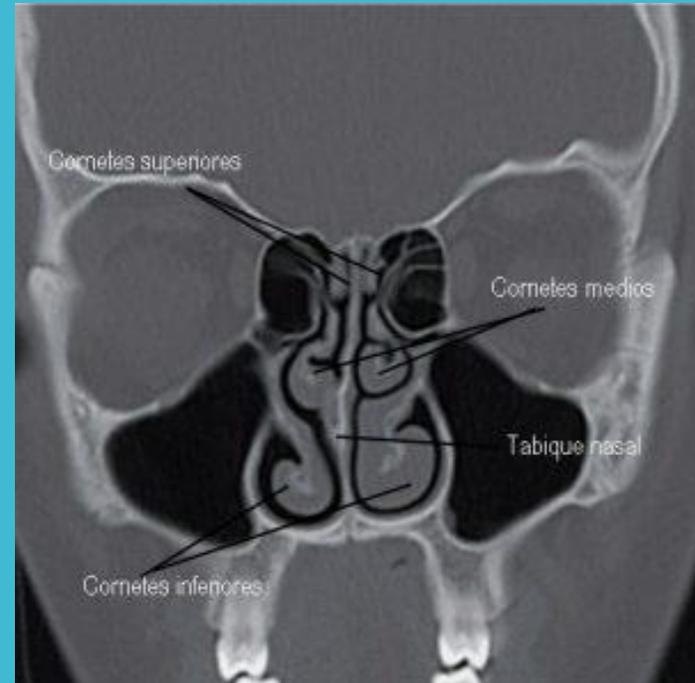
- **HEMATOMA SEPTAL:** precisa drenaje urgente para evitar necrosis del cartílago.
- **Epistaxis.**
- **Infección.**
- Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- Perforación septal.
- **Sinequias (adherencias).**
- Deformidad nasal externa: caída de la punta nasal.
- **Anosmia:** suele ser temporal (debido al edema de la mucosa).

6. TURBINOPLASTIA

- Técnica quirúrgica para reducir el tamaño de los CORNETES.
- **Tres pares de CORNETES:**
 - Superiores.
 - Medios.
 - Inferiores.
- Responsables de la **HUMIDIFICACIÓN, FILTRACIÓN y CALENTAMIENTO** del aire inspirado.
- ¿Por qué se **HIPERTROFIAN** los cornetes?
 - Procesos catarrales.
 - Alérgenos inhalados.
 - Irritantes en el aire.
 - Hiperreactividad de la mucosa nasal.



OBSTRUCCIÓN
NASAL



TURBINOPLASTIA

INDICACIONES:

- Congestión nasal subjetiva debida a una hipertrofia que no mejora con el tratamiento médico.
- Junto con la SEPTOPLASTIA, para mejorar los resultados de ésta.
- Como parte del tratamiento del SAHOS.
- Como parte del abordaje de una CENS.

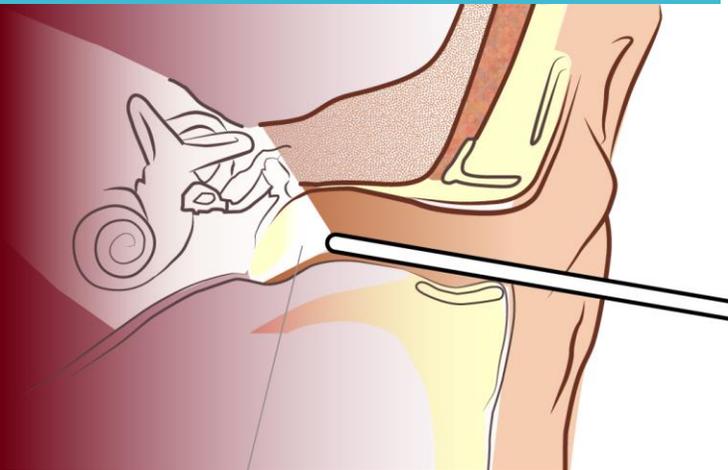
COMPLICACIONES:

- Sangrado.
- Formación de sinequias (adherencias).
- Formación de costras.
- Recurrencia de la hipertrofia.

