

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRACTICA CLINICA **GPC**

Amigdalectomía en Niños

Evidencias y Recomendaciones

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

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Amigdalectomía en Niños**. México: Secretaría de Salud, 2012.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-9: 28.2 Amigdalectomía Sin Adenoidectomía

GPC: Amigdalectomía en niños

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dr. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Pediatría Médica	IMSS	Jefa de Área. División de Excelencia Clínica Coordinación de UMAE	<Sociedad, Asociación, etc.>
---------------------------------------	------------------	------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------

Autores :

Dr. Marco Antonio Figueroa Morales	Otorrinolaringología	IMSS	HGZ 24, México DF	<Sociedad, Asociación, etc.>
Dr. Héctor Hernández Flores	Otorrinolaringología	IMSS	Jefe de Otorrinolaringología. UMAE Hospital de Especialidades 71 Torreón	<Sociedad, Asociación, etc.>
Dr. José Luis Kantún Jiménez	Cirugía General	IMSS	Jefe de Cirugía. HGZ 1 Campeche	<Sociedad, Asociación, etc.>
Dr. Carlos Martínez Valdes	Otorrinolaringología	IMSS	HGZ 27. México DF	<Sociedad, Asociación, etc.>
Dra. Angie Oblitas Alcázar	Otorrinolaringología	IMSS	HGZ 42. Jalisco.	<Sociedad, Asociación, etc.>

Validación interna:

Dra. Rosa Elsa Medina Ibarra	Otorrinolaringología	IMSS	HGZ14. Jalisco	<Sociedad, Asociación, etc.>
Dr. Héctor Alejandro Velázquez Chong	Otorrinolaringología	IMSS	Área de auditoría de servicios médicos	

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	8
3.4 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	9
4.1 INDICACIONES PARA AMIGDALECTOMÍA EN NIÑOS.....	10
4.2 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: AMIGDALECTOMÍA.....	13
4.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN AMIGDALECTOMÍA	14
4.3.1 CONTROL DEL DOLOR	14
4.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN AMIGDALECTOMÍA	16
4.3.2 PREVENCIÓN DE NÁUSEA Y VÓMITO POSTOPERATORIO (NVPO).....	16
4.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN AMIGDALECTOMÍA	17
4.5.1 USO DE ANTIBIÓTICOS PERIOPERATORIOS	17
4.6 COMPLICACIONES DE AMIGDALECTOMÍA	17
4.7 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	20
5. ANEXOS.....	21
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	21
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	25
5.4 MEDICAMENTOS.....	27
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	29
6. GLOSARIO.....	30
7. BIBLIOGRAFÍA.....	32
8. AGRADECIMIENTOS.	34
9. COMITÉ ACADÉMICO.	35
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	36
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	37

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-361-12	
Profesionales de la salud.	Otorrinolaringólogos, médico pediatra
Clasificación de la enfermedad.	CIE-9: 28.2 Amigdalectomía Sin Adenoidectomía
Categoría de GPC.	Segundo y tercer nivel Tratamiento quirúrgico
Usuarios potenciales.	Médicos generales, pediatras, cirujanos pediatras y cirujanos generales, otorrinolaringólogos.
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco.	Pacientes menores de 18 años candidatos a amigdalectomía.
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Intervenciones y actividades consideradas.	Amigdalectomía Analgésicos Anti-inflamatorios Anti-emético
Impacto esperado en salud.	Mejorar la calidad de vida, coadyuvar en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño y mejora en la calidad de vida Mejorar la calidad de la atención médica
Metodología	Adopción de guías de práctica clínica y elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de validación y adecuación	Enfoque de la GPC: enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: <número total de fuentes revisadas> Guías seleccionadas: 3 Revisiones sistemáticas: 4 Ensayos controlados aleatorizados: 1 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 15
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Método de validación de la GPC: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: <Institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-361-12 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los criterios de elección para identificar los niños que son candidatos a amigdalectomía?
2. ¿Cuáles son los procedimientos quirúrgicos que se emplean para la realización de amigdalectomía?
3. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico del paciente sometido a amigdalectomía?
4. ¿Cuáles son las complicaciones más comunes que se relacionan con amigdalectomía?
5. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrarreferencia para los pacientes candidatos y sometidos a amigdalectomía?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

La operación amigdalina es un procedimiento muy antiguo. Se tienen datos de descripciones en el año 3000 A.C. En el siglo primero de la era cristiana Celso mencionó el primer informe de procedimientos de operación amigdalina. En 1757 Caque de Reims describió la primera amigdalectomía, pero el procedimiento era en realidad una amigdalotomía, en la cual se extirpaba solamente la porción de la amígdala que sobresalía de los pilares amigdalinos. En 1858 Wilhelm Meyer describió la adenoidectomía y demostró la importancia de su resección (Hernández, 2006). Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan uno de los principales motivos de consulta en atención primaria en todo el mundo, principalmente durante la edad pediátrica.

Las IRA ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos (SSA, 1996).

El 99% de los casos que se notifican, afectan vías respiratorias superiores y solamente el 1% a vías respiratorias inferiores, como la neumonía y bronconeumonía. Se ubican asimismo, entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de 5 años (SSA, 1996).

Aun cuando la mayoría de las IRA son autolimitadas, los errores diagnósticos y terapéuticos representan un problema por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos (Pérez-Cuevas R, 1996), lo cual ha dado origen a resistencia bacteriana y desperdicio de medicamentos por la falta de apego al tratamiento una vez desaparecidos los síntomas (Reyes H, 1992; 1997).

