

Nº 22 -2020-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 05 de Febrero de 2020

Visto, el expediente con Registro DG-001685-2020, que contiene el Memorando Nº 001-CCCMF-INSN-2020 del Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilo Facial;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales c) y d) del Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, con Memorando Nº 008-2020-DIDAC-INSN, el Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Medicina Pediátrica remite a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía, la "Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de Anquiloglosia (Frenillo Lingual)" elaborada por el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilo Facial del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando Nº 035-2020-DEIDAECA-INSN, el Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía del Niño y del Adolescente remite a la Oficina de Gestión de la Calidad la "Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de Anquiloglosia (Frenillo Lingual)";

Que, con Memorando Nº 102-2020-DG/INSN, de fecha 23 de enero de 2020, la Dirección General aprueba la "Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de Anquiloglosia (Frenillo Lingual)", elaborada por el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilo Facial, y autoriza la elaboración de la Resolución Directoral correspondiente;

Con la opinión favorable de la Dirección General Adjunta, la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía del Niño y del Adolescente, del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA;





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para
Mujeres y Hombres"

"Año de la Universalización de la Salud"



SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar la "Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de Anquiloglosia (Frenillo Lingual)", que consta de (08) folios, elaborada por el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilo Facial del Instituto Nacional de Salud del Niño.



Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la "Guía Técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de Anquiloglosia (Frenillo Lingual)" en la página web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
Dr. Jorge Andrubal Jáuregui Miranda
DIRECTOR GENERAL
S.M.F. 13616 R.N.E. 32027 - 8901



JJM/CUD

DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () DA
- () DEIDAECNA
- () OET
- () OAJ
- () OGC

I. FINALIDAD

Establecer los parámetros para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con anquiloglosia en la especialidad de Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo-facial.

II. OBJETIVO

- Establecer los estudios diagnósticos de pacientes con anquiloglosia
- Establecer el tratamiento ideal para pacientes con anquiloglosia
- Establecer el seguimiento de pacientes con anquiloglosia

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Pacientes con el diagnóstico de anquiloglosia que acudan por el servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo-facial

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

Nombres : Anquiloglosia.
Código CIE-10 : Q38.1 Anquiloglosia.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

El frenillo lingual suele constituir frecuentemente un elemento patológico, que se caracteriza por ser un cordón mucoso o fibrótico, que se inicia en la cara inferior de la lengua; en las proximidades de su extremo apical, recorre su tercio medio, se vuelve hacia adelante, y se inserta en la línea media de la mucosa del piso de la boca.¹

5.2 ETIOLOGIA

El frenillo sublingual es un pliegue de tejido fibroso que se ubica en la línea media por debajo de la lengua hacia el piso de boca del mismo, provocando limitación a la movilidad lingual

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Es una patología congénita, que se presenta durante la formación de la lengua y piso de boca.¹

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En pacientes con adecuado peso al nacer, se presenta el 1 de cada 10000 nacidos.¹

5.5 FACTORES DE RIESGO

5.5.1 MEDIO AMBIENTE

Sin relevancia

5.5.2 ESTILOS DE VIDA

Sin relevancia

5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS

- Sexo. - no tiene predisposición por sexo.
- Bajo peso al nacer o pretérmino. - se asocia a su déficit de tiempo de edad gestacional.
- Antecedente familiar. - puede existir predisposición genética y hereditaria; existiendo así presentaciones familiares.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DR. LUIS MARTÍN LA TORRE CABALLERO
JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE CIRUGIA CABEZA
CUELLO Y MAXILO FACIAL

- Farmacológico. - no existe relación alguna reportada en la literatura.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

- Lactantes. - Irritabilidad, dificultad para mantener la succión, poco aumento o pérdida de peso.
- Preescolares y escolares. - dificultad para la deglución, dificultad o imposibilidad para el lenguaje con fonemas que impliquen la "r" y "rr".
En algunos casos, dificulta la elevación normal de la punta de la lengua para la pronunciación de los sonidos "t", "d", "n", "l", "t" y "dz".

6.1.2 INTERACCION CRONOLÓGICA

El diagnóstico se realiza al momento del nacimiento o durante el desarrollo del lenguaje del paciente.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de anquiloglosia es fundamentalmente clínico y se basa, por un lado, en la realización de una serie de pruebas clínicas para evaluar la movilidad de la lengua y en la evaluación de la pronunciación de los fonemas que impliquen la "r" y "rr".