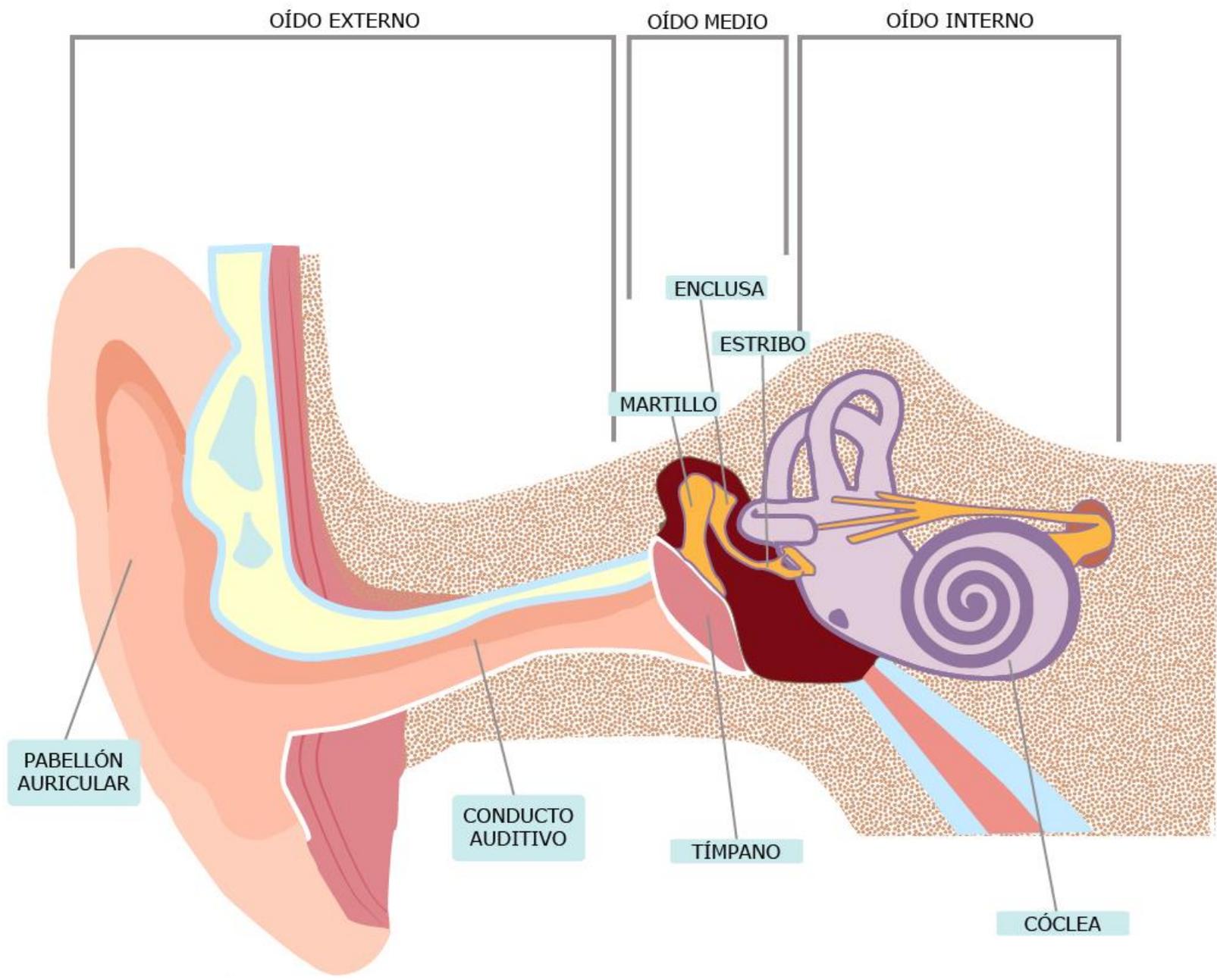
Cuidados TURBINOPLASTIA

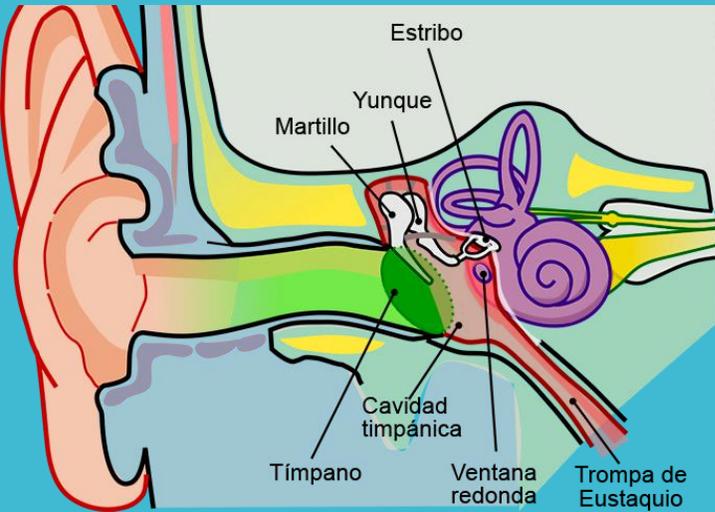
- Tolerancia a las 6 horas, con progresión normal hasta dieta basal en cuanto toleren.
- Vigilar sangrado en **BIGOTERA** y cambiarla cuando sea preciso.
- **NO RETIRAR EL TAPONAMIENTO DE LA NARIZ.**
 - Lo retira siempre ORL, normalmente en la consulta.
- Puede levantarse cuando haya tolerado.
- Avisar a ORL (4401 ó 4518) si sangrado activo oral/nasal.
- CONTROL DEL DOLOR.

7. TIMPLANOPLASTIA (+/- MASTOIDECTOMÍA)



- Procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo limpiar las cavidades del oído medio, reparar la membrana timpánica y, si fuera necesario, reconstruir la cadena de huesecillos
- **INDICACIONES:**
 - **Infecciones crónicas del oído**
 - Supuraciones recurrentes.
 - Problemas de audición.
 - **Colesteatoma:** tumor benigno formado por células de la piel.
- **OBJETIVO:**
 - Restaurar la correcta **VENTILACIÓN** del oído.
 - Y/O **extraer el colesteatoma** del oído medio.





