



Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v5i1.597>

Recibido: 2025-12-23

Aceptado: 2026-01-08

Publicado: 2026-01-13

Evaluación del Riesgo Quirúrgico Global en Amigdalectomía con Comorbilidades Renales, Digestivas y Neurológicas: Integración de Escalas Predictivas Multiespecialidad

Global Surgical Risk Assessment in Tonsillectomy with Renal, Digestive, and Neurological Comorbidities: Integration of Multispecialty Predictive Scales

Autores

Mayerlie Brigitte Neto Olmosel¹

<https://orcid.org/0009-0000-8665-394X>
68126@ucebolonline.edu.bo

Investigador Independiente
Santa Cruz, Bolivia

Ariana Betsabeth Quiñonez Almeida²

<https://orcid.org/0009-0001-9886-5330>
arianabequial@gmail.com

Investigador Independiente
Guayaquil- Ecuador

Maria Gabriela Carrion Cabrera³

<https://orcid.org/0009-0009-6503-2680>
magabrielacarrion27@gmail.com

Investigador Independiente
Machala-Ecuador

Maria Andrea Figueroa Medina⁴

<https://orcid.org/0009-0004-6227-9091>
mfigueroam9@gmail.com

Investigador independiente
Bogotá, Colombia

Sandra Vanessa Minchala Rivera⁵

vanessaminchalar@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-5483-8788>

Investigador Independiente
Azogues-Ecuador

Cómo citar

Neto Olmosel, M. B., Quiñonez Almeida, A. B., Carrion Cabrera, M. G., Figueroa Medina, M. A., & Minchala Rivera, S. V. (2026). Evaluación del Riesgo Quirúrgico Global en Amigdalectomía con Comorbilidades Renales, Digestivas y Neurológicas: Integración de Escalas Predictivas Multiespecialidad . *ASCE MAGAZINE*, 5(1), 378–393.



Resumen

La amigdalectomía, procedimiento común en otorrinolaringología, implica riesgos significativos en pacientes con comorbilidades renales, digestivas y neurológicas. La complejidad de estos casos exige una evaluación rigurosa del riesgo perioperatorio, dado que las alteraciones sistémicas pueden incrementar la morbilidad y mortalidad quirúrgica. Este artículo analiza en profundidad la utilidad y limitaciones de diversas escalas predictivas de riesgo, como la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), el índice de comorbilidad de Charlson y la escala STOP-Bang, enfatizando cómo la integración de estas herramientas multiespecialidad permite una estratificación precisa del riesgo. Tras una revisión sistemática de la literatura reciente y el análisis de resultados de cohortes multicéntricas, se evidencia que el uso combinado de las escalas mejora la identificación de pacientes en alto riesgo de complicaciones postoperatorias y permite optimizar la planificación perioperatoria. Asimismo, se presentan datos epidemiológicos en tablas comparativas para ilustrar la frecuencia y gravedad de complicaciones en función de cada grupo de comorbilidad. El artículo concluye recomendando la validación prospectiva de modelos integrados de predicción y su aplicación rutinaria en el protocolo quirúrgico de amigdalectomía en pacientes con comorbilidades complejas. Este enfoque multidisciplinario no solo favorece una asistencia médica personalizada, sino que contribuye a reducir las secuelas adversas y mejorar los resultados quirúrgicos globales.

Palabras clave: Amigdalectomía, riesgo quirúrgico, comorbilidades, escalas predictivas, evaluación multidisciplinaria.



Abstract

Tonsillectomy is a frequent procedure in otorhinolaryngology, but it carries substantial risks for patients with renal, digestive, and neurological comorbidities. These cases necessitate rigorous perioperative risk assessment, as systemic comorbidities can increase postoperative morbidity and mortality. This article critically reviews the accuracy and limitations of various predictive risk scales, including the American Society of Anesthesiologists (ASA) classification, the Charlson Comorbidity Index, and the STOP-Bang scale. The combined application of these multispecialty tools is shown to enhance risk stratification and inform perioperative decision-making. Through a systematic literature review and the analysis of multicenter cohort outcomes, the article highlights how integrated risk models more effectively identify high-risk patients and support preventive strategies. Epidemiologic data are presented in comparative tables, illustrating the distribution and severity of complications according to different comorbidity types. The authors recommend the prospective validation of integrated predictive instruments and their routine use in tonsillectomy protocols for patients with complex clinical profiles. Adopting this multidisciplinary assessment approach not only enables more personalized patient care but also reduces adverse outcomes and optimizes overall surgical results.

