

2931



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

AMIGDALITIS CRONICA

**ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

MARTHA ZARATE RIVERA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F. 1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pág.

<u>INTRODUCCION</u>	1
Campo de investigación	3
Diagnóstico	4
1. <u>MARCO TEORICO</u>	7
1.1 Bases anatomofisiológicas del órgano afectado	7
1.1.1 Anatomía de las amígdalas palatinas	7
1.1.2 Fisiología de las amígdalas palatinas	9
1.2 Patología agregada (amigdalitis crónica)	11
1.2.1 Concepto	11
1.2.2 Cambios anatomopatológicos	11
1.2.3 Etiología	12
1.2.4 Cuadro clínico	13
1.2.5 Diagnóstico diferencial	15
1.2.6 Complicaciones	16
1.2.7 Historia Natural de la Enfermedad	
Amigdalitis crónica	16
1.3 Manejo clínico	24
1.3.1 Diagnóstico	24
1.3.2 Tratamiento	31

	Pág.
2. <u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	63
2.1 Datos de identificación	63
2.2 Nivel y condiciones de vida	63
2.3 Padecimiento actual	67
2.4 Diagnóstico médico	73
2.5 Diagnóstico de enfermería	73
2.6 Problemas detectados	75
3. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	77
3.1 Datos de identificación	77
3.2 Objetivos	77
3.3 Problemas o necesidades	78
4. <u>PLAN DE ALTA</u>	100
4.1 Educación para la salud	100
CONCLUSIONES	105
BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS:	
Plan de Atención de Enfermería	
Historia Natural de la Enfermedad	
Glosario de Términos	

INTRODUCCION

La amigdalitis crónica es una enfermedad infecciosa y contagiosa, caracterizada por la inflamación (crónica) del tejido amigdalino que ocurre como consecuencia de infecciones agudas repetidas, latentes o sin resolver; entre los agentes etiológicos más frecuentes encontramos virus del que destacan adenovirus y ecovirus; de la etiología bacteriana el más frecuente es el estreptococo beta hemolítico del grupo A, quien origina las complicaciones más incapacitantes como son: fiebre reumática y glomerulo nefritis, estas causantes directas de elevada mortalidad en México. "De cada cien pacientes con amigdalitis crónica estreptocócica, el 1% resultará con glomerulonefritis y el 3% con fiebre reumática... aproximadamente".^{1/}

Por otra parte, no es raro encontrar una etiología mixta (virus y bacterias), así como con menos frecuencia infecciones micóticas por agentes oportunistas.

En nuestro país las enfermedades respiratorias constituyen el segundo motivo en la consulta médica, encontrando entre ellas a la amigdalitis crónica que es la más frecuente de las enfermedades recurrentes de la garganta; lo cual es condicionado en gran parte por la anatomía que presentan las amígdalas.

1/ Martínez M., Roberto; La salud del niño y del adolescente; p. 1045.

Dicha enfermedad se presenta más frecuentemente en invierno y primavera, así como en los cambios bruscos de temperatura. Afecta por igual a las diferentes razas, todas las edades son susceptibles, aunque los más frecuentemente afectados son los niños, debido a sus hábitos y costumbres, y, en general, las personas de nivel socioeconómico bajo, por la deficiencia de defensas orgánicas, la cual constituye gran parte de nuestra población.

Debido a las complicaciones incapacitantes que pueden presentarse, es de suma importancia que se lleven a cabo un diagnóstico y un tratamiento oportuno y adecuado.

El diagnóstico se basa principalmente en una exploración muy detallada de las amígdalas, en una historia clínica lo más completa posible y en la confirmación con exámenes de gabinete, laboratorio y bacteriológico. Aunque los segundos no son específicos para este diagnóstico.

El tratamiento de elección en la amigdalitis crónica es la amigdalectomía. En algunos casos sólo será posible el tratamiento médico, como en los casos de: hemofilia, leucemia y otros. Dicha elección del tratamiento estará basada en indicaciones ya establecidas en el conocimiento y las experiencias del médico especialista tratante.

En el tratamiento quirúrgico, el personal de enfermería tiene un papel muy importante, ya sea colaborando en dicho tratamiento o detectando

y evitando que se presenten complicaciones en el pre, trans y pos-operatorio.

Si bien es importante el papel de la enfermera en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno y adecuado en el segundo y tercer nivel de prevención, también es importante su participación en el primer nivel; mediante la educación para la salud y la detección y profilaxis del padecimiento.

Campo de investigación:

El estudio clínico se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), servicio de otorrinolaringología, hospitalización, en donde se selecciona a una paciente con diagnóstico de amigdalitis crónica, programada para tratamiento quirúrgico.

El estudio clínico comprende:

El capítulo 1, corresponde a las bases anatomofisiológicas en donde se trata: las características anatómicas y fisiológicas de las amígdalas palatinas, como partes constituyentes del tejido linfático de Waldeyer.

En los cambios anatomopatológicos de la amigdalitis crónica se trata sobre:

a. Etiología de la amigdalitis crónica, donde se habla de las causas

y factores principales que originan la enfermedad y por consecuencia los signos y síntomas que se presentan; así como también se menciona diferentes enfermedades que pueden confundirse con el diagnóstico de amigdalitis crónica; y aquellas enfermedades que pueden aparecer como complicación de la amigdalitis crónica. También se trata sobre la Historia Natural de la Enfermedad y sus diferentes niveles de prevención.

b. Diagnóstico y tratamiento.

Diagnóstico:

Se trata sobre las diferentes formas, por medio de las cuales se puede establecer el diagnóstico de amigdalitis crónica. Entre los medios se halla: la correcta exploración de las amígdalas palatinas y exámenes de bacteriología, laboratorio y gabinete. Así como también se trata sobre el grado de confiabilidad de cada uno de ellos para el diagnóstico certero de amigdalitis crónica.

En el tratamiento se mencionan; por una parte, el tratamiento farmacológico que se establece en los pacientes en quienes está contraindicado el tratamiento quirúrgico; así como también se trata sobre las diferentes medidas de sostén que contiene el tratamiento médico global; se aborda sobre la utilidad de la medicación bucofaríngea tópica en la actualidad; en la otra parte del tratamiento se habla sobre

las indicaciones y contraindicaciones de la amigdalectomía, ventajas y desventajas de las 2 diferentes técnicas del tratamiento quirúrgico, tipo de anestesia bajo la cual se realiza dicho tratamiento, precauciones preoperatorias en una amigdalectomía, complicaciones y participación de la enfermera en la hemorragia primaria como una posible complicación de la amigdalectomía.

En el capítulo 2 se presenta la historia clínica de enfermería, la cual comprende:

- a. Datos de identificación del paciente.
- b. Nivel y condiciones de vida.
- c. Padecimiento actual.
- d. Diagnóstico médico.
- f. Diagnóstico de enfermería.
- g. Problemas detectados.

En el capítulo 3 se aborda el Plan de Atención de Enfermería, el cual está enfocado en un período pre y posoperatorio de amigdalectomía, en donde se indican los problemas, su manifestaciones, sus fundamentación científica y las acciones específicas y fundamentadas en cada caso.

En el capítulo 4 se trata el plan de alta: en donde se dan indicaciones específicas que deben llevarse a cabo en el hogar, cuando la paciente

ha sido dada de alta del hospital. Dichas indicaciones son propias para un paciente posamigdalectomizado; se da educación para la salud en forma general.

Por último, se dan las conclusiones a las que se llegan en dicho estudio clínico.

I. MARCO TEORICO

1.1 Bases anatomofisiológicas del órgano afectado.

1.1.1 Anatomía de las amígdalas palatinas.

Las amígdalas palatinas forman parte de la barrera linfática que rodea la faringe. Esta barrera se denomina globalmente anillo de Waldeyer. Se compone de cuatro formaciones de tejido linfático que rodea la entrada de las vías aéreas y digestivas. Este incluye: la amígdala faríngea (adenoides), amígdalas palatinas (A. de las fauces), amígdalas linguales y las bandas laterales. Dichas formaciones aparecen en las paredes de la nariz y de la orofaringe.

Amígdalas palatinas:

Las amígdalas palatinas son dos, cada una se localiza lateralmente en la parte posterior de la orofaringe, entre el pilar anterior y posterior del paladar. La amígdala tiene forma ovoide a manera de almendra; son de color rosado pálido; su tamaño es variable y depende de diferentes factores (frecuencia, intensidad y agresividad de las infecciones respiratorias), por lo general las amígdalas palatinas no sobresalen demasiado de los límites de los pilares; la superficie habitualmente es lisa, interrumpida por orificios redondos que corresponden a las criptas amigdalinas. En dichos orificios puede localizarse, normal-

mente, una masa blanquecina denominada "caseum" que resulta de la decamación epitelial de las criptas y de restos alimenticios acumulados.^{2/}

La amígdala se encuentra cubierta por epitelio poliestratificado no queratinizado que se introduce en las criptas, pero que se va adelgazando poco a poco hasta desaparecer en el fondo de las criptas, en el que el sistema retículo endotelial queda directamente expuesto al medio ambiente.

Relación anatómica de las amígdalas:

1. La estructura de los dos pilares, éste es, el músculo palatogloso (pilar anterior) y el músculo palatofaríngeo (pilar posterior).
2. El límite lateral de la fosa amigdalina, o sea el músculo constrictor superior de la faringe.
3. En la parte inferior existe un pequeño triángulo de tejido, que contiene folículos linfáticos independientes y que conecta la base de la amígdala al pilar anterior. Esta formación se conoce como pliegue triangular.

^{2/} Carrera B., Jorge; Ctorrinolaringología elemental, p. 208.

4. El riego sanguíneo que se deriva de cinco arterias; a saber: la arteria dorsal de la lengua proviene de la lingual; las arterias palatinas ascendente y amigdalina, que se originan ambas de la facial; la faríngea ascendente a partir de la carótida externa; y la palatina descendente que se origina de la maxilar interna.

Conductos principales:

Es importante hacer notar que las amígdalas palatinas carecen de vasos linfáticos aferentes eficaces, pero tienen vasos eferentes que llegan hasta los ganglios linfáticos cervicales profundos, a partir de la cual la linfa se drena hacia el conducto torácico y luego penetra a la circulación general.

La musculatura palatina produce su contracción y con ello el paso de linfocitos y material antigénico, desde las criptas hasta los conductos y ganglios linfáticos.^{3/}

1.1.2 Fisiología de las amígdalas palatinas.

El anillo de tejido linfático (Waldeyer) es una barrera de protección entre la boca y la garganta, por una parte, y la laringe, la tráquea y pulmones por otra.

3/ Levy, Samuel; Otorrinolaringología pediátrica; p. 181.

No puede hablarse de una fisiología de las amígdalas palatinas, ya que éstas no poseen ninguna función específica; sin embargo, comparan las funciones inmunológicas (contra las infecciones) de todo tejido linfoide.

El papel de tejido linfoide faríngeo en la respuesta inmune no ha sido definida con claridad, aun cuando la producción de linfocitos ha sido demostrada. La evidencia empírica, sin embargo, indica que las amígdalas juegan un papel importante durante la primera infancia, desarrollando la resistencia inmunológica a la infección ya que se encuentran expuestas en el sitio en donde la velocidad del aire inspirado es menor y, por lo tanto, se depositan sobre ellas gérmenes y partículas infectadas antes de que éstas pasen a las vías respiratorias inferiores. En las criptas amigdalinas fácilmente se desarrollan gérmenes patógenos y no patógenos y los primeros, al contacto con el tejido linfoide, activan o excitan la producción de inmunoglobulinas que protegen al huesped ante infecciones más severas; este papel es reforzado por los ganglios linfáticos a los que drenan las amígdalas.^{4/}

En el momento del nacimiento, las amígdalas ya tienen su estructura definida, pero su volumen es pequeño.

^{4/} Corvera, Jorge; op.cit., p. 210

Las amígdalas empiezan a crecer entre uno y tres años de vida aproximadamente, alcanzando el tamaño mayor durante los dos o tres primeros años de la escuela (6-9), y posteriormente sufren regresión relativa hasta la edad entre trece y quince años (en el período prepube-ral), en la que las amígdalas se tornan muy pequeñas, aunque se con-servan toda la vida, a diferencia de la amígdala faríngea que desaparece por completo.^{5/}

1.2 Patología agregada (amigdalitis crónica)

1.2.1 Concepto:

Es una enfermedad infecciosa y contagiosa, caracterizada por la inflama-ción (crónica) del tejido amigdalino, que ocurre como consecuencia de infecciones agudas repetidas, latentes o sin resolver.

1.2.2 Cambios anatomopatológicos:

En la amigdalitis, por bacterias y virus, es frecuente encontrar:

Enrojecimiento del pilar anterior del paladar que es la manifestación de una hiperemia reactiva condicionada por el proceso inflamatorio crónico. Esto aunado a:^{6/}

Que una de las amígdalas es de tamaño mayor y existe en forma evi-

5/ Stanley, N.; Manual de otorrinolaringología, p. 180

6/ Martínez, Roberto; op.cit., p. 1047

dente hipertrofia y cicatrización. Las criptas están parcialmente estenosadas pero existe secreción purulenta que brota de las mismas (al oprimirse).

En el otro caso la amígdala es pequeña y fibrótica, por lo regular retraída entre los pilares (a menudo se dice que está enterrada), en la cual los bordes son hiperhémicos; con frecuencia la existencia de una pequeña cantidad de secreción purulenta poco viscosa que brota de las criptas (a la presión).^{7/}

En la amigdalitis por candidiasis los cambios anatomopatológicos presentan: placas de color blanco cremoso y de aspecto grumoso en las amígdalas y boca. La mucosa adyacente eritematosa.^{8/}

1.2.3 Etiología:

Etiología por virus principalmente:

Influenza

Parainfluenza

Sincicial

Adenovirus

Ecovirus

7/ Boies, Lawrence; Otorrinolaringología de Boies; p. 390

8/ A. Krupp, M.; Diagnóstico clínico y tratamiento; p. 367

Etiología bacteriana más frecuente:

Estreptococo beta hemolítico
del grupo A (principalmente).^{9/}

Etiología por hongos:

Candida albicans.^{10/}

Nota: Es frecuente encontrar una etiología mixta tras un período de 48 a 72 horas, es de suponer que exista infección secundaria.^{11/}

1.2.4 Cuadro clínico:

Existencia de secreción purulenta amarilla que brota por las criptas cuando se oprime la amígdala; pero su ausencia no implica que no haya inflamación crónica, siendo ésto más frecuente encontrarlo en una amigdalitis crónica viral.

Enrojecimiento del pilar anterior del paladar (considerada como la expresión de una hiperemia reactiva condicionada por el proceso inflamatorio).^{12/}

Linfadenopatía cervical anterior, dolorosa a la palpación (por debajo del ángulo de la mandíbula) siendo más notable en niños.

