

11226
24.50



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

PREVALENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
ALTAS EN NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

JOSE ALBERTO DIAZ ROSALES

GENERACION 1984 - 1986

MEXICO, D.F. 1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



U.M.F. No. 20
DEPTO. DE
ENSEÑANZA E
INVEST.



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

OBJETIVOS	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
HIPOTESIS	12
MATERIAL Y METODOS	13
PRESENTACION DE RESULTADOS	18
A) Cuadros	22
B) Graficas	37
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	47
CONCLUSIONES	53
COMENTARIO	54
RESUMEN	55
BIBLIOGRAFIA	56

OBJETIVOS.

" Identificar la prevalencia de cuadros respiratorios altos en niños amigdalectomizados ".

" Enumerar las características de los cuadros respiratorios altos, en niños, antes y después de la amigdalectomía ".

" Conocer las características de los cuadros respiratorios altos de niños de estrato socioeconómico alto y bajo ".

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Es bien conocido el hecho de que las infecciones respiratorias altas ocupan en la República Mexicana el primer lugar en la demanda de consulta de medicina familiar, de las cuales la amigdalitis como causa particular ocupa un tercer lugar, según el resultado del estudio de las diez principales causas de consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del I.M. S.S. de 1979 a 1982 (7).

Las faringitis y faringoamigdalitis a pesar de tener una alta frecuencia en nuestra población, no reciben la atención necesaria por parte del médico para poder ser tratadas o prevenidas en forma adecuada, muchas veces por desconocimiento de factores básicos que pretendemos mencionar enfocandonos hacia un procedimiento terapéutico frecuente que es motivo de nuestro estudio: la amigdalectomía.

La faringe cuenta con un anillo linfático que la rodea y esta compuesto por cuatro concentraciones que son: la adenoides, las bandas faríngeas laterales, las amígdalas linguales y las amígdalas palatinas, siendo esta últimas las más comunmente atacadas por microorganismos.

La función de este tejido puede considerarse a grandes rasgos como de: a) protección entre boca-faringe y laringe-traquea-pulmones y b) estimulación en la producción y especificidad de los anticuerpos.

La etiología de las enfermedades respiratorias altas es variable siendo las infecciosas, bacteriana y viral, las más frecuentes.

Diferentes autores en sus trabajos señalan diversos porcentajes en cuanto a la frecuencia de presentación de cuadros bacterianos y virales con variaciones entre el 14% hasta el 55% a favor de la etiología bacteriana, siendo su principal agente el *Estreptococo B. Hemolítico*.(4,8,7). La dificultad para aislar virus y las modificaciones que pueden sufrir, los resultados de los cultivos faríngeos influyen en estas variaciones.

El cuadro clínico encontrado en forma más común en la mayor parte de los casos de infecciones respiratorias altas consiste en la presencia de dolor faríngeo y dolor a la deglución como datos principales, acompañados casi siempre de fiebre de intensidad variable siendo más alta en episodios bacterianos, con escalofríos, cefalea, malestar general y astenia durante el episodio agudo, observándose enrojecimiento difuso de la faringe asociado o no a congestión e inflamación de las amígdalas palatinas, con exudados purulentos en casos bacterianos y crecimiento de ganglios cervicales.

Las formas clínicas de infecciones respiratorias altas consideradas aquí como faringitis con o sin amigdalitis en caso de no haber sido extirpadas quirúrgicamente o faringitis sola en el caso contrario pueden ser divididas en crónicas o repetitivas y agudas.

Se considera como infección recurrente de faringe y amígdalas al cuadro que reúne los siguientes 3 criterios determinados por el Dr. Paradise (9): a) por lo menos 3 episodios en cada uno de los 3 últimos años, b) 5 episodios en los 2 últimos años y c) 7 episodios en el último año caracterizados por signos clínicos y examen físico sugestivos, fiebre, adenopatías cervicales y se es posible exudado y cultivo positivos.

Se sabe desde la mitad de la década de los veinte que una infección local puede afectar a órganos distantes en el organismo y debido a su gran frecuencia se dirigió gran importancia a la infección de los arcos linfoides faríngeos, siendo posteriormente asociada la faringoamigdalitis a cuadros de fiebre reumática y glomerulonefritis principalmente (4).

La amigdalectomía ha jugado un papel importante en el tratamiento de las infecciones respiratorias altas recurrentes desde la década de los años treinta en países desarrollados como los Estados Unidos de América, siendo en esta época el procedimiento quirúrgico más empleado al abarcar hasta un 30% de todas las operaciones efectuadas. Las amígdalas y adenoides eran extirpadas hasta en menores de 3 años de edad.

Con el paso del tiempo el número de cirugías de este tipo ha ido disminuyendo gradualmente debido a un mayor conocimiento de las funciones del tejido linfático, al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y al uso apropiado de los antimicrobianos.

Para darnos una idea de lo que sucede en nuestro tiempo tenemos que en Estados Unidos se consideraba en 1978 que un cuarto de millón de jóvenes eran sometidos a este tipo de intervención, con un costo cercano a medio billón de dolares ya que el promedio de costo en un hospital particular americano es de 1500 dolares.

No contamos con estudios que nos indiquen la frecuencia real de este procedimiento en nuestro medio aunque suponemos que no es tan elevada debido a contar con menor cantidad de recursos físicos para su realización a nivel institucional y una capacidad económica menor para poder solventar los gastos de la operación a nivel particular.

Existe hasta el momento actual controversia acerca de las indicaciones para realizar una amigdalectomía, aunque con el transcurrir de los años se ha llegado a afinar la selección de pacientes que deben ser llevados a la sala de operaciones para efectuarseles este procedimiento.

Inicialmente se encontraron partidarios divididos entre los dos extremos de este aspecto: por un lado los puristas que solo permitirían la amigdalectomía en caso de carcinoma de las amígdalas, cor pulmonale debido a la obstrucción de las vías respiratorias altas o disfagia con pérdida de peso debido a obstrucción del tracto digestivo y por otro aquellos que estaban convencidos que la amigdalectomía y adenoidectomía son procedimientos efectivos en la terapéutica y prevención de cualquier cuadro respiratorio alto. La mayoría de los médicos tomaron una posición intermedia entre estos dos bandos al no estar bien establecidas sus indicaciones, y se señalaba que su principal indicación era empírica, o sea a criterio del médico general, pediatra, cirujano, u otorrinolaringólogo.

Antes de esta decada las indicaciones se concretan un poco más, sin llegar a tener aún la precisión necesaria a la que se ha llegado y se mencionan como indicaciones de amigdalectomía : constatar que la infección sea amigdalina y con una frecuencia lo suficientemente alta para interferir con el desarrollo del niño (4) o de acuerdo a criterios anatomopatológicos como indicaciones locales (infección crónica e hipertrofia amigdalina) y de tejidos adyacentes (absceso periamigdalino), mencionando que ninguna enfermedad por sí misma constituye una indicación para su empleo y limitandola a mayores de 3 años de edad.

Han sido aceptadas en esta decada como indicaciones para amigdalectomía las siguientes (5,9,4):

- 1) ataques repetitivos de amigdalitis con adenitis cervical (más de 4 episodios en los últimos 6 meses).
- 2) Absceso peritonsilar.
- 3) Hipertrofia de amígdalas o adenoides a punto de obstrucción de las vías respiratorias altas.
- 4) Ataques recurrentes de otitis media purulenta u otitis serosa asociados a crecimiento de amígdalas o adenoides.
- 5) Ser portador de bacilos de difteria.
- 6) Crecimiento persistente de ganglios cervicales.
- 7) Relación definitiva entre amigdalitis y exacerbación de artritis, fiebre reumática o asma bronquial.

Así mismo las indicaciones pueden ser divididas de acuerdo a cada caso clínico en particular en :

- a) Absolutas.
 - 1) Episodios recurrentes de amigdalitis estreptococcicas o virales.
 - 2) Amigdalitis crónicas.
 - 3) Abscesos periamigdalinos.
 - 4) Portador de germen de difteria.
 - 5) Portador de hipertrofia amigdalina o adenoides a punto de obstrucción.

B) Relativas.

- 1) Adenopatías cervicales muy importantes.
- 2) Adenitis tuberculosa con foco probable en amígdalas.
- 3) Enfermedades sistémicas subsecuentes a infección por *Streptococo B Hemolítico* (fiebre reumática, glomerulonefritis, etc.).

El estudio más reciente hasta 1984 (9) menciona como indicaciones para amigdalectomía en forma precisa : a) la infección recurrente de garganta con los criterios mencionados para considerarla como tal, b) el absceso periamigdalino, c) la amigdalitis crónica a pesar de tratamiento médico adecuado, d) síntomas de obstrucción no urgente o crecimiento de amígdalas crónico con agrandamiento de más de 2 cms. en 6 meses y d) sensibilidad dolorosa a la presión en ganglios cervicales, todo esto a pesar de tratamiento médico adecuado.

Las contraindicaciones comuntemnte aceptadas en la actualidad son:

- 1) Infección aguda (incluyendo tuberculosis amigdalina).
- 2) Edad menor de 3 años.
- 3) Discrasias sanguíneas o trastornos de la coagulación.
- 4) Insuficiencia velofaríngea (paladar hendido, abierto o cubierto, anomalías neuromusculares de faringe o faringe anormalmente ancha).
- 5) Enfermedad generalizada no controlada (diabetes Mellitus, enfermedad cardiovascular etc.).
- 6) Epidemia de poliomielitis.

La complicación más frecuente es sin duda el sangrado del lecho amigdalino ya sea temprano o tardío, existiendo otras complicaciones menos importantes en cuanto a su frecuencia como bacteremia, absceso residual, etc.

La amigdalectomía se considera uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros y con menos riesgos potenciales en la actualidad. La técnica quirúrgica ha sido mejorada gradualmente con un descenso muy importante en la mortalidad al efectuar esta operación. Por ejemplo, en Inglaterra y Gales en 1979 se reporta una mortalidad de 0.012% en 84,000 operaciones de este

tipo, y en los Estados Unidos se encontró una mortalidad de un paciente entre 27,000 amigdalectomía en una revisión de este procedimiento en los 25 años anteriores a 1981, sin tomar por separado las muertes provocadas por la anestesia.