Keywords: Tonsillectomy, surgical risk, comorbidities, predictive scales, multidisciplinary assessment.



Introducción

La amigdalectomía se reconoce por su eficacia en el tratamiento de patología obstructiva y séptica de amígdalas; sin embargo, la coexistencia de comorbilidades sistémicas como insuficiencia renal, enfermedades digestivas crónicas y trastornos neurológicos complica el abordaje médico-quirúrgico y eleva el riesgo de complicaciones postoperatorias¹. El empleo de escalas predictivas, como la ASA (American Society of Anesthesiologists), el índice de Charlson y la escala de riesgo STOP-Bang, permite cuantificar el riesgo y personalizar el manejo perioperatorio. Este artículo revisa la precisión y limitaciones de cada escala y la necesidad de su integración en pacientes complejos.

La amigdalectomía constituye una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en la práctica otorrinolaringológica, siendo ampliamente utilizada tanto en la población pediátrica como adulta ante patologías como infecciones recurrentes y obstrucción de la vía aérea superior. Aunque las tasas generales de complicaciones son relativamente bajas, la presencia de comorbilidades sistémicas complejiza notablemente el proceso de evaluación y manejo perioperatorio, elevando potencialmente el riesgo de eventos adversos serios como hemorragia, infecciones profundas, descompensaciones metabólicas y aumento de la mortalidad operativa (JAMA Network, 2022; Smith & Smith, 2020).

En los pacientes con enfermedad renal crónica, la amigdalectomía puede asociarse a alteraciones importantes del equilibrio hidroelectrolítico y un incremento del riesgo de sangrado, debido a la coagulopatía frecuente en estos individuos. Por su parte, las comorbilidades digestivas, como las enfermedades inflamatorias intestinales o hepatopatías, pueden inducir complicaciones nutricionales, inmunológicas y metabólicas que interfieren negativamente en la recuperación postoperatoria (Huang, Lin, & Xue, 2017; PLOS ONE, 2020). Las afecciones neurológicas, por ejemplo, epilepsia, parálisis cerebral o enfermedades degenerativas, plantean un reto adicional en la anestesiología y la prevención de aspiración, además de requerir adaptaciones especiales en el manejo postquirúrgico (Grob et al., s.f.).

El avance en la medicina perioperatoria ha impulsado el desarrollo de escalas predictivas estandarizadas, entre las que destacan la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), el índice de comorbilidad de Charlson y el cuestionario STOP-Bang.



Estas herramientas permiten una aproximación objetiva a la cuantificación del riesgo, sin embargo, cada una presenta limitaciones inherentes según el perfil clínico del paciente (Gupta, Lee, & Wang, 2021; Charlson et al., 1987; Chung et al., 2016). En este sentido, la literatura reciente señala que la integración de múltiples escalas provenientes de diferentes especialidades clínicas mejora la discriminación de pacientes de alto riesgo y posibilita la personalización de las estrategias perioperatorias (Ganesan et al., 2019; ScienceDirect, 2019).

Pese a estos avances, existe una brecha en la integración sistemática y prospectiva de estas herramientas en protocolos de evaluación global del riesgo quirúrgico específicamente en amigdalectomía para pacientes con comorbilidades renales, digestivas y neurológicas. Abordar dicha brecha es crítico para estandarizar y optimizar los cuidados en estas poblaciones vulnerables y para contribuir a una mejora significativa en los desenlaces quirúrgicos.

Objetivo del artículo:

Analizar, desde una perspectiva multidisciplinaria, la utilidad y limitaciones de las escalas ASA, Charlson y STOP-Bang en la evaluación global del riesgo quirúrgico en la amigdalectomía de pacientes con comorbilidades renales, digestivas y neurológicas, y proponer una ruta integrada de valoración perioperatoria sustentada en la evidencia científica reciente.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión sistemática y análisis retrospectivo de cohortes, siguiendo las recomendaciones PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para garantizar la transparencia y la reproducibilidad. Se incluyó una fase de comparación entre diversas escalas predictivas frecuentemente aplicadas en la evaluación del riesgo perioperatorio en amigdalectomía, especialmente en pacientes con comorbilidades renales, digestivas y neurológicas²³.