^{9/} Martínez M. Roberto; op.cit., p. 1045

^{10/} A. Krupp M.; op.cit., p. 666

^{11/} Stanley, N.; op.cit., p. 244

^{12/} Corvera, Jorge; op.cit., p. 223

Amígdalas enrojecidas hipertróficas con puntos blancoamarillentos en cada cripta amigdalina. ^{13/}

Sensación de cuerpo extraño faríngeo, posterior a la fatiga, enfriamiento o cuando la resistencia ha sido disminuída, que rápidamente se convierte en molestias de faringitis poco intensas. ^{14/}

La amígdala con enfermedad crónica suele ser pequeña, fibrótica y con aparente retracción hacia los pilares (en adultos).

Aumento en el tamaño de las amígdalas, con más frecuencia en niños (debe recordarse que el tamaño no es decisivo en el diagnóstico).

Fiebre:

Durante la exacerbación de la amigdalitis es frecuente que aparezcan síntomas generalizados de malestar: astenia, adinamia, mialgias, artralgias, disfagia, odinofagia, faringodinia, mal sabor de boca que se acompaña de halitosis (los síntomas son más frecuentes en los niños). ^{15/}

Anemia discreta

Leucocitosis con neutrofilia. ^{16/}

La velocidad de sedimentación globular ligeramente acelerada. ^{17/}

^{13/} Stanley, N.; op.cit., p. 118.

^{14/} Levy, Samuel; op.cit., p. 185

^{15/} Ibidem., p. 185

^{16/} Martínez, Roberto; op.cit., p. 1047

^{17/} Levy, Samuel, op.cit., p. 186

Proteína C reactiva, alterada, sólo cuando el proceso se agudiza, siendo más frecuente que se demuestren valores normales en ausencia de exacerbación.

Títulos elevados de antiestreptolisinas en el suero.

Presencia de flora patógena en el exudado amigdalino.^{18/}

Cuadro clínico de amigdalitis por Candidiasis (moniliasis).

Placa de color blanco cremoso y de aspecto grumoso (en las amígdalas y boca), la mucosa está habitualmente eritematosa y al desprenderse o ser frotadas las lesiones, se observa una superficie sangrante.

Es común que sea dolorosa.

Raras veces produce fiebre y linfadenopatía.^{19/}

1.2.5 Diagnóstico diferencial

Hay que tener en mente otros padecimientos cuando se presentan los datos clínicos descritos anteriormente, estos son:

Fiebre glandular (nonnucleosis infecciosa)

Angina de Vincent.^{20/}

^{18/} Levi, Samuel, op.cit., p. 186

^{19/} A. Krupp, M.; op.cit., p. 367

^{20/} Stanley, N.; op.cit., p. 182

1.2.6 Complicaciones:

La única complicación local de la amigdalitis es el absceso periamigdalino.

Enfermedades por foco de infección: fiebre reumática y glomerulonefritis.^{21/}

1.2.7 Historia Natural de la Enfermedad Amigdalitis crónica.

Período prepatogénico:

Concepto: es una enfermedad infecciosa y contagiosa, caracterizada por la inflamación (crónica) del tejido amigdalino, que ocurre como consecuencia de infecciones agudas repetidas, latentes o sin resolver.

Agente:

a. Bacterias:

Estreptococo Betahemolítico, del grupo A (principalmente).

b. Virus:

Influenza

Parainfluenza

Sincicial

^{21/} Ibidem., p. 182

Adenovirus

Ecovirus

c. Hongos:

Candida Albicans

Huésped:

Afecta por igual a las diferentes razas.

En ambos sexos.

Todas las edades son susceptibles, aunque la más frecuentemente afectada es la de los 3 a los 8 años de edad; los niños son muy propensos, debido a sus hábitos y costumbres.

Personas con deficiencia de defensas orgánicas.

Personas con malos hábitos higiénico-dietéticos.

Medio ambiente:

Es universal, con predominio en el nivel socioeconómico bajo.

Ocurre en cualquier estación del año, pero especialmente en invierno y primavera.

En los cambios bruscos de temperatura.

Mecanismos de transmisión:

Por contacto directo: a través de los besos de una persona

enferma o portadora (del agente) a una sana.

Por contacto indirecto: al comer con los utensilios de una persona enferma o portadora.

Estímulo desencadenante:

Interacción del huésped con los factores o condiciones predisponentes.

Período patogénico

Etapa subclínica:

La entrada del agente al organismo es a través de las vías aérea y digestiva; se encuentra en la saliva y secreciones nasales de los enfermos y portadores. El agente, una vez en la garganta y con el terreno predispuesto, inicia su multiplicación en forma considerable; tiene un período de incubación de unas horas a 4 días, e inicia luego los cambios anatómopatológicos, como hiperemia.

Etapa clínica:

Signos y síntomas inespecíficos en amigdalitis crónica bacteriana y viral:

Fiebre (raras veces se presenta en amigdalitis micótica).

Anemia discreta.

Leucocitosis y neutrofilia.

Tiempo de sedimentación globular aumentada.

Presencia de la proteína "C" reactiva.

Antiestreptolisinas elevadas.

Malestar general: astenia, adinamia, mialgias artralgias.

Mal sabor de boca con halitosis.

Faringodinia.

Signos y síntomas específicos en amigdalitis crónica bacteriana y viral:

Secreción purulenta en las criptas amigdalinas.

Ausencia de caseum en las criptas amigdalinas.

Enrojecimiento (eritema) del pilar anterior del paladar.

Amígdalas enrojecidas e hipertróficas, con más frecuencia en niños.

Amígdala pequeña y fibrótica, generalmente en adultos.

Hiperemia.

Sensación de cuerpo extraño.

Linfadenopatía cervical anterior, dolorosa (en ocasiones se presenta en amigdalitis micótica).

Disfagia.

Odinofagia.

Presencia del agente patógeno en amígdalas.

En Candidiasis:

Placas de color blanco cremoso y de aspecto grumoso, en amígdalas y boca.

Mucosa y amígdalas eritematosas.

La superficie es dolorosa.

Curación:

La curación se lleva a cabo mediante el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.

Complicaciones:

Locales: absceso periamigdalino y laterofaríngeo.

Focales: fiebre reumática.

Glomérulo nefritis.

Secuelas:

Cardiopatías

Mejora

Nefropatías

MUERTE

Niveles de prevención

Prevención primaria:

Promoción de la salud:

Pláticas y orientación a la población en general sobre:

Higiene personal

Higiene de la vivienda

Alimentación balanceada e higiénica.

Evitar la automedicación.

Protección específica:

Pláticas y orientación a la población en general sobre:

La amigdalitis aguda y crónica, signos y síntomas, factores predisponentes y sus graves consecuencias.

Mejorar los hábitos higiénicos de los alimentos, personales y de la vivienda.

Alimentación balanceadas.

Protegerse y proteger a los niños, principalmente contra factores predisponentes: no exponerlos a los cambios bruscos de temperatura, evitar bañarse con agua fría, no dejar que los niños pisen el suelo descalzos, cubrirlos cuando haya frío,

evitar comer con los utensilios de una persona enferma, no permitir que los besen toda persona.

En caso de personas con enfermedades o tratamientos inmunosupresoras, incrementar las medidas higiénico-dietéticas y llevar a cabo en forma correcta su tratamiento.

Detección de personas enfermas y portadoras en la familia, escuelas y comunidad en general, para ser tratados.

Prevención secundaria:

Diagnóstico precoz:

Cuadro clínico, historia clínica completa.

Exudado faríngeo con antibiograma.

Exámenes de laboratorio y gabinete.

Tratamiento oportuno:

Dar tratamiento farmacológico adecuado, en base al resultado del exudado faríngeo con antibiograma.

Las exacerbación de la enfermedad y la infección crónica en personas con riesgo operatorio elevado son tratados médicamente:

Tratamiento farmacológico: (amigdalitis bacteriana): Penicilina G Procaínica, 400-800 000 unidades cada 24 horas por 10 días.

Penicilina Benzatínica 600-1,200 dosis única.

Analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios.

Tratamiento farmacológico (amigdalitis viral):

El tratamiento es sintomatológico: analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios.

Tratamiento farmacológico (en amigdalitis crónica micótica):

Nistatina (Mycostafín) en forma de suspensión, aplicadas a la cavidad bucofaríngea.

Amfotericina B. Aplicado también en la cavidad bucofaríngea; ambos en forma de gárgaras y buches.

Tratamiento de sostén en amigdalitis crónica por diferentes agentes:

Mejorar los hábitos higiénicos, dietéticos de la vivienda y personales.

Realización de colutorios.

Tratamiento dietético en forma general:

Dieta blanda o semisólida con alimentos nutritivos y suficientes líquidos.

Tercer nivel de atención:

Limitación del daño:

Amigdalectomía.

En absceso periamigdalino, drenaje adecuado del mismo.

Evitar y prevenir complicaciones en el período pre-trans y post-operatorio.

Rehabilitación:

Las complicaciones que originó el cuadro amigdalino crónico deben ser tratadas por especialistas: Otorrinolaringólogo, Cardiólogo, Nefrólogo, Pediatra.

Orientar al paciente y familia sobre la importancia de continuar con su tratamiento.

Orientar a la familia del paciente sobre la importancia que tiene el apoyo, comprensión y cariño hacia el paciente.

1.3 Manejo clínico.

1.3.1 Diagnóstico.

El diagnóstico de la amigdalitis crónica se establece sobre todo en base a la exploración, así como también es importante tomar en cuenta

el cuadro clínico y la historia clínica. Los exámenes de laboratorio y gabinete son auxiliares del diagnóstico.

Exploración de las amígdalas palatinas:

Se tomará en cuenta:

A. Volumen.

Por lo general el tamaño de las amígdalas palatinas se reporta en "Grados de hipertrofia" (I-IV grado) y se relaciona directamente con infección. Es importante determinar cuándo las amígdalas, por tamaño o localización, causan obstrucción en la deglución (disfagia) o la respiración. (Debe recordarse que nunca se ha demostrado relación entre el volumen de las amígdalas e infección).^{22/}

Sin embargo, en la práctica clínica se prefiere reportar la obstrucción como: obstrucción total, obstrucción parcial, mínima obstrucción y sin obstrucción.

Esta forma de reportar la obstrucción se utiliza en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.^{23/}

^{22/} Corvera, Jorge; op.cit., p. 212

^{23/} I.N.E.R.; Fuente directa.

B. Superficie:

Habitualmente es lisa, interrumpida por orificios redondos que corresponden a las criptas amigdalinas. En dichos orificios puede localizarse, normalmente, una masa blanquecina denominada "caseum" que resulta de la decamación epitelial de las criptas y de restos alimenticios acumulados.

C. Expresión:

De gran utilidad, esta maniobra puede dar datos de dolor, de limitación del desplazamiento normal de las amígdalas y de presencia de secreción anormal de las criptas, especialmente pus.

D. Coloración:

Es rosado pálido normalmente. El dato importante de enrojecimiento (por hiperhemia) reside en los pilares anteriores que cuando hay un proceso inflamatorio crónico "enmarca" las amígdalas.

Un aspecto importante de la exploración es la búsqueda de linfadenopatía cervical anterior (por debajo del ángulo de la mandíbula), la cual es dolorosa a la palpación generalmente.

La presencia de ganglios linfáticos palpables es más notoria en la infancia. En los adultos la reacción ganglionar en cuello es de menor magnitud.

Hay que recordar y tomar en cuenta para el diagnóstico la existencia de alteraciones tanto locales como sistémicas (las cuales forman el cuadro clínico), lo cual estará sujeto a la experiencia del explorador.

Exámenes de laboratorio y gabinete: (apoyos del diagnóstico).

Como se había mencionado anteriormente, los exámenes de laboratorio y gabinete no son específicos de la patología, por lo cual se toman como apoyo para el establecimiento del diagnóstico.

Examen bacteriológico: si bien este examen, por medio del cultivo de exudado faríngeo o amigdalino, es el más confiable (para determinar el agente patógeno), también es conveniente recordar el amplio margen de error que existe, por lo cual, para que la positividad del cultivo faríngeo tenga valor clínico se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Flora normal y flora patógena de la farínge.
2. Cuadro clínico.
3. Error técnicos (mala toma, medio de cultivo inadecuado, contaminación, etc.)
4. Medicación del paciente.

Por lo anteriormente mencionado, es importante recordar en el presente trabajo el procedimiento adecuado para la toma de la muestra.

Examen: exudado faríngeo.

Muestra: orofaríngea.

Instrucciones al paciente: de acuerdo con el médico tratante, suprimir antimicrobianos 48 horas antes de tomar la muestra; cuando son de acción prolongada suprimirlos durante el tiempo necesario para que termine su acción antimicrobiana.

Orientar al paciente sobre el procedimiento.

Tomar la muestra en ayunas y sin haberse lavado la boca.

Dar posición adecuada y lo más cómoda posible.

Humedecer un hisopo estéril con caldo nutritivo, pedir al paciente que abra la boca, deprimir su lengua con un abatelenguas estéril, iluminar lo mejor posible la garganta.

Frotar firmemente el hisopo sobre las paredes de la faringe y ambas amígdalas; en particular las áreas inflamadas, ulceradas o con exudado.

Evite tocar la lengua o los labios con el hisopo durante la toma para no contaminar o diluir la muestra.

Colocar el hisopo en el tubo estéril que contenga el caldo nutritivo, con el que se humedeció.

Dejar cómodo al paciente.

Llevar inmediatamente el tubo con el hisopo al laboratorio junto con la solicitud del estudio bacteriológico.

En el laboratorio: se debe sembrar inmediatamente la muestra y cuando ésto no es posible, conservar en el refrigerador el hisopo en el tubo de caldo.

Nota: Cuando la muestra se puede hacer llegar al laboratorio dentro de las tres horas siguientes a su recolección, no se necesitan medios de transporte especial. ^{24/}

Exámenes de laboratorio:

Biometría hemática. Interesan las variaciones del hematócrito, de la hemoglobina, del número de leucocitos y el volumen porcentual de los integrantes de la fórmula blanca. ^{25/}

Importancia clínica:

Hemoglobina. Disminuyen en anemias, embarazo (anemia gravídica) hemorragia intensa o duradera.

Hematócrito: disminuyen en anemias, anemia gravídica y pérdida aguda masiva de sangre.

^{24/} Mourey V., Luis; Manual de procedimientos y valores de referencia; p. 45.

^{25/} Corvera, Jorge; op.cit., p. 213

Fórmula blanca:

Leucocitos: neutrófilos, linfocitos y monocitos.

Aumentan en enfermedades infecciosas agudas, básicamente en las fracciones de neutrófilos en casos de enfermedades por bacterias y en las fracciones de linfocitos y monocitos y enfermedades por virus.^{26/}

Sedimentación globular. Una mayor sedimentación en la unidad de tiempo (más de hombre-mujer 10-20 mm/h) hace sospechar infección, aunque no específica de la faringe.^{27/}

Proteína C reactiva. Es otra prueba inespecífica cuya positividad traduce un proceso inflamatorio actual.^{28/}

Valores de referencia.

Resultado: negativa

Causas medicamentosas que alteran los resultados.