Los supuestos riesgos potenciales han sido minimizados también. Se señalaba comúnmente la aparición de poliomielitis posterior a la amigdalectomía, rechazado categóricamente en estos tiempos, y tampoco se ha comprobado que se pueda disminuir la resistencia a alguna enfermedad desde el punto de vista inmunológico, la predisposición a la enfermedad de Hodgkin ha sido desechada en recientes estudios epidemiológicos.

La eficacia de la amigdalectomía para disminuir la frecuencia de cuadros respiratorios altos de repetición ha sido constatada en múltiples ocasiones. Inicialmente existió un cierto escepticismo acerca de sus beneficios terapéuticos ya que sus indicaciones no eran tan precisas como en nuestros días mencionando que la presión de los padres para la realización de esta cirugía tenía una influencia determinante en su resultado (8), sin una evaluación adecuada. Esto ha sido modificado en esta década al constatar su efectivo papel terapéutico.

El estudio de mayor validez en este momento es un piloto llevado a cabo en el Hospital Infantil de Pittsburgh, E.U.A. (9), apoyado por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano en 1973, tratando de ser el primer paso para un gran estudio multicéntrico a nivel nacional con costo de 7 a 8 millones de dolares no completado hasta la fecha, a cargo del Dr. Paradise. Los resultados del estudio piloto han demostrado que la amigdalectomía es realmente efectiva para reducir la morbilidad provocada por las infecciones de garganta durante un periodo de 2 años, y la mayoría de libros de texto médico actuales basados en resultados similares mencionan: "... se ha podido observar a través de muchos años de amigdalectomía, que esta suele corregir los problemas amigdalinos recurrentes en una gran proporción de los pacientes ... observándose posteriormente una disminución en la frecuencia y menor grado de afección durante los cuadros respiratorios infecciosos faríngeos (4).

En nuestro medio no han podido ser evaluados hasta el momento los resultados de las amigdalectomías realizadas, aunque por lo general se basan en las indicaciones mencionadas previamente.

En el año de 1984 se realizaron 239 amigdalectomías con adenoidectomía y 190 amigdalectomías simples en el Hospital General de Zona No. 24 del I.M.S.S. dentro de un total de 4,920 cirugías realizadas en ese año.

Por último habrá que mencionar que la presentación de cuadros respiratorios altos está sujeta a múltiples factores, además de los mencionados en la etiología de este padecimiento, y que ejercen una influencia directa como causa de la aparición y severidad de los cuadros como son el medio del que proceden los niños, el tipo de alimentación que reciben, su estado físico, las condiciones de vida, el contacto con fuentes de contaminación como humos e irritantes, etcetera. Agrupados todos estos factores en forma global podemos decir que el medio socioeconómico debe ser tomado en cuenta al describir las características de este fenómeno en nuestra población.

Un ejemplo relacionado con el papel del estrato socioeconómico de procedencia lo tenemos en el estudio efectuado en 1984 dentro del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 en la Ciudad de México que demostró un mayor número de niños portadores de *Estreptococo B. Hemolítico* procedentes de un medio socioeconómico bajo al ser comparados con los de un medio alto.

Debido a la multiplicidad de factores que determinan la clase social, el estrato socioeconómico no puede ser tomado como sinónimo de clase social. El estrato socioeconómico se determina en base a un salario percibido, siendo la principal referencia el salario mínimo, y desprendiéndose en consecuencia dos grandes grupos: las personas que perciben menos del salario mínimo y las personas que reciben mensualmente el salario mínimo o una cantidad superior.

Para efecto de esta investigación por no contar con datos fidedignos para una correcta caracterización del estrato socioeconómico, se asumió el criterio de considerar el nivel socioeconómico como equivalente de asistencia a una escuela, particular u oficial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se mencionó inicialmente que el anillo linfoides que rodea la faringe se encuentra constituido por 4 agrupaciones de las cuales las más importantes son la adenoides y las amígdalas palatinas y que juegan un papel muy importante de protección entre las vías respiratorias superiores y las inferiores así como en la especificidad y producción de algunos anticuerpos.

Hemos mencionado además que la amigdalectomía es un rec--- curso terapéutico común en nuestra época para tratar princi--- palmente cuadros respiratorios altos de repetición, cuadros obstructivos amigdalinos y otitis de repetición asociadas a cuadros altos infecciosos de vías respiratorias. Sabemos que sus riesgos son escasos pero que los recursos económicos para su realización implican gastos considerables, tanto de las ins--- tituciones donde se llevan a cabo como de parte de las fami--- lias en las que algún miembro tiene que ser sometido a esta o--- peración.

Los resultados hasta el momento de la amigdalectomía han sido variables, dependiendo del lugar y las condiciones por las que se efectúe, por lo tanto, nos proponemos conocer : ¿ que suceden con la frecuencia y duración de los cuadros respirato--- rios altos, en niños, después de la amigdalectomía ? .

HIPOTESIS

1) La amigdalectomía es eficaz para disminuir la frecuencia y duración de las infecciones respiratorias altas en niños.

MATERIAL Y METODOS.

A) Caracterización.

Se trata de un estudio retrospectivo de tipo transversal observacional y descriptivo.

B) Universo de estudio.

Este compuesto por el total de niños que fueron amigdalectomizados entre el 1 de Enero de 1979 y el 31 de Diciembre de 1984, entre los 5 y 15 años de edad que acudan a escuelas oficiales o particulares ubicadas dentro del área de influencia del Hospital General de Zona No. 24 del I.M.S.S.

No es posible conocer el número exacto de niños que componen este universo debido a la limitación para conocer cuantas amigdalectomías se efectuaron en todos los hospitales privados dentro de esta zona, además de que muchos niños no fueron operados dentro de la misma. La única referencia que podemos mencionar es el número de amigdalectomías realizadas en 1984 en el Hospital General de Zona No. 24 que fué de 429.

C) Unidades de análisis.

Las unidades de análisis serán los niños entre los 5 y 15 años de edad, de cualquier sexo, que acudan a cualquier escuela dentro del área de influencia del Hospital General de Zona No. 24, y que hayan sido amigdalectomizados entre el 1 de Enero de 1979 y el 31 de Diciembre de 1984.

D) Sistema de muestreo.

La muestra de este estudio es seleccionada.

Se tomaron en cuenta a los niños con las características mencionadas de escuelas seleccionadas dentro de la zona referida de la siguiente forma: 65 niños que acudieran a escuelas particulares siendo estas el Colegio Valle del Tepeyac, el Colegio F.C. Blackaller, el Colegio del Tepeyac y el Colegio Guadalupe, así como 65 niños que acudieran a escuelas oficiales siendo

estas las Escuelas Primarias Oficiales Angela Peralta, Ramón Lopez Valarde, Juventino Rosas y Pascual Ortiz Rubio.

Se seleccionaron dichas instituciones por ofrecer facilidades para la realización de este estudio.

La técnica empleada fué de investigación de campo por medio de una encuesta cuestionario dirigido a los padres de los niños que cumplieran los requisitos mencionados.

E) Formulario.

El formulario utilizado fué elaborado en base al formulario empleado por el Dr. Paradise en su investigación piloto en Estados Unidos (9) y consta de una ficha de identificación donde se señala el tipo de escuela (oficial o particular), la fecha y el lugar de la amigdalectomía, y el tiempo de convivencia con el niño, y de un cuestionario de opción múltiple acerca de la frecuencia y duración de los cuadros respiratorios altos antes y despues de la amigdalectomía, el motivo de la amigdalectomía, los datos clínicos más comunmente vistos durante los cuadros y una opinión personal de los padres acerca de si consideran útil este procedimiento en sus hijos, así como de si existe alguna enfermedad de importancia asociada en el niño sujeto a la amigdalectomía. (ver anexo 1).

Se efectuó una prueba piloto en una escuela oficial dando como resultado solo el agregar si existe alguna condición patológica agragada en el niño, que pueda ser condicionante de deficit inmunológico.

F) Actividades para la recolección de datos.

Enumerando las actividades por orden cronológico se siguieron los siguientes pasos: visita de escuelas de la zona para solicitar cooperación en nuestro estudio. Explicación a los maestros y personal administrativo para localizar los posibles casos útiles. Ya con los casos detectados, se procedio a citar a los padres de los niños en las instalaciones del plantel educativo. Durante la junta se les aplicó el cuestionario

detallando las preguntas y posibles respuestas así como resolviendo las dudas surgidas en el llenado. Posteriormente se revisaron los cuestionarios a fin de verificar el correcto llenado o efectuar las correcciones necesarias. Por último se separaron y agruparon de acuerdo a la escuela de pertenencia.

G) Límites para la Recolección.

Los datos fueron recopilados entre el primero de Abril de 1985 y el primero de Octubre del mismo año.

H) Recursos necesarios para la recolección.

Los recursos utilizados fueron en primer lugar los cuestionarios fotocopiados del original en número suficiente para obtener 65 juegos de escuelas oficiales y 65 de escuelas particulares, así como material útil para el llenado como lápices, plumas y plumones. Se contó con las instalaciones de las escuelas visitadas como sitio para efectuar el llenado de los cuestionarios.

I) Personal necesario para la Recolección.

El personal estuvo integrado por un residente de segundo año de medicina familiar de la U.M.F. 20, auxiliado por otros dos residentes de la misma categoría y unidad.

J) Criterios de Inclusión y No Inclusión.

En los criterios de inclusión tenemos los siguientes:

- 1) Personas entre los 5 y 15 años de edad de cualquier sexo.
- 2) Que se encuentren cursando cualquier grado escolar en cualquier escuela ubicada dentro del área de influencia del Hospital General de Zona No. 24 del I.M.S.S.
- 3) Que hubieran sido operados de amigdalectomía entre el primero de Enero de 1979 y el 31 de Diciembre de 1984.
- 4) Que el padre informante haya vivido con el niño amigdalectomizado por lo menos 6 meses antes y 6 meses después de la intervención quirúrgica.
- 5) Que el niño no padeciera alguna enfermedad condicionante de inmunodeficiencia.

6) Que desearán cooperar de manera voluntaria con el estudio.

En los criterios de No Inclusión tenemos:

1) Personas menores de 5 años de edad o mayores de 15 años de cualquier sexo.

2) Que no acudan a ninguna escuela o que su escuela se encuentre ubicada fuera del área de influencia del Hospital General de Zona No. 24 del I.M.S.S.

3) Que no hayan sido operados de amigdalectomía o que esta no se haya realizado entre el primero de Enero de 1979 y el 31 de Diciembre de 1984.