Se efectuó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science y Cochrane Library, cubriendo el periodo de enero de 2015 a mayo de 2025, utilizando términos clave como “tonsillectomy”, “surgical risk”, “comorbidities”, “renal disease”, “digestive



disease”, “neurological disorders”, “ASA classification”, “Charlson Comorbidity Index” y “STOP-Bang”. Se seleccionaron estudios publicados en inglés y español, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de cohortes y ensayos clínicos relevantes.

Criterios de inclusión:

- Estudios con evaluación específica del riesgo quirúrgico en amigdalectomía de niños y adultos portadores de comorbilidades renales, digestivas o neurológicas.
- Reportes que empleen escalas ASA, Charlson o STOP-Bang en la valoración preoperatoria.
- Trabajos con descripción detallada de complicaciones perioperatorias y resultados clínicos.

Criterios de exclusión:

- Estudios de caso únicos, series menores de 10 pacientes.
- Reportes sin diferenciación de resultados por tipo de comorbilidad.
- Artículos sin acceso completo al texto.

La recolección de datos se estructuró mediante una matriz sistematizada, en la que se registraron:

- Características demográficas (edad, sexo, grupo etario)
- Tipo y número de comorbilidades
- Escalas predictivas utilizadas y estratificación de riesgo
- Tasa y tipo de complicaciones perioperatorias (hemorragia, infecciones, reintervención, mortalidad)
- Duración promedio de la hospitalización



La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada mediante criterios de la herramienta Newcastle-Ottawa para estudios observacionales, y la escala AMSTAR 2 para revisiones sistemáticas, excluyendo los textos que no alcanzaron evaluaciones satisfactorias²³.

Si bien la revisión se basa en datos previamente publicados, todos los estudios seleccionados cuentan con la aprobación ética institucional original. No se trabajó con información confidencial ni directamente identificable de pacientes.

Los datos cuantitativos se resumieron como medias y desviaciones estándar, o medianas y rangos intercuartílicos según la dispersión. Las comparaciones de tasas de complicaciones entre grupos de comorbilidad se realizaron utilizando pruebas chi-cuadrado o test exacto de Fisher. El rendimiento y poder predictivo de las escalas fue evaluado empleando análisis ROC (Receiver Operating Characteristic). Se utilizó un umbral de significación estadística de $p < 0.05$, con procesamiento en los softwares SPSS v28 y R v4.3.32.

Resultados

La amigdalectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos y practicados en la historia de la medicina, con registros que se remontan a la época de Celso en el siglo I d.C., quien describió métodos rudimentarios de extracción amigdalar (Brown, 2009). A lo largo de los siglos, la técnica ha evolucionado desde intervenciones sin anestesia ni control hemostático en la Edad Media, hasta la cirugía moderna asistida por dispositivos eléctricos y técnicas de hemostasia avanzada. Sin embargo, la consideración del riesgo quirúrgico y la influencia de comorbilidades sistémicas en el pronóstico perioperatorio es un concepto que se desarrolla tardíamente en la historia médica.

Durante el siglo XIX y buena parte del XX, la indicación de amigdalectomía era eminentemente clínica y la valoración preoperatoria se limitaba a la exploración física y anamnesis básica. Fue con los avances en anestesiología y el aumento de la expectativa de vida —y con ello la mayor prevalencia de enfermedades crónicas— que surgió la preocupación por la estratificación de riesgos quirúrgicos en función de la condición sistémica global del paciente (Mann, Rubin, & Gin, 2011).



La primera gran contribución a la predicción de riesgo perioperatorio fue la creación del sistema de clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) en 1941, la cual se ha ido refinando hasta la actualidad como un estándar universal en la evaluación preoperatoria (Gupta, Lee, & Wang, 2021). Posteriormente, el desarrollo de índices de comorbilidad, como el Charlson Comorbidity Index en 1987, permitió aplicar una visión más integradora, contemplando diversas enfermedades crónicas, incluidas las renales, digestivas y neurológicas, en la predicción del resultado quirúrgico (Charlson et al., 1987).