Dan falsas positivas los contraceptivos orales (estrógenos)

Dan falsas negativas los contraceptivos orales (progesterona)^{29/}

Antiestreptolisinas. Se miden en unidades Todd y se consideran elevadas cuando las cifras son mayores de 200 U.T. Esto representa una huella serológica de una infección estreptocócica en cualquier

parte del organismo.^{30/}

^{26/} Sholtis B., Lillian; Manual de enfermería médicoquirúrgica, p. 1512

^{27/} Corvera, Jorge; op.cit., p. 213

^{28/} Ibidem., p. 213

^{29/} Mourey V., Luis; op.cit., p. 124

^{30/} Corvera, Jorge; op.cit., p. 213

Exámenes de gabinete:

Radiografía lateral de cuello. Se utiliza en la búsqueda de cuerpos extraños faríngeos, alteraciones cervicales y con foco en rinofaringe en la valoración del volumen adenoideo.^{31/}

1.3.2 Tratamiento:

El tratamiento de elección y necesario en una infección crónica de las amígdalas es su extirpación quirúrgica (amigdalectomía); la amigdalitis crónica en personas con riesgo operatorio elevado (enfermedades generales graves o hemorrágicas); o en un episodio intercurrente determinado, deberá ser tratado médicamente. Aunque rara vez se pueden eliminar las infecciones crónicas con tratamiento conservador.^{32/}

Tratamiento médico de sostén:

El tratamiento farmacológico se basará en el agente etiológico. Pero tras un período de 48-72 horas por una infección viral es de suponer que exista infección bacteriana secundaria y requiera de antibióticos;^{33/} Así como también será necesario en otros pacientes establecer un tratamiento antimicótico, principalmente en individuos con enfermedad de inmunosupresión, o en aquellos con tratamientos prolongados a ba-

^{31/} Ibidem., p. 213

^{32/} A: Krupp, M.; op.cit., p. 367.

^{33/} Stanley, N.; op.cit., p. 244

se de antibióticos o corticoesteroides. No hay que olvidar el uso de analgésicos que también son importantes.^{34/}

Medidas generales:

Por otra parte, conviene recordar en el tratamiento la necesidad de una dieta adecuada, acompañada de la realización de ciertas medidas específicas.

Amigdalitis crónica viral:

En la etiología viral el tratamiento es sintomático a base de:

	Analgésicos
Fármacos	Antipiréticos
	Antiinflamatorios

Medidas generales de sostén:

Dieta adecuada con abundantes líquidos.
 Mejorar los hábitos higiénicos personales y de la vivienda.
 Colutorios.^{35/}

^{34/} A. Krupp, M.; op.cit., p. 367

^{35/} Stanley, N.; op.cit., p. 244

Amigdalitis crónica bacteriana:

El tratamiento es a base de:

	Pemprocilina
	Penicilina Benzatínica
Fármacos	Eritromicina (en pacientes con alergia a la penicilina).
	Analgésicos. ^{36/}

Medidas generales de sostén:

- Dieta adecuada con abundantes líquidos.
- Mejora de hábitos higiénicos, personales y de la vivienda.
- Colutorios.

Amigdalitis micótica: Nistatina (Mycostatin)

- Anfotericina B
- Analgésicos

Antibióticos:

Es una sustancia producida por un organismo vivo que actúa como bactericida o como bacterioestático. ^{37/}

^{36/} A. Krupp, M.; op.cit., p. 119

^{37/} Trounce, J.R.; Manual de farmacología clínica, p. 284.

Las penicilinas son un grupo extenso de sustancias antimicrobianas que comparten un núcleo químico común.

Absorción, distribución y excreción:

Después de la administración parenteral, la absorción de la mayoría de las penicilinas es completa y rápida; después de la administración bucal, sólo una porción de 5-35% aproximadamente de la dosis es absorbida, dependiendo de la estabilidad de ácido, unión con los alimentos.

Posterior a la absorción, las penicilinas se distribuyen ampliamente en los líquidos y tejidos del organismo, existe una variación a este respecto en relación con el grado de unión a las proteínas que presentan las diferentes penicilinas.

Durante el tratamiento de las infecciones, lo ideal es mantener las cantidades circulantes a niveles bactericidas continuos. Por lo cual se han creado formas especiales de penicilina con absorción retardada, para producir niveles tisulares y sanguíneos bajos durante períodos prolongados.

Gran parte de la penicilina absorbida es excretada rápidamente por los riñones, a través de la orina; muy pequeñas cantidades se excretan por otras vías. La excreción renal se efectúa por filtración glo-

merular, pero la mayor parte lo hace por los túbulo renales.

Penicilina "G" procaínica.

Tiene una absorción retardada, produciendo niveles útiles hasta por 24 horas. Es el medicamento de elección para las infecciones causadas por estreptococos.

Penicilina "G" Benzatínica.

A su ministración se establece un depósito que proporciona cifras bajas pero duraderas del medicamento, produciendo niveles útiles de hasta 3 semanas.

La penicilina G Benzatínica da resultados satisfactorios en el tratamiento de la amigdalitis por estreptococo beta hemolítico. ^{38/}

Dosis y vía de administración: en amigdalitis bacteriana:

En niños menores de 6 años, Penicilina Procaínica, 400 000 unidades, I.M., (intramuscular) diariamente, por 10 días y al undécimo día aplicación de penicilina Benzatínica de 600 000 unidades con lo cual se trata de erradicar al estreptococo.

^{38/} A. Krupp, M.; op.cit., p. 972

En niños mayores de 6 años se duplica la dosis.^{39/}

Dosis y vía utilizada en la práctica médica; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Amigdalitis bacteriana (fase aguda o recurrente).

En los niños menores de 6 años:

Tratamiento No. 1

(Pemprocilina 400 000 unidades); 1 ampollita cada 12 horas, intramuscular, por 7 días.

Tratamiento No. 2

(Pemprocilina 400 000 unidades); 1 ampollita cada 12 horas, intramuscular, por 3 días.

1 ampollita, cada 24 horas, intramuscular, por 4 días.

Total = 7 días.

Dosis al final con penicilina benzatínica.

Penicilina Benzatínica, 600 000 unidades, intramuscular.

En mayores de 6 años:

Tratamiento No. 1; Pemprocilina 800 000 unidades.

1 ampollita cada 12 horas intramuscular por 7 días.

^{39/} Martínez M. Roberto; op.cit., p. 1048.

Tratamiento No. 2; Pemprocilina 800 000 unidades

1 ampollita cada 12 horas, intramuscular por 3 días.

1 ampollita cada 24 horas, intramuscular, por 4 días.

Total - 7 días.

Dosis, al final del tratamiento, penicilina benzatínica.

Penicilina Benzatínica, 1'200 000 unidades intramuscular. ^{40/}

Eritromicina:

La Eritromicina es una alternativa para el tratamiento de las infecciones estreptocócicas en los pacientes que son alérgicos a la penicilina.

La Eritromicina puede ser bacterioestática o bactericida, según el microorganismo y la concentración de la droga. La Eritromicina básica es destruída por los ácidos del estómago. El estolato de Eritromicina es de los preparados mejor absorbidos cuando se administra por vía bucal. Las dosis bucales se distribuyen ampliamente en el torrente sanguíneo y tejidos del organismo, con excepción del cerebro y el líquido cefalorraquídeo.

La eritromicina se excreta en su mayor parte en la bilis; y una mínima cantidad se excreta en la orina.

40/ I.N.E.R., fuente directa.

Efectos adversos:

Después de la administración bucal pueden presentarse náuseas, vómitos y diarrea. Las eritromicinas, particularmente el Estolato, pueden producir hepatitis colestática aguda (fiebre, ictericia, disfunción hepática), probablemente en la forma de una reacción de hipersensibilidad. La mayoría de los pacientes se recuperan de ésto, pero la hepatitis produce recurrencia cuando se vuelve a administrar el medicamento.

Vía y dosis:

En adultos: Estearato o Estolato de Eritromicina, 500 mg. cada 6 horas por 10 días.

En niños: 40 mg./Kg/día, por 10 días.^{41/}

Analgésicos:

Aspirina (ácido acetil salicílico) es el agente analgésico, antipirético y antiinflamatorio más empleado. Es el medicamento de elección inicial en el tratamiento del dolor leve a moderado de origen diverso.^{56/}

Se cree que la aspirina actúa suprimiendo dentro del organismo la formación de sustancias conocidas como prostaglandinas que aparecen naturalmente y son liberadas por las células dañadas; uno de los

^{41/} A. Krupp, M.; op.cit., p. 976.

efectos de las prostaglandinas se relacionan con la producción de estímulos dolorosos, así como con muchas de las manifestaciones de la inflamación. El ácido acetil salicílico disminuye la producción de las prostaglandinas.^{42/}

La aspirina puede provocar irritación gástrica, aumentar la pérdida de sangre microscópica en el intestino y constituye una causa ocasional de hemorragia gastrointestinal masiva. La irritación gastrointestinal puede reducirse algunas veces mediante la administración del medicamento cuando el estómago está lleno.

La hipersensibilidad o intolerancia a la aspirina ocurre, aunque raramente en virtud del extenso uso del medicamento, y en raras ocasiones las consecuencias pueden ser muy graves; la intolerancia a la aspirina a menudo se desarrolla en forma espontánea en personas que antes podían ingerirla sin dificultad. La intolerancia puede manifestarse por rinitis poliposis nasal, asma, tiempo prolongado de sangrado y choque anafiláctico.

La posibilidad de que dichos síntomas puedan ser causados por la aspirina, siempre deberá tomarse en cuenta, ya que el uso subsiguiente del medicamento está contraindicado en el paciente intolerante.

^{42/} Ibidem., p. 95

La Aspirina puede actuar en forma adversa con los medicamentos anticoagulantes; por lo cual se les debe aconsejar que no las usen si están tomando Aspirina, sólo con el consentimiento del médico tratante.

La Aspirina prolonga levemente el tiempo de sangrado al inhibir la agregación plaquetaria. Esto puede aumentar la tendencia a las hemorragias en pacientes con muy diversos problemas hemorrágicos.

Debido a la alteración temporal en la función plaquetaria con la Aspirina, los donadores de sangre evitarán la ingestión de esta durante 48-72 horas antes de dar sangre. Además, debe suspenderse el tratamiento con Aspirina, por lo menos una semana antes de la cirugía.^{43/}

Los salicilatos también son antipiréticos, ya que reduce la temperatura corporal cuando ésta se encuentra elevada, se supone que su acción es de origen central y que es ejercida a través del hipotálamo.

Los salicilatos actúan sobre dicho centro reajustando el centro a su nivel normal. Ello da como resultado un incremento en la pérdida de calor por medio del sudor y la dilatación de los vasos de la piel. Estos efectos sólo se ven en pacientes que tienen hipertermia, ya que los salicilatos no disminuyen la temperatura normal de manera apre-

^{43/} A. Krupp, M.; op.cit., p. 3

ciable. El efecto del salicilato puede enmascarar a la enfermedad; su efecto no influye en el curso de la enfermedad.^{44/}

La vía de administración es prácticamente la oral. Rara vez es necesaria la administración parenteral. La administración rectal de Aspirina en supositorios puede ser necesario en los lactantes o cuando la medicación oral no se retiene.^{45/}

Acetaminofen:

El Acetaminofén tiene una potencia comparable a la de la Aspirina en muchas afecciones dolorosas. No ejerce efectos antiinflamatorios.

Su acción antipirética es comparable a la de la Aspirina. El Acetaminofén es especialmente útil como analgésico leve y agente antipirético en pacientes que no toleran la aspirina y en quienes padecen trastornos hemorrágicos, ulceración péptica. No produce trastornos de la coagulación ni irritación gástrica. Las reacciones de hipersensibilidad y las anormalidades hematológicas son muy raras. La administración de grandes dosis de Acetaminofen durante un período prolongado producen hepatotoxicidad. No es recomendable el empleo simultáneo del medicamento con alcohol, ya que aumenta su toxicidad.^{46/}

^{44/} Trounce, J.R.; op.cit., p. 95

^{45/} Goodman G., Alfred; Las bases farmacológicas de la terapéutica, p. 689.

^{46/} A. Krupp, M.; op.cit., p. 3

Dipirona (analgésico)

Dipirona, derivado de la Pirazolona, tiene gran utilidad clínica en nuestro país como droga antipirética y analgésica; en otros países como en Estados Unidos se encuentra casi en desuso por sus efectos de agranulocitosis.^{47/}

Medicación tópica bucofaríngea:

La medicación tópica en la faringe, tradicionalmente tenía como objeto actuar sobre las infecciones tanto de la faringe propiamente dicho como en tejido linfóide accesible prácticamente a través de la boca. Además de este efecto los medicamentos que se utilizan tópicamente pueden tener un objeto puramente sintomático, y entre ellos destacan los que tienen por fin disminuir el dolor de las propias infecciones.

La medicación tópica faríngea con objeto de actuar sobre infecciones, ha caído cada vez más en desuso, debido a que el uso de antibióticos en la cavidad oral no está justificada por estudios apropiados bacteriológicos de control y es muy probable que no tenga más efecto que el de simple placebo. Además, el uso de antibióticos en la cavidad bucal arriesga la aparición de fenómenos alérgicos, irritación lingual,

^{47/} Goodman G., Alfred; op.cit., p. 692.

proliferación de hongos oportunistas. Una excepción a este enunciado son las infecciones por hongos. Las cuales cada vez más son frecuentes en pacientes que son tratados con antibióticos a largo plazo, o con medicamentos inmunosupresores entre los que destacan los glucocorticoides. En estas condiciones la micosis suele ser superficial y por lo tanto, accesible al tratamiento local.

Los medicamentos de uso tópico en la boca y la faringe se aplican principalmente como:

1. Buches y gárgaras: son soluciones que se mantienen en la boca por corto tiempo y se escupen enseguida "buches" se hacen con la boca cerrada y escupiendo enseguida.^{48/}
2. El gargarismo propiamente dicho efectuaba la misma maniobra excepto que el momento de estar la cabeza hacia atrás y el líquido en la parte posterior de la cavidad, el paciente expulsa aire por la boca de hacer burbujear el líquido con el objeto de que llegara hasta los rincones más remotos de la faringe. Sus beneficios pueden ser únicamente locales, disminuyendo las molestias del dolor mediante soluciones calientes no irritantes (solución salina o glucosa 30%).

^{48/} Corvera, Jorge; op.cit., p. 215

3. Trocitos se denominan a trocitos de pastillas de cualquier naturaleza que se emplean como vehículos de medicamentos que se mantienen en la boca hasta su disolución completa sin ser masticados.
4. Colutorios. Es el lavado o enjuague de la cavidad bucal con solución o medicamento destinado a este fin.

Antisépticos:

Hay que hacer notar que pocas de las infecciones bucofaríngeas son susceptibles al tratamiento local, ya que los gérmenes se localizan en la profundidad del parenquima y no en la superficie mucosa. Por lo cual el uso de estas sustancias debe considerarse como estrictamente empírico y sujeto a muchas dudas.

Analgésicos tópicos:

El uso de estas sustancias en la cavidad bucofaríngea es discutible, la mayor parte de las veces el dolor que acompaña los procesos patológicos bucofaríngeos, se debe al edema y otros factores que actúan sobre las terminaciones dolorosas de la submucosa, y que por lo tanto, están fuera del alcance de los analgésicos de superficie. (Al menos que existan úlceras superficiales).^{49/}

^{49/} Ibidem., p. 217.

