

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

Amigdalectomía en Niños

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-361-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
EQUILIBRADO DE LA FAMILIA



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-9: 28.2 Amigdalectomía Sin Adenoidectomía

GPC

Amigdalectomía en Niños
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Amigdalectomía: extracción quirúrgica de las amígdalas palatinas.

INDICACIONES

La conducta de observación, es más apropiada que la amigdalectomía en niños con infecciones leves de vía aérea superior. Las únicas indicaciones absolutas de amigdalectomía son la obstrucción de vía aérea superior y las infecciones recurrentes de vía aérea superior.

Si bien el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño exige un estudio de polisomnografía, en la práctica es suficiente la observación de las pautas de sueño y condiciones clínicas secundarias al síndrome de apnea obstructiva del sueño como son: ronquido con apneas, sueño intranquilo, enuresis y los síntomas clínicos de somnolencia diurna, crecimiento insuficiente y en casos extremos, cor pulmonale.

Para aplicar este criterio quirúrgico se ha de tener además certeza de que los episodios han sido tratados con antibioticoterapia adecuada, siempre que hayan sido producidos de forma comprobada por estreptococo beta hemolítico del tipo A.

TECNICAS QUIRURGICAS

El tiempo para reanudar los niveles de actividad y dieta normal, son alrededor de 7 días para cualquiera de los métodos utilizados en pacientes pediátricos.

El requerimiento de analgésicos es mayor durante los primeros 12 días con la técnica de diatermia que con la disección fría.

Cada técnica tiene sus ventajas y desventajas, el método elegido por el cirujano a menudo ha dependido de su preferencia personal basada en su entrenamiento y experiencia.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El ibuprofeno puede ser usado como una alternativa a paracetamol en niños pero no debe ser dado de manera rutinaria a niños con o en riesgo de deshidratación.

Debido a que la evidencia es limitada, el uso de anestesia local o tópica así como colutorios, enjuagues u otros aerosoles para el control del dolor en pacientes postoperados de amigdalectomía no se justifica.

Se recomienda el uso rutinario de medicamentos antieméticos (dexametasona, metoclopramida, ondansetron) para prevenir náusea y vómito postoperatorio en amigdalectomía. Una dosis de dexametasona transoperatoria intravenosa (rango de dosis 0.15 a 1.0 mg/kg; rango de dosis máximo 8 a 25mg) es recomendable para prevenir vómito en niños sometidos a amigdalectomía.

No se recomienda administrar de manera rutinaria antibióticos perioperatorios en amigdalectomía.

COMPLICACIONES

Si existiera una hemorragia primaria o secundaria, puede ser necesaria otra intervención quirúrgica, ante sospecha de hemorragia. Se recomienda realizar una buena disección y una adecuada hemostasia para evitar hemorragia posoperatoria, ya que es la principal causa de la misma.

Para minimizar las complicaciones se deberá evaluar de manera integral y multidisciplinaria al paciente y contar con los insumos necesarios que permitan realizar el procedimiento sin peligros latentes. Se recomienda realizar amigdalectomía con técnica de diatermia por el menor volumen de sangrado sobre todo en niños pequeños.

La administración de esteroides y analgésicos de manera oportuna durante y posterior a la cirugía reduce la estancia hospitalaria y disminuye el dolor postoperatorio. El uso de analgésicos como el paracetamol con las dosis y horarios adecuados reducen significativamente el dolor postoperatorio y reincorporan al paciente de manera mas pronta al núcleo familiar.

La revisión del paciente en el postoperatorio y el seguimiento en la sala de recuperación nos permite detectar las complicaciones de manera temprana y actuar de manera oportuna.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Es recomendable que todo paciente candidato a amigdalectomía se envíe a segundo (o tercer nivel) con resultados de los siguientes estudios:

- Biometría hemática completa con recuento de plaquetas.
- Tiempos de coagulación
- Grupo y Rh

Se recomienda enviar al paciente candidato a amigdalectomía con historia clínica completa con registro cronológico de los episodios con faringoamigdalitis y esquemas de antibióticos utilizados. Enviar a primer nivel al paciente sometido a amigdalectomía 7 a 10 días posterior al procedimiento quirúrgico, habiéndose reincorporado a la dieta familiar.

Enviar a tercer nivel de atención cuando se identifiquen estados mórbidos especiales (coagulopatías y otras enfermedades hematológicas, enfermedades metabólicas, anomalías craneofaciales, síndrome de Down, entre otras) para atención integral y amigdalectomía.

CLASIFICACIONES

GRADOS DE HIPERTROFIA AMIGDALINA

Grado	Definición	Descripción
0	No visible	Las amígdalas no alcanzan los pilares amigdalinos
1+	Menos del 25%	Las amígdalas llenan menos del 25% del espacio transversal de la orofaringe medido entre los pilares anterior y posterior.
2+	25 al 49%	Las amígdalas llenan menos del 50% del espacio transversal de la orofaringe.
3+	50 al 74%	Las amígdalas llenan menos del 75% del espacio transversal de la orofaringe.
4+	75% o más	Las amígdalas llenan el 75% o más del espacio transversal de la orofaringe.

Fuente: Baugh, R (tomada de Brodsky), 2011.

CRITERIOS DE ELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A AMIGDALECTOMÍA (PARADISE).

CRITERIO	DEFINICIÓN
Frecuencia mínima de los episodios de infección de faringoamigdalitis	7 o más episodios en el año anterior, o 5 o más episodios en cada uno de los últimos 2 años, o 3 o más episodios en cada uno de los últimos 3 años.
Las características clínicas (dolor de garganta, además de la presencia de un o más episodios se suma a la cuenta total del año)	Temperatura > 38,3 ° C, ó Adenopatías cervicales (ganglios linfáticos dolorosos o > 2 cm), ó Exudado amigdalalino, ó Cultivo positivo para estreptococo b-hemolítico del grupo A
Tratamiento	Los antibióticos se han administrado a la dosis convencionales para los episodios probados o en sospecha por estreptococos
Documentación	Cada episodio y sus características de clasificación han sido corroborados con la notación contemporánea en una historia clínica, o Si no ha sido completamente documentado el episodio infeccioso, se realiza una subsecuente observación por el clínico de 2 episodios de infección de faringoamigdalitis con patrones de frecuencia y hallazgos clínicos consistentes con la historia clínica inicial

Fuente: Baugh, R (tomada de Paradise), 2011.

ALGORITMO