La primera dificultad que hay en la operación amigdalina o adenoidea es considerarla un procedimiento "menor". Si se le da la importancia que merece, se incidirá directamente en los resultados, ya que se realizará con toda la cautela que debe tener un cirujano experimentado y que conoce el procedimiento. Con cierta frecuencia se realiza una selección inadecuada de los pacientes susceptibles a esta operación; por lo tanto, la decisión para realizarla debe basarse en una clínica cuidadosa y un examen físico completo. El propósito es buscar signos y síntomas de infección u obstrucción crónica como: respiración oral, ronquido nocturno, babeo durante el sueño, síndrome de cara larga, mala oclusión dental, hipertrofia amigdalina + 3 ó + 4 (Hernández, 2006).

El dolor y el sangrado posoperatorio son las dos causas principales de morbilidad en adenoamigdalectomía. La hemorragia trans y posoperatoria (sobre todo esta última) es probablemente, la preocupación principal del cirujano. Se han investigado y reportado gran cantidad de métodos para disminuirla o evitarla, pero ninguno ha mostrado ser 100% efectivo. El dolor puede manifestarse en el posoperatorio inmediato o algunos días después, se podrá tratar con analgésicos por vía intravenosa durante la estancia del paciente en el servicio de recuperación y posteriormente con analgésicos de uso común como el paracetamol (Hernández, 2006).

3.2 JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta guía es proporcionar a los médicos una herramienta que incluya estos criterios para la atención apropiada de la faringoamigdalitis y el envío de pacientes candidatos a amigdalectomía de manera oportuna y bajo criterios estandarizados.

Los avances en la cirugía en los niños han sido paralelos al descubrimiento de analgésicos más eficientes y seguros que han permitido realizar cirugías mayores desde edades tempranas. El manejo adecuado del dolor ha hecho posible la cirugía ambulatoria, con la cual disminuyen los costos de hospitalización, las infecciones y el tiempo de reintegración del niño al núcleo familiar, con lo que se reduce el estrés ocasionando por la separación familiar. Los analgésicos utilizados en la cirugía ambulatoria pediátrica, deben de ser seguros y eficientes para tener una rápida recuperación.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Amigdalectomía en Niños**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Identificar de forma oportuna los pacientes candidatos a amigdalectomía
2. Definir los tratamientos que se utilizan en los pacientes posoperados de amigdalectomía.
3. Establecer los criterios de referencia de pacientes candidatos a amigdalectomía.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 DEFINICIÓN

Amigdalectomía: extracción quirúrgica de las amígdalas palatinas.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	<i>(GIB, 2007)</i> Z++

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	Ia [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 INDICACIONES PARA AMIGDALECTOMÍA EN NIÑOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Las indicaciones para amigdalectomía se pueden dividir en 5 grupos: obstrucción de vía aérea en pacientes con apnea obstructiva del sueño, amigdalitis aguda recurrente, absceso periamigdalino, sospecha de neoplasia e indicaciones poco comunes.</p> <p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) <i>Harris, 2008</i></p>
	<p>La amigdalectomía es la terapia de primera línea después del diagnóstico de obstrucción significativa de vía aérea superior en niños con apnea obstructiva del sueño. El grado de obstrucción se basa en el porcentaje que abarque la hipertrofia amigdalina, siendo recomendable en hipertrofias grado III (50-74%) y grado IV (mayor al 75%) (ver cuadro).</p> <p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) <i>Baugh, 2011</i></p>

<p style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</p>	<p>Los criterios de Paradise con respecto a la recurrencia de los cuadros de faringoamigdalitis establece un mínimo de 7 o más episodios en el año anterior, 5 o más episodios en cada uno de los últimos 2 años, 3 o más episodios en cada uno de los últimos 3 años.</p>	<p style="text-align: center;">Ib (E. Shekelle) <i>Paradise JL, 1984</i></p>
<p style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</p>	<p>Las características clínicas incluyen faringodinia, Temperatura > 38,3 ° C, adenopatías cervicales (> 2 cm), exudado amigdalino o cultivo positivo para estreptococo b-hemolítico del grupo A.</p>	<p style="text-align: center;">III (E. Shekelle) <i>SIGN, 2010</i></p>
<p style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</p>	<p>Es indicación de amigdalectomía un episodio de absceso periamigdalino en pacientes con amigdalitis recurrente aguda/crónica previa o con un segundo absceso periamigdalino en pacientes que no tengan tales antecedentes.</p>	<p style="text-align: center;">III (E. Shekelle) <i>Burton, 2009</i></p>
<p style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</p>	<p>Infecciones faríngeas agudas desencadenantes de cuadro convulsivo febril por lo menos en dos ocasiones.</p>	<p style="text-align: center;">III (E. Shekelle) <i>Burton, 2009</i></p>
<p style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</p>	<p>La amigdalectomía puede mejorar la calidad de vida al reducir el número de infecciones respiratorias altas y reducir el número de visitas a los proveedores de servicios médicos. Asimismo, mejora después de la amigdalectomía el compromiso cognitivo, la conducta y en la calidad vocal que usualmente tienen los pacientes con hipertrofia amigdalina.</p>	<p style="text-align: center;">III (E. Shekelle) <i>Baugh, 2011</i></p>
<p style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</p>	<p>Dentro de las indicaciones inusuales de amigdalectomía se encuentran la amigdalitis hemorrágica, presencia de quistes amigdalinos, persistencia de infección amigdalina por difteria, entre otras.</p>	<p style="text-align: center;">IV (E. Shekelle) <i>Harris, 2008</i></p>
<p style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</p>	<p>Dentro de las indicaciones relativas para amigdalectomía se menciona la persistencia de la infección por estreptococo beta hemolítico del tipo A.</p>	<p style="text-align: center;">1++ <i>SIGN, 2010</i></p>

E

Sólo muy selectivamente algunas de las indicaciones pueden ser aplicadas a niños por debajo de los 3-4 años de edad, o con menos de 12 kg de peso (volumen de sangre de un litro), ya que la hemorragia relativa conlleva a un gran riesgo de hipovolemia.