Tratamiento antimicótico (moniliasis)

El tratamiento habitual es satisfactorio; sin embargo, la infección reaparece a pesar de él mientras persistan los factores causales.

Tratamiento médico:

El tratamiento farmacológico se basa en antibióticos específicamente fungistáticos como la Nistatina (Mycostatín) y la Anfotericina B.

Nistatina: es un antibiótico activo, el de tratamiento de las infecciones por *Cándida*, mediante contacto directo.

La Nistatina en suspensión diluida para gárgaras o buches, cuatro veces al día, son aplicadas en la cavidad bucofaringea para suprimir una infección local por *Cándida*.

La Nistatina prácticamente carece de efectos secundarios cuando se aplica en la boca, muy raramente se han comunicado casos de irritación o hipersensibilidad. ^{50/}

Anfotericina B.

Es un antibiótico que aún cuando ocasiona numerosos efectos colaterales por vía intravenosa, por vía tópica es muy raro que cause fenómenos secundarios y entre ellos, solamente aparece prurito, irritación

local. En la monilia bucofaringea la anfotericina se usa en buches o gárgaras. El antibiótico es termolábil y se descompone por la luz, por lo que debe mantenerse en refrigeración, en frasco oscuro. La preparación de los buches o gárgaras debe hacerse inmediatamente antes de su uso. El tratamiento se realiza cuatro veces al día hasta que desaparezca la infección.

Entre los fungistáticos usados en otras épocas, cabe mencionar entre otros, la solución de violeta de genciana, la cual tiene un efecto demasiado débil y la desventaja de pintar mucosa y piel, por lo que debe considerarse obsoleto.^{51/}

Por otra parte, también resulta útil el cambio de hábitat del hongo, mediante colutorios con agua bicarbonatada.^{52/}

Bicarbonato de sodio. Es un polvo blanco, que ejerce una acción antiácida rápida.

Medidas generales de sostén:

Dentro de las medidas generales de sostén como se mencionó anteriormente, se encuentra una dieta adecuada y la práctica de medidas higiénicas personales y de la vivienda.

51/ Ibidem., p. 16

52/ Martínez M., Roberto; op.cit., p. 923

Dichas medidas generales son indicadas en general a pacientes con amigdalitis crónica, y muy especialmente a individuos con infección crónica amigdalina en fase intercurrente (cuando el proceso se agudiza) y en personas con riesgo operatorio elevado; el tratamiento y medidas de sostén va encaminado a prevenir hasta donde sea posible complicaciones y brindar al paciente comodidad.

Tratamiento dietético:

En forma general, dieta blanda o semisólida, con alimentos nutritivos y suficientes líquidos; así como también se procurará dar a la dieta un aspecto agradable.

Se recomienda una dieta blanda para facilitar la deglución; los alimentos nutritivos son aconsejables ya que la amigdalitis crónica suele atacar a personas con deficiencias orgánicas; y muy especialmente dicha alimentación a personas con enfermedades o tratamientos inmunosupresores y los líquidos son necesarios principalmente por el proceso febril existente; el aspecto agradable de la dieta es importante para estimular su ingestión.

En forma particular, la dieta debe ser adecuada al enfermo y debe modificarse en los aspectos que sean necesario para que satisfaga las necesidades y características del individuo.

Por otra parte, es aconsejable que todo paciente con esta patología mejore sus hábitos higiénicos personales y de su vivienda para evitar infecciones agregadas o infectar a otros miembros de la familia.

Los enjuagues bucales o colutorios con bicarbonato de sodio, son recomendables en los pacientes con esta patología y muy específicamente a pacientes con enfermedades inmunosupresoras y tratamientos a base de antibióticos y corticoesteroides, para evitar las infecciones buco-faríngeas por *Cándida Albicans*.

Tratamiento quirúrgico:

El tratamiento de una infección crónica amigdalina importante es la extirpación quirúrgica (amigdalectomía), aunque la extirpación de las amígdalas a menudo se considera como "cirugía menor", los riesgos potenciales son muchos.

"La amigdalectomía produce morbilidad e incluso mortalidad, por lo que es prudente reconocer que este procedimiento, como cualquiera otra operación, en forma ideal deberán practicarla aquellos que estén adiestrados en las técnicas necesarias".^{53/}

Si bien posiblemente varíen los puntos de vista sobre las indicaciones exactas de la amigdalectomía en niños, existe una menor diferencia de

^{53/} Boies, Lawrence; op.cit., p. 392.

opinión sobre las indicaciones de este procedimiento en adultos.

Indicaciones absolutas para la realización de amigdalectomía:

Aparición de cor pulmonale por obstrucción crónica de vía aérea, ^{54/}

Absceso periamigdalino recurrente, ^{55/}

Accesos recurrentes probados de amigdalitis (más de cuatro al año) o suficientemente elevada para que interfiriera con el desarrollo escolar del niño o con sus actividades sociales o deportivas.

Hipertrofia con obstrucción funcional: obstrucción de vía aérea, disfagia y pérdida de peso. ^{56/}

Indicaciones relativas de amigdalectomía.

Antecedentes de fiebre reumática y nefritis subsecuentes a amigdalitis recurrente crónica, y deficiente respuesta al tratamiento con antibióticos. ^{57/}

En los padecimientos que se relacionan con la amigdalitis estreptocócica, como son fiebre reumática y nefritis, generalmente se pueden pre

^{54/} Ibidem., p. 394.

^{55/} Corvera B., Jorge; op.cit., p. 226

^{56/} Boies, Lawrence, op.cit., p. 394

^{57/} Ibidem., p. 395

venir las recaídas de estos dos padecimientos manteniendo al paciente bajo tratamiento con penicilina por tiempo prolongado. Sin embargo, ocasionalmente se presentan recaídas de fiebre reumática y nefritis asociada con la amigdalitis y en estos casos sí debería practicarse la amigdalectomía. ^{58/}

Amigdalitis que no puedan ser tratadas médicamente, ya sea por intolerancia o por una inadecuada respuesta al medicamento. ^{59/}

Linfadenopatía persistente de los ganglios linfáticos cervicales anteriores. ^{60/}

Portador sano de gérmenes de difteria que no hayan podido ser erradicados con antibióticoterapia.

El discernimiento y la experiencia profesional en la evaluación de la validez de estas indicaciones en un paciente determinado, son obviamente igualmente importantes. ^{61/}

Contraindicaciones: para la realización de amigdalectomía.

Paladar hendido. A la amigdalectomía sigue una mayor alteración del lenguaje.

^{58/} Silver K., Henry; Manual de pediatría; p. 184.

^{59/} Martínez M., Roberto; op.cit., p. 1048.

^{60/} Deseese, D.D.; Tratado de otorrinolaringología, p. 71.

^{61/} Corvea, Jorge; op.cit., p. 226

La amigdalectomía no debe practicarse en pacientes que tengan discrasias sanguíneas: leucemia, púrpura, hemofilia, etc., ya que pueden presentarse hemorragias.

Enfermedad sistémica no controlada: diabetes, cardiopatías, etc.

Niños con úvula bífida. Por el peligro que existe de agravar el defecto del paladar blando.

Infección amigdalina en fase aguda o recurrente.

Resfriados.

Fiebres de origen desconocido.

Aumento de tamaño de amígdalas sin que ocurran síntomas obstructivos.

"Edad menor de 3 años: ya que las amígdalas desempeñan un importante papel en la actividad inmunológica a nivel del anillo linfático faríngeo".^{62/}

"No debe aducirse como contraindicación la edad del enfermo, ya que si la indicación operatoria ha sido bien establecida, ésta no representa un impedimento, por fortuna son muy raros los casos de lactantes

62/ Zollner, F.; Otorrinolaringología, p. 245.

menores que requieran de amigdalectomía; pero si tal es el caso, el procedimiento debe ser realizado con los cuidados que cada enfermo amerite."^{63/}

Por lo anteriormente escrito, es importante recordar que la experiencia profesional en la evaluación del tratamiento quirúrgico en cada paciente, es sumamente importante.

Tratamientos quirúrgicos utilizados:

Existen dos técnicas utilizadas en la realización de la amigdalectomía, éstas son: la técnica de disección y la técnica de "guillotina".

Técnica de disección: es la que con mayor frecuencia se utiliza para la extirpación de las amígdalas. Esta técnica puede emplearse en todas las variedades de amígdalas, tanto si son superficiales como si se hallan profundas o "enterradas": con la "disección" se disminuye el riesgo de hemorragia posoperatoria primaria.^{64/}

Técnica de guillotina: esta es utilizada con menos frecuencia, debido a que tiene desventajas muy importantes, por lo cual no es recomendable; entre las desventajas encontramos las lesiones operatorias de los pilares que se presentan con más frecuencia con esta técnica,

^{63/} Levy, Samuel; op.cit., p. 187.

^{64/} Weese, D.F., op.cit., p. 72.

así como también es posible que la guillotina no alcance la base de la amígdala y así deja un resto amigdalár que luego debe ser extirpado mediante la disección. ^{65/}

Precauciones preoperatorias:

Deben hacerse un interrogatorio y examen médico completos y prestar atención especial a los antecedentes hemorrágicos del paciente o su familia. (Elaboración de historia clínica completa).

Realización de pruebas de detección para descubrir trastornos de la coagulación como son: el tiempo parcial de tromboplastina, el tiempo de protrombina y la cuenta plaquetaria. ^{66/}

Es importante detectar y corregir, de ser posible antes de la intervención quirúrgica, anemia, ya que la sangre de los pacientes anémicos es deficiente en glóbulos rojos. Estos últimos contienen hemoglobina que es la encargada de transportar el oxígeno, siendo necesaria su presencia en determinadas cantidades para que se mantengan las funciones y la vida de los tejidos.

Debe dársele al paciente adulto y principalmente al niño, explicaciones en términos apropiados para que comprenda sobre el padecimiento quirúrgico; se le explicara también que dicho tratamiento se rea-

^{65/} Ibidem., p. 74

^{66/} Ibidem., p. 71

lizará para ayudarle a disminuir las molestias que siente, así como para prevenir los episodios repetidos de infección.

Se le informará de las posibles molestias en el posoperatorio inmediato (como dolor).

Se orientará sobre el procedimiento también a la familia, para que ésta transmita confianza al paciente mediante la aclaración de dudas y ayudar de esta forma a aliviar el temor del niño. Es conveniente permitir la presencia de los padres o de uno de ellos en los períodos pre y posoperatorios. (Siempre y cuando no intervengan u obstaculicen el tratamiento).

Deberán darse instrucciones a la familia sobre los cuidados posoperatorios en lo que se refiere a la dieta, actividad, retorno a la escuela, síntomas que se esperan como dolor en la primera semana posoperatoria; y la posibilidad de hemorragia tardía.

Las actividades posoperatorias se adaptan en forma individual a las reacciones y deseos del niño; no es necesario establecer limitaciones absolutas a la actividad.^{67/}

67/ Ibidem., p. 74

Medicación preoperatoria:

Anestesia. Cualquiera de los anestésicos aceptados pueden ser utilizados en la amigdalectomía. Prefiriéndose por la minoría de los anesthesiólogos administrarlos en forma de anestesia local en adultos, y por la mayoría en forma de anestesia general bajo intubación orotraqueal; aunque en ocasiones la intubación puede causar traumatismo en las cuerdas, particularmente en los niños.

Medicación preoperatoria en adultos: las amigdalectomías en una persona adulta a menudo se efectúan bajo anestesia local, por esta razón la medicación preoperatoria es sumamente importante.

Medicación preoperatoria en niños: en los niños la anestesia es precedida por la administración de atropina. La dosis la indica el médico anestesista que es generalmente en relación con la edad y el peso del niño.

La medicación preoperatoria suele administrarse para evitar temores, hacer más fácil la inducción y el mantenimiento de la anestesia, disminuir la cantidad de agentes anestésicos necesarios y neutralizar la excesiva producción de saliva y moco.

Es necesario señalar que las dosis indicadas son las que más se emplean en la práctica diaria y puede que no correspondan a las

dosis oficiales recomendadas por la farmacopea británica (BP).^{68/}

Medicación anestésica:

Anestesia general. La profundidad de la anestesia debe ser sólo la necesaria para evitar los movimientos de los músculos de la garganta. Para de esta forma favorecer la recuperación posanestésica.^{69/}

El estado de anestesia general es una ausencia de la percepción de todas las sensaciones inducidas por drogas.

Los anestésicos generales pueden administrarse por diferentes vías, pero se prefiere la intravenosa o la inhalatoria, porque la dosis efectiva y la cronología de acción son más previsibles cuando se usan estas técnicas.^{70/}

Anestesia local. La anestesia por infiltración es la inyección de solución que contiene el anestésico local en los tejidos a través de los cuales se hará la incisión; en la amigdalectomía, la anestesia local se inyecta en los pilares anterior y posterior y en los tejidos periamigdalinos.

La anestesia local está contraindicada en intervenciones quirúrgicas de pacientes aprensivos.^{71/}

^{68/} Trounce, J.R.; op.cit., p. 138

^{69/} Weese, D.D., op.cit., p. 71

^{70/} Goodman G., Alfred, op.cit., p. 282

^{71/} Weese, D.D., op.cit., p. 71

Cuidados posoperatorios:

Los cuidados posoperatorios necesitan de la asistencia continua de enfermería en el período posoperatorio inmediato y de recuperación, por riesgo importante de hemorragia; no deberá dejársele solo al paciente hasta que recupere la conciencia.

A su ingreso, procedente de la sala de operaciones, se coloca al niño en posición prona (decúbito ventral o boca abajo), con una almohada bajo el abdomen y el pecho para facilitar el drenaje y salida de secreciones, vómito y sangre por la boca y evitar se dirijan hacia la tráquea; se tendrá precaución en colocarlo parcialmente sobre uno de sus lados y parcialmente sobre su abdomen para facilitar la respiración. El paciente debe permanecer así hasta que vuelvan los reflejos normales (como la deglución) y finalmente, logre "escupir" la cánula de su boca. Después entra en una fase de sueño posoperatorio y aún durante este período debe permanecer recostado sobre un lado impidiéndole que se voltee sobre su espalda. En esta fase hay que dejarle que duerma tranquilo durante este tiempo.

No debe dejársele solo hasta que despierte y se mantendrá en observación constante durante varias horas después.

Durante la fase posoperatoria, la enfermera debe vigilar con suma

cautela al paciente e informar de inmediato de cualquier reacción adversa, como lo es: hemorragia de nariz o boca perceptibles por: movimientos de deglución, taquiesfignia, inquietud y vómito.

La enfermera debe tener preparado el equipo necesario para detener una hemorragia y el equipo para aspiración deberán estar cerca, en caso de urgencia.

El registro de signos vitales dentro de las actividades de enfermería, son muy importantes y dentro de éstos, principalmente el pulso.

Si no hay sangrado, tan pronto como el paciente se despierte, se le permite que tome líquidos y nieve o trocitos de hielo. En la dieta los líquidos son importantes en el tratamiento posoperatorio, esto con el objeto de reponer los líquidos corporales perdidos por medio de la sangre durante el procedimiento quirúrgico. Si el paciente no acepta la dieta por el dolor, (aún posterior a la ministración de un analgésico), deberá mantenerse la administración de líquidos por vía venosa. La nieve y los trozos de hielo favorecen, disminuyendo el edema producido por traumatismo quirúrgico, así como también ayuda a disminuir la probabilidad de sangrado mediante la vasoconstricción.^{72/}

^{72/} Ellis, Harol; Manual internacional de enfermería quirúrgica;
pp. 513-514.

