



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

Generación 1977-1978

TESIS RECEPCIONAL

"LA AMIGDALECTOMIA Y SU MANEJO
MEDICO PREVIO"

PRESENTADA POR:

Dr. Nathanael Chavez Mendoza
Dra. Guadalupe Estroza Gallegos
Dr. Oguer Gutierrez Higuera
Dr. Javier Maldonado Ortiz

Depto. de Enseñanza I. M. S. S.

Hermosillo, Sonora



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

GENERACION 1977- 1979

TESIS RECEPCIONAL

" LA AMIGDALECTOMIA Y SU MANEJO MEDICO PREVIO "

PRESENTADA POR:

Dr. Nathanael Chávez Mendoza.
Dra. Guadalupe Estrada Gallegos.
Dr. Oguer Gutierrez Holguin.
Dr. Javier Maldonado Ortiz.

ASESOR DE LA TESIS:

Dr. José Felipe Carrillo Martínez
Jefe de Enseñanza e Investigación
de la C.H.T.1 # 2 del I.M.S.S.
Hermosillo, Sonora, México.

C O N T E N I D O

- 1.- RESUMEN.
- 2.- INTRODUCCION.
- 3.- JUSTIFICACION.
- 4.- OBJETIVOS.
- 5.- HIPOTESIS.
- 6.- MATERIAL Y METODOS.
- 7.- RESULTADOS.
- 8.- DISCUSION.
- 9.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- 10.- BIBIOGRAFIA.
- 11.- CUADROS Y GRAFICAS.

RESUMEN

En el presente estudio, se valoró el manejo médico previo de los pacientes pediátricos-programados para amigdalectomía palatina, - en la Clínica-Hospital de Especialidades -- del Instituto Mexicano del Seguro Social; - tomándose una muestra al azar de 67 casos,- durante el período comprendido del 10. de febrero al 5 de noviembre de 1978.

El estudio está encaminado a tratar de demostrar que el manejo previo es inadecuado, y a esto obedece que gran parte de las amigdalectomías no estén indicadas.

I N T R O D U C C I O N

Debido a la importancia que reviste el conocer los - problemas de nuestro medio, abordamos un tema de gran valor desde el punto de vista del binomio médico-paciente y operacional.

En base a observaciones empíricas y trabajos de validez científica, nos hemos apoyado para afrontar el problema de la amigdalectomía (palatina) en relación a su manejo previo y a su indicación, así como a la interacción de los diferentes servicios que participan en su evolución.

Dentro de los niveles de atención médica, el problema a tratar, corresponde a la medicina de primer contacto - (Medicina Familiar) en su papel y en coordinación con los otros servicios fundamentalmente: Pediatría, Otorrinolaringología, Medicina Preventiva y el Laboratorio de Análisis Clínicos.

La amigdalectomía es la cirugía que más se practica en todos los hospitales tanto institucionales como privados (9, 12, 19).

Este problema ha ocasionado la participación de investigadores, administradores y programadores con el propósito de analizarlo y explicarlo. Concluyendo que gran parte de las amigdalectomías practicadas son de dudosa indicación y que en todos los casos debe individualizarse la práctica de la misma.