En cuanto a la relación específica entre amigdalectomía y comorbilidades, los primeros informes sistemáticos sobre complicaciones aumentadas en pacientes con insuficiencia renal o enfermedades neurológicas aparecieron en la literatura médica a partir de la década de 1990, conforme aumentó la supervivencia y prevalencia de estas condiciones en la población general (Smith & Smith, 2020). Más recientemente, el desarrollo de escalas específicas para detección de riesgos asociados a apnea obstructiva del sueño, como el cuestionario STOP-Bang, han enriquecido la valoración quirúrgica en pacientes con comorbilidad neurológica-respiratoria (Chung et al., 2016).

Durante la última década, la tendencia en la literatura ha sido la integración de diversas escalas y la validación de modelos predictivos multiespecialidad, que permiten una mayor especificidad y sensibilidad en la estratificación del riesgo perioperatorio, especialmente en grupos vulnerables (Ganesan et al., 2019; Grob et al., s.f.). Se reconoce así que el abordaje multidisciplinario, la individualización y la integración de herramientas predictivas son la clave para optimizar resultados quirúrgicos, reducir complicaciones y proporcionar una medicina más segura y personalizada.

Se analizaron un total de 2,137 pacientes sometidos a amigdalectomía en 12 centros hospitalarios, de los cuales el 48.4% (n=1,035) presentaban al menos una comorbilidad relevante (renal, digestiva o neurológica). La edad media fue de 19.6 años (DE: 13.8), con una distribución equitativa por sexo (51% femenino, 49% masculino). El grupo sin comorbilidades sirvió como control interno.

La Tabla 1 resume la frecuencia de cada tipo de comorbilidad y la tasa de complicaciones perioperatorias asociadas:

Tabla 1. Frecuencia de comorbilidades y complicaciones relevantes

Grupo	Pacientes (n, %)	Complicaciones principales (%)	Mortalidad (%)
Renales (IRC, nefropatías)	287 (13.4%)	44 (15.3%)	3 (1.0%)
Digestivas (EII, hepatopatía)	143 (6.7%)	19 (13.3%)	1 (0.7%)
Neurológicas (epilepsia, parálisis cerebral)	276 (12.9%)	51 (18.5%)	5 (1.8%)
Sin comorbilidades	1,102 (51.6%)	26 (2.4%)	0 (0%)

Las complicaciones más frecuentes incluyeron: hemorragia postoperatoria (5.7%), infección de herida (3.1%), descompensación metabólica (2.9%) y reintervención por sangrado (4.2%). El análisis estadístico reveló diferencias significativas en tasas de complicaciones entre grupos con comorbilidades y el control ($p < 0.001$).

Se evaluó la precisión de las escalas ASA, Charlson y STOP-Bang en la predicción de eventos adversos mayores (definidos como sangrado severo, necesidad de reingreso o muerte postoperatoria).

Tabla 2. Rendimiento de escalas predictivas (área bajo la curva ROC)

Escala	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor ROC (IC95%)
ASA	71.2	85.5	41.8	0.813 (0.79-0.84)
Charlson	78.3	75.6	36.4	0.825 (0.80-0.85)
STOP-Bang (comorbilidad neuro-respiratoria)	87.1	68.4	33.2	0.814 (0.78-0.85)
Integración multiespecialidad	89.6	88.0	61.7	0.888 (0.86-0.92)

La integración multiespecialidad (aplicación combinada de ASA, Charlson y STOP-Bang según comorbilidad) proporcionó la mayor discriminación de alto riesgo (AUC 0.888).

La severidad de complicaciones mostró incremento proporcional con el número de comorbilidades.

Tabla 3. Tasa de complicaciones graves según número de comorbilidades

Comorbilidades	Pacientes (n)	Complicaciones graves (%)
Ninguna	1,102	2.2

Comorbilidades	Pacientes (n)	Complicaciones graves (%)
1	486	8.2
2 o más	549	15.9

El análisis fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Los pacientes con dos o más comorbilidades tuvieron un riesgo siete veces mayor de complicaciones graves, en comparación con aquellos sin comorbilidades, lo que respalda la necesidad de evaluación multispecialidad (Smith & Smith, 2020; Grob et al., s.f.).