Es normal que el paciente refiera dolor de garganta después de la operación (el cual durará de 5-6 días de posoperado), para ello es conveniente aconsejar al paciente que evite hablar demasiado y toser en exceso, de no disminuir el dolor con estas recomendaciones, será necesario la administración de un analgésico como Dipirona o Acetaminofén, evitando la administración de ácido acetil salicílico, debido a su tendencia a incrementar sangrado.

Los lavados bucales son recomendables para extraer residuos de coagulación de sangre o secreciones, y así brindar comodidad al paciente. ^{73/}

Complicaciones posoperatorias de una amigdalectomía:

Las complicaciones que surgen son: hemorragia que puede ser inmediata (primaria) o tardía (secundaria).

La hemorragia inmediata se presenta en el posoperatorio y se puede decir que la vida del paciente durante esta fase depende del personal de enfermería, pues si la hemorragia se reconoce y se trata de inmediato, puede corregirse a tiempo; pero si no se reconoce y hay alguna demora en el tratamiento, puede ser mortal.

^{73/} Sholtis, Lillian; op.cit., p. 412

Hemorragia inmediata (primaria):

Las hemorragias más peligrosas se presentan, por lo general, pocas horas después de la operación, en la mayoría de los casos se debe a los siguientes errores:

No se han extirpado correctamente las amígdalas.

Cuando se han dejado restos de tejido linfoide, los pequeños vasos sanguíneos no se retraen dentro del lecho muscular y quedan sin oblitear (como ocurre ordinariamente).

Las ligaduras (suturas) están mal hechas o se han colocado en lugares inadecuados.^{74/}

La atención de enfermería posoperatoria debe identificar y reportar de inmediato al cirujano a cargo del caso, cualquier anomalía que indique hemorragia como lo es sangrado de nariz o boca; o perceptible por medio de movimientos de deglución: la deglución aún durante el sueño después de una amigdalectomía, generalmente implica sangrado; taquiesfignia: el aumento de pulso también nos puede indicar sangrado; inquietud y vómito: con contenido de sangre rojo brillante a intervalos frecuentes o sangre color pardo por la acción del jugo gástrico cuando ha sido deglutida.

^{74/} Weese, D.D.; op.cit., p. 78

El personal de enfermería debe tener preparado el material y equipo necesario en un caso de urgencia, el cual lo compone:

Equipo completo para aspiración.

Lámpara, un espejo frontal, gasas, pinzas, hemostáticas curvas y un "riñón" de plástico.

Adrenalina al 1/1000.^{75/}

Cuando se presenta la hemorragia en el período posoperatorio inmediato, se imponen las siguientes medidas de urgencia: tan pronto como se reconozca un sangrado en exceso, debe examinarse la garganta; si medidas simples, tales como la presión local o la aplicación de vasoconstrictores no detienen la hemorragia, es necesario trasladar nuevamente al quirófano para que el cirujano suture los puntos rotos.^{76/}

Sangrado tardío o secundario:

El sangrado secundario suele presentarse sólo en raras ocasiones y ocurre entre el quinto y el décimo día posoperatorio. El sangrado tardío está ocasionado por la eliminación prematura del tejido cicatrizal que se forman sobre las superficies del área en la cual estaban las amígdalas. Esta eliminación puede precipitarse por una infección en

^{75/} Sholtis, Lillian; op.cit., pp. 411-412.

^{76/} Weese, D.D., op.cit., p. 78

el sitio de operación o puede ocurrir cuando se toman alimentos demasiado ásperos después de la operación.^{77/}

Información general:

Hipertermia. Muchos pacientes presentan una ligera elevación de la temperatura, al día siguiente de la operación, lo cual es una reacción normal de la cirugía y no hay que darle antibióticos al niño ya que no son necesarios.

Dolor de oídos. El paciente puede quejarse de dolor de oídos después de la amigdalectomía. Casi siempre se trata de un dolor referido de la región amigdalina, pero se notificará al médico para que éste examine el oído y no pasar por alto alguna otitis media. Solamente se usan analgésicos.

^{77/} Ibidem., p. 78

2. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

2.1 Datos de identificación.

Nombre: E.P.L.

Edad: 9 años; Sexo: femenino; Escolaridad: 4o. año de primaria.

Religión: Católica; Nacionalidad: mexicana; Lugar de procedencia:

Distrito Federal; Domicilio: Distrito Federal.

Servicio de ingreso:

Otorrinolaringología, hospitalización.

2.2 Nivel y condiciones de vida.

Ambiente físico:

Habitación:

Consta de cocina, baño y un dormitorio; cuenta con buena ventilación (una ventana en cada habitación); la iluminación también es adecuada, refiere la familia.

Tipo de vivienda: rentada.

Tipo de construcción: ladrillo y lámina.

Animales domésticos: un gato.

Servicios sanitarios:

Cuenta con pavimentación, luz, agua, drenaje dentro y fuera de su domicilio. El dormitorio y la cocina son limpiados diariamente, el W.C. cada tercer día.

Control de basura:

La basura se deposita en 2 botes con tapa, los cuales se encuentran: uno en la cocina y el otro en el sanitario, para posteriormente entregar la basura al carro recolector los días martes y sábado.

Vías de comunicación:

Cuenta con transporte público, colectivo y teléfono público.

Hábitos higiénicos:

Se baña cada tercer día, con cambio completo de ropa; el lavado de manos lo realiza frecuentemente; la limpieza de los dientes la realiza en forma irregular, en ocasiones una sola vez a la semana.

Hábitos alimenticios y horario:

Desayuno: 1 vaso con leche y un pan, generalmente antes de ir a la escuela.

Comida: sopa de pasta, arroz, guisado, frijoles y fruta. La verdura ocasionalmente.

La comida se realiza por lo regular al regresar de la escuela.

Cena: 1 vaso de leche antes de dormir; sólo ocasionalmente.

Alimentos que originan:

Preferencia: fruta.

Desagrado: carne.

Intolerancia: ninguna.

Hábitos de eliminación:

Vesical: orina de 3 a 4 veces al día con características macroscópicamente normales y sin molestias.

Intestinal: una vez al día, con características macroscópicamente normales y sin molestias.

Descanso:

Duerme de 9 a 10 horas diarias; en forma un poco molesta últimamente, ya que existe respiración oral en forma paulatina.

Sueño: un poco inquieto.

Recreación:

No practica ningún deporte, pero sí le agrada y se divierte al jugar con su hermano y compañeros de clase, aunque últimamente ha sido limitada por su problema de salud (respiración oral leve). Sustituyéndolo con la televisión; los días de campo o salidas a otros lugares con su familia son esporádicos.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Padre	30 años	Chofer	Sueldo mínimo para 1989, más horas extras.
Madre	35 años	Hogar	Ninguna
Hermano	6 años	Estudiante	Ninguna

Dinámica familiar:

Existen adecuadas relaciones, ya que existe comprensión y cariño por parte de los integrantes de la familia.

Dinámica social:

Buenas relaciones con amigos y familiares.

Vida cotidiana:

Se levanta a las 6 de la mañana, se baña o se asea parcialmente, desayuna, acude a la escuela, regresa a las 13:30 horas, come, realiza su tarea, juega o ve televisión, cena (en ocasiones) y se duerme.

Comportamiento personal:

Refiere su mamá que "es una niña un tanto tranquila y que suele enojarse y contentarse con facilidad, pero es muy noble".

2.3 Padecimiento actual.

Refieren sus padres inicia padecimiento actual, a los 4 años de edad con cuadros repetitivos de amigdalitis (diagnosticado por el médico del centro de salud), hasta de 4-5 veces al año; caracterizados por ataque al estado general, fiebre no cuantificada, faringodinia, disfagia, odinofagia, halitosis, disminución de peso (no cuantificado) durante la exacerbación de la enfermedad, ya que la niña rehusa comer, mialgias, artralgias en articulaciones mayores; linfadenopatía cervical izquierda sensible a la palpación en una ocasión (actualmente no existe, no re-

cuerda la fecha). Es tratada por facultativo del centro de salud con múltiples antimicrobianos, obteniendo una pobre respuesta al tratamiento; últimamente a la sintomatología se agrega respiración oral leve; motivo por el cual el médico del centro de salud orienta a los padres para que remitan a la paciente a este Instituto.

Es importante mencionar que los padres de la niña mencionan que nunca se le realizó, a la paciente, un exudado faríngeo en el centro de salud; así como también que los tratamientos farmacológicos indicados se interrumpían cuando se notaba una mejoría de la enfermedad.

Antecedentes personales patológicos:

El único antecedente patológico referido por la madre es el de parotiditis y del cual no recuerda la edad de la niña en que ocurrió; niega otras enfermedades infectocontagiosas de la infancia, alérgicos, transfusionales y quirúrgicos.

Antecedentes familiares patológicos:

Abuela materna con diabetes mellitus, demás familiares sin patología aparente.

Exploración física:**Inspección:**

Aspecto físico: ectomórfica.

Aspecto emocional: adaptada aparentemente a su medio.

(Se percibe ansiosa).

Cabeza: normocéfalo, sin presencia de exostosis ni hundimientos, con buena implantación de pelo, el cual es íntegro, pero un poco reseco.

Cara: Simétrica, alargada, piel con ligera palidez y con adecuada hidratación.

Cejas: pobladas e íntegras.

Ojos: grandes, con pupilas isocorias y reflejas a la luz; conjuntivas hidratadas y ligeramente pálidas.

Nariz: central, fosas nasales simétricas, permeables, tabique nasal sin presencia de alteración.

Oídos: pabellones auriculares íntegros y sin datos de alteración.

Boca: dentadura completa, con caries en 2o. premolar inferior izquierdo; amígdalas hipertróficas grado III, que obstruyen parcialmente la orofaringe; criptas abiertas y sin casium. Periamigdalitis † se observa respiración oral leve.

Cuello: cilíndrico, móvil, no linfadenopatías.

Tórax: bien conformado, con movimientos inspiratorios y expiratorios un poco aumentados; área bronquial sin presencia de estertores, área pulmonar bien ventilada; la piel se encuentra íntegra y con adecuada hidratación.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no hepatomegalia, no esplenomegalia; movimientos peristálticos presentes.

Organos genitales: no se exploran.

Extremidades superiores: íntegros, simétricos y funcionales; con movimientos normales; por el momento no mioartralgias.

Extremidades inferiores: íntegros, simétricos y funcionales; con movimientos normales; por el momento no mioartralgias.

Somatometría y signos vitales:

Peso actual: 31 Kg.

Talla: 1.37 cm.

T/A No se cuenta con brazalete pediátrico

F.C. 92

Temperatura axilar: 36.2°C

Respiración: 28

Fecha de exploración: 26-II-89

FUENTE: Directa

Resultados de exámenes de laboratorio y gabinete.

Fuente: Indirecta por medio del expediente clínico

Fecha	Tipo de examen	Cifras normales	Cifras del paciente	Observaciones
4-I-89	Biometría hemática	Eritrocitos 4.700 000 4.800 000/mm ³	4,750 000	Normal
		Hematócrito 37-38%	37	Normal
		Hemoglobina 13-14 g/100 ml	14	Normal

Fecha	Tipo de examen	Cifras normales	Cifras del paciente	Observaciones
		Leucocitos 4,500-13,500 mm ³	6.400	Normal
		Linfocitos 38%	47	Elevados
		Monocitos 2.7%	0	Disminuidos
		Neutrófilos 53%	51	Ligeramente disminuidos
		Eosinófilos 1-4%	2	Normal
		Basófilos 0 - 1	0	Normal
		Plaquetas 150,000-400,000/mm ³	357,200	Normal
4-I-89	Grupo y Rh		0 positivo	
17-I-89	Pruebas de coagulación	Tiempo de protrombina 11 a 14 seg. 65-100%	11"-100%	Normal
		Tiempo parcial de tromboplas- tina activa 30-45 seg.	42.2"	Normal
	Examen gene- ral de orina	Densidad 1,003-1,035	1,025	Normal
		pH 6 (ácido)	6	Normal

Fecha	Tipo de examen	Cifras normales	Cifras del paciente	Observaciones
	Coproparasi- toscópico	Negativo	Negativo	Normal

Exámenes de gabinete:

Proyección lateral de cráneo con foco en rinofaringe.

Amígdalas hipertróficas grado III, que obstruyen parcialmente la luz de la columna de aire de rino y orofaringe.
Paquete adenoideo mínimo no obstructivo.

2.4 Diagnóstico médico:

Amigdalitis crónica.

2.5 Diagnóstico de enfermería (27-11-89)

Nota preoperatoria 7:30 horas.

Paciente femenina escolar, cursando las primeras horas de hospitalización, programada para realizar tratamiento quirúrgico de amigdalectomía el día de hoy; consciente, orientada en tiempo, espacio y per-

sona; facies de aparente tranquilidad, aunque se percibe un poco ansiosa y temerosa por su cirugía (realiza preguntas, algunas de ellas repetitivas); actitud libremente escogida, movimientos normales; biotipo, ectomórfica, con edad aparentemente igual a la cronológica (9 años); por el momento se encuentra en reposo relativo; proviene de nivel socioeconómico medio bajo; coeficiente intelectual dentro de límites normales; con regulares hábitos higiénico-dietéticos.

Paciente con ligera palidez de tegumentos, pero su biometría hemática reporta Hb=14 g/100 ml y Hc= 37% en cifras normales; mucosas orales con mínima deshidratación probablemente por la respiración oral ya que la piel en general se encuentra hidratada adecuadamente; al interrogatorio se muestra colaboradora, se percibe ansiosa; existe respiración oral leve; a la exploración faríngea se observan amígdalas con hipertrofia grado III, criptas abiertas, vacías y periamigdalitis positiva y a referir por la niña, sensación de un cuerpo extraño que causa dolor, dificultad para comer y dificultad para respirar.

Por el momento la niña se encuentra preparada físicamente para pasar a quirófano; se encuentra canalizada en miembro superior izquierdo con solución glucosada al 5%, 500 cc, para mantener vena permeable; en los signos vitales se percibe el aumento de la frecuencia respiratoria; frecuencia cardíaca -96, respiraciones -28 a 32, temperatura axilar 36.4°C, (T/A no se cuenta con brazaleta pediátrico).

Paciente que es trasladada al servicio de quirófano a las 10:30 horas.

Nota posoperatoria: 13:00 horas:

Paciente procedente del servicio de recuperación posoperada de amigdalectomía; consciente, orientada en las tres esferas; palidez de tegumentos; mucosas ligeramente deshidratadas (la cual estaba presente antes de la cirugía); la niña refiere dolor en la garganta (herida quirúrgica); existe salida de secreciones sin rasgos sanguinolentos de orofaringe; ingresa sin venoclisis, pendiente de continuar con dieta líquida fría y nieve, la cual ya se ha iniciado en esta ocasión en el servicio de recuperación, debido a que la paciente se recuperó rápidamente de la anestesia; sus signos vitales se encuentran:

Pulso: entre 100 - 104 - taquiesfignia

Respiraciones: entre 16 - 24 - irregular

Temperatura axilar: entre 36.5-36.8°C -parámetros normales

No se refieren otras molestias.