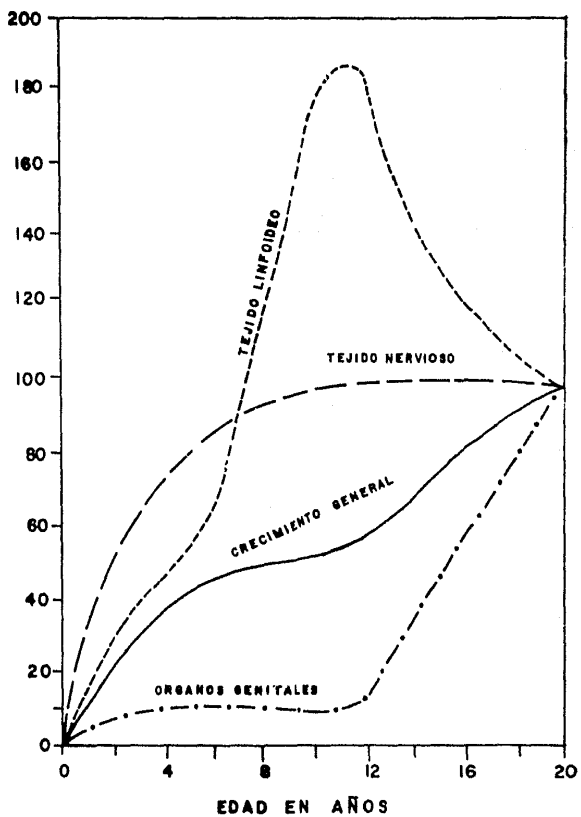
Por otro lado, las infecciones de las vías respiratorias se encuentran dentro de las principales enfermedades transmisibles y comprenden el 20 a 30% de las consultas dadas en nuestras unidades hospitalarias (1, 20, 21).

Conociendo la anatomía del tejido linfoide que rodea la orofaringe (anillo de Waldeyer), es menester señalar algunas premisas importantes respecto al papel que desempeña desde el punto de vista inmunológico y la relación con las infecciones más frecuentes como son:

- 1.- El desarrollo post-natal del sistema inmunológico ó retículo endotelial está condicionado por la experiencia del niño en crecimiento. Si el sistema inmunológico es normal esta experiencia se refleja en una hiperplasia progresiva de los folículos linfáticos y la gradual aparición de sus respectivos mecanismos de defensa tanto locales como sistémicos, incluyendo la hipertrofia de las amígdalas y de los ganglios linfáticos respecto a las dimensiones que poseen al nacer y en comparación con el resto de los tejidos de la economía. (fig. 1)
- 2.- Los trastornos principales de las amígdalas y adenoides son la infección y la hipertrofia secundaria como fenómeno inmunológico. Las infecciones son poco frecuentes en estos tejidos en los niños menores de un año, encontrándose la máxima en los infantes de 5 a 7 años. (8)

SOMATOMETRIA

CURVA DE SCAMMON
PATRON DE CRECIMIENTO DE VARIOS TEJIDOS
Y ORGANOS DEL CUERPO



- 3.- Entre el 10 y el 30% de la población general es portadora del estreptococo beta hemolítico (cepa Lancefield) — que es uno de los gérmenes que más interesa por ser el de mayor frecuencia en cuadros bacterianos, aunque es — pertinente asentar que la mayoría de las infecciones de vías respiratorias superiores son de origen viral, de — las cuales los procesos localizados en amígdalas ocupan el primer lugar. (5, 12, 14, 20) cuadro 1.

- 4.- Los ataques repetidos de otitis media es complicación — más común de infección adenoidea que amigdalina y debe — rá excluirse siempre una causa alérgica, por lo que, en su caso la operación limitada a adenoides es la conduc — ta a seguir, amén de que implica menos morbi-mortalidad (8, 13, 19).

- 5.- Estudios comparativos de forma prospectiva que relacio — nan la incidencia de infección de vías respiratorias al — tas y secuelas de inyección bacteriana producidas por — el estreptococo beta hemolítico (fiebre reumática, glo — merulonefritis), no revelan gran diferencia en los pa — cientes sometidos y en los no sometidos a la ablación — amigdalina, de lo que se ha inferido que la amigdalecto — mía no constituye la solución definitiva para las in — fecciones específicas y no específicas de vías respira — torias superiores. (5, 9).

6.- La inflamación del tejido linfóide como consecuencia de infecciones sub-clínicas o agudas de repetición puede dar origen a la instalación de procesos tales como amigdalitis crónica, la cual se caracteriza por enrojecimiento del pilar anterior del paladar que debe ser considerado como la expresión de una hiperhemia reactiva producida por el proceso inflamatorio crónico.

La existencia de secreción purulenta que brota por las criptas cuando se oprime la amígdala indica infección crónica pero su ausencia no implica que no haya inflamación crónica. Los ganglios palpables y dolorosos a nivel de ángulo de maxilar y cuello constituyen un indicio importante de la presencia de este proceso crónico.
()

En resumen la mayoría de los autores no establecen como indicación quirúrgica absoluta el proceso mencionado porque no modifica en forma sustancial el cuadro inflamatorio de vías altas.