IV
(E. Shekelle)
García, 2010

R

La conducta de observación, es más apropiada que la amigdalectomía en niños con infecciones leves (Ver glosario) de vía aérea superior.

A
SIGN, 2010

R

Las únicas indicaciones absolutas de amigdalectomía son la obstrucción de vía aérea superior y las infecciones recurrentes de vía aérea superior.

A
SIGN, 2010

✓/R

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 *Streptococo beta hemolítico del tipo A*.

Punto de Buena Práctica

✓/R

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: roncador con apneas, intranquilo, enuresis y los síntomas clínicos de somnolencia diurna, crecimiento insuficiente y en casos extremos, cor pulmonale.

Punto de Buena Práctica

4.2 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: AMIGDALECTOMÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>La técnica quirúrgica tradicional consiste en la disección en frío: la amígdala y su cápsula se separan de los tejidos circundantes (periamigdalino) mediante el uso de instrumentos metálicos.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Hernández, 2006</i></p>
<p>R</p>	<p>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.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Burton, 2008</i></p>
<p>E</p>	<p>Los procedimientos quirúrgicos alternativos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Electrocirugía. ➤ Amigdalectomía con microdebridador. ➤ La disección láser. ➤ El bisturí armónico. ➤ Coagulación con plasma de argón. ➤ Coblación. 	<p>III (E. Shekelle) <i>Nazar , 2004</i></p>
<p>E</p>	<p>La pérdida de sangre transoperatoria con la técnica de diatermia es menor que con la técnica de disección fría.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Pinder, 2003</i></p>
<p>E</p>	<p>No hay datos suficientes para determinar la superioridad de uno de los métodos de amigdalectomía. El dolor puede ser mayor después de la disección monopolar.</p>	<p>Ia (E. Shekelle) <i>Pinder, 2003</i></p>

R

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

^C
(E. Shekelle)
Pinder, 2003

R

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

^C
(E. Shekelle)
Pinder, 2003

4.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN AMIGDALECTOMÍA

4.3.1 CONTROL DEL DOLOR

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Una revisión sistemática y un metaanálisis del uso de ibuprofeno y paracetamol en niños con fiebre y la ocurrencia de síntomas relacionados a asma mostraron que hay un bajo riesgo de morbilidad relacionada a asma asociada al uso de ibuprofeno en niños.

¹⁺
SIGN, 2010

R

El ibuprofeno puede ser usado como una alternativa a paracetamol en niños.

^A
SIGN, 2010

E

Existen reportes de casos recientes que han remarcado preocupación sobre toxicidad renal en niños deshidratados en quienes se administró ibuprofeno

³
SIGN, 2010

R

El ibuprofeno no debe ser dado de manera rutinaria a niños con o en riesgo de deshidratación

D
SIGN, 2010

E

No se encontró evidencia que apoye el uso tanto de anestesia local por infiltración o aplicación tópica para tratamiento perioperatorio de reducción del dolor en amigdalectomía.

1++
SIGN, 2010

E

Evidencia sobre medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE's) en amigdalectomía pediátrica concluyó que no causan incremento estadísticamente significativo en hemorragia, que requiriera reintervención. En 10 ensayos clínicos (>800 niños) en los cuales la náusea y vómito posoperatorio (NVPO) eran evaluados, hubo menor NVPO cuando los AINE's eran usados como parte del régimen analgésico, comparado a cuando no eran usados. odds ratio (OR) 0.4 (95% CI 0.23 - 0.72).

1++
SIGN, 2010

E

Evidencia sobre el uso de colutorios, enjuagues bucales y aerosoles (anestesia tópica) mostró que no se permite realizar recomendaciones para disminuir el dolor posoperatorio en pacientes operados de amigdalectomía, dada su deficiencia para establecer conclusiones exhaustivas ni confiables.

1a
(E. Shekelle)
Zbys, 2011

R

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 posoperados de amigdalectomía no se justifica