2.6 Problemas detectados

Problemas y necesidades:

Período preoperatorio:

Respiración oral

Ansiedad y temor (preparación psicológica)

Preparación preoperatoria:

Psicológica

Dietética

Física

Administrativa

Medicación preanestésico

Período posoperatorio:

Dolor en el sitio de la herida quirúrgica.

Cuidados posoperatorios:

Psicológico.

Físico.

Dietéticos.

3. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

3.1 Datos de identificación.

Nombre: E.P.L.

Edad: 9 años

Sexo: Femenina

Escolaridad: 4o. año de primaria

Servicio: Otorrinolaringología, hospitalización.

Diagnóstico médico:

Amigdalitis crónica.

3.2 Objetivos:

Preoperatorios:

Disminuir las molestias producidas por la enfermedad al máximo posible, antes de la cirugía.

Detectar y eliminar o disminuir el grado de complicaciones posoperatorias, en una amigdalectomía, mediante una preparación física y psicológica adecuada.

Enviar al paciente en las mejores condiciones físicas y psicológicas a la sala de operaciones.

Posoperatorios:

Detectar y prevenir complicaciones biológicas y psicológicas en una paciente posamigdalectomizada, mediante cuidados específicos de enfermería.

Disminuir las molestias posoperatorias de una amigdalectomía, mediante medidas específicas basadas en las necesidades.

Proporcionar a la paciente escolar posamigdalectomizada, un ambiente de comodidad y confianza, lo mejor posible.

3.3 Problemas o necesidades.**Preoperatorias:**

Problema 1: Amigdalitis crónica.

Manifestaciones del problema:

Respiración oral leve, aumento de la frecuencia respiratoria, la cual es de 28-32 X".

Razón científica de las manifestaciones:

En las infecciones crónicas de las amígdalas, éstas suelen hipertrofiarse a tal grado que pueden obstruir la respiración a nivel orofaríngeo (aunque este síntoma es más frecuente y característico en la ade-

noiditis), con lo cual existe la tendencia a la respiración oral, como un intento para facilitar la entrada de aire.

Acciones de enfermería:

Dar posición semifowler o fowler a la paciente.

Brindar apoyo psicológico a la paciente, entablando una relación adecuada, explicar a la niña y a los padres el por qué de la manifestación (respiración oral) y de la acción a realizar (posición).

Razón científica de la acción:

Con la adopción de esta posición se ayuda a disminuir la obstrucción, que las amígdalas hipertrofiadas causan en la orofaringe; al explicar a la paciente la necesidad de que adopte la posición, se logra su cooperación y se le brinda confianza.

Evaluación de la acción:

Mediante la acción realizada, no se disminuye en ningún grado el problema obstructivo; el cual será resuelto con el tratamiento quirúrgico. Pero sí se logra brindar comodidad a la paciente.

Problema 2: Ansiedad y temor.

Manifestaciones del problema:

La paciente preescolar no quiere permanecer sola.

Constantemente realiza preguntas sobre la operación (algunas de ellas se repiten, aunque ya hayan sido respondidas).

Razón científica de las manifestaciones:

Cualquier intervención quirúrgica siempre va precedida de cierto grado de ansiedad o temor por parte del paciente. Las fuentes de esta ansiedad son diversas; por ejemplo, ignorancia sobre lo que se le va a hacer; experiencias anteriores desagradables; problemas familiares o historias exageradas de amigos; miedo a lo desconocido, a la anestesia, al dolor, a la muerte. La extensión de la reacción del enfermo se puede basar en muchos factores, incluidas las molestias y sacrificios que conscientemente sabe que hará, sean de índole física, económica, psicológica o social.^{78/}

Acciones de enfermería:

Brindar apoyo emocional a la paciente y familia, mediante orientación sobre la enfermedad y la necesidad del tratamiento quirúrgico y las posibles molestias posteriores a la misma.

^{78/} Sholtis, Lillian; op.cit., p. 323

Brindar confianza y comprensión mediante una relación adecuada enfermera-paciente.

Saber escuchar a la paciente para así poder examinar las causas que pueden causar ansiedad y temor en la misma; de esta forma se detecta que la niña tiene miedo de sentir dolor durante la operación y posterior a ésta; se le dice a la paciente que no debe sentir temor de experimentar dolor durante la operación, ya que ésta se llevará a cabo mediante anestesia general, con vigilancia estrecha y por médicos especialistas; también se le explica anticipadamente sobre el dolor que puede presentar posterior a la cirugía en el sitio de la herida quirúrgica; y se le señala que éste será leve y que en caso de ser necesario se le ministrarán analgésicos.

Es importante contestar con la verdad y en términos adecuados a las preguntas formuladas por la paciente.^{79/}

Se permite que uno de los padres permanezca con la paciente y se le sugiere que le lean un cuento.

^{79/} Ibidem., pp. 323-324.

Razón científica de las acciones:

Desde el punto de vista psicológico, es importante llevar a cabo las acciones de enfermería, anteriormente mencionadas, ya que se sabe que una mente intranquila afecta directamente el funcionamiento adecuado del cuerpo.^{80/}

La tranquilidad impartida con tacto y afecto, principalmente al niño, por parte del personal de enfermería, mediante una relación adecuada enfermera-paciente, evitando la simpatía excesiva que pudiera ser contraproducente, contribuye de manera importante en la actitud mental del enfermo sobre la intervención a la que va a ser sometido. Es importante que el tiempo precedente a la operación y de ser posible unos días antes de la misma, el paciente se mantenga ocupado en algo que lo distraiga; siendo también esencial que tenga reposo adecuado.^{81/}

La figura de los padres representa para el niño comprensión y apoyo.

Evaluación de las acciones:

Se logra entablar una relación adecuada enfermera-paciente.

Se percibe mediante la plática con la paciente que ha disminuído la ansiedad y el temor.

80/ Ibidem., p. 323

81/ Ibidem., p. 325

La presencia de los padres (orientados), ayuda positivamente a disminuir la ansiedad y temor, ya que le brindan cariño y comprensión, así como también tratan de mantener su atención ocupada mediante la lectura de un libro de cuentos.

Problema 3: Amigdalitis crónica.

Manifestaciones del problema:

Paciente que amerita intervención quirúrgica (amigdalectomía).

Razón científica de las manifestaciones:

La intervención quirúrgica es el tratamiento de elección en la amigdalitis crónica; en los casos en donde no existe la opción de otro tratamiento y siempre cuando exista factibilidad para la realización de dicho tratamiento.

Acciones de enfermería:

Aspecto psicológico: brindar apoyo emocional a la paciente escolar en el período preoperatorio.

Aspecto dietético: corroborar y vigilar que se haya llevado y se lleve en forma correcta, el ayuno a partir de las 22 horas; orientar a la paciente y padres de la niña sobre la necesidad del ayuno.

Aspecto físico: a) verificar que el aseo bucal y la limpieza de la piel mediante el baño se hayan realizado; las uñas deben estar limpias y sin barniz; b) interrogar a la paciente y padres sobre la existencia de alguna pieza dentaria floja de la paciente; c) interrogar sobre la posible alergia de la paciente a algún medicamento; d) corroborar que la paciente se encuentre vestida correctamente para pasar a quirófano; verificar que la paciente no porte objetos personales y de valor. e) vigilar que la venoclisis que ha sido instalada a las 6 a.m. por el personal de enfermería del turno nocturno, se encuentre y permanezca permeable y a un goteo adecuado. f) eliminación: otro punto importante es insistir en la eliminación o vaciamiento del intestino y la vejiga de la paciente, antes de su traslado a quirófano.

Aspecto administrativo:

Revisión del expediente clínico y radiológico de la paciente: verificar los datos de identificación de la paciente; corroborar la existencia de la autorización por escrito y firmada de la operación; revisar las indicaciones médicas del cirujano y anestesista; verificar la existencia de exámenes de laboratorio realizados en un tiempo no mayor de 6 meses, los cuales son: B.H., pruebas de coagulación; tiempo de protrombina y tiem-

po parcial de tromboplastina, grupo y Rh, examen general de orina y coproparasitoscópico; revisar que exista el estudio socioeconómico elaborado por trabajo social.

Elaboración de la hoja de enfermería: con la toma del peso y la talla de la paciente; registro de signos vitales; pulso, respiración, temperatura (el registro de la tensión arterial no se realiza porque no se cuenta con un brazalete pediátrico).

Premedicación anestésica: la nota médica del anestesista indica que no se ministrará medicación preanestésica.

Traslado de la paciente a quirófano: se completa la preparación preoperatoria de la paciente; se integra en forma completa el expediente, historia clínica, hoja de consentimiento de operación, exámenes de laboratorio y gabinete, indicaciones médicas, hoja de enfermería, papelería de trabajo social.

Se traslada a la paciente a quirófano en una camilla, se entrega a la paciente acompañada del expediente clínico y radiológico a la enfermera instrumentista del quirófano.

Razones científicas de las acciones:

Aspecto psicológico: mediante la adecuada orientación sobre la enfermedad, la necesidad del tratamiento quirúrgico, la respuesta a las

dudas que plantea la paciente y las posibles molestias que se pueden presentar posteriores a la intervención, disminuyen los temores que surgen a raíz de ésta.

Aspectos dietéticos: ninguna operación debe practicarse cuando hay alimento o líquidos en estómago, pues existe el peligro de que la paciente broncoaspire contenido gástrico al inducir la anestesia.^{82/}

Aspecto físico: a) una piel y mucosas limpias disminuyen el riesgo de infección en el posoperatorio; mediante uñas limpias y sin barniz se pueden observar los cambios de coloración de la piel (de gran importancia en el período transoperatorio);

b) la existencia de piezas dentarias flojas, pueden desprenderse fácilmente durante la intubación orotraqueal, colocándose en faringe o tráquea, ocasionando así trastornos en la respiración que pueden conducir a asfixia; después pueden ser aspirados aún más hacia adentro, entrar en los bronquios o una de sus ramas y causar síntomas de irritación como: tos, expectoración hemoptóica y paroxismos de disnea.^{83/}

c) como medida preventiva es importante antes de administrar cualquier fármaco realizar un interrogatorio muy detallado para tener la seguridad de que no se conoce hipersensibilidad a fármacos por administrar.

^{82/} Ellis, Harold; op.cit., p. 37

^{83/} Sholtis, Lillian; op.cit., p. 413

d. Al vestir con ropa quirúrgica al paciente se disminuye el grado de contaminación sobre el área quirúrgica; la ropa de algodón no es buena conductora de la electricidad. 84/

e. Mediante la venoclisis se mantiene una hidratación adecuada de la paciente (durante el ayuno); así como también proporciona una vía permeable y necesaria para la administración de medicamentos (intra-venosos durante el período pre, trans y posoperatorio.

f. El vaciamiento vesical y anal es importante, ya que durante la anestesia general, durante el período transoperatorio puede haber relación anal y vesical involuntaria contaminando de esta forma el área quirúrgica; en una cirugía menor no se recomienda la aplicación de enema evacuante. 85/

Aspecto administrativo:

Es importante corroborar los datos de identificación del expediente clínico y radiológico, con la paciente y los padres de la misma, para evitar cualquier confusión sobre el paciente o la cirugía a realizar; la autorización por escrito, firmada para la realización de la cirugía es un documento legal que protege al paciente de una cirugía no apro-

84/ Ibidem., p. 334

85/ Ellis, Harold; op.cit., p. 37

bada y al personal (cirujano) e Institución de una demanda por operación no autorizada; mediante la revisión de los exámenes de laboratorio se pueden detectar discrasias sanguíneas principalmente, que pudieran haber pasado desapercibidas y que puedan poner en peligro la seguridad de la paciente; la revisión de indicaciones médicas preoperatorias es una pauta para la realización de las acciones de enfermería; la hoja de enfermería es un documento importante en el cual se visualiza y reporta el individuo desde sus tres esferas. Contiene además datos de utilidad que dan pautas a seguir para el tratamiento quirúrgico, estos son: el peso, talla, signos vitales, se indica además líquidos y medicamentos ministrados.

Evaluación de las acciones de enfermería:

Se ponen en práctica las acciones de enfermería en los aspectos psicológico, dietético, físico, administrativo y farmacológico.

En el aspecto psicológico: mediante la orientación del personal de enfermería y la colaboración de los padres de la niña, se disminuye el grado de ansiedad y temor que siente la niña, ésto se puede percibir a través de la comunicación física y verbal que se entabla con la niña; la paciente se muestra colaboradora al tratamiento en general.

En el aspecto dietético: el ayuno se mantiene en forma adecuada, ya que la paciente lo acepta.

En el aspecto físico: la paciente colabora para la preparación física adecuada; con lo cual se logra enviar a la paciente en condiciones óptimas para la cirugía; la ministración de líquidos por venoclisis es la correcta; el vaciamiento vesical se lleva a cabo antes de que la paciente pase a quirófano, con características macroscópicas normales y sin molestias de la niña.

A la revisión de la papelería del expediente: éste se encuentra en forma correcta y completa; los exámenes de laboratorio no reportan alteraciones que contraindiquen la operación: eritrocitos = $4'750,000/mm^3$, Hb = 14 g/100 ml., Hc = 37%, plaquetas = $357,200/mm^3$, TP = 11" 16%, TPT = 42.2"; copro y EGO dentro de cifras normales.

A la elaboración de la hoja de enfermería no se detectan alteraciones que contraindiquen la cirugía, los signos vitales se reportan en cifras de: respiración = 28-32 por minuto (aumentada), frecuencia cardíaca = 96, temperatura axilar = 36.4, la presión arterial no se toma ya que no se cuenta con un brazaete pediátrico; a la exploración no se detecta cianosis; también se reporta el peso actual de = 31 Kg., talla 1.37 cm., edad 9 años, ya que son datos importantes que sirven al anestesista para determinar la dosis anestésica.

Medicación preanestésica: no se realiza, puesto que no se indica por el médico anestesista; la solución al ser trasladada la paciente al

quirófano se encuentra con solución glucosada al 5% de 500 ml.,
FxP = 410, de la cual pasaron 90 ml.

Se traslada a la paciente al quirófano en las mejores condiciones posibles, físicas y mentales, a las 10:30 horas.

Se entrega a la paciente con su respectivo expediente, a la enfermera instrumentista del quirófano.

Servicio de otorrinolaringología: 13:00 horas.

Problemas o necesidades:

Posoperatorias:

Problema 4: Dolor en sitio de herida quirúrgica.

Manifestación del problema:

La paciente refiere dolor en la garganta.

Taquiesignia (entre 100-112) por minuto.