7.- El manejo médico adecuado respecto a la infección bacteriana producida por el estreptococo beta hemolítico - en lo referente a erradicación, continúa siendo la penicilina y en caso de haber reacción de hipersensibilidad se prescribirá eritromicina, nunca deberá usarse sulfas ni tetraciclina.

8.- Muchas amígdalas consideradas hipertroficas son en realidad de tamaño normal, variando la hipertrofia aún en-

nifios de la misma edad. Las amígdalas crónicamente infectadas no necesariamente están hipertrofiadas (1). De tal manera, -- que la rutina de extirpar las amígdalas y adenoides sin una - indicación clara y precisa debe considerarse energicamente, - ya que la extirpación irracional puede ser peligrosa para el paciente y puede llevarlo a riesgos innecesarios. (3, 10, 19) (cuadro 2).

Sin olvidar como ya se dijo que debe individualizarse cada caso, el criterio más aceptado por los autores para indicar una amigdalectomía engloba a los siguientes procesos patológicos de amígdalas, mismos en que nos basaremos, considerando los no incluidos en ellos como procesos que nos son indicación de amigdalectomía.

1.-Hipertrofia severa:

Tejido amigdalino con distancia interamigdalina de 0.5 cms o menos, con disnea severa, con dificultad para respirar - diurna y nocturna o disfagia severa (dificultad para deglutir todo tipo de alimentos en forma constante).

2.-Amigdalitis recurrente o de repetición:

Cuadros repetidos de amigdalitis, con hipertermia, ataque al estado general, odinofagia, con aislamiento del germen por el laboratorio, con tratamiento de erradicación y profilaxis en su caso. Cuadro que debe presentarse como mínimo tres veces en un año por tres años consecutivos.

3.- Adenitis piógena:

Adenitis cervical o angulomaxilar, con infección activa, que exista dolor, uni o bilateral.

4.- Sospecha de neoplasia:

Tumoración amigdalina anormal por forma, color y ubicación. Biopsia positiva.

5.- Neumonía recurrente por aspiración:

Ataques recurrentes de neumonía por aspiración relacionados con la hipertrofia.

6.- Absceso periamigdalino:

Colección purulenta, uni o bilateral en tejido laxo periamigdalino.

Al hablar de manejo médico adecuado, nos referimos a la aplicación de todos los recursos médicos con que contamos para obtener un diagnóstico preciso, como son: Historia Clínica y estudios paraclínicos pertinentes, tratamiento médico completo y aplicación de medidas profilácticas.

Para ubicarnos en nuestro medio, en que existe limitación de los recursos diagnósticos y terapéuticos, consideraremos como un mínimo de manejo médico adecuado el que se ajuste a lo siguiente:

1.- Diagnóstico preciso.

2.- Historia Clínica actualizada:

La realizada de un año a la fecha del estudio.

3.- Exudado:

Cultivo faringeo que debe efectuarse antes de iniciar el tratamiento. (realización de por lo menos un cultivo por caso).

4.- Antiestreptolisinas:

Nos indica actividad bacteriana estreptococcica.

5.- Tratamiento de erradicación estreptococcica:

Aplicación de penicilina procaínica intramuscular por 10 días: 800.000 U. en los mayores de 6 años y 400.000 en los menores, diariamente. Otro esquema considerado es la aplicación de 800.000 U. de penicilina procaínica intramuscular c/24 hrs. por tres días, seguida de 600.000 U. de penicilina benzatínica intramuscular en menores de 6 años, ó 1,200.000 U. en mayores de 6 años. De existir alergia a la penicilina utilizar eritromicina 30 a 50 mg/Kg/día, repartida en 4 dosis por 7 a 10 días. Las sulfas y las tetracilinas no deben usarse para la erradicación. (consideramos por lo menos una vez).