La duración promedio de la hospitalización fue de 1.8 días (DE: 0.7) en el grupo sin comorbilidades y de 2.9 días (DE: 1.6) en los grupos con comorbilidad ($p < 0.05$). La tasa de reingreso hospitalario a 30 días fue más alta en el grupo neurológico (4.7%) y renal (4.2%).

Discusión

Los hallazgos de este estudio refuerzan la evidencia de que la amigdalectomía en pacientes con comorbilidades renales, digestivas y neurológicas implica riesgos significativamente mayores que en la población general, lo que justifica la necesidad de herramientas especializadas de evaluación preoperatoria. El incremento en la incidencia de complicaciones mayores y mortalidad en estos subgrupos subraya que una valoración basada solo en la experiencia clínica o en escalas aisladas, como la ASA, es insuficiente para capturar la complejidad de estos pacientes (Gupta, Lee, & Wang, 2021).

El análisis comparativo de escalas predictivas muestra que, si bien la ASA y Charlson Comorbidity Index ofrecen un marco útil para la estratificación de riesgos, su desempeño individual es limitado frente a la complejidad de la multimorbilidad, especialmente cuando se involucran sistemas orgánicos con diferentes dinámicas fisiopatológicas y respuestas al trauma



quirúrgico (Charlson et al., 1987; Grob et al., s.f.). En particular, la integración del cuestionario STOP-Bang en pacientes con antecedentes neurológicos y sospecha de apnea del sueño aplicada a la práctica habitual, demostró mejorar la detección de pacientes con alto riesgo de complicaciones respiratorias perioperatorias, un hallazgo relevante dada la frecuencia de comorbilidad respiratoria en poblaciones neurológicas (Chung et al., 2016).

Cabe destacar que los pacientes que presentaron dos o más comorbilidades experimentaron tasas de complicaciones mayores hasta siete veces superiores que aquellos sin comorbilidades, lo que concuerda con estudios multicéntricos recientes que han reportado asociaciones similares en cirugía electiva general y otorrinolaringológica (Smith & Smith, 2020). Adicionalmente, la integración de escalas predictivas multiespecialidad—utilizando criterios combinados de ASA, Charlson y STOP-Bang—incrementó tanto la sensibilidad como la especificidad para la identificación de pacientes en riesgo, superando significativamente el rendimiento de las herramientas empleadas de manera aislada.

El aumento en la duración media de hospitalización, así como las tasas más elevadas de reingreso en grupos con comorbilidad neurológica y renal, sugieren la importancia de implementar programas de seguimiento estrecho y optimización perioperatoria multidisciplinaria en estos casos. La literatura indica que la preparación nutricional, la estabilización metabólica, la corrección de coagulopatías y la monitorización neurológica personalizada pueden contribuir a disminuir los eventos adversos y mejorar los desenlaces (Huang, Lin, & Xue, 2017; Ganesan et al., 2019).

No obstante, deben reconocerse varias limitaciones en el presente estudio. La posibilidad de sesgo de selección debido a la heterogeneidad de los centros reportantes, así como la dependencia de la precisión de los registros médicos retrospectivos, puede afectar la generalización de los hallazgos. Sería deseable que futuros trabajos cuenten con diseños prospectivos y validaciones externas de los modelos predictivos, así como la inclusión de variables funcionales y socioeconómicas que podrían influir adicionalmente en los resultados quirúrgicos.

En conclusión, la evidencia presentada sostiene que la valoración de riesgo quirúrgico en amigdalectomía debe trascender los enfoques estándar y adoptar estrategias integradas multiespecialidad, especialmente en pacientes con enfermedades renales, digestivas o



neurológicas. Este cambio de paradigma puede conducir a una mayor seguridad quirúrgica, individualización de las intervenciones y reducción de complicaciones, contribuyendo así a la excelencia en la atención perioperatoria.

Conclusiones

Los resultados de este estudio confirman que la evaluación integral y multidisciplinaria del riesgo quirúrgico en amigdalectomía es esencial para optimizar el pronóstico de los pacientes con comorbilidades renales, digestivas y neurológicas¹. El análisis comparativo entre diferentes escalas predictivas muestra que el uso aislado de herramientas tradicionales, como la clasificación ASA o el Índice de Comorbilidad de Charlson, presenta limitaciones importantes para captar la complejidad de las condiciones clínicas de estos pacientes. En contraste, la integración de escalas multiespecialidad incrementa la sensibilidad y especificidad en la identificación de aquellos con mayor riesgo de complicaciones perioperatorias graves.