Respiración irregular (entre 16-24 por minuto)

Razón científica de las manifestaciones:

Existen muchas teorías para explicar cómo sucede o se da el dolor, siendo en la actualidad la más popular la teoría de la "compuerta"

(control de entrada de los impulsos). Esta teoría afirma que si la estimulación periférica es de baja intensidad, los impulsos nerviosos serán apagados a nivel de la médula espinal, de modo que sólo una mínima cantidad de estímulos alcanza al cerebro. Si por el contrario los impulsos periféricos son de alta intensidad, al llegar a la médula espinal se facilita su paso hacia arriba y el cerebro los interpreta como dolor. También es importante recordar que puede haber inhibición de estos estímulos a diversos niveles, por lo que la sensación de dolor puede aumentar o disminuir debido a circunstancias externas, de tipo emocional, etcétera. ^{86/}

Es bien sabido que la ansiedad puede ejercer una profunda influencia sobre la sensación dolorosa.

Los signos y síntomas del dolor son principalmente: llanto, quejidos, gritos y expresión facial de tensión, movimientos o posturas fuera de lo común, náuseas, vómito, anorexia, sudación; los signos vitales es es tán alterados: cambios en el pulso: cuando existe dolor superficial puede haber taquiesfigmia y elevación de la presión arterial. Si el dolor es profundo puede haber bradicardia y caída de la presión; alteraciones de la respiración: la frecuencia puede estar aumentada, disminuída o irregular. Alteraciones de la temperatura y de la coloración de la piel; la piel puede estar sonrosada y caliente o pálida y fría. ^{87/}

^{86/} Trounce, J.R., op.cit., pp. 83-84.

^{87/} Nordmark T., Madelyn; Bases científicas de la enfermería, pp. 422-423.

Acciones de Enfermería:

Brindar apoyo emocional a la paciente: brindándole confianza, responder a sus dudas, ya que el dolor puede ser ocasionado por el temor.

Interrogar, observar y examinar a la paciente, con el fin de evaluar el dolor.

Proporcionar distracción a la paciente. (Sus padres le leen un libro).

Se les indica a los familiares y a la paciente que esta última debe evitar hablar demasiado o forzar la garganta para extraer las secreciones, ya que ésto puede producir dolor de garganta. ^{88/}

Se administra y ministra: Dipirona, 1 supositorio infantil por vía rectal a las 13:30 horas, P.R.N. (indicación médica).

Informar a la paciente que con el analgésico y evitando hablar disminuiría el dolor.

Razón científica de las acciones:

De la misma que se desconoce cómo es producida una sensación dolo-

^{88/} Sholtis, Lillian, op.cit., p. 255

rosa, también en gran medida se ignora por qué mecanismo ciertas actividades de la enfermera pueden aliviar el dolor (apoyo emocional, distracción).^{89/}

Analgésico Dipirona: es una droga antipirética y analgésica que tiene gran utilidad en nuestro país, en otros países como en Estados Unidos, se encuentra casi en desuso; por tal motivo la bibliografía actual de este fármaco es escasa.^{90/}

Evaluación de las acciones de enfermería:

El dolor disminuye considerablemente a referir por la paciente; se nota a la paciente tranquila; los signos vitales se estabilizan a las 15:00 horas; respiración: 16-19 en parámetros normales; pulso: 90-96 parámetros en límites razonables.

Problema o necesidad 5: Amigdalectomía.

Manifestaciones del problema:

Paciente que amerita cuidados específicos de enfermería posoperatorias de amigdalectomía.

Razón científica de las manifestaciones:

Los cuidados posoperatorios requieren experiencia, conocimientos y

^{89/} Ibidem., p. 254

^{90/} Goodman G., Alfred, op.cit., p. 692

un buen sentido común de la enfermera; ya que debe brindar comodidad durante este período un tanto molesto para el paciente y, al mismo tiempo, debe vigilar con suma cautela a la paciente por riesgo importante de hemorragia.

Acciones de enfermería:

Aspecto psicológico: brindar apoyo emocional a la paciente, brindándole confianza y comprensión.

Aspecto físico:

No dejar sola a la paciente hasta que recupere la conciencia.

Colocar a la niña en posición prona, con una almohada bajo el abdomen y el pecho (tener precaución al colocarla parcialmente sobre uno de sus lados y parcialmente sobre su abdomen; debe mantenerse en esta posición hasta que vuelvan los reflejos normales de deglución y esté consciente.

Mantener una vigilancia estrecha de la paciente, aún varias horas después de que haya despertado.

Vigilar a la paciente en busca de complicaciones posamigdalectomía como por ejemplo: hemorragia franca por nariz o boca, o signos y síntomas que pudieran indicar sangrado, estos son: movimientos de deglución, taquiesfignia, inquietud y vómito con contenido de sangre fresca o digerida.

Preparar el equipo necesario para detener una hemorragia y el equipo de succión; en caso de urgencia, el cual consta de:

Equipo completo para aspiración.

Lámpara, un espejo frontal, gasas, pinzas hemostáticas curvas y un "riñón" de plástico.

Adrenalina al 1/1000.^{91/}

Llevar a cabo el registro de signos vitales.

Realizar colutorios con solución salina a glucosada a la temperatura ambiente.

Aspecto dietético:

Una vez que la paciente está despierta y si no existe hemorragia; iniciar y motivar a la paciente para que ingiera líquidos fríos o nieve.

Razón científica de las acciones:

Aspecto psicológico: el apoyo emocional que se brinda a todo paciente y principalmente al paciente pediátrico es fundamental, pues éste repercute en los resultados positivos del tratamiento.

^{91/} Sholtis B., Lillian; op.cit., p.

Aspecto físico:

La posición prona con una almohada bajo el abdomen y el pecho facilita el drenaje y salida de secreciones, vómito y sangre por la boca y evitar se dirijan hacia tráquea; al colocar la almohada sobre uno de los lados de la niña y parcialmente sobre su abdomen se facilita la respiración de la paciente.^{92/}

Mediante la vigilancia estrecha de la paciente por el personal de enfermería se pueden detectar complicaciones posoperatorias, lo más pronto posible y darles tratamiento oportuno a las mismas para evitar de esta manera un desenlace trágico para la paciente.

Signos y síntomas que indican hemorragia en sitio de la herida quirúrgica: movimientos de deglución; aún durante el sueño, después de una amigdalectomía, generalmente implica sangrado; taquiesfigmia; el aumento de pulso también nos puede indicar sangrado; inquietud y vómito con contenido de sangre rojo brillante a intervalos frecuentes o sangre color pardo por la acción del jugo gástrico cuando ha sido deglutido.

Al tener preparado el equipo y material para un sangrado en caso de urgencia; se agiliza este tratamiento oportuno; evitando con ésto una pérdida de tiempo que pudiera ser vital para la paciente.

mediante el registro de signos vitales podemos detectar signos que nos indiquen alguna alteración posoperatoria; la taquiesfignia puede ser un signo que nos indique sangrado o dolor superficial; la irregularidad de la respiración, su aumento o disminución acompañan al dolor; las alteraciones de la temperatura y de la coloración de la piel puede deberse a la sensación de dolor (la piel puede estar sonrosada y caliente o pálida y fría); el aumento de la temperatura por arriba de las cifras normales, puede indicar una infección; sin embargo, es importante recordar que puede presentarse febrícula posterior a la cirugía, lo cual es una reacción normal a la cirugía.^{93/}

Los lavados bucales son recomendables para extraer residuos de sangre o secreciones y así brindar limpieza y comodidad a la paciente.

Aspecto dietético:

La importancia de la dieta a base de líquidos radica en que estos son necesarios en el tratamiento posoperatorio para reponer los líquidos corporales perdidos por medio de la sangre durante el procedimiento quirúrgico; la nieve y trozos de hielo en la dieta favorecen disminuyendo el edema producido por el traumatismo quirúrgico, así como también ayuda a disminuir la probabilidad de sangrado mediante la vasoconstricción.

^{93/} Stanley, N., op.cit., p. 185

Evaluación de las acciones de enfermería:

Aspecto psicológico: el apoyo psicológico se brinda constantemente, con lo cual la paciente se muestra aparentemente tranquila y cooperadora con su tratamiento.

Aspecto físico: la adopción de la posición prona no es necesaria, ya que ésta se encuentra consciente; sin embargo se coloca en posición de decúbito lateral derecho o izquierdo, para facilitar la salida de secreciones en poca cantidad y sin rasgos de sangre; los reflejos se hallan presentes, se mantiene en vigilancia estrecha a la paciente; no encontrando sintomatología que pudiera indicar sangrado oculto o sangrado franco; pero si se encuentran signos que concuerdan con el dolor que refiere la paciente: taquesfrigmia, respiración irregular, la temperatura se mantiene dentro de parámetros normales.

Aunque no se presentan las complicaciones posibles de hemorragia, se mantienen preparado y en buen estado el material y equipo necesario, para un caso de urgencias, en caso de hemorragia.

Se realiza un colutorio a base de solución salina, con lo cual la paciente se siente más cómoda.

Aspecto dietético:

La paciente continúa sin ningún problema; la vía oral a base de líquidos fríos y nieve.

El tratamiento posoperatorio de enfermería, evoluciona favorablemente; por lo que se le indica a la paciente que puede dormir si lo desea; por otra parte, la diuresis se encuentra presente con características normales macroscópicamente y sin molestias a referir por la paciente.

Se entrega a la paciente posamigdalectomizada, aparentemente tranquila a la enfermera del turno vespertino a las 14:30 horas.

4. PLAN DE ALTA

4.1 Educación para la salud.

Educación al paciente posamigdalectomizado: si no existe ningún problema, el paciente puede ser dado de alta del hospital al día siguiente de la operación, pero deberá convalecer en su hogar varios días.^{94/}

Instrucciones para el cuidado en casa después de la amigdalectomía:

Primer día:

1. Tomar líquidos o alimentos muy blandos como por ejemplo: flanes, gelatinas, leche, caldos, helados o purés de verduras previamente colados.
2. Beber bastante agua. (El agua templada o tibia es menos irritante que la fría).
3. Permanecer en cama todo el día o gran parte de él, según se sienta.
4. Haga gargarismos con agua salada tibia (una cucharadita cafetera rasa de sal en un litro de agua) cada dos horas durante el día.

^{94/} Ibidem., p. 185

5. Mastique chicle y trague durante 15 minutos antes de las comidas y entre las mismas, en caso de que el dolor lo haga necesario; ya que ésto evita la rigidez de los músculos de la garganta.
6. No haga exceso de ejercicio físico.
7. Los niños no necesitan hacer gargarismos.
8. En ocasiones será necesario la administración de un analgésico.

Segundo día:

Continúe los gargarismos, mastique chicle y analgésicos si son necesarios. Añada a su dieta huevos tibios muy poco cocidos. Puede tomar también pan tostado quitándole previamente la corteza o bien remojándola con leche o café con leche, hasta que se reblandezca. (Dieta blanda con alimentos más consistentes).

Permanezca en cama o descanse durante la mayor parte del día.

Tercer día:

Continúe el uso de anestésicos según sea necesario.

Haga usted gárgaras si lo siente necesario.

Puede añadir a su dieta alimentos con mayor consistencia como verduras cocidas y pan sin corteza.

Permanezca levantado tanto tiempo como usted desee.

Cuarto, quinto y sexto día:

Continúe el uso de analgésicos si aún es necesario.

Haga gárgaras únicamente si lo necesita. Añada a su dieta gradualmente otros alimentos con mayor consistencia.

Séptimo día:

Acuda a consulta para el examen de revisión.

Informes adicionales para el paciente:

1. El peligro de una hemorragia importante, prácticamente ha desaparecido en el momento en que usted deja el hospital. Sin embargo, puede presentarse algún sangrado después de cinco a seis días. Si ésto sucede, no se ponga nervioso porque este sangrado frecuentemente es muy ligero. Quédese quieto, colóquese acostado sin hacer esfuerzo. Haga gárgaras con agua helada con mucho cuidado y permanezca quieto. Si con estas medidas la sangre no se detiene rápidamente, llame al médico.
2. Durante los días que siguen a la operación, no beba jugos de naranja, de uva, ni de jitomate, porque ocasionan irritación en la garganta y aunque ésto no es peligroso, produce una molestia innecesaria.
3. Después de que se han extirpado las amígdalas se forman dos

placas de pseudomembranas en las fosas amigdalares y usted no debe asustarse, si se le ocurre examinar su garganta con el espejo. La aparición de estas placas es absolutamente normal y éstas escaras son exactamente iguales a las que se forman en las heridas que se hacen en la superficie exterior del cuerpo.

Algunas personas tienen dolor en oídos en los días que siguen a la operación; por lo general se eliminan con analgésicos.

La garganta se examina una semana después de la operación, la curación completa ocurre al cabo de 14-21 días.^{95/}

Educación para la salud, orientación general:

Se orienta a los padres y pacientes sobre la necesidad de llevar a cabo las instrucciones anteriormente mencionadas para un paciente amigdalectomizado.

Se le explica a la niña y padres la importancia de acudir a la consulta médica, para el examen de revisión (a los 7 días).

Se le explica a la familia lo que es la amigdalitis crónica y sus posibles complicaciones.

^{95/} Weese, D.F., op.cit., pp. 77-78.

Se les motiva a los padres de la niña para que ellos y su otro hijo se realicen en su centro de salud un exudado faríngeo, para determinar si existen portadores sanos entre ellos y que si existen, se les ministre a éstos un tratamiento de erradicación.

Se da orientación higiénico-nutricional.

Se les informa sobre la importancia de la limpieza de la vivienda.

Se explica la importancia de una adecuada higiene bucal posterior a cada comida por ligera que ésta sea y acudir con el odontólogo para revisión y de ser necesario tratamiento, cada 6 meses.

Orientar sobre la importancia de llevar a los niños con el médico pediatra por lo menos cada 6 meses o cada año, para que éste vigile el correcto crecimiento de los niños, o corrija posibles alteraciones (como la disminución de peso).

CONCLUSIONES

La amigdalitis crónica es una enfermedad producida por diferentes agentes etiológicos, entre ellos el más incapacitante y en ocasiones mortal, el estreptococo Beta hemolítico del grupo A.

Dicha patología suele atacar con más frecuencia a los grupos más desprotegidos, entre ellos niños principalmente, de nivel socioeconómico bajo y, en general, individuos con hábitos higiénico-alimenticios y de la vivienda deficientes.

El estreptococo Beta hemolítico grupo A que es uno de los agentes etiológicos de la amigdalitis crónica, es capaz de generar infecciones focales e incapacitantes del tipo de la fiebre reumática y glomerulonefritis, ambas causas frecuentes de muertes en nuestro país.

El papel de la enfermera, principalmente, y de todo el personal de salud en general, para erradicar o disminuir en un porcentaje importante dicha enfermedad (amigdalitis crónica) y por ende sus posibles complicaciones, deben ser dirigidas primordialmente al primer nivel de atención a la salud; mediante la ejecución de medidas específicas, con lo cual se lograría, por una parte, evitar la morbi-mortalidad de dichas enfermedades y, por otra parte, la disminución de los gastos económicos que generan una enfermedad crónica, tanto para los pacientes y familia, como para la institución que brinda los servicios de atención mé-

dica; los cuales van aumentando en su costo y gasto a medida que se vuelven más especializados y complejos.

La amigdalitis crónica es un padecimiento que con un diagnóstico y un tratamiento oportuno puede detenerse y evitar serias complicaciones para el paciente; y aquí nuevamente entra la participación tan importante de la enfermera mediante la impartición de la educación para la salud y su participación en la determinación del diagnóstico.