C
SIGN, 2010

4.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN AMIGDALECTOMÍA

4.3.2 PREVENCIÓN DE NÁUSEA Y VÓMITO POSTOPERATORIO (NVPO)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p data-bbox="440 558 1045 831">Evidencia que incluía más de 100,000 pacientes consideró la efectividad de medicamentos antieméticos en la reducción de NVPO. Tanto la ciclizina, dexametasona, dolasetron, droperidol, granisetron, metoclopramida, ondansetron y tropisetron fueron todos efectivos comparados con placebo en la prevención de NVPO con algunos efectos adversos.</p>	<p data-bbox="1200 680 1256 707">1++</p> <p data-bbox="1070 716 1214 743">SIGN, 2010</p>
 <p data-bbox="440 953 1045 1094">Se recomienda el uso rutinario de medicamentos antieméticos (dexametasona, metoclopramida, ondansetron) para prevenir NVPO en amigdalectomía.</p>	<p data-bbox="1216 1016 1240 1043">A</p> <p data-bbox="1070 1052 1214 1079">SIGN, 2010</p>
 <p data-bbox="440 1234 1045 1507">Una revisión concluyó que una dosis de dexametasona intravenosa (rango de dosis 0.15 a 1.0 mg/kg; rango de dosis máxima 8 a 25 mg) es efectiva, relativamente segura y no costosa para la reducción de la emesis pediátrica posterior a amigdalectomía. No se encontraron complicaciones como resultado de la administración de dexametasona.</p>	<p data-bbox="1200 1339 1256 1367">1++</p> <p data-bbox="1070 1375 1214 1402">SIGN, 2010</p>
 <p data-bbox="440 1654 1045 1824">Una dosis de dexametasona transoperatoria intravenosa (rango de dosis 0.15 a 1.0 mg/kg; rango de dosis máximo 8 a 25mg) se recomienda para prevenir vómito en niños sometidos a amigdalectomía.</p>	<p data-bbox="1216 1696 1240 1724">A</p> <p data-bbox="1070 1732 1214 1759">SIGN, 2010</p>

4.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN AMIGDALECTOMÍA

4.5.1 USO DE ANTIBIÓTICOS PERIOPERATORIOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Una revisión Cochrane de 10 ensayos clínicos controlados aleatorizados no encontraron evidencia que apoye un impacto clínicamente consistente en la reducción de los principales eventos mórbidos después de la amigdalectomía con el uso de antibioticoterapia perioperatoria.</p> <p style="text-align: right;">A <i>Baugh, 2011.</i></p>
	<p>No se recomienda administrar de manera rutinaria antibióticos perioperatorios en amigdalectomía.</p> <p style="text-align: right;">Fuertemente recomendada <i>Baugh, 2011.</i></p>

4.6 COMPLICACIONES DE AMIGDALECTOMÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La hemorragia se subdivide en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) intraoperatoria (evaluada por la determinación de la pérdida de sangre) b) primaria (dentro de las 24 horas posteriores a la cirugía) c) secundaria (después de las 24 horas posteriores a la cirugía). <p style="text-align: right;">Ia (E. Shekelle) <i>Pinder D, 2008</i></p>
	<p>Si existiera una hemorragia primaria o secundaria, puede ser necesaria otra intervención quirúrgica, ante sospecha de hemorragia.</p> <p style="text-align: right;">A (E. Shekelle) <i>Pinder D, 200</i></p>

E

La hemorragia posoperatoria en la amigdalectomía se encuentra entre las complicaciones más serias en estos procedimientos.

III
(E. Shekelle)
Ralph Mo'sges, 2011.

R

Se recomienda realizar una buena disección y una adecuada hemostasia para evitar hemorragia posoperatoria, ya que es la principal causa de la misma.

C
(E. Shekelle)
Ralph Mo'sges, 2011.

E

La hemorragia es la más importante de las complicaciones en la amigdalectomía, la cual se puede presentar en cualquier momento de la cirugía y puede ser un problema que atente contra la vida del paciente, si no se detecta de manera oportuna.

III
[E. Shekelle]
Boris A. Stuck, 2008

R

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.

C
(E. Shekelle)
Ralph Mo'sges, 2011.

E

En la mayor parte de los estudios, el volumen de pérdida de sangre durante la cirugía es bajo y no ofrece un valor significativo entre las diferentes técnicas quirúrgicas, probablemente sólo es relevante cuando se operan niños pequeños, para quienes la pérdida de pequeños volúmenes puede resultar significativa.

Ia
(E. Shekelle)
Pinder D, 2008.

R

Se recomienda realizar amigdalectomía con técnica de diatermia por el menor volumen de sangrado sobre todo en niños pequeños.

C
(E. Shekelle)
Pinder D, 2008.

E

El dolor es un factor importante que puede ser lo suficientemente grave como para retrasar el alta hospitalaria, la reanudación de la dieta normal y de las actividades normales.

Ia
(E. Shekelle)
Pinder D, 2008

E

La disección con diatermia monopolar o bipolar, parecería causar más dolor que la disección en frío.

Ia
(E. Shekelle)
Pinder D, 2008.