6.- Control Epidemiológico-profilaxis:

Realizar el estudio epidemiológico en cada caso para proteger a los contactos, mediante la aplicación de penicilina benzatínica a las siguientes dosis: 1,200.000 U. en mayores de 6 años y 600.000 U. en menores de 6 años I.M. dosis única.

J U S T I F I C A C I O N

Observamos algunos hechos que nos llevaron a estudiar la indicación o nó de la amigdalectomía en base al manejo médico otorgado por los diferentes servicios, fundamentalmente al de Medicina Familiar que corresponde al primer contacto y de donde se deben de canalizar los pacientes a otros niveles en la forma más adecuada.

La amigdalectomía es una de las cirugías que más se practica en nuestra unidad hospitalaria. En los últimos 9 meses se han practicado 201 amigdalectomías en la unidad de pediatría a partir del mes de febrero al mes de octubre de 1978, que corresponde al 22.48% del total de cirugías practicadas en el mismo.

Existe una discrepancia respecto al manejo de los procesos amigdalinos en los diferentes servicios tanto de Medicina Familiar como los de segundo nivel (Pediatría, Otorrinolaringología), en especial de los cuadros agudos infecciosos de la faringe y amígdalas.

También observamos que con frecuencia el paciente es expuesto a un riesgo quirúrgico innecesario, al extirparsele un órgano que le es útil desde el punto de vista inmunológico; sin olvidar el trauma por el que pasa todo paciente que es sometido a un acto quirúrgico así como el alto costo que para el Instituto implica, recursos que pudieran utilizarse en programas de primordial necesidad, consecuentemente la población se beneficiaría al recibir mejor atención médica integral.

O B J E T I V O

- 1.- Identificar y conocer el manejo médico previo de los pacientes a los que se les practica amigdalectomía en la C.H.T.1#2 de Hermosillo, Sonora.
- 2.- Una vez logrado el objetivo anterior, señalar los factores susceptibles de modificación.
- 3.- Normar un criterio de manejo médico quirúrgico respecto a este problema en los diferentes servicios involucrados.

H I P O T E S I S

La mayoría de las indicaciones de amigdalectomía en la C.H.T.1#2 de Hermosillo, Sonora, son consecuencia de un manejo médico previo inadecuado.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El presente estudio se realizó en la Clínica Hospital de Especialidades de Pediatría y Gineco-Obstetricia del I.M.S.S. en Hermosillo, Sonora, en el período comprendido del 10. de febrero al 10. de noviembre de 1978. Sometiendo se a investigación la población derechohabiente que fué programada para practicarsele amigdalectomía de elección.

El Universo de trabajo comprendió 201 casos de los cuales se tomó una muestra de 10 por mes al azar que alcanzó un número total de 90 casos, del cual se eliminaron 23; 11 por carecer de una antigüedad mínima de 3 años como de derechohabientes, 4 por tener más de un expediente clínico -- (que no se localizó), 3 por ser pacientes foraneos y 5 por carecer de notas médicas, quedando una muestra de trabajo de 67 casos.

El estudio se efectuó de manera intrahospitalaria, mediante la revisión del expediente clínico y el examen físico de los pacientes programados, realizado por los autores del presente trabajo.

Como instrumento de estudio se elaboró un cuestionario estructurado para la evaluación del expediente clínico, con el objeto de medir el criterio médico acerca de la indicación de la amigdalectomía y su manejo previo.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Indicación de amigdalectomía.

Definimos la variable indicación de amigdalectomía como el diagnóstico en el que se basa el médico no familiar para establecer que el paciente debe ser sometido a intervención quirúrgica de amígdalas.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Manejo médico inadecuado.

Se define como el no cumplimiento de uno o más de los siguientes parámetros:

- 1.- Por su indicación:
 - Hipertrofia severa.
 - Amigdalitis de repetición (recurrente).
 - Adenitis piogena recurrente.
 - Sospecha de neoplasia.
 - Neumonía recurrente por aspiración.
 - Abceso periamigdalino.