6.2.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Retraso en el desarrollo del lenguaje
- Sordera
- Retraso mental
- Alteraciones en la morfología lingual
- Problemas de dentición

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 PATOLOGÍA CLINICA

Ninguno

6.3.2 IMÁGENES

Ninguno

6.3.3 EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

- Audiometría
- Potenciales auditivos



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
DR. LUIS MARTÍN LA TORRE CABALLERO
JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE CIRUGIA CABEZA
CUELLO Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 29957 R.N.E. 14347

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- Información, educación y comunicación. - los pacientes requieren controles periódicos luego de la cirugía, según indicación médica, por el servicio de cirugía de cabeza y cuello y máxilo facial hasta su paso a terapia del lenguaje.^{1,2}
- Consejería integral. - Prevención primaria y secundaria: información sobre la patología de la guía actual y su etiología a diversos profesionales de salud.^{1,2} prevención terciaria: los pacientes requieren control anual por el servicio de cirugía de cabeza y cuello y máxilo-facial durante los 12 meses posterior a la cirugía.

6.4.2 TERAPÉUTICA

El tratamiento de la anquiloglosia es quirúrgico, como cirugía ambulatoria, e involucra tanto a cirugía de cabeza y cuello y maxilofacial y a terapia del lenguaje. El tratamiento de elección del frenillo lingual corto es la plastia sublingual, consistente en la liberación de la banda de tejido fibroso que retrae y limita el movimiento de la lengua, realizando para ello una plastia local para el alargamiento del tejido. El manejo quirúrgico es realizado en pacientes que presentan la patología en mayores de un año de edad, que es momento del desarrollo de lenguaje.

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

- Edema de lengua o del piso de boca
- Hematoma de lengua o del piso de boca
- Seroma submentoniano y/o submaxilar

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre
- Hemorragia
- Hematoma
- Disnea
- Tumor de piso de boca

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

- No presencia de signos de alarma
- Paciente en buen estado general

6.4.6 PRONÓSTICO

Favorable en pacientes operados antes de los 2 años de edad, que es el momento del desarrollo del lenguaje, en edades posteriores es necesario la terapia del lenguaje para asegurar el buen pronóstico y correcto desarrollo del lenguaje.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DR. LUIS MARTÍN LA TORRE CABALLERO
JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE CIRUGIA CABEZA
CUELLO Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 29557 R.N.E. 14347