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div> | <p>La dexametasona intravenosa intra-operatoria en dosis única, disminuye la faringodinia después de una amigdalectomía, lo cual puede ser de particular beneficio, cuando se ha realizado electrocirugía.</p> | <p style="text-align: center;">III
(E. Shekelle)
<i>Reginald F. Baugh, 2010.</i></p> |
| <div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; background-color: #76c73a; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">R</div> | <p>La administración de esteroides y analgésicos de manera oportuno durante y posterior a la cirugía reduce la estancia hospitalaria y disminuye el dolor posoperatorio.</p> | <p style="text-align: center;">C
(E. Shekelle)
<i>Reginald F. Baugh, 2010.</i></p> |
| <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div> | <p>Los programas de educación a los cuidadores de los pacientes sometidos a amigdalectomía, son valiosos antes de la cirugía, para control de faringodinia y complicaciones.</p> | <p style="text-align: center;">III
(E. Shekelle)
<i>Reginald F. Baugh, 2010.</i></p> |
| <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div> | <p>En niños con faringodinia, una dosis adecuada de paracetamol, debería ser usada como primera opción de tratamiento, para alivio del dolor.</p> | <p style="text-align: center;">III
(E. Shekelle)
<i>S S Musheer Hussain, 2010.</i></p> |
| <div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; background-color: #76c73a; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">R</div> | <p>El uso de analgésicos como el paracetamol con las dosis y horarios adecuados reducen significativamente el dolor posoperatorio y reincorporan al paciente de manera mas pronta al núcleo familiar.</p> | <p style="text-align: center;">C
(E. Shekelle)
<i>S S Musheer Hussain, 2010.</i></p> |
| <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div> | <p>Dentro de las complicaciones no frecuentes de la amigdalectomía estan: la posibilidad de dejar cuerpos extraños (como parte de la aguja del hilo de sutura, en la región amigdalina, durante la hemostasia).</p> | <p style="text-align: center;">III
[E. Shekelle]
<i>Alexandre Minoru Enoki, 2010</i></p> |
| <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div> | <p>Una complicación no frecuente es una espontánea subluxación de la articulación atlanto-axial, (Síndrome de Grisel), la cual ha sido observada en procedimientos otorrinolaringológicos, como la amigdalectomía.</p> | <p style="text-align: center;">III
[E. Shekelle]
<i>Ahmet Dagtekin, 2010</i></p> |
| <div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; background-color: #76c73a; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">R</div> | <p>La revisión del paciente en el posoperatorio y el seguimiento en la sala de recuperacion nos permite detectar las complicaciones de manera temprana y actuar de manera oportuna.</p> | <p style="text-align: center;">C
[E. Shekelle]
<i>Boris A. Stuck, 2008</i></p> |

4.7 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Es recomendable que todo paciente candidato a amigdalectomía se envíe a segundo (o tercer nivel) con resultados de los siguientes estudios :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Biometría hemática completa con recuento de plaquetas. ➤ Tiempos de coagulación ➤ Grupo y Rh 	Punto de Buena Práctica
	<p>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.</p>	Punto de Buena Práctica
	<p>Enviar a primer nivel al paciente sometido a amigdalectomía 7 a 10 días posterior al procedimiento quirúrgico, habiéndose incorporado a la dieta familiar.</p>	Punto de Buena Práctica
	<p>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.</p>	Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Amigdalectomía en Niños.

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 5 años.

Documentos enfocados a tratamiento quirúrgico.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Amigdalectomía en niños.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Tonsillectomy, Nausea, Vomit. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Adverse effects, bleeding, complications, indications, trends, y se limitó a la población de niños 0 a 18 años. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 37 resultados, de los cuales se utilizaron 3 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido 37

Algoritmo de búsqueda

1. Tonsillectomy [Mesh]
2. Adverse effects [Subheading]
3. Bleeding [Subheading]
4. Complications [Subheading]
5. Trends [Subheading]
6. Indications [Subheading]
7. Surgical Techniques
8. Pain relief
9. Antibiotic therapy
10. (Nausea[Mesh]) AND Vomit [Mesh]
11. (#1) OR #2) OR #3) OR #4) OR #5) OR #6) OR #7) OR #8) OR #9) OR #10
12. (#1) AND #11
13. (#1) AND #11 Filters: Full text available; Free full text available; published in the last 5 years; Humans; Clinical Trial; Meta-Analysis; Practice Guideline; Systematic Reviews; Randomized Controlled Trial; Case Reports; English; Spanish; Child: 0-18 years

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 2 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en estos sitios se obtuvieron 2 documentos, los cuales se utilizaron para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	AAO-HNSF	1	1
2	SIGN	1	1
Totales		2	2

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de amigdalectomía. Se obtuvieron 14 RS, 5 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía.

ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-659

Escala SIGN, 2010

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohorte o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohorte o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+
✓	Consenso del equipo redactor

DEFINICIONES DE LA GUÍA DE LA AAO-HNSF PARA LOS ENUNCIADOS BASADOS EN EVIDENCIA.

Enunciado	Definición	Implicación
Fuertemente recomendada	Fuertemente recomendado significa que los beneficios del abordaje recomendado claramente exceden los riesgos (o que los riesgos claramente exceden los beneficios en el caso de una fuerte recomendación negativa) y que la calidad de la evidencia es excelente (Grado A o B). En algunas circunstancias claramente identificadas, las recomendaciones fuertes pueden basarse en menor calidad de evidencia cuando la evidencia de alta calidad es imposible de obtener y los beneficios anticipados fuertemente sobrepasan los riesgos.	Los médicos deberían seguir una recomendación fuerte a menos de que exista un razonamiento claro y convincente para un abordaje alternativo.
Recomendada	Recomendado significa que los beneficios exceden los riesgos (o que los riesgos exceden los beneficios en el caso de una recomendación negativa), pero la calidad de la evidencia no es tan fuerte (Grado B o C). En algunas circunstancias claramente identificadas, las recomendaciones pueden basarse en menor calidad de evidencia cuando la evidencia de alta calidad es imposible de obtener y los beneficios anticipados sobrepasan los riesgos.	Los médicos generalmente deberían seguir una recomendación pero deben permanecer alertas a información nueva y considerar las preferencias de los pacientes.
Opción	Los médicos generalmente deberían seguir una recomendación pero deben permanecer alertas a información nueva y considerar las preferencias de los pacientes.	Los médicos deberían ser flexibles en su toma de decisiones atendiendo a una práctica apropiada, aunque pueden fijar límites sobre las alternativas; las preferencias de los pacientes deben tener una influencia sustancial.
No recomendado	No recomendado significa que hay tanto una falta de evidencia pertinente (Grado D) como un equilibrio no definido entre riesgo-beneficio.	Los médicos deberían sentir cierta limitación en su toma de decisiones y estar alertas ante nueva evidencia publicada que aclare el equilibrio de beneficio contra riesgo; las preferencias de los pacientes deben tener una influencia sustancial.