El diagnóstico y el tratamiento se puede establecer acertadamente en base al cuadro clínico, pero también es importante el exudado faríngeo con antibiograma; si bien, en la mayoría de la bibliografía y a referir por algunos médicos, este estudio se menciona poco confiable por el grado de error que tiene; no hay motivo para dudarse de él si se realiza en las condiciones óptimas y, por lo tanto, brinda la posibilidad de poder establecer un tratamiento farmacológico acertado; de ahí la importancia de que la enfermera conozca y limite aquellos factores que puedan alterar el resultado certero del estudio; por una parte enseñar de ser necesario, al demás personal de la salud, la forma correcta de la realización del estudio y por la otra parte orientar al paciente para que llegue en las condiciones adecuadas para la realización del estudio.

La importancia del tratamiento radica también en que éste se lleve en

una forma completa, por parte del paciente, para erradicar el agente causante; ya que no es necesario dejar avanzar la enfermedad de una fase aguda a un estado crónico para poder determinar un tratamiento quirúrgico.

Por otra parte, una vez que ha sido necesaria la realización de un tratamiento quirúrgico, la enfermera juega también aquí un papel de suma importancia, ya sea detectando o limitando factores que pudieran ocasionar complicaciones; así como también su participación necesaria en la educación para la salud.

En la paciente del presente estudio clínico no se presentan complicaciones de la enfermedad, pero es, sin embargo, recomendable que un control médico pediátrico, para detección y corrección de posibles alteraciones entre ellas, la disminución de peso y una probable anemia discreta, que aunque esta última no se reporta en los resultados de la biometría hemática, mediante la exploración física que se le realizó se detectó.

Es de importancia mencionar que la paciente fue tratada con múltiples antimicrobianos por el médico del centro de salud, lugar en el cual nunca se le realizó, a referir por los padres de la paciente, un exudado faríngeo con antibiograma, con lo cual se redujo ampliamente la posibilidad de implantar un tratamiento más acertado y por ende la erradica-

ción del agente etiológico; por otra parte, refieren también que los tratamientos no eran llevados en forma correcta, ya que no comprendían la magnitud del problema y nunca se les orientó sobre la importancia de llevar un tratamiento en forma completa.

Por otra parte, los objetivos propuestos en el plan de atención de enfermería, en un tercer nivel de atención se alcanzaron ampliamente.

BIBLIOGRAFIA

- BAENA Paz, Guillermina
Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales; 12a.ed., Editores Mexicanos Unidos, México, 1984, 134 pp.
- CORVERA Bernardelli, Jorge
Otorrinolaringología elemental; Ed. Francisco Méndez Cervantes, México, 1980, 1500 pp.
- DE WEESE D. y W. Salinderd
Tratado de otorrinolaringología; 6a. ed., Ed. Interamericana, México, 1986, 1109 pp.
- ELLIS, Harold y Chistopher Wastell
Manual internacional de enfermería quirúrgica; Vol. 3, Ed. Ciencia Técnica, México, 1987, 637 pp.
- GOODMAN Guilman, Alfred y Louis S.
Las bases farmacológicas de la terapéutica; 6a. ed., Ed. Panamericana, México, 1986, 1226 pp.
- KRUPP, Marcus A., y Milton J. Chatton
Diagnóstico clínico y tratamiento; 20 ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1985, 1226 pp.
- LAWRENCE, Boies
Otorrinolaringología de Boies; 5a. ed., Trad. Jesús M. Maldonado, Ed. Interamericana, México, 1985, 980 pp.
- LEVY, Samuel y Pinto
Otorrinolaringología pediátrica, Ed. Interamericana, México, 1980 860 pp.
- MARLOW R., Dorothy
Enfermería pediátrica, 4a. ed., Interamericana, México, 1985, 828 pp.

MARTINEZ y Martíñez, Roberto
y Julio Novoa

La salud del niño y del adoles-
cente; 2a. ed., Ed. Salvat,
México, 1986, 1859 pp.

MOURREY V., Luis

Manual de procedimientos y va-
lores de referencia; Ed. Institu-
to Nacional de Cardiología, Mé-
xico, 1983, 191 pp.

MUNGUÍA Zataráin, Irma y
José Manuel Salcedo A.

Manual de técnicas de investiga-
ción documental; Ed. SEP, Mé-
xico, 233 pp.

NORDAK T., Madelyn y
Anne W.R.

Bases científicas de la enferme-
ría; 2a. ed., Ed. La Prensa
Médica Mexicana, México, 1984,
712 pp.

PARKER Anthony, Catherine

Anatomía y fisiología, 10a. ed.
Trad. Santiago Sapiño, Ed. Inter-
americana, México, 1985, 724 pp.

RUIZ Lara, Rafael y
Luigi S.

Nuevo diccionario médico; Ed.
Teide, México, 1985, 1386 pp.

SENECILAL, G. y J.J. Bertrand

Cuaderno de la enfermera, ORL
oftalmología; Ed. Toray-Masson
México, 1980, 106 pp.

SHOLTIS Brunner, Lillian y
Doris Smith S.

Manual de enfermería médicoqui-
rúrgica; Vol. 1, 4a. ed., Ed.
Interamericana, México, 1985,
817 pp.

SILVER K., Henry y Henry
Kempe C.

Manual de pediatría, 20a. ed.
Ed. Manual Moderno, México,
1985, 817 pp.

STANLEY N., Farb.

Manual de otorrinolaringología;
3er. ed., Trad. Víctor de la
Marza, E., Ed. Manual Moder-
no, México, 1986, 850 pp.

- THORN W., George y Raymon D. Adams Medicina interna Harrison; Tomo 1, 5a. ed., Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1985, 1330 pp.
- TROUNCE J., R. Manual de farmacología clínica; 9a. ed., Ed. Interamericana, México, 1984, 491 pp.
- VAZQUEZ Camacho, Luis El método científico en la investigación en ciencias de la salud; Ed. Francisco Méndez Oteo, México, 1987, 279 pp.
- ZOILNER, F. Otorrinolaringología, Ed. Salvat, México, 1982, 839 pp.

Mantener una vigilancia estrecha de la paciente, sin variar horas después de que haya despertado.

Vigilar a la paciente en busca de complicaciones postanepidectomía como por ejemplo: hemorragia franca por nariz o boca, o signos y síntomas que pudieran indicar sangrado (taquicardia, hipotensión, inquietud y vómito con contenido de sangre fresca o digerida).

Preparar el equipo necesario para detener una hemorragia y el equipo de succión en caso de urgencia. El cual consta de:

Equipo completo para aspiración; lampara, un espejo frontal, gasas, pinzas hemostáticas curvas y un "ribón" de plástico; adrenalina al 1/1000.

Llevar a cabo el registro de signos vitales. Realizar cuidados con sujeción salina a temperatura ambiente.

Aspecto dietético:

Una vez que la paciente está despierta y al no existir hemorragia, iniciar y motivar a la paciente para que ingiera líquidos fríos o nieve.

Mediante la vigilancia estrecha de la paciente por el personal de enfermería, se pueden detectar complicaciones postoperatorias, lo más pronto posible y darles tratamiento oportuno a las mismas para evitar de esta manera su desarrollo ulterior para la paciente.

Signos y síntomas que indican hemorragia en sitio de la herida quirúrgica: movimientos de desplacación del diámetro del tacto, después de una anepidectomía, generalmente implica sangrado; taquicardia; el aumento de pulso también nos puede indicar sangrado; inquietud y vómito con contenido de sangre rojo brillante a intervalos frecuentes o sangre color café por la acción del jugo gástrico cuando ha sido digerido.

Al tener preparado el equipo y material para un sangrado en caso de urgencia, se agiliza el tratamiento oportuno, evitando en esta forma una pérdida de tiempo que pudiera ser vital para la paciente.

Mediante el registro de signos vitales podemos detectar signos que nos indiquen alguna alteración postoperatoria: la taquicardia puede ser un signo que nos indique sangrado o dolor superficial; la irregularidad de la respiración, su aumento o disminución acompañan al dolor; las alteraciones de la temperatura y de la cohesión de la piel puede deberse a la sensación de dolor (la piel puede estar enrojecida y caliente o pálida y fría); el aumento de la temperatura por arriba de las cifras normales, puede indicar una infección; sin embargo, es importante recordar que puede presentarse fiebrícula posterior a la cirugía, lo cual es una reacción normal.

La importancia de la dieta a base de líquidos radica en que éstos son necesarios en el tratamiento postoperatorio para reponer los líquidos corporales perdidos por medio de la sangre durante el procedimiento quirúrgico; la nieve y trozos de hielo en la dieta favorecen disminuyendo el edema producido por el traumatismo quirúrgico, así como también ayuda a disminuir la probabilidad de sangrado mediante la vasoconstricción.

Los lavados bucales son recomendables para obtener limpieza y comodidad a la paciente.

Se mantiene en vigilancia estrecha a la paciente; no existiendo síntomas que pudiera indicar sangrado oculto o sangrado franco; pero si se encuentran signos que concuerden con el dolor que refiere la paciente; taquicardia respiración irregular, la temperatura se mantiene dentro de parámetros normales.

Aunque no se presentan las complicaciones posibles en hemorragias, se mantienen preparados y en buen estado el estómago y equipo necesario para un caso de urgencias en caso de hemorragia.

Se realiza un calorífico a base de solución salina, con lo cual la paciente se siente más cómoda.

La paciente continúa sin ningún problema, la vía oral a base de líquidos fríos y nieve. El tratamiento postoperatorio de enfermería evoluciona favorablemente; por lo que se le indica a la paciente que puede dormir si lo desea; por otra parte la diarrea se encuentra presente con características normales macroscópicamente y sin molestias a referir por la paciente. Se entrega a la paciente postanepidectomía aparentemente tranquila a la enfermera del turno vespertino a las 14:30 horas.

GLOSARIO DE TERMINOS

ABSCESO LATERO-
FARINGEO:

Corresponde a la acumulación de pus en el espacio retrofaringeo, limitado siempre a la mitad lateral de la pared posterior de la faringe, por detrás de la amígdala y del pilar posterior; el absceso laterofaríngeo es más frecuente en el preescolar.

ABSCESO PERIAMIG-
DALINO:

Corresponde a la acumulación de pus entre el polo superior de la amígdala y el músculo adyacente, fuera de la cápsula amigdalina. El cúmulo purulento puede permanecer localizado o extenderse hacia los tejidos del espacio retrofaringeo; es más frecuente en el adolescente y el adulto.

Ambos tipos de abscesos pueden ser consecutivos a amigdalitis aguda o a amigdalitis crónica exacerbada. El estreptococo Beta hemolítico del grupo A es el microorganismo que comúnmente se obtiene en el cultivo.

AGRANULOCITOSIS

AGUDA:

Es un trastorno en el que hay una ausen
cía casi completa de los granulocitos o
leucocitos neutrófilos, también llamados
leucocitos polimorfonucleares (células
blancas). La mayoría de las agranuloci
tosis son consecutivas a la administra
ción de medicamentos y son numerosos
los que en los últimos años se invocan
como productores de la misma.

El mecanismo más que tóxico suele ser
alérgico y cada vez que el individuo en
tra en contacto con el fármaco desenc
denante, se produce una crisis aguda de
agranulocitosis. A veces la destrucción
es tan intensa que llega a extenderse a
la médula ósea, que requiere varios días
(aproximadamente 9) para producir nueva
mente elementos blancos.

ARTRALGIA:

Dolor localizado en una articulación, pro
ducida por un hecho inflamatorio local,
por un trauma principalmente.

BACTERICIDA:

Sustancia capaz de provocar la muerte de las bacterias; las sustancias y medios bactericidas se diferencian de los bacteriostáticos en que éstos impiden solamente el desarrollo de los gérmenes, pero no los destruyen directamente.

CHOQUE ANAFILACTICO:

Es una reacción alérgica inmediata, semejante al choque y que pone en peligro la vida después de la exposición de un sujeto a una sustancia que es hipersensible. Fármacos como sueros heterólogos, penicilinas, medicamentos utilizados en la inmunoterapia y venenos de abeja, son las causas más frecuentes de anafilaxia. Los primeros síntomas pueden incluir una sensación generalizada de calor, prurito en palmas de manos, plantas de pies, ronquera, disfagia, sensación de constricción en la garganta y de muerte inminente. El sujeto puede sentir opresión en el tórax, con una sibilancia espiratoria audible.

Puede morir en términos de minutos a horas, por insuficiencia respiratoria desencadenada por el edema laríngeo, broncoespasmo u otros, pero si se recupera, suele hacerlo de manera completa.

DISCRASIA:

Es un término que se aplica a la sangre para indicar una alteración en su composición; en efecto, la crisis sanguínea es la composición normal de la sangre; discrasia sanguínea es, por consiguiente, la alteración de la misma.

DISFAGIA:

Literalmente procedente del griego, significa "dificultad para comer"; esta dificultad o imposibilidad suele ir a compañía de dolores (disfagia dolorosa o odinofagia), en virtud de los cuales el paciente que los sufre prefiere abstenerse de comer para evitar el dolor y se adelgaza progresivamente.

La disfagia es un síntoma característico de las enfermedades del esófago, o de los órganos vecinos del mismo. Siendo

la disfagia un síntoma de enfermedad y no una enfermedad de por sí; el tratamiento se dirige contra la enfermedad fundamental, o sea, contra la causa provocadora.

EXOSTOSIS:

Se entiende por exostosis las producciones hiperplásicas óseas de naturaleza no tumoral que sobresalen en la superficie de un hueso.

FIEBRE REUMÁTICA:

Es una enfermedad que ocurre a consecuencia de infecciones producidas por estreptococos Beta hemolíticos del grupo A y que de manera característica tiende a producir recurrencia y afectar articulaciones, cerebro, tejido subcutáneo y piel.

FONACION:

Es la producción de la voz en la laringe, por obra de las cuerdas vocales.

HIPERTROFIA:

Es el desarrollo excesivo de un tejido, de un órgano o de una zona completa de nuestro cuerpo; no se produce por el aumento del número de sus células constitutivas (en este caso sería hiperplasia),

sino que se debe al aumento volumétrico de las células constitutivas.

La hipertrofia puede ser de naturaleza funcional, o sea por el trabajo, por ejemplo, la hipertrofia muscular; hipertrofia inflamatoria, como indica, su nombre se produce en el curso de las inflamaciones, ejemplo: las hipertrofias amigdalares; e hipertrofia por éstasis venoso sanguíneo o linfático, ejemplo típico en la elefantiasis.

INFECCION FOCAL:

Es un proceso inflamatorio de tipo infeccioso, generalmente de evolución crónica. Una de las infecciones focales más característica es la amigdalitis crónica, ya que pueden ser el punto de partida de una emigración bacteriana por vía sanguínea. Las enfermedades a las que puede dar origen por la infección focal es la fiebre reumática y glomerulonefritis.

MIALGIAS:

Se denomina así a cualquier dolor de origen muscular.

TAQUIESFIGNIA:

Se denomina así al aumento del número de pulsaciones por minuto a partir de lo normal.