4) Que sus padres no hayan vivido con él por lo menos en un período de 6 meses antes y 6 meses después de la amigdalectomía.

5) Que el niño padezca alguna enfermedad de importancia condicionante de inmunodeficiencia.

6) Que los padres no deseen cooperar de manera voluntaria con el estudio.

K) Sistema de Computación.

Llevado a cabo por medio de paloteo para cada respuesta en el cuestionario, hasta obtener el total.

L) Sistema de Clasificación.

Los resultados fueron agrupados y clasificados en forma inicial de acuerdo al lugar donde fueron obtenidos, o sea, de escuelas particulares o de escuelas oficiales, y posteriormente de acuerdo a la pregunta basandonos en resultados antes de la amigdalectomía y resultados después de la amigdalectomía.

M) Sistema de Presentación.

La presentación de los resultados se realizó por medio de cuadros de asociación, anotando frecuencias y porcentajes estandarizados por clase, así como totales. Se tomaron por separado los resultados de escuelas oficiales ubicadas en estrato socioeconómico bajo y escuelas particulares como estrato socioeconómico alto.

N) Técnica de análisis en lo descriptivo.

Se utilizó el promedio, la desviación estandar, el porcentaje, y los rangos o límites para cada dato obtenido en la encuesta.

PRESENTACION DE RESULTADOS.

Los datos obtenidos en la encuesta serán mencionados iniciando con los de las escuelas oficiales y posteriormente los procedentes de escuelas particulares.

En las escuelas oficiales tomadas como un estrato socio-económico bajo se recabó información acerca de 65 individuos en total de los cuales 35 (53,85%) fueron del sexo masculino y 30 (46.15%) femeninos (vid infra cuadro 1).

El rango de edad fué de 6 a 13 años y se distribuyeron de la siguiente forma: 6 años con 6 (9.23%) femeninos y 4 (6.15%) masculinos, 7 años con 3 (4.61%) femeninos y 9 (13.84%) masculinos, 8 años con 7 (10.76%) femeninos y 7 (10.76%) masculinos, 9 años con 7 (10.76%) femeninos y 8 (12.30%) masculinos, 10 años con 5 (7.69%) femeninos y 1 (1.53%) masculinos, 11 años con 0 femeninos y 4 (6.15%) masculinos, y 13 años con 0 femeninos y 1 (1.53%) masculinos. Los totales de cada grupo de edad son los siguientes: 6 años con 10 (15.38%) niños de ambos sexos, 7 años con 12 (18.46%) 8 años con 14 (21.53%) niños, 9 años con 15 (23.09%) niños, 10 años con 6 (9.23%) niños, 11 años con 4 (6.15%) niños, 12 años con 3 (4.61%) niños y 13 años con 1 (1.53%) niño. (vid infra cuadro 1).

La fecha de la realización de la amigdalectomía siempre se encontró dentro de los límites señalados o sea entre 1979 y 1984.

El lugar donde se efectuó la amigdalectomía en este grupo de niños procedentes de escuelas oficiales mostró que 43 (66.15%) se realizaron en un medio hospitalario institucional y los 22 (33.80%) restantes en hospitales privados. (vid infra cuadro 2).

Los motivos expresados por los padres para que se efectuara la amigdalectomía a sus hijos fueron para este grupo: excesiva frecuencia en los cuadros respiratorios altos en 52 (80%) casos, excesiva duración de los mismos en 29 (44.60%) casos, datos de obstrucción o dificultad respiratoria en 26 (40.00%)

casos y otitis repetitiva en 19 (29.23%) casos.(vid infra cuadro 3 grafica 1).

Los signos y síntomas reportados por los padres para la encuesta realizada en escuelas oficiales, como presentes durante los episodios respiratorios altos antes de la amigdalectomía fueron los siguientes : fiebre mayor de 38 ° C en 54 (83.89%) niños, dolor faríngeo en 51 (78.43%), ganglios aumentados de volumen en cuello referidos en 40 (78.77%) casos y tratamiento previo con penicilina en 34 (52.31%) casos. (vid infra cuadro 4 grafica 2).

La opinión personal y subjetiva de los padres de niños de escuelas oficiales reveló que consideraron útil a la amigdalectomía 57 (87.67%) de ellos siendo innecesaria para 8 (12.31%) de ellos. (vid infra cuadro 5).

En cuanto a la frecuencia de cuadros respiratorios altos notada por los padres dentro de un periodo de 6 meses, antes de la realización de la amigdalectomía, tomamos a un solo individuo (1.53%) con menos de un cuadro, de uno a dos cuadros en 6 meses con 4 (6.15%) reportes, de 3 a 4 cuadros con 20 (30.77%) casos, de cinco a seis episodios en 16 (36.94%) niños y más de seis episodios en 6 meses reportados en 16 (24.61%) casos. (vid infra cuadro 6 grafica 3).

En lo que respecta a la duración de los cuadros antes de la amigdalectomía los padres respondieron así: dos a tres días de duración en 6 (9.23%) casos, cuatro a cinco días de duración en 23 (35.38%) niños, seis a siete días en 24 (36.93%) casos, ocho a diez días en 9 (13.85%) casos y más de diez días de duración reportados en 3 (4.61%) casos del total de 65 encuestas realizadas en este grupo. (vid infra cuadro 7 grafica 4).

La frecuencia de cuadros respiratorios altos reportada por los padres para un periodo de 6 meses, después de la amigdalectomía fué: menos de un cuadro con 19 (29.23%) casos, uno a dos cuadros con 31 (47.69%) casos, tres a cuatro cuadros con 10 (15.38%) casos cinco a seis cuadros con 3 (4.62%) casos y más de 6 cuadros en 6 meses en 2 (3.07%) reportes. (vid infra cuadro

8, grafica 5).

La duración de los cuadros respiratorios altos despues de la amigdalectomía, reportada por los padres de niños de escuelas oficiales fué la siguiente : dos a tres dias de duración en 32 (49.23%) casos, cuatro a cinco dias en 29 (44.62%) casos seis a siete dias reportados en 3 (4.62%) casos y ocho a diez dias de duración presentes en 1 (1.53%) caso. (vid infra cuadro 9 grafica 6).

Los resultados acerca de la frecuencia de cuadros respiratorios altos antes y despues de la amigdalectomía para niños de escuelas oficiales muestran: menos de un episodio en 6 meses en 1 (1.53%) caso antes y 25 (38.46%) despues de la cirugía, uno a dos cuadros en 6 meses en 4 (6.15%) casos antes y 22 (33.85%) despues de la intervención, de tres a cuatro episodios en 20 (30.77%) niños antes y 10 (15.38%) niños despues de la cirugía, cinco a seis cuadros en 24 (36.95%) casos antes y 5 (7.69%) despues de la intervención y más de seis cuadros en 6 meses presentes en 16 (24.61%) niños antes y 3 (4.62%) niños despues de la amigdalectomía. (vid infra cuadro 10 grafica 7).

Por último, la duración de los cuadros respiratorios antes y despues de la amigdalectomía para este grupo fué la siguiente: dos a tres dias con 6 (9.23%) casos antes y 30 (46.15%) despues de la cirugía, cuatro a cinco dias en 23 (35.38%) niños antes y 24 (36.92%) despues, seis a siete dias con 24 (36.92%) casos antes y 6 (9.23%) despues, ocho a diez dias con 9 (13.85%) niños antes y 5 (7.60%) niños despues de la cirugía y más de diez dias de duración en 3 (4.62%) niños antes y ningun niño despues de la amigdalectomía.

Pasando a la presentación de los resultados obtenidos al entrevistar a 65 padres de niños amigdalectomizados de escuelas particulares tenemos que este grupo de niños estuvo constituido según edad y sexo de la siguiente manera: 6 años con 3 (4.61%) femeninos y 5 (7.69%) masculinos, 7 años con 4 (6.15%) femeninos y 10 (15.38%) masculinos, 8 años con 5 (7.69%) femeninos y 9 (13.84%) masculinos, 9 años con 5 (7.69%) femeninos y 8 (12.30%) masculinos, 10 años de edad con 3 (4.61%) femeninos

y 5 (7.69%) masculinos, 11 años de edad con 3 (4.61%) femeninos y 2 (3.07%) masculinos, 12 años de edad con 1 (1.53%) femenino y 1 (1.53%) masculino y 13 años de edad con 1 (1.53%) femenino y 0 masculinos. El total por sexo del grupo fué de 40 (61.5%) masculinos y 25 (38.40 %) femeninos. (vid infra cuadro 1).

La fecha de la amigdalectomía se encontró siempre entre los límites señalados o sea entre el 1 de Enero de 1979 y el 31 de Diciembre de 1984.

El lugar de realización de la amigdalectomía para este grupo de niños de escuelas particulares fué reportada con 46 (70.77%) casos en instituciones particulares y 19 (29.23%) en instituciones del sector salud. (vid infra cuadro 2).

La causa por la que se efectuó la amigdalectomía según los padres entrevistados de este grupo se reportó de la siguiente manera; por frecuencia excesiva de los cuadros respiratorios respondieron afirmativamente 48 (73.85%) casos, por duración excesiva de los mismos 27 (41.54%) casos, por presentar datos de dificultad respiratoria 23 (35.38%) casos y por cuadros de otitis repetitiva asociada a cuadros respiratorios altos solo 6 (9.23%) casos. (vid infra cuadro 3 grafica 1).

Los datos clínicos reportados por los padres en este grupo, antes de la amigdalectomía fueron : fiebre mayor de 38°C en 49 (75.38%) casos, dolor faríngeo en 53 (81.54%) casos, ganglios inflamados en cuello en 35 (53.85%) casos y tratamiento médico previo a base de penicilina en 36 (55.38%) casos. (vid infra cuadro 4 grafica 2).

La utilidad de la amigdalectomía evaluada por los padres de niños de escuelas particulares fué reportada en 61 (93.85%) casos como efectiva y en los restantes 4 (6.15%) casos como inefectiva. (vid. infra cuadro 5).

Los padres mencionaron mediante esta encuesta que antes de la amigdalectomía sus hijos se enfermaban en un periodo de 6 meses; menos de una ocasión en ningún caso, de una a dos veces en 3 (4.62%) casos, de tres a cuatro ocasiones en 16 (24.62%) casos, de cinco a seis ocasiones en 30 (46.13%) casos y más

de seis cuadros en 6 meses reportados en 16 (24.54%) casos. (vid. infra cuadro 6 grafica 3).