GRADOS DE EVIDENCIA PARA LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA DE LA GUÍA DE LA AAO-HNSF

Grado	Calidad de la Evidencia
A	Ensayos clínicos controlados aleatorizados bien diseñados o estudios diagnósticos ejecutados en una población similar a la población blanco de la guía.
B	Ensayos clínicos controlados aleatorizados o estudios diagnósticos con limitaciones menores; evidencia consistente y abrumadora tomada de estudios observacionales.
C	Estudios observacionales (diseños de cohorte y casos-control).
D	Reporte de casos, razonamientos provenientes de estudios básicos (estudios en tejidos o estudios en animales).
X	Situaciones excepcionales en las cuales no sea posible validar estudios y exista una clara

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO I. 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.

CUADRO II. 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 episodio se suma a los registrados en el 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: Paradise, 2011.

5.4 MEDICAMENTOS

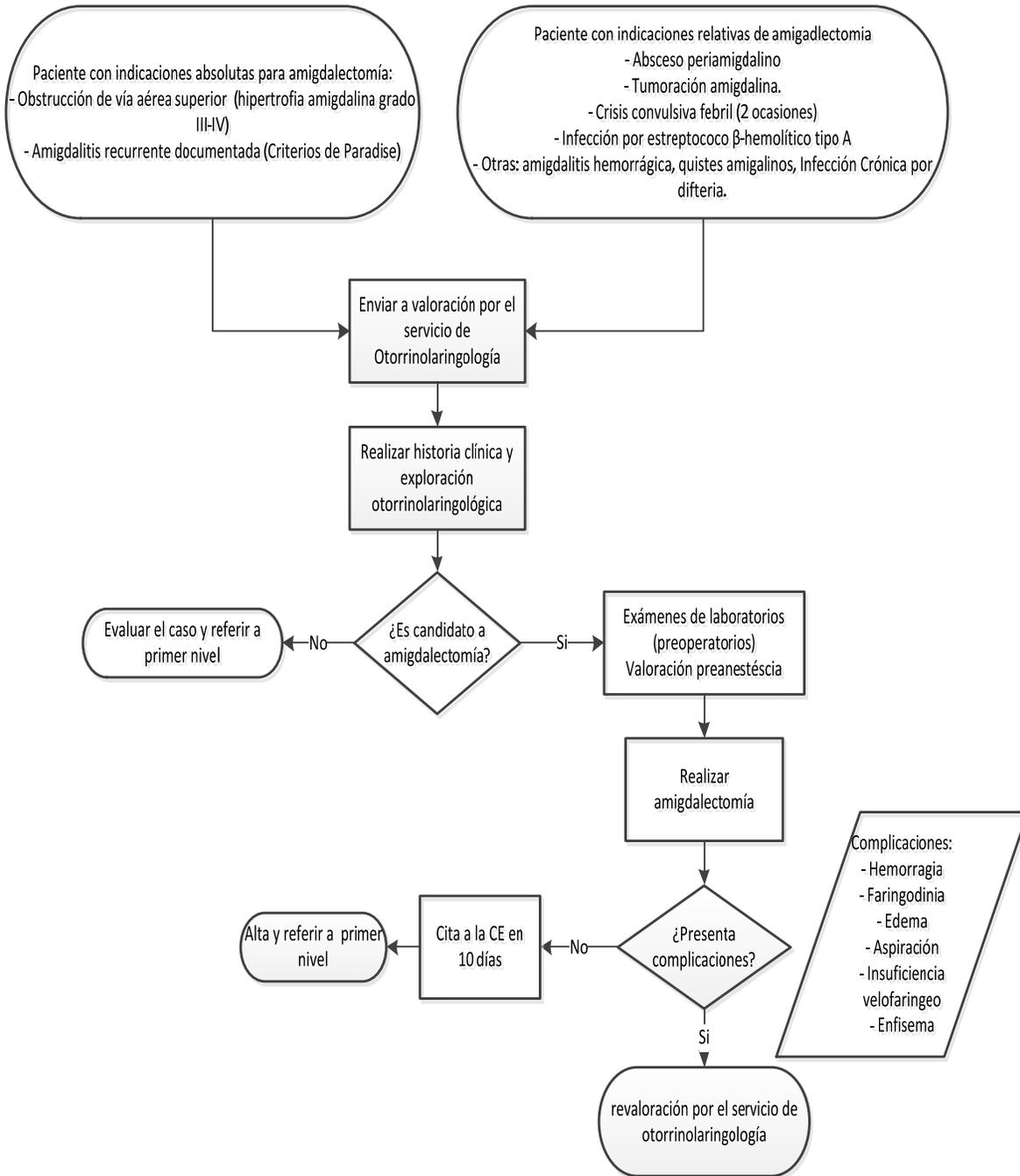
CUADRO III. MEDICAMENTOS INDICADOS PARA TRATAMIENTO DE NVPO Y DOLOR EN AMIGDALECTOMÍA