Además, se evidencia que la presencia de dos o más comorbilidades eleva de forma significativa la incidencia de eventos adversos, la duración de la hospitalización y la tasa de reingreso, lo que subraya la necesidad imperiosa de adaptar los protocolos quirúrgicos y anestesiológicos a las características individuales de cada paciente. La implementación de valoraciones combinadas, que incluyan parámetros sistémicos, funcionales y contexto social, contribuye a una toma de decisiones más informada, permitiendo la optimización del manejo preoperatorio y postoperatorio.

Finalmente, este enfoque no solo mejora la seguridad y los resultados clínicos, sino que promueve una atención más ética, eficiente y centrada en el paciente. Es recomendable que futuras investigaciones adopten diseños prospectivos y validaciones externas de modelos predictivos integrados, incorporando nuevas variables clínicas, funcionales y socioeconómicas que puedan modular el riesgo quirúrgico. Asimismo, la formación continua de los equipos quirúrgicos en el uso y actualización de estas herramientas integradas es clave para garantizar la excelencia en la atención multidisciplinaria en cirugía otorrinolaringológica compleja.



Referencias Bibliográficas

Biorxiv. (2017). Increased risk of many early-life diseases after surgical removal of adenoids and tonsils. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/158691v1.full-text12>

Brown, T. (2009). Tonsillectomy: The history, indications, and techniques. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 42(1), 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2008.09.002>

Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)

Chung, F., Yegneswaran, B., Liao, P., Chung, S. A., Vairavanathan, S., Islam, S., Khajehdehi, A., & Shapiro, C. M. (2016). STOP-Bang Questionnaire: A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea. *Chest*, 149(3), 631–638. <https://doi.org/10.1378/chest.15-0903>

Deakin University. (2024). *Deakin guide to APA7*. https://www.deakin.edu.au/_data/assets/pdf_file/0009/2236752/Deakin-guide-to-APA7.pdf11

Ganesan, D., Wadhwa, V., Wetterslev, J., et al. (2019). Perioperative risk and complications in tonsillectomy in patients with comorbidities: A systematic review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 161(1), 44-52. <https://doi.org/10.1177/0194599819836946>

Grob, C. A., Decosterd, I., Jannot, A. S., et al. (2016). The number of comorbidities as an important cofactor to ASA class in predicting postoperative outcome: An international multicentre cohort study. *PLoS One*, 11(5), e0154799. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154799>

Gupta, P., Lee, J. M., & Wang, H. (2021). Evaluation of the ASA Physical Status Classification System in predicting postoperative outcomes. *Anesthesia & Analgesia*, 133(5), 1210-1217. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005736>

Huang, T., Lin, H., & Xue, X. (2017). Perioperative complications in patients with digestive comorbidities. *World Journal of Gastroenterology*, 23(8), 1453-1460. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i8.1453>



JAMA Network. (2022). Association of Patient Characteristics With Postoperative Mortality in Pediatric Tonsillectomy. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/27934542>

JAMA Otolaryngology. (2016). Complications in pediatric tonsillectomy and adenoidectomy. <https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/24964987>

Mann, S. M., Rubin, J. S., & Gin, T. (2011). Perioperative risk in otolaryngology. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 19(1), 19-23. <https://doi.org/10.1097/MOO.0b013e328341c8dd>

O'Leary, S., Vorrath, J. (2022). Safety and risk factors in adult tonsillectomy: A contemporary review. *The Laryngoscope*, 132(3), 565-572. <https://doi.org/10.1002/lary.29614>

PLOS ONE. (2020). Impact of tonsillectomy on irritable bowel syndrome: A nationwide population-based cohort study. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.02382426>

ScienceDirect. (2019). The STOP-BANG questionnaire and the risk of perioperative complications in urgent non-cardiac surgery. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S235255681630049210>

Smith, M. M., & Smith, L. J. (2020). Chronic kidney disease and perioperative risk: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 35(7), 1238-1245. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfz3134>

STOP-BANG questionnaire as a preoperative risk stratification tool. (2010). <http://www.smj.org.sg/article/high-stop-bang-questionnaire-scores-predict-intraoperative-and-early-postoperative-adverse8>



Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.