La duración de estos cuadros, previos a la amigdalectomía, en niños de escuelas particulares fué reportada por los padres de la siguiente manera: cuadros de dos a tres días de duración en 2 (3.07%) casos, de cuatro a cinco días en 14 (21.54%) casos, de seis a siete días en 28 (43.08%) casos, de ocho a diez días de duración en 16 (24.62%) casos y cuadros de más de diez días de duración reportados en 5 (7.69%) casos (vid. infra cuadro 7, grafica 4).

Después de la amigdalectomía los resultados reportados por los padres para la frecuencia de cuadros respiratorios en un período de 6 meses fueron: menos de un cuadro en 25 (38.46%) casos, de uno a dos cuadros en 22 (33.85%) casos, de tres a cuatro veces en 10 (15.38%) casos de cinco a seis cuadros en 5 (7.69%) y más de seis episodios en 6 meses en solo 3 (4.62%) casos reportados. (vid. infra cuadro 8, grafica 5).

La duración de los cuadros después de la amigdalectomía, según refieren los padres de este grupo de niños de escuelas particulares quedó de la siguiente forma: cuadros de dos a tres días de duración reportados en 30 (46.15%) casos, de cuatro a cinco días en 24 (36.92%) casos, de seis a siete días en 6 (9.23%) casos, de 8 a 10 días en 5 (7.60%) casos y cuadros de más de diez días de duración no fueron reportados. (vid infra cuadro 9, grafica 6).

Los resultados acerca de la frecuencia de los cuadros respiratorios altos antes y después de la amigdalectomía en este grupo de niños amigdalectomizados procedentes de escuelas particulares se refirió de la siguiente manera: menos de un cuadro en 6 meses reportado en ningún caso antes de la amigdalectomía y en 19 (29.23%) después de la misma, de uno a dos cuadros en 3 (4.62%) casos antes y 31 (47.69%) casos después de la cirugía, de tres a cuatro veces en 16 (24.62%) casos antes y 10 (15.38%) casos después, de cinco a seis cuadros en 30 (46.15%) casos antes y en 3 (4.61%) casos después y más de seis episodios en 6 meses reportados en 16 (24.62%) casos antes y en solo 2

(3.07%) casos despues de la amigdalectomía. (vid infra cuadro 11, grafica 8).

Por último, la duración de los cuadros respiratorios altos antes y despues de la amigdalectomía para este grupo de niños procedentes de escuelas particulares se reportó así: dos a tres días en 2 (3.08%) casos antes y 32 (49.23%) casos despues de la cirugía, de cuatro a cinco días en 14 (21.54%) casos antes y 29 (44.62%) casos despues, de seis a siete días en 28 (43.08%) casos antes y 3 (4.62%) casos despues, de ocho a diez días en 16 (24.62%) casos antes y 1 (1.53%) caso despues , y por último, cuadros de más de diez días de duración se reportaron en 5 (7.69%) casos antes y ninguno despues de la amigdalectomía. (vid infra cuadro 13, grafica 10).

En ningún caso de ningún grupo se encontró reporte acerca de enfermedades asociadas, productoras de inmunodeficiencia presentes en los niños.

CUADRO No. 1

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS SEGUN EDAD Y SEXO EN ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES, I.M.S.S. U.M.F. 20, MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

EDAD EN AÑOS	ESCUELAS OFICIALES						ESCUELAS PARTICULARES						TOTAL	
	Fem.		Masc.		Subtotal		Fem.		Masc.		Subtotal		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
6	6	09.2	4	06.1	10	15.3	3	4.6	05	07.6	08	10.7	18	13.8
7	3	04.6	9	13.8	12	18.4	4	6.1	10	15.3	14	21.5	26	20.0
8	7	10.7	7	10.7	14	21.5	5	7.6	09	13.8	14	21.5	28	21.5
9	7	10.7	8	12.3	15	23.0	5	7.6	08	12.3	13	20.0	28	21.5
10	5	07.6	1	01.5	06	09.2	3	4.6	05	07.6	08	12.3	14	10.7
11	0	00.0	4	06.1	04	06.1	3	4.6	02	03.0	05	07.6	09	06.9
12	2	03.0	1	01.5	03	04.6	1	1.5	01	01.5	02	03.0	05	03.8
13	0	00.0	1	01.5	01	01.5	1	1.5	00	00.0	01	01.5	02	01.5
TOTAL	30	46.1	35	53.8	65	100.0	25	38.4	40	61.5	65	100.0	130	100.0

CUADRO No. 2

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS SEGUN LUGAR DE REALIZACION DE
AMIGDALECTOMIA, EN ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES
I.M.S.S. U.M.F. 20 , MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

LUGAR	ESCUELAS OFICIALES		ESCUELAS PARTICULARES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
INSTITUCION	43	66.15%	19	29.23%	62	47.69%
PARTICULAR	22	33.84%	46	70.76%	68	52.30%
TOTAL	65	100.00%	65	100.00%	130	100.00%

CUADRO No. 3

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS SEGUN CAUSAS, EN ESCUELAS PARTICULARES Y OFICIALES, I.M.S.S. U.M.F. 20 MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

CAUSAS	ESCUELAS OFICIALES		ESCUELAS PARTICULARES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
EXCESIVA FRECUENCIA	52	80.00	48	73.85	100	153.00
EXCESIVA DURACION	29	44.60	27	41.54	56	086.14
OBSTRUCCION	26	40.00	23	35.38	49	075.38
OTITIS REPETITIVA	19	29.23	06	09.23	25	038.46
TOTAL	126		104		230	

CUADRO No. 4

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES, SEGUN DATOS ENCONTRADOS EN LOS CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS, ANTES DE LA AMIGDALECTOMIA, I.M.S.S. U.M.F. 20, MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

DATOS	ESCUELAS OFICIALES		ESCUELAS PARTICULARES		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
FIEBRE MAYOR DE 38°C.	54	83.08	49	75.38	103
DOLOR FARINGEO.	51	78.43	53	81.54	104
ADENOPATIAS EN CUELLO.	40	70.77	35	53.85	75
TRATAMIENTO PREVIO CON PENICILINA.	34	52.31	36	55.38	70
TOTAL	189		173		352

CUADRO No. 9

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES Y UTILIDAD DE LA AMIGDALECTOMIA SEGUN OPINION DE LOS PADRES, I.M.S.S. U.M.F. 20, MEXICO D.F.
ABRIL A OCTUBRE 1985.

	OPINION DE LOS PADRES RESPECTO A DISMINUCION DE CUADROS RESPIRATORIOS.				TOTAL No.
	SI		NO		
	No.	%	No.	%	
ESCUELAS OFICIALES	57	87.89	8	12.31	65
ESCUELAS PARTICULARES	61	93.85	4	6.15	65
TOTAL	118	90.76	12	9.23	130

CUADRO No. 6

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS EN 6 MESES, ANTES DE LA AMIGDALECTOMIA, I.M.S.S. U.M.F. 20, MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

NUMERO DE CUADROS EN 6 MESES	ESC. OFICIALES		ESC. PARTICULARES		TOTAL
	No.	%	No.	%	
MENOS DE UNA VEZ	1	01.53	0	00.00	1
UNA A DOS VECES	4	06.15	3	04.63	7
TRES A CUATRO VECES	20	30.77	16	24.62	36
CINCO A SEIS VECES	24	36.94	30	46.13	54
MAS DE SEIS VECES	16	24.61	16	24.61	32
TOTAL	65	100.00	65	100.00	130

CUADRO No. 7

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN DURACION DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS, ANTES DE LA AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20 MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

DURACION	ESC. OFICIALES		ESC. PARTICULARES		TOTAL
	No.	%	No.	%	
DOS A TRES DIAS	6	09.23	2	03.08	8
CUATRO A CINCO DIAS	23	35.38	14	21.54	37
SEIS A SIETE DIAS	24	36.92	28	43.08	52
OCHO A DIEZ DIAS	9	13.85	16	24.62	25
MAS DE DIEZ DIAS	3	04.61	3	07.69	8
TOTAL	65	100.00	65	100.00	130

CUADRO No. 8

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS EN 6 MESES, POSTERIOR A AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20 ; MEXICO D. F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

NUMERO DE CUADROS EN 6 MESES.	ESC. OFICIALES		ESC. PARTICULARES		TOTAL
	No.	%	No.	%	
MENOS DE UNA VEZ	19	29.23	25	38.46	44
UNA A DOS VECES	31	47.69	22	33.85	53
TRES A CUATRO VECES	10	15.38	10	15.38	20
CINCO A SEIS VECES	3	04.62	5	07.69	8
MAS DE SEIS VECES	2	03.00	3	04.62	5
TOTAL	65	100.00	65	100.00	130

CUADRO No. 9

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN DURACION DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS, POSTERIORES A AMIGDALECTOMIA, I.M.S.S. U.M.F. 20 MEXICO D.F. , ABRIL A OCTUBRE 1985.

DURACION	ESCUELAS OFICIALES		ESCUELAS PARTICULARES		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.
DOS A TRES DIAS	32	49.23	30	46.15	62
CUATRO A CINCO DIAS	29	44.62	24	36.92	53
SEIS A SIETE DIAS	3	04.62	6	09.23	9
OCHO A DIEZ DIAS	1	01.53	5	07.60	6
TOTAL	65	100.00	65	100.00	130

CUADRO No. 10

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES SEGUN
FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS, EN 6 MESES
ANTES Y DESPUES DE LA AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S.
U.M.F. 20 , MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

NUMERO DE CUADROS EN 6 MESES	Antes de Amigdalect.		Despues de Amigdalect.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MENOS DE UNA VEZ	01	01.53	25	38.46	26	20.00
UNA A DOS VECES	04	06.15	22	33.85	26	20.00
TRES A CUATRO VECES	20	30.77	10	15.38	30	23.07
CINCO A SEIS VECES	24	36.95	05	07.69	29	22.30
MAS DE SEIS VECES	16	24.61	03	04.62	19	14.61
TOTAL	65	100.00	65	100.00	130	100.00

CUADRO No. 11

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS PARTICULARES
SEGUN FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS EN
6 MESES, ANTES Y DESPUES DE LA AMIGDALECTOMIA, I.M.S.S.
U.M.F. 20 , MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.