TIPOS DE TIMPLANOPLASTIAS:

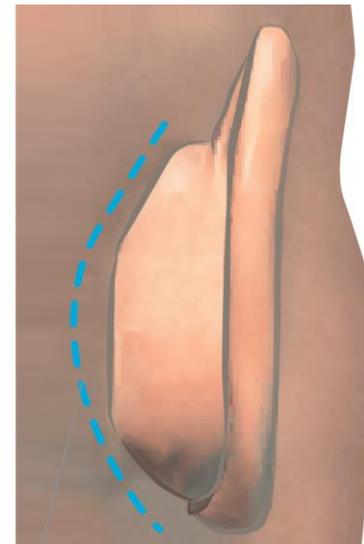
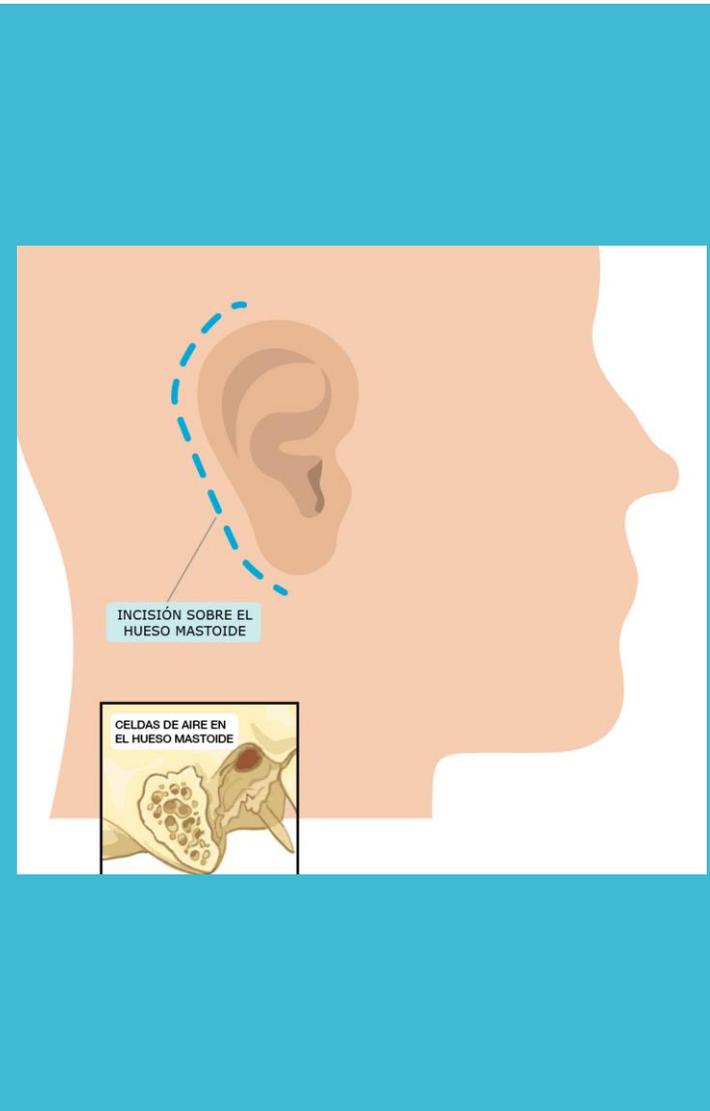
- **Tipo I:** solo se repara el tímpano o membrana timpánica. Cadena de huesecillos sin alteraciones.



- **Tipo II:** yunque afectado. Prótesis entre martillo y estribo.
- **Tipo III:** yunque y martillo afectados. Se conectan tímpano y estribo.
- **Tipo IV:** todos los huesecillos desgastados. Se coloca prótesis que sustituye toda la cadena.

MASTOIDECTOMÍA

- Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de una parte de las celdas del hueso mastoideas.
- ¿Cuándo se realiza?
 - **Infección crónica y/o extensión del Colesteatoma hasta el mastoides.**
 - Las celdas, en lugar de aire, tienen **SECRECIONES**.



ABORDAJE O INCISIÓN RETROAURICULAR

Cuidados TIMPANOPLASTIA

- Tolerancia a las 6 horas, valorando **NÁUSEAS** (algo recurrente en esta cirugía).
- Progresión dieta normal: líquida, semilíquida y basal.
- **PRECAUCIÓN EN LA BIPEDESTACIÓN**, procurando que se levanten acompañados hasta que no haya problema de mareos.
- Al realizar la higiene, **NO MOJAR EL OÍDO AFECTADO.**
- Vigilancia de sangrado (apósito quirúrgico).
- Se puede cambiar apósito, pero **NUNCA RETIRAR EL TAPONAMIENTO DEL OIDO.**
- Evitar dormir sobre el lado afectado.
- Control del DOLOR.
- Síntomas posibles: **ZUMBIDO**, resonancia de su propia voz, peor audición.
- Estornudar con la boca abierta, sin taparse la nariz.
- Evitar estreñimiento. LAXANTES (s/p).