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.0105.00	Paracetamol	Rectal. Niños: De 6 a 12 años: 300 mg cada 4 ó 6 horas. De 2 a 6 años: 100 mg cada 6 u 8 horas. Mayores de 6 meses a un año: 100 mg cada 12 horas	Supositorio 300 mg (1 caja con 3 supositorios)	Para control del dolor.	Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis túbulorrenal e hipoglucemia.	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína y carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. Precauciones: No deben administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni durante más de 5 días.
010.000.0106.00	Paracetamol	Oral. Niños: De 10 a 30 mg/kg de peso corporal, cada 4 ó 6 horas.	Solución oral 100 mg/mL (Envase con gotero 15 mL)				
010.000.4241.00	Dexametasona	Rango de dosis 0.15 a 1.0 mg/kg; Rango de dosis máximo 8 a 25mg	Solución inyectable (1 ampolleta o frasco ampola con 8mg/2mL)	Dosis única	Hipertensión, edema no cerebral, cataratas, glaucoma, úlcera péptica, euforia, insomnio, comportamiento psicótico, hipokalemia,hiperglucemia, acné, erupción, retraso en la cicatrización, atrofia en los sitios de inyección, debilidad muscular, síndrome de supresión.	Con fenobarbital, efedrina y rifampicina se acelera su eliminación, la indometacina y la aspirina aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal.	Hipersensibilidad a corticoesteroides, infecciones sistémicas y diabetes mellitus descontrolada, glaucoma, gastritis. Precauciones: Hipertensión arterial sistémica.
010.000.1241.00	Metoclopramida	Intramuscular o intravenosa. Adultos: 10 mg cada 8 horas.	Solución inyectable Cada ampolleta contiene: Clorhidrato de metoclopramida 10	Dosis única.	Somnolencia, astenia, fatiga, lasitud, con menor frecuencia puede aparecer, insomnio, cefalea, mareos, náuseas, síntomas extrapiramidales, galactorrea, ginecomastia, "rash", urticaria o trastornos	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación intestinal Precauciones: En enfermedad renal	Anticolinérgicos y opiáceos antagonizan su efecto sobre la motilidad. Se potencian los efectos sedantes con bebidas alcohólicas, hipnóticos, tranquilizantes y otros depresores del sistema nervioso central.

		<p>Niños: Menores de 6 años. 0.1/kg de peso corporal/día, dividida la dosis cada 8 horas.</p> <p>De 7 a 12 años 2 a 8 mg/ kg de peso corporal/día, dividida la dosis cada 8 horas.</p>	<p>mg</p> <p>Envase con 6 ampolletas de 2 ml.</p>		<p>intestinales</p>		
010.000.5428.00	Ondansetron	<p>Intravenosa lenta o por infusión. Adultos:</p> <p>Infusión intravenosa: 1 mg/hora hasta por 24 horas. Niños mayores de cuatro años: 5 mg/m² de superficie corporal, Administrar diluido en soluciones intravenosas envasadas en frascos de vidrio.</p>	<p>Solución Inyectable: Cada ampolleta o frasco ampula contiene: Clorhidrato dihidratado de ondansetron equivalente a 8 mg de ondansetron</p>	Dosis única	<p>Cefalea, diarrea, estreñimiento y reacciones de hipersensibilidad.</p>	<p>Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Valorar riesgo beneficio en lactancia</p>	<p>Inductores o inhibidores del sistema enzimático microsomal hepático modifican su transformación</p>

Fuente: Cuadro Básico IMSS: http://www.imss.gob.mx/transparencia/CuadrosBasicos/Documents/cb_medicamentos_imss_feb2012.pdf

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO



6. GLOSARIO

Absceso periamigdalino: es el acúmulo de material purulento en el espacio periamigdalino.

Amigdalitis hemorrágica: estado en el cual las amígdalas palatinas presentan vasos prominentes en la superficie, que sangran en forma repetitiva y con facilidad particularmente durante las infecciones agudas.

Apnea: cese completo de la respiración por un lapso de al menos 10 segundos de duración.

Bisturí armónico: instrumento que consiste en un tubo de titanio, cuyo extremo afilado y hueco, unido a un aspirador permanente, funciona mediante vibración longitudinal ultrasónica (frecuencia de 55.5 kHz).

Coblación: es una tecnología que combina la energía y alta frecuencia con soluciones salinas, para remover rápidamente tejidos blandos de una manera mínimamente invasiva por medio de puntas de plasma.

Diatermia: es la producción de calor en una zona del cuerpo mediante una corriente eléctrica de alta frecuencia que pasa entre dos electrodos (incluye electrocauterio monopolar, bipolar, radiofrecuencia)

Disfonía: trastorno cualitativo o cuantitativo de la fonación por causas orgánicas o funcionales.

Electrocauterio: instrumento utilizado para coagular tejidos orgánicos mediante el calor que se genera por el paso a través de un alambre de corriente galvánica.

Espacio periamigdalino: se extiende anterior y posteriormente a los pilares de la amígdala por arriba del paladar e inferiormente a la fosa piriforme

Faringodinia: dolor de la faringe.

Infección leve: que no cumpla con los criterios de Paradise.

Odinofagia: dolor al deglutir.

Pilares amigdalinos: estructuras anatómicas conformadas por el músculo palatogloso (pilar anterior) y músculo palatofaríngeo (pilar posterior).

Radiofrecuencia: término para denominar un espectro electromagnético aplicable a la porción menos energética, situada entre unos 3 kHz y unos 300 GHz. En amigdalectomía, es la aplicación de

dos electrodos-aguja curva romos en el espesor de la amígdala con el objetivo de la extracción de la misma.