NUMERO DE CUADROS EN 6 MESES	Antes de Amigdalect.		Despues de Amigdalect.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MENOS DE UNA VEZ	00	00.00	19	29.23	19	14.61
UNA A DOS VECES	03	04.62	31	47.69	34	26.15
TRES A CUATRO VECES	16	24.62	10	15.38	226	20.00
CINCO A SEIS VECES	30	46.13	03	04.62	33	25.38
MAS DE SEIS VECES	16	24.62	02	03.07	18	13.84
TOTAL	65	100.00	65	100.00	130	100.00

CUADRO No. 12

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS PARTICULARES
SEGUN FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS
EN 6 MESES, ANTES Y DESPUES DE LA AMIGDALECTOMIA.
I.M.S.S. U.M.F. 20 MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE
1985

NUMERO DE CUADROS EN 6 MESES	Antes		Despues		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MENOS DE UNA VEZ	00	00.00	19	29.23	19	14.61
UNA A DOS VECES	03	04.62	31	47.69	34	26.15
TRES A CUATRO VECES	16	24.62	10	15.38	26	20.00
CINCO A SEIS VECES	30	46.13	03	04.62	33	25.38
MAS DE SEIS VECES	16	24.62	02	03.07	18	13.84
TOTAL	65	100.00	65	100.00	130	100.00

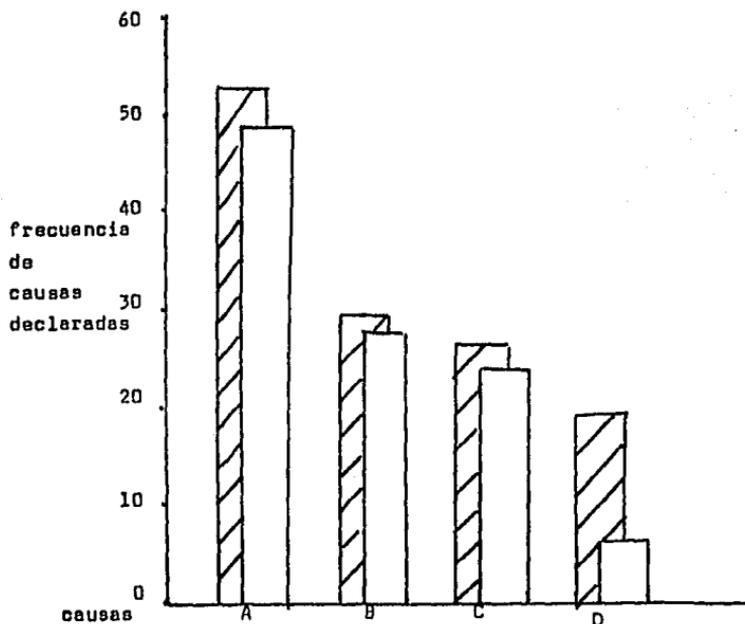
CUADRO No. 13

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS PARTICULARES
SEGUN DURACION DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS, ANTES
Y DESPUES DE LA AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20
MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985

DURACION	Antes		Antes		TOTAL	
	de		de			
	Amigdalect.		Amigdalect.		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
DOS A TRES DIAS	02	03.08	32	49.23	34	26.15
CUATRO A CINCO DIAS	14	21.54	29	44.62	43	33.07
SEIS A SIETE DIAS	28	43.08	03	04.62	31	23.84
OCHO A DIEZ DIAS	16	24.62	01	01.53	17	13.07
MAS DE DIEZ DIAS	05	07.69	00	00.00	05	03.08
TOTAL	65	100.00	65	100.00	130	100.00

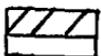
GRAFICA No. 1

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN CAUSAS DE AMIGDALECTOMIA, I.M.S.S. U.M.F. 20, MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



A
B
C
D

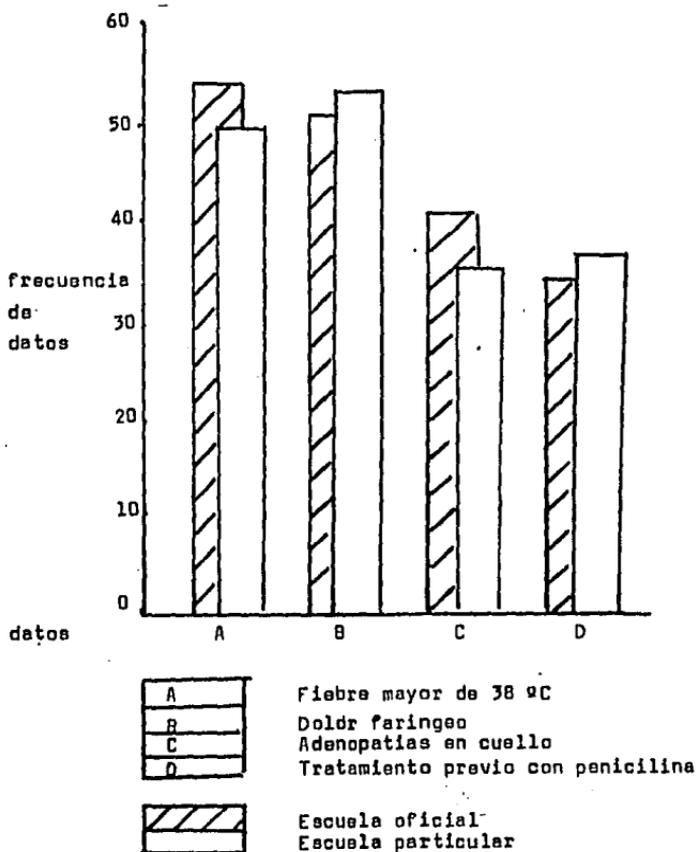
Excesiva frecuencia
Excesiva duración
Obstrucción
Otítis de repetición



Escuela oficial
Escuela particular

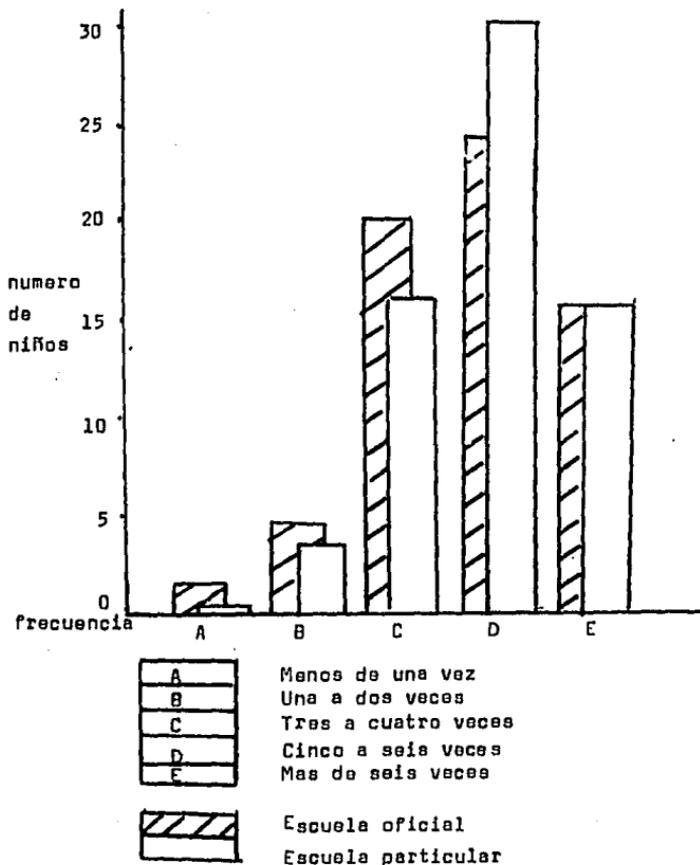
GRAFICA No. 2

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN DATOS ENCONTRADOS EN LOS CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS, ANTES DE LA AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20 MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



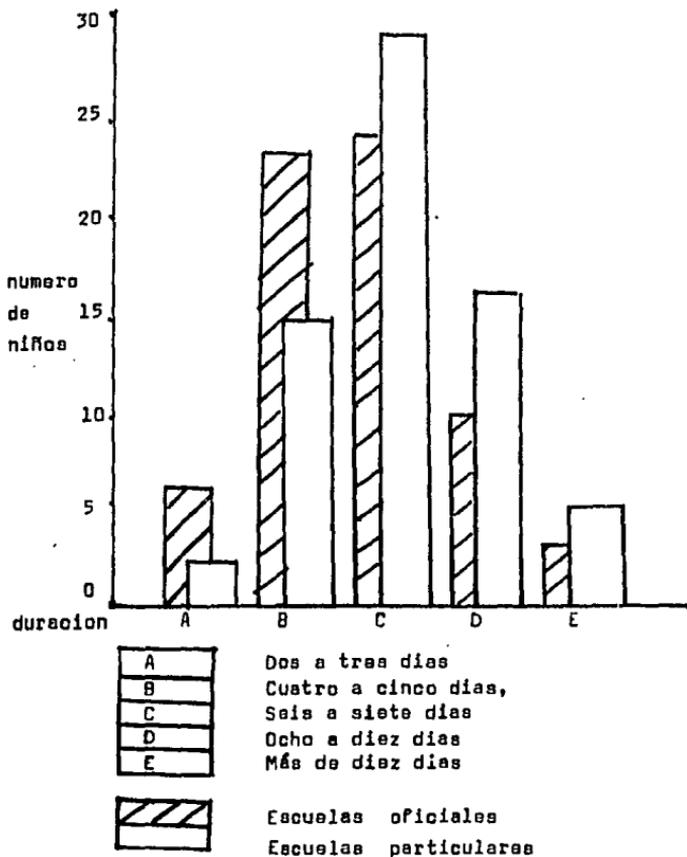
GRAFICA No. 3

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS PARTICULARES Y OFICIALES SEGUN FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS EN 6 MESES, ANTES DE LA AMIGDALECTOMIA . I.M.S.S. J.J.M.F. 20 , MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