2.- Por sus características:

Hipertrofia severa.
Cuadros repetidos de amigdalitis.
Adenitis piógena.
Sospecha de neoplasia.
Neumonía recurrente por aspiración.
Absceso periamigdalino.

3.- Por su manejo propiamente dicho:

Exudado faringeo.
Antiestreptolisinas.
Erradicación estreptococcica.
Estudio Epidemiológico (profilaxis).
Historia clínica actualizada.

Los indicadores de la variable independiente son:

A).- Amigdalectomías indicadas:

Aquella indicación dada por el médico no familiar que coincida con las siguientes:

Hipertrofia severa.
Amigdalitis de repetición.
~~Neumonía recurrente por aspiración,~~
Adenitis piógena.
Absceso periamigdalino.
Sospecha de neoplasia.

Categorización:

- a.- Manejo médico adecuado: Cuando el diagnóstico de indicación, dado por el médico no familiar, coincide con alguno de los anteriores.
- b.- Manejo médico inadecuado: Si el diagnóstico dado no coincide.

B).- Hipertrofia severa:

Tejido amigdalino cuya distancia interamigdalina es menor de 0.5 cms. y/o que provoque disnea severa (dificultad respiratoria diurna y nocturna) y/o disfagia severa (a líquidos y sólidos constante).

Unidades de medida:

- a.- Hipertrofia grado 0: Tejido amigdalino que no produce disfagia, ni disnea, con distancia interamigdalina de más de 1 cm.
- b.- Hipertrofia grado I: Tejido amigdalino con uno de los siguientes parámetros: distancia interamigdalina de más 0.5 cms. a 1 cm., - disnea moderada (ronquido nocturno constante) disfagia moderada a sólidos ocasional.
- c.- Hipertrofia grado II: Tejido amigdalino con dos de los anteriores parámetros.
- d.- Hipertrofia grado III: Tejido amigdalino con tres de los anteriores parámetros.

e.- Hipertrofia grado IV: Distancia interamigdalinea menor de 0.5 cms. con disfagia y/o disnea severa.

Categorización:

Manejo médico adecuado : Hipertrofia grado IV.

Manejo médico NO adecuado: Grado 0, I, II y III.

c.- Ataques repetidos de amigdalitis: Es la infección bacteriana que se presenta en tres o más ataques en el transcurso de un año por 3 años consecutivos, con fiebre, ataque al estado general, odinofagia.

Categorización:

Manejo médico adecuado: Presentación de los procesos.

Manejo médico inadecuado: No se presentaron.

d.- Adenopatías en cuello: Presencia de adenomegalias en cuello de más de 1 cm. de diametro a la palpación, con infección activa, que exista dolor uni o bilateral.

Categorización:

Manejo médico adecuado: Presencia del proceso.

Manejo médico inadecuado: No se presentó el proceso.

e.- Sospecha de neoplasia: Tumoración anormal por color, forma y ubicación, biopsia positiva.

Categorización:

Manejo médico adecuado: Presencia del proceso.

Manejo médico inadecuado: No presencia del proceso.

f.- Neumonía recurrente por aspiración: Ataques recurrentes de neumonía por aspiración relacionados con la hipertrofia.

Categorización:

Manejo médico adecuado: Presencia del proceso.

Manejo médico inadecuado: No presencia del proceso.

g.- Absceso periamigdalino: Colección purulenta uni o bilateral en tejido laxo periamigdalino.

Categorización:

Manejo médico adecuado: Presencia del mismo.

Manejo médico inadecuado: No presencia del mismo.

h.- Exudado faringeo: La realización de por lo menos un cultivo.

Categorización:

Manejo médico adecuado: Se practicó.

Manejo médico inadecuado: No se practicó.

i.- **Antiestreptolisinas séricas:** La realización de por lo menos un estudio.

Categorización:

Manejo médico adecuado: Se practicó.

Manejo médico inadecuado: No se practicó.

j.- **Erradicación estreptococcica:** Aplicación de penicilina procainica intramuscular por 10 días a dosis de en el esquema ya mencionado; por lo menos una ocasión.

Categorización:

Manejo médico adecuado: Aplicación del tratamiento.