Rinolalia: nombre dado a los trastornos de la fonación producidos por modificaciones de la resonancia de la cavidad nasal.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Baugh R, Archer S, Mitchell R, Rosenfeld R., Amin R, Burns J., et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*; 2011; 144 (S1): 1-30. S1 DOI: 10.1177/0194599810389949
2. Burton MJ, Doree C. Coblación versus otras técnicas quirúrgicas para la amigdalectomía (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
3. Dagtekin A, Kara E, Vaylsoglu Y, Koseoglu A, Avci E, Talas D, et al. The Importance of early diagnosis and appropriate treatment in Grisel's Syndrome: Report of Two Cases. *Turkish Neurosurgery* 2011, Vol: 21, No: 4, 680-684.
4. García Ruíz J. Tratamiento quirúrgico: indicaciones de amigdalectomía. URL: <http://www.otorrinoweb.com/faringe-laringe/1453-4810-tratamiento-quirurgico-indicaciones-de-amigdalectomia.pdf> (acceso 02 julio 2012).
5. Hernández S. Consideraciones sobre amigdalectomía y adenoidectomía. *AN ORL MEX* 2006;51(4):183-191. URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2006/aom064i.pdf> (acceso 02 julio 2012).
6. Hussain M, Bingham B, Buchan L, Dawson A, Garrett A, Hardy I, et al. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network Elliott House, 8 -10 Hillside Crescent Edinburgh EH7 5EA*. Apr, 2008
7. Minoru EA, Gurgel TJ, De Sampaio MM, Pimentel FD, Cardinali TS. Foreign body in the tonsillary region as a complication of tonsillectomy. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(6):796.
8. Mösges R, Hellmich M, Allekotte S, Albrecht K, Böhm M. Hemorrhage rate after coblation tonsillectomy: a meta-analysis of published trials. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2011) 268:807-816 DOI 10.1007/s00405-011-1535-9
9. Nazar J. Amigdalectomía: Nueva tecnología confrontada con la cirugía tradicional. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2004; 64: 252-261.
10. Paediatrics & Child Health Division of The Royal Australasian College of Physicians and The Australian Society of Otolaryngology, Head and Neck Surgery. A joint Position paper of the Paediatrics & Child Health Division of The Royal Australasian College of Physicians and The Australian Society of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, 2008 Sydney Consultado en URL: <http://www.asohns.org.au/about/POSITION%20PAPER%20-%20Indications%20for%20Tonsillectomy%20and%20Adenotonsillectomy%20in%20Children.pdf> (access 02 06 2012).
11. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children: results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *N Engl J Med*. 1984;310:674-683.
12. Pérez-Cuevas R, Guiscafré H, Muñoz O, Reyes H, Tomé P, Libreros V, Gutiérrez G. Improving physician prescribing patterns to treat rhinopharyngitis. Intervention strategies in two health systems of Mexico. *Soc Sci Med* 1996;42:1185-1194. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8737437>

13. Pinder D, Hilton M. Disección versus diatermia para la amigdalectomía (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
14. Pinder D, Hilton M. Disección versus diatermia para la amigdalectomía. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
15. Reyes H, Guiscafré H, Muñoz O, Pérez-Cuevas R, Martínez H, Gutiérrez G. Antibiotic noncompliance and waste in upper respiratory infections and acute diarrhea. *J Clin Epidemiol* 1997;50(11):1297-1304.
16. Reyes H, Muñoz O, Guiscafré H, Pérez-Cuevas R, Tomé P, Libreros V, Gutiérrez G. Patrones de prescripción terapéutica en infección respiratoria aguda y diarrea aguda en dos instituciones de salud (IMSS- SSA) V. Cumplimiento terapéutico y desperdicio de medicamentos. *Gac Med Mex* 1992;128:543-548.
17. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of sore throat and indications for tonsillectomy, A National Clinical Guideline. April 2010. (ISBN 978 1 905813 62 9)
18. Secretaría de Salud. México NOM-024-SSA2-1994 para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. Fecha de publicación en el diario oficial de la nación: 11 de Abril de 1996.
19. Stuck BA, Windfuhr JP, Genzwürker H, Schrotten H, Tenenbaum T, Götte Karl. Tonsillectomy in Children. *Dtsch Arztebl Int* 2008; 105(49): 852–61 DOI: 10.3238/arztebl.2008.0852
20. Zbys Fedorowicz, Mohammed A Al-Muharraqi, Mona Nasser, Nutayla Al-Harthy. Colutorios, enjuagues bucales y aerosoles para mejorar la recuperación después de la amigdalectomía (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD007806. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz

Secretaría
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAE

Sr. Carlos Hernández Bautista

Mensajería
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud / SSA

Mtro Salomón Chertorivski Woldenberg

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo

Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidente
Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Alfonso Petersen Farah Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Secretario del Consejo de Salubridad General	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. José Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2012-2013
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos Secretario de Salud en el Estado de Oaxaca	Titular 2012-2013
Dr. Jesús Fragoso Bernal Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	Titular 2012-2013
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dra. Sara Cortés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente

Ing. Ernesto Dieck Assad

Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados

Dr. Sigfrido Rangel Fraustro

Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud

Dra. Mercedes Macías Parra

Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría

Dr. Esteban Hernández San Román

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC

Asesor Permanente

Asesor Permanente

Invitado

Secretario Técnico