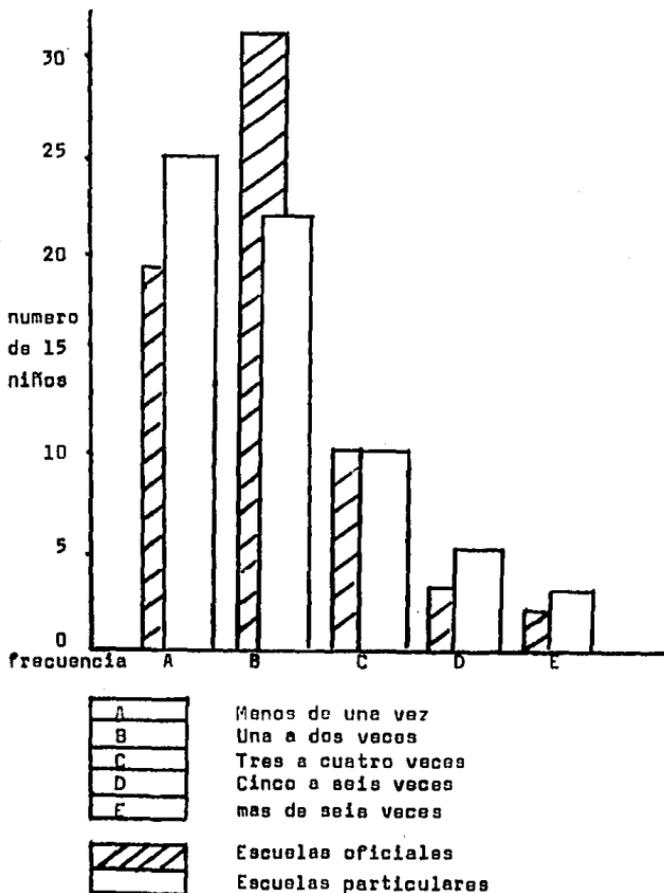
GRAFICA No. 4

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN DURACION DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS ANTES DE LA AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20 MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



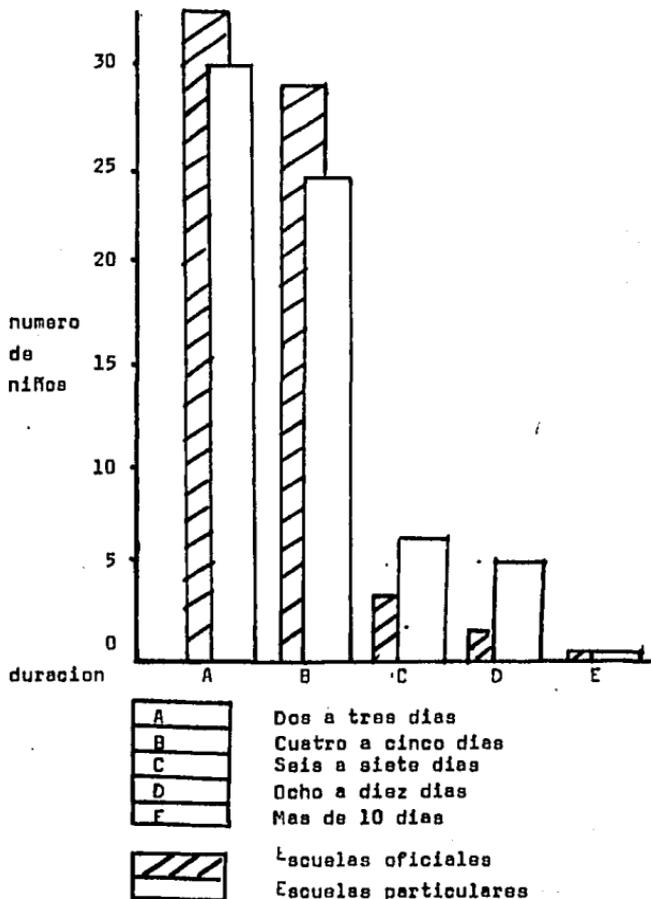
GRAFICA No. 5

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS EN 6 MESES, POSTERIOR A AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20, MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



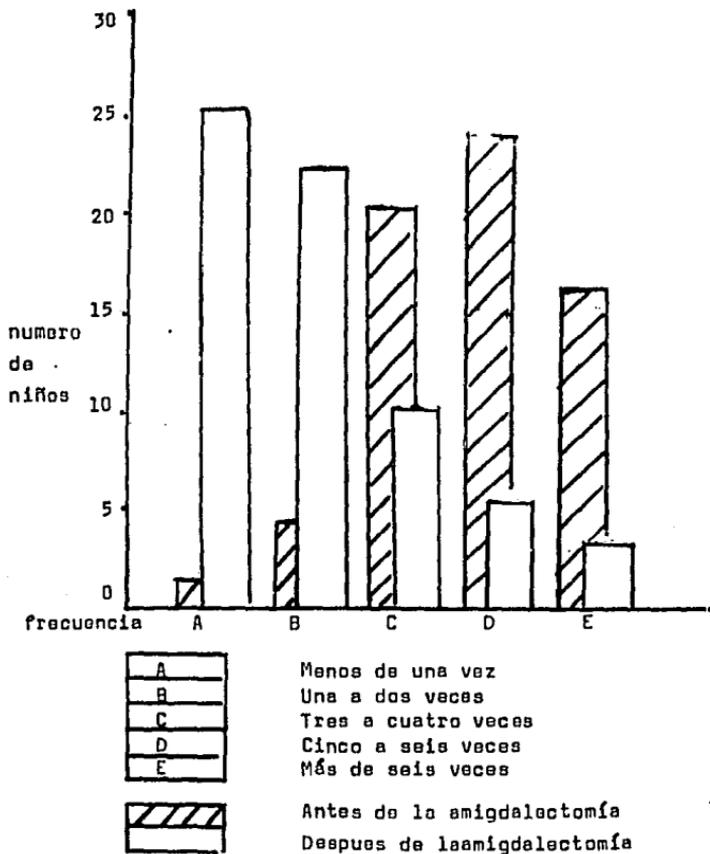
GRAFICA No. 6

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES Y PARTICULARES SEGUN DURACION DE CUÁDROS RESPIRATORIOS ALTOS POSTERIOR A AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20 MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985



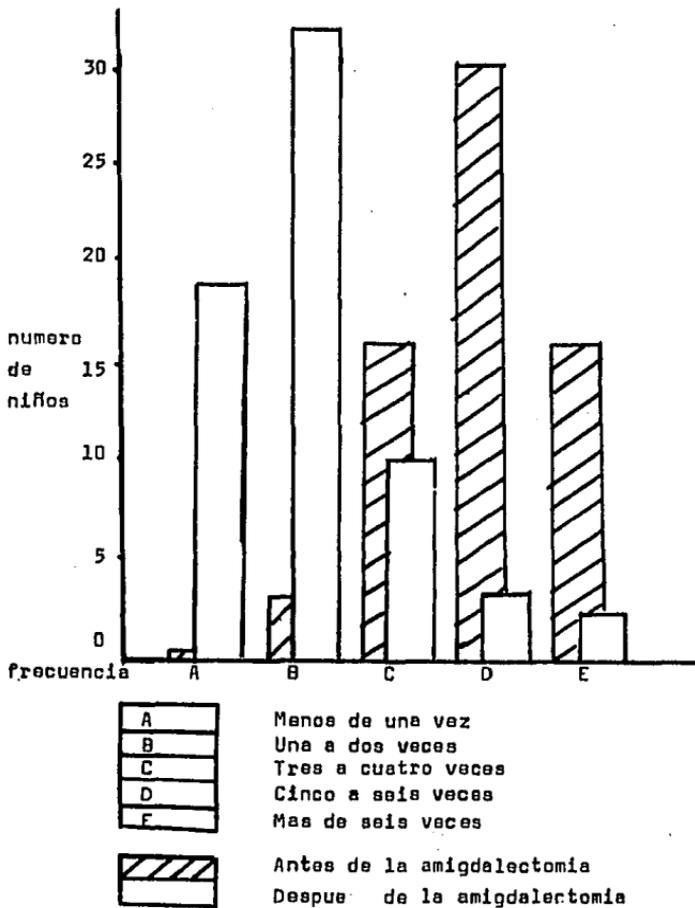
GRAFICA No. 7

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES SEGUN FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS EN 6 MESES ANTES Y DESPUES DE LA AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20 , MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



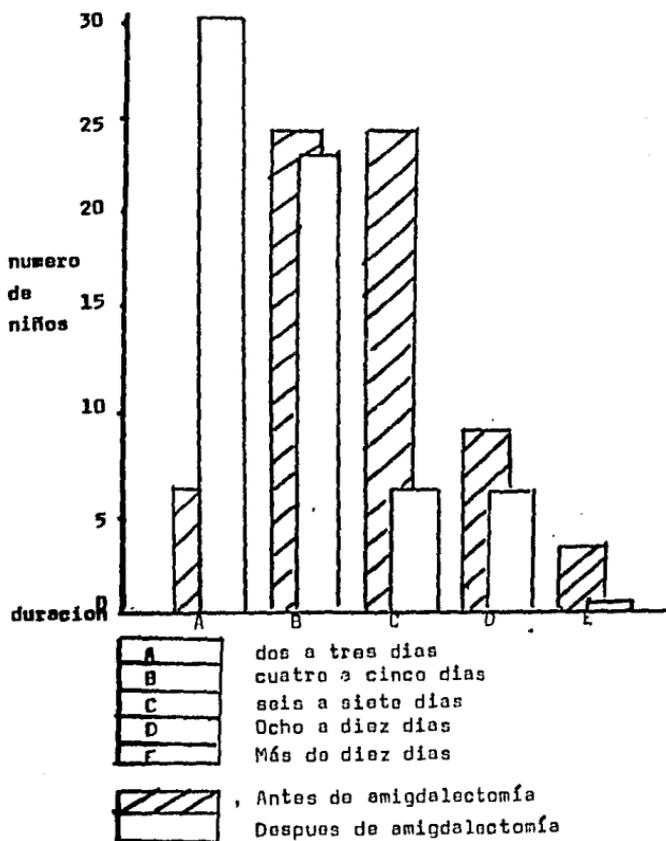
GRAFICA No. 8

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS PARTICULARES
SEGUN FRECUENCIA DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS EN
6 MESES, ANTES Y DESPUES DE LA AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S.
U.M.F. 20, MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