Manejo médico inadecuado: No aplicación del tratamiento.

k.- **Profilaxis:** Protección de contactos cuando menos en una ocasión con penicilina benzatínica a dosis ya indicadas.

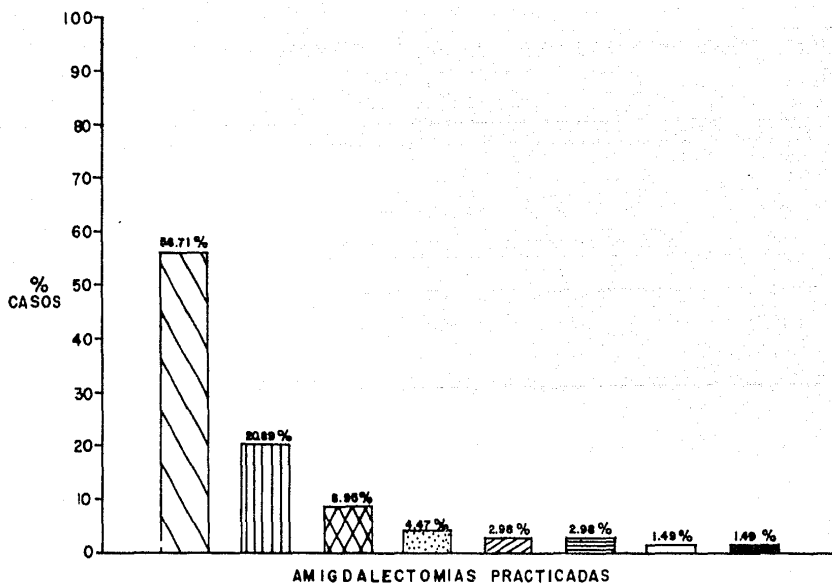
Categorización:

Manejo médico adecuado: Realización del tratamiento.

Manejo médico inadecuado: No realización del tratamiento.

Gráfica N°1

INDICACIONES DE AMIGDALECTOMIAS PRACTICADAS CHT-1 N° 2, HILLO, SON.



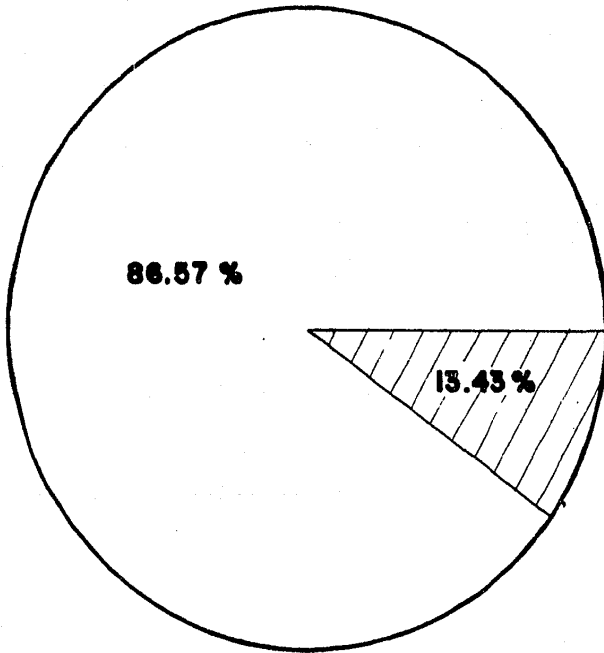
AMIGDALITIS CRÓNICA
ADENOAMIGDALITIS
HIPERTROFIA AMIGDALINA
AMIGDALITIS DE REPETICION