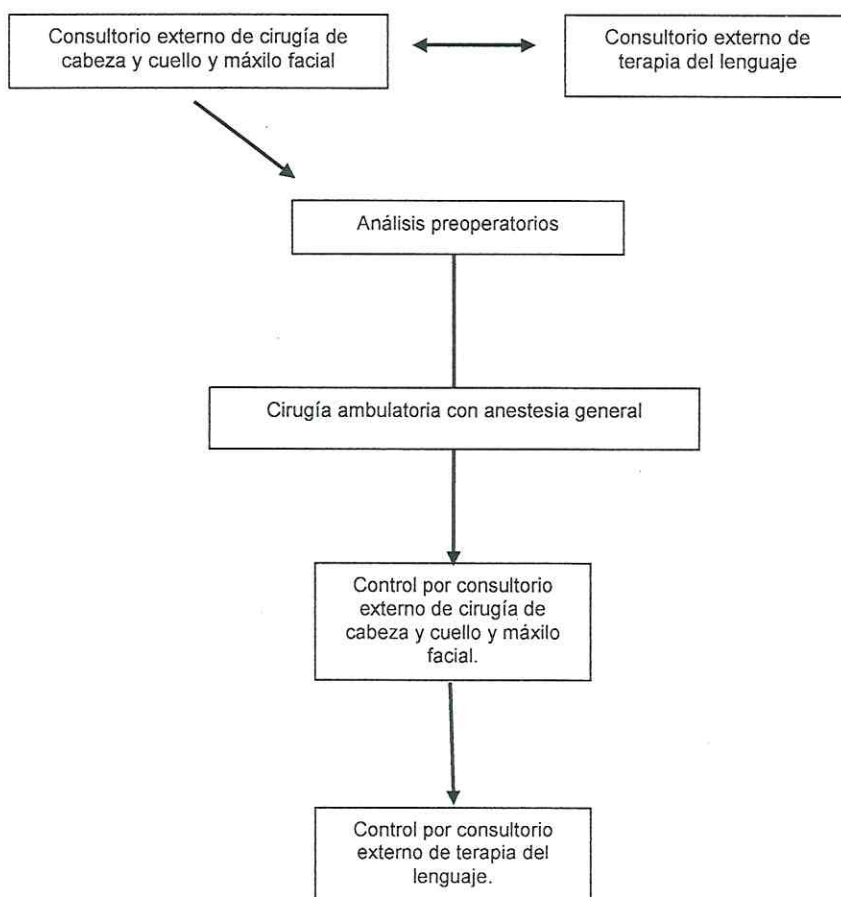
6.5 COMPLICACIONES

- Hemorragia.
- Edema.
- Incompleta sección de la anquiloglosia con posteriores problemas al lenguaje y alimentación.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- El Instituto Nacional De Salud Del Niño - Breña es el centro de referencia nacional de dicha patología en pacientes pediátricos.
- Una vez concluido el tratamiento se contrarrefiere al paciente a su lugar de origen.
- En caso sea necesario se referirá al paciente a Terapia del Lenguaje.

6.7 FLUXOGRAMA

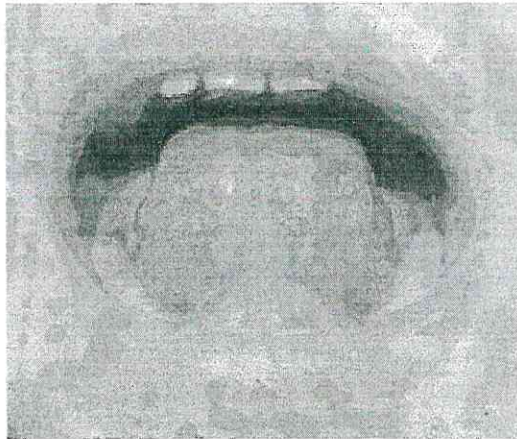


VII. RECOMENDACIONES

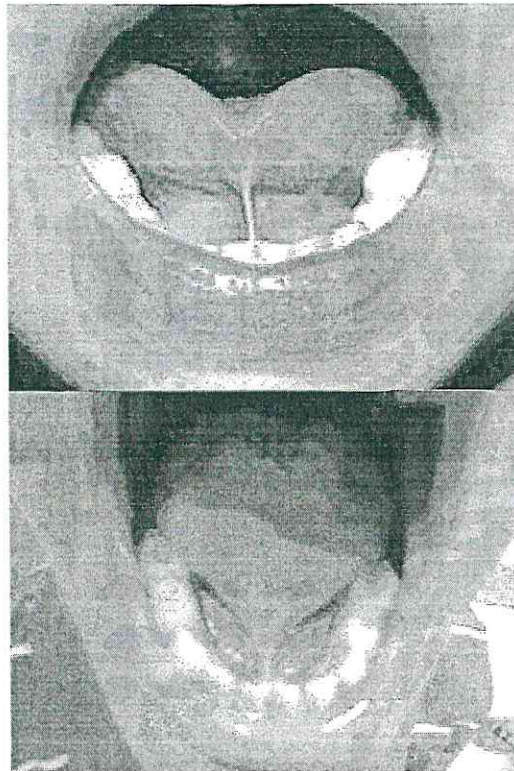
Se recomienda dieta líquida las primeras 24 horas, tras las cuales el niño puede comenzar a comer una dieta en forma de purés preferiblemente fríos durante dos o tres días. Es importante llevar a cabo una meticulosa higiene oral durante los primeros días del postoperatorio realizando enjuagues orales con agua y sal o con antisépticos bucales

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: IMÁGENES



Frenillo Normal



Anquiloglosia (Frenillo corto)

	PERÚ	Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado			
05 FEB. 2020			
Reg. N° 01481			
		CARLOS ANTONIO CHÁVEZ PASTRANA FEEATARIO - INSN	

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DR. LUIS MARTÍN LA TORRE CABALLERO
JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE CIRUGIA CABEZA
CUELLO Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 29957 R.N.E. 14347

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MÁXILO FACIAL ANQUILOGLOSIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE OPERACIONES QUIRÚRGICAS

(Ley 26842, Art 27, 4 y 15 inc. h)

Yo (Nombre y Apellidos del Familiar) en condición de Padre (), Madre (), Otro (.....) me he reunido con el Dr. médico del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilo Facial, el cual me ha informado acerca del paciente..... Historia Clínica N° con **DIAGNÓSTICO DE: ANQUILOGLOSIA** y que requiere como procedimiento y/o tratamiento **PLASTIA SUBLINGUAL**; la cual consiste en liberación de lengua y piso de boca todo esto con el objeto de lograr la mejoría y/o recuperación de su estado de salud.