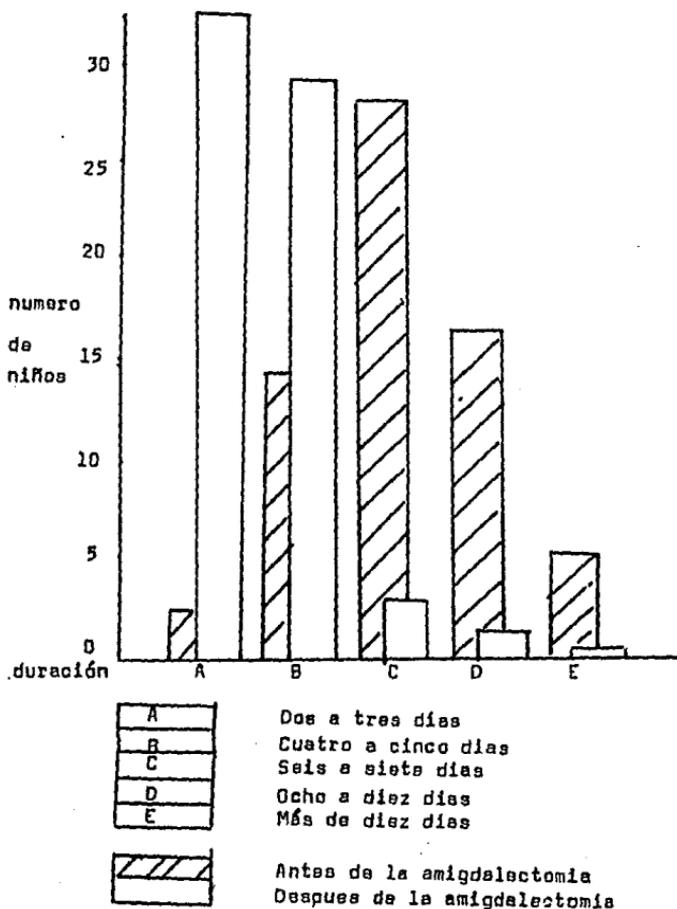
GRAFICA No. 9

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS OFICIALES SEGUN DURACION DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS, ANTES Y DESPUES DE LA AMIGDALECTOMIA. I.M.S.S. U.M.F. 20 MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



GRAFICA No. 10,

NIÑOS AMIGDALECTOMIZADOS DE ESCUELAS PARTICULARES
SEGUN DURACION DE CUADROS RESPIRATORIOS ALTOS, ANTES
Y DESPUES DE LA AMIGDALECTOMIA, I.M.S.S. U.M.F. 20
MEXICO D.F. ABRIL A OCTUBRE 1985.



PREVALENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS
AMIGDALECTOMIZADOS.

FORMULARIO.

1.- ESCUELA. _____.

2.- EDAD DEL NIÑO. _____ Años. _____ Meses .

3.- SEXO DEL NIÑO . Masculino _____ Femenino _____ .

4.- FECHA EN QUE FUE OPERADO DE LAS ANGINAS. _____ .

5.- LUGAR DONDE FUE OPERADO DE LAS ANGINAS. _____ .
_____ .

6.- CUANTO TIEMPO TIENE VIVIENDO CON EL NIÑO. _____ .
_____ .

7.- PORQUE LO OPERARON DE LAS ANGINAS ?

- A) Porque se enfermaba muy seguido de la garganta.
- B) Porque le duraban mucho tiempo las enfermedades de la garganta.
- C) Porque se le dificultaba respirar.
- D) porque se enfermaba muy seguido de los oídos.

8.- ANTES DE OPERARLO CUANTAS VECES SE ENFERMABA DE LA GARGANTA
EN 6 MESES.

- A) Menos de una vez.
- B) Una a dos veces.
- C) Tres a cuatro veces.
- D) Cinco a seis veces.
- E) Más de seis veces.

9.- ANTES DE OPERARLO CUANTOS DÍAS DURABA ENFERMO DE LA GARGANTA
CON O SIN MEDICAMENTOS?.

- A) Dos a Tres días.
- B) Cuatro a cinco días.
- C) Seis a siete días.
- D) Ocho a diez días
- E) Más de diez días.

10.- CUALES DATOS SE ENCONTRABAN PRESENTES CUANDO SE ENFERMABA EL NIÑO DE LA GARGANTA?

- A) Fiebre o calentura mayor de 38 °C
- B) Dolor en la garganta.
- C) Ganglios inflamados en cuello.
- D) Le recetaban casi siempre penicilina.

11.- DESPUES DE OPERARLO DE LAS ANGINAS, CUANTAS VECES SE ENFERMA EN 6 MESES ?

- A) Menos de una vez.
- B) Una a dos veces.
- C) Tres a cuatro veces .
- D) Cinco a seis veces.
- E) Más de seis veces.

12.- DESPUES DE OPERARLO DE LAS ANGINAS, CUANTOS DIAS DURA ENFERMO DE LA GARGANTA CON O SIN MEDICAMENTOS?.

- A) Dos a tres dias.
- B) Cuatro a cinco dias.
- C) Seis a siete dias.
- D) Ocho a diez dias.
- E) Más de diez dias.

13.- SEGUN SU OPINION, CON LA OPERACION DE LAS ANGINAS SE ENFERMA MENOS DE LA GARGANTA?

SI _____ . NO _____ .

14.- PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD DE IMPORTANCIA SU NIÑO?

SI _____ . NO _____ .

15.- CUAL ?.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

De acuerdo a la descripción de resultados presentada previamente realizaremos el analisis de lo obtenido, teniendo en cuenta que los resultados fueron obtenidos de una encuesta aplicada a los padres de los niños seleccionados,

Para las escuelas oficiales inicialmente encontramos una distribución similar en cuanto a sexos, encontrando el grupo de edad con mayor número de niños en los 9 años seguido por los de 8 años y 7 años, siendo los de menor frecuencia aquellos grupos menores de 6 años y mayores de 12 años debido a que esta edad es observada menos frecuentemente en escuelas primarias.

Para el lugar de realización de la amigdalectomía notamos en este grupo de un estrato social bajo, que la mayor parte de las cirugías fueron realizadas en un medio hospitalario institucional, aunque en cierta manera sorprende que cerca de un tercio hayan sido efectuadas a nivel particular. Explicamos el predomnio del medio institucional debido a una mejor capacidad económica que obliga a recurrir al servicio médico de instituciones oficiales. El número de cirugías particulares, relativamente alto puede deberse a que la escuela oficial no funciona como adecuado indicador por sí solo del estrato social, existiendo personas con posibilidades económicas amplias con hijos estudiando dentro de escuelas de este nivel, o la proliferación de medicina particular a nivel popular debido a la saturación dentro de esta rama, que ofrece servicios a precios más accesibles, aunque de dudosa calidad. (vid supra cuadro 2).

La principal causa referida por los padres fué la excesiva frecuencia de cuadros respiratorios altos, es decir, faringitis o faringoamigdalitis de repetición, con cerca de un 80% de respuestas positivas, correlacionando adecuadamente con lo observado en la consulta externa de medicina familiar donde la principal razón de envío al servicio de Otorrinolaringología para valoración de amigdalectomía es la repetición frecuente de los cuadros mencionados con poca respuesta al tratamiento

médico establecido. Las demás causas según los padres entrevistados solo se observaron en menos de la mitad de los casos, siendo la de menor porcentaje en este grupo la otitis de repetición. (vid. supra cuadro 3 grafica 1).

Los datos clínicos más frecuentemente reportados por los padres en esta encuesta fueron la fiebre y el dolor faríngeo con frecuencias cercanas al 80% de los casos ambos, explicado esto por que son los datos mas facilmente detectados por ellos y que son los referidos en forma inicial y más persistente por los pacientes. Las adenopatías cervicales presentan un resultado que deberá ser tomado con muchas reservas, debido a que la mayoría de los padres no estan capacitados para detectarlas o identificarlas, y solo tal vez por referencia del médico tratante hayan podido tener conocimiento de su presencia, aún así, suponemos que muy pocas veces pudieron haber sido palpadas. Y por último, el tratamiento con penicilina también es difícil de valorar, debido al desconocimiento de los padres casi siempre acerca del manejo dado a sus hijos, olvidando o desconociendo los nombres de los medicamentos, mucho menos conociendo la diferencia entre el nombre genérico y el comercial. (vid. supra cuadro 4 grafica 2).

La descripción de los cuadros previos a la amigdalectomía muestra en el renglón de la frecuencia observada por los padres en un período de 6 meses, que la mayoría presentaba más de 4 cuadros durante ese período situandose la mayoría entre 5 a 6 cuadros, o sea casi uno por mes. Debemos confiar en este renglón en la memoria de los padres para recordar aproximadamente la frecuencia de los cuadros, por lo que no puede esto ser tan exacto como si se tuvieran registros disponibles. (vid supra cuadro 10 grafica 7).

La duración de los cuadros según refieran los padres entrevistados, mostró en la mayor parte de los niños un rango entre los 4 y 7 días, notando que de 6 a 7 días encontramos la mayor frecuencia, y esto puede ser considerado como excesivo para un cuadro respiratorio alto manejado médicamente.

La duración de estos cuadros respiratorios previos a la amigdalectomía reportada por padres de niños procedentes de escuelas oficiales puede ser realmente excesiva con episodios de una semana, aunque debemos tomar en cuenta que en ocasiones puede influir la poca precisión para recordar datos tan específicos. (vid. supra cuadro 12, grafica 9).

Después de la amigdalectomía los datos reportados para la encuesta variaron, mostrando en lo referente a la frecuencia de cuadros altos en un periodo de 6 meses para niños de escuelas oficiales entre menos de uno a dos cuadros, como más frecuentes, y disminuyendo gradualmente conforme aumenta el número de cuadros. (vid supra cuadro 11 grafica 8).

La duración de los cuadros respiratorios después de la amigdalectomía según padres de niños seleccionados en escuelas oficiales mostró que la mayoría refería cuadros de 2 a 3 días de duración con mayor frecuencia, seguidos por cuadros de 4 a 5 días. Los cuadros de mayor duración fueron reportados con frecuencias muy bajas. (vid supra cuadro 12 grafica 9).

Con los parámetros de frecuencia de cuadros respiratorios y duración de los mismos antes y después de la amigdalectomía podemos observar que la prevalencia de este tipo de patología es diferente, mostrando disminución en la severidad de ellos posterior al acto quirúrgico, según los reportes obtenidos de la opinión dada por los padres.

Esto es ratificado, en forma más subjetiva al cuestionar a los padres acerca de la utilidad notada con la amigdalectomía, donde 57 padres respondieron que fue un efectivo recurso terapéutico, y solo 8 la consideraron inútil. (vid supra cuadro 5).

Pasando a analizar los datos obtenidos de los padres de niños amigdalectomizados procedentes de escuelas particulares encontramos que se revisaron 65 casos correspondientes a 40 masculinos y 25 femeninos con edades oscilando entre los 6 y 13 años de edad, encontrándose las mayores frecuencias entre los 8 y 9 años de edad. (vid supra cuadro 8).