Se me ha informado que no existen otros procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento descritos en esta institución y se ha referido a las posibles consecuencias de no aceptarlos y no ser intervenido como **PERSISTENCIA DE ANQUILOGLOSIA**.

El procedimiento y/o intervención quirúrgica propias de la patología descrita tiene como complicaciones potenciales **SANGRADO, INFECCIÓN, DESGARRO DE HERIDA OPERATORIA** y que por la característica y localización de la enfermedad en mención puede presentarse **GRANULOMA, LESIÓN DEL NERVO LINGUAL, DIFICULTAD A ALIMENTACION, EDEMA, PROBLEMAS DE LENGUAJE**.

Además, soy consciente de que en todo procedimiento y/o acto quirúrgico independiente de la patología puede existir **BRONCOESPASMO, TROMBOEMBOLIA, PARO CARDIO-RESPIRATORIO, DESORDEN CEREBRO-VASCULAR, COMA E INCLUSO MUERTE**. Motivo por el cual damos también nuestro consentimiento para que se realice en tales circunstancias cualquier otro procedimiento médico, quirúrgico, anestésico y/o transfusión de sangre o todo lo necesario conveniente a juicio de los profesionales que intervienen.

El pronóstico es favorable en pacientes operados antes de los 2 años de edad, que es el momento del desarrollo del lenguaje, en edades posteriores es necesario la terapia del lenguaje para asegurar el buen pronóstico y correcto desarrollo del lenguaje.

Se recomienda dieta líquida las primeras 24 horas, tras las cuales el niño puede comenzar a comer una dieta en forma de purés preferiblemente fríos durante dos o tres días. Es importante llevar a cabo una meticulosa higiene oral durante los primeros días del después de la operación, realizando enjuagues orales con agua y sal o con antisépticos bucales.

El paciente debe cumplir estrictamente las indicaciones del médico tratante, antes, durante y después de la operación bajo responsabilidad.

Por lo tanto, con una información oportuna, completa, adecuada, sin prejuicios, yo voluntaria y libremente (marcar con una "x" según corresponda) **SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento de diagnóstico y/o tratamiento arriba señalados, además SI () NO () doy mi consentimiento para que se administre sangre o sus derivados, así como para la realización de otros procedimientos que puedan contemplarse durante el acto previamente autorizado y que en opinión del médico cirujano, se consideren necesarios y/o aconsejables en el curso de la intervención quirúrgica.**



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DR. LUIS MARTIN LAFORE CABALLERO
JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE CIRUGIA CABEZA
CUELLO Y MAXILO FACIAL
C.M.P. 29957 R.N.E. 14347

Estoy también informado sobre la posibilidad de cambiar mi decisión en cualquier momento.

..... Firma del Responsable DNI	 Impresión Digital	 Firma del Testigo (opcional) DNI	 Impresión Digital
---	---	--	---

.....
Sello y Firma del Médico

Lima,de.....del 2019, Hora :

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha y Hora: ____/____/____ : ____

Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado y, por ello NO AUTORIZO la realización del procedimiento descrito anteriormente y, habiendo entendido las implicancias que ello conlleve, asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

..... Firma y/o huella digital del padre o responsable legal del paciente DNI	 Impresión Digital	 Firma y sello del Médico que recibe la Revocatoria DNI
--	---	---



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Solano MA. Coiffman. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 4ª edición. Medellín: Editorial Amolca Colombia; 2016 . Vol III
2. Ruiz Guzmán Luis, Cueva Quiroz Tania, Rodríguez Bailón Noelia, Rubira Felices Loli, Peña Costa Carles, Gabarrell Guiu Carme. Herencia de la anquiloglosia: de tal palo, tal astilla. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 Sep [citado 2019 Nov 22]; 21(83): e129-e135. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300011&lng=es. Epub 28-Oct-2019.