Para este grupo los padres reportan una mayor realización de amigdalectomías a nivel particular (70.77%) que a nivel institucional (29.23%) pudiendose explicar esto por una probable mejoría del nivel económico en este grupo. (vid supra cuadro 2)

El motivo más frecuentemente esgrimido por los padres para que se efectuara la amigdalectomía fué tambien en este grupo la excesiva frecuencia de cuadros altos, especificada más adelante, pasando a segundo término otras causas como la excesiva duración, la obstrucción o dificultad respiratoria y las otitis secundarias. (vid. supra cuadro 3 grafica 1).

Los datos clínicos mencionados por los padres durante los episodios altos antes de la amigdalectomía fueron principalmente el dolor faringeo y la fiebre, siendo estos los más evidentes para cualquier observador, mencionandose en segundo término las adenopatías cervicales difíciles de detectar por un padre de familia en su hijo, y el tratamiento con penicilina, confundido muchas veces con otros nombres comerciales de medicamentos y en ocasiones no utilizada al registrarse fracasos iniciales en su uso. (vid. supra cuadro 4, grafica 2).

La frecuencia de cuadros altos antes de la amigdalectomía según la opinión de los padres señaló presentación de el mayor número de casos con cinco a seis cuadros o sea casi uno por mes. (vid. supra cuadro 11 grafica 8).

La duración previa a la amigdalectomía de los cuadros respiratorios altos se mostró alta con cuadros de seis a siete días con el mayor número de reportes. (vid. supra cuadro 13, grafica 9).

Los resultados en cuanto a la frecuencia de cuadros respiratorios posteriores a la amigdalectomía variaron, encontrandose ahora la mayor frecuencia de reportes en uno a dos episodios por seis meses, aumentando los casos en frecuencias bajas y disminuyendo su número al aumentar la frecuencia de cuadros presentes en 6 meses. (vid. supra cuadro 11, grafica 8).

La duración de los cuadros registró un patrón similar al de la frecuencia, en este caso la mayor frecuencia de señalamientos en las encuestas se encontró en cuadros de dos a tres

días de duración, notándose una mayor frecuencia de casos en los renglones de menor duración y disminuyendo gradualmente al aumentar la duración de los episodios altos. (vid supra cuadro 13 grafica 9).

La prevalencia de infecciones respiratorias altas antes de la amigdalectomía muestran una duración y frecuencia en cierta forma excesiva, correlacionando bien con los principales motivos por los que se realizó la cirugía. En los resultados obtenidos después de la amigdalectomía la prevalencia de cuadros respiratorios altos muestra una menor frecuencia, así como una duración mas corta mostrándose como un eficaz recurso terapéutico basados en los datos obtenidos de los padres de niños seleccionados en escuelas particulares.

La opinión de los padres acerca de la utilidad de la amigdalectomía confirma lo dicho previamente; más del 90% de ellos opinaron que la amigdalectomía había sido efectiva para mejorar la patología respiratoria previa, tomando como base unicamente la experiencia. (vid supra cuadro 5).

Por último, al describir las frecuencias y duraciones de los cuadros respiratorios altos en las poblaciones de escuelas oficiales y particulares observamos similitud en sus resultados, o sea frecuencias y duraciones altas en ambos. Existió así mismo una prevalencia similar en cuanto a la frecuencia y duración de las infecciones respiratorias altas presentes después de la amigdalectomía, notándose un descenso en ambos, según lo anotado por los padres de los niños de los dos grupos con diferente estrato social.

Esta similitud puede ser debida a que el indicador empleado en forma unica que fué la escuela de procedencia de los niños resultó insuficiente para diferenciar a dos estratos sociales. Otra posible explicación puede ser que ambos grupos comparten un ambiente común al estar suscritos dentro de una zona pequeña dentro de esta ciudad expuestos a iguales características ambientales, servicios públicos, etc.

Otro factor que debemos tomar en cuenta acerca de la percepción que tienen los padres acerca de la evolución postoperatoria de sus hijos se basa en que, como se mencionó inicialmente, la presión ejercida por los padres hacia el médico es muchas veces la causa por la que se realiza la amigdalectomía y busca otros objetivos además de disminuir la presentación de cuadros respiratorios altos, como aumento de peso, mejor apetito, aumento de talla, etc. Esto condiciona que se tomen como mejoras algunas situaciones no relacionadas con la verdadera causa de la amigdalectomía. Así mismo, es difícil para un padre el poder aceptar que no se obtuvo un resultado adecuado posterior a la cirugía, cuando fué él mismo quien la propuso.

CONCLUSIONES.

De acuerdo con los resultados obtenidos y el análisis elaborado acerca de ellos podemos establecer las siguientes conclusiones:

- 1) Las causas más frecuentes por las que se efectuó la amigdalectomía fueron la excesiva frecuencia y duración de los cuadros respiratorios altos.
- 2) Los datos clínicos más comunmente referidos fueron la fiebre y el dolor faríngeo.
- 3) La prevalencia de enfermedades respiratorias altas en niños amigdalectomizados fué menor a la referida previa a la amigdalectomía.
- 4) La prevalencia de infecciones respiratorias altas fué similar en los dos grupos de diferente estrato social antes de la amigdalectomía.
- 5) La prevalencia de infecciones respiratorias altas fué similar en los dos grupos de diferente estrato social después de la amigdalectomía.
- 6) La mayoría de los padres refirieron utilidad de la amigdalectomía efectuada en sus hijos, en ambos grupos.
- 7) Con los datos obtenidos no podemos afirmar que la amigdalectomía es eficaz para disminuir la prevalencia de infecciones respiratorias altas en niños, como se afirma en la hipótesis, pero si podemos afirmar que los padres perciben a la amigdalectomía como eficaz para disminuir la frecuencia y duración de los cuadros respiratorios altos en sus hijos.

COMENTARIO.

Este trabajo es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional acerca de la opinión y las experiencias vividas por los padres de niños amigdalectomizados, basandonos en ellas para conocer la eficacia de este procedimiento quirúrgico.

Como tal, es importante hacer notar que al no contar con referencias más específicas sobre el comportamiento de las infecciones respiratorias altas, en niños amigdalectomizados, tomamos como apoyo los datos que nos pudieran aportar las personas que tienen un contacto más estrecho con ellos.

Debemos tomar en cuenta que estos datos obtenidos pueden tener impresiones, no voluntarias, secundarias en gran parte al desconocimiento del aspecto médico del problema, por parte de los padres, así como el paso del tiempo que desvanece ciertos datos necesarios para este estudio.

Así mismo, creemos que el material empleado es susceptible de ser corregido y mejorado con el fin de obtener datos más específicos y útiles.

Con todo esto, a pesar de no reunir todos los elementos necesarios para poder establecer conclusiones definitivas acerca de la comparación de la evolución previa y posterior a la amigdalectomía, este estudio reviste validez en el sentido de conocer algunas características importantes dentro de una de las patologías más frecuentemente vistas por el médico familiar.

Además, este trabajo deja abierta una puerta a futuras investigaciones sobre el tema, sirviendo como referencia y procurando motivar a más personas para desarrollar un espíritu de investigación, como lo hizo con nosotros.

RESUMEN.

La amigdalectomía es un procedimiento quirúrgico muy frecuentemente empleado en el mundo, con indicaciones precisas y que requiere esfuerzos humanos y materiales importantes. Su eficacia ha sido evaluada pobremente como respuesta terapéutica a cuadros respiratorios altos de repetición.

Mediante este trabajo, con pretenciones unicamente descriptivas, se trata de identificar la prevalencia de cuadros respiratorios altos en niños amigdalectomizados, así como enumerar las características de los cuadros respiratorios altos, antes y después de la amigdalectomía, y describir las características de los cuadros en dos situaciones aparentemente distintas, con poblaciones de estrato socioeconómico alto y bajo.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en dos grupos de 65 niños cada uno, procedentes de escuelas oficiales y particulares, entre los 5 y 15 años de edad, cuya amigdalectomía se hubiera efectuado entre 1979 y 1984.

Se aplicó una encuesta a los padres de los niños con las características señaladas sobre: el lugar de realización de la amigdalectomía, la causa de la misma, los datos clínicos más comunmente detectados por ellos y las características de frecuencia y duración antes y después de este procedimiento.

Los resultados muestran que los padres de los niños amigdalectomizados refieren frecuencia y duración menor en los cuadros después de la amigdalectomía.

Con los datos obtenidos no podemos afirmar que la amigdalectomía es eficaz para disminuir la prevalencia de infecciones respiratorias altas en niños, pero si podemos afirmar que los padres perciben la amigdalectomía como eficaz para disminuir la frecuencia y duración de los cuadros respiratorios altos en sus hijos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- BALLENGER W.L. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. EN Textbook of otolaryngology. Eds Lea & Febinger. Philadelphia 1970. pp 269-71.
- 2.- CARMEN T.S.: Conferencia on indications for tonsillectomy and adenoidectomy. J.A.M.A. Vol. 241 : May 1979 pp. 2005 - 6.
- 3.- CARMEN T.S.: Tonsillectomy; trial and tribulations. J.A.M.A. Vol. 240 Oct. 1978. pp. 1951-2.
- 4.- CORVERA R.J. Dolor faringeo. EN Otorrinolaringología elemental. Eds Francisco Mendez Cervantes. México 1977 pp. 205 - 23.
- 5.- DE WESSE D.D. Tonsils and adenoids. EN Textbook of otolaryngology. Eds Mosty. St. Louis Mo. 1973 pp 59 - 61.
- 6.- DRIVE L.A. et al: Adenotonsillectomy: current debate. Prescriptions. Vol. 227. June 1983 pp. 929-33.
- 7.- GUTIERREZ R.R. Incidencia de la Infección estreptocócica subclínica faríngea en población infantil de diferentes estratos socioeconómico. Tesis para obtener el título de especialista en medicina familiar. Eds. U.N.A.M. México 1985 pp. 1-65.
- 8.- NELSON L.S. Sistema Respiratorio. EN Tratado de pediatría Nelson, Vaughan, McKay. Eds. Salvat. México. 1980. pp 976 - 91.
- 9.- PARADISE J.L. Tonsillectomy and adenoidectomy. Ped. Clin. of North Am. Vol. 28. Nov. 1981 pp. 881-90.