OTITIS CRÓNICA
AMIGDALITIS
RINITIS ALÉRGICA
ADENOIDITIS CRÓNICA

FUENTE: Encuesta

Anexo N° 1

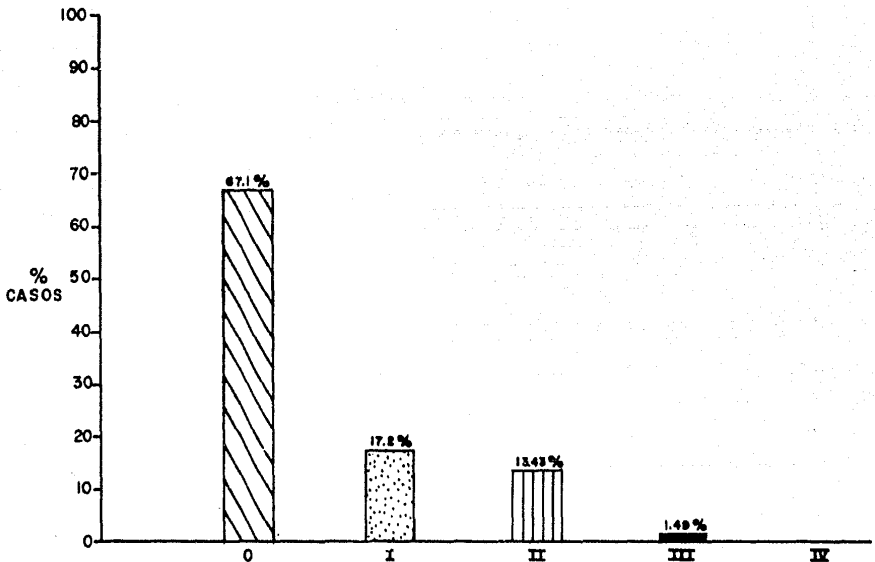
INDICACION DE AMIGDELECTOMIA SEGUN DIAGNOSTICO MEDICO, CHT-1 N°2, HILLO, SON.



□ LAS QUE NO ESTAN INDICADAS MEDICAMENTE
▨ LAS QUE SI

Gráfica N°2

AMIGDALECTOMIAS PRACTICADAS EN RELACION GRADO DE HIPERTROFIA , CHT-1 N° 2, HERMOSILLO, SON.

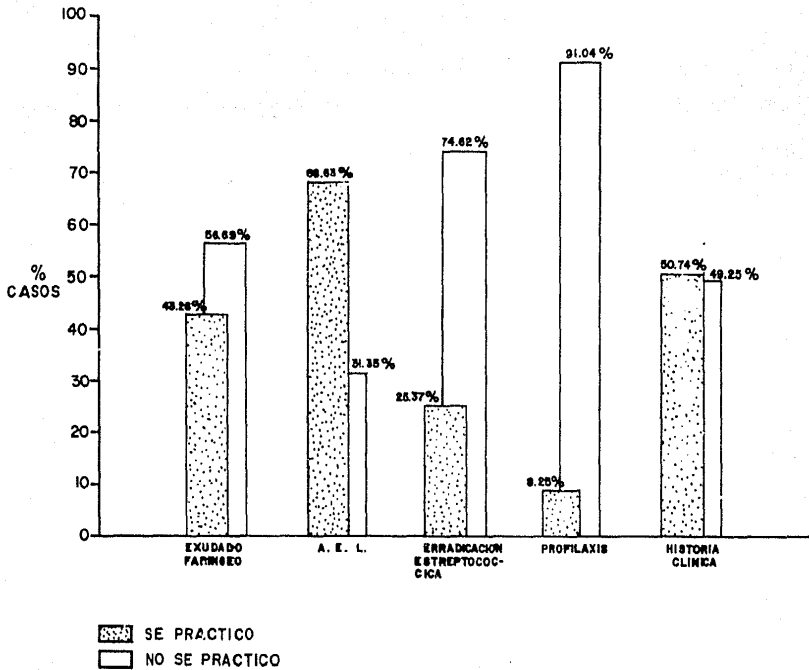


▨	45 CASOS
▩	12 "
▧	9 "
■	1 "

Fuente: Encuesta

Gráfica N° 3

EL MANEJO MEDICO PREVIO A LOS PACIENTES AMIGDALECTOMIZADOS, CHT-I N°2, I.M.S.S., HERMOSILLO, SON.



FUENTE: ENCUESTA

RESULTADOS

De los 67 casos estudiados, el diagnóstico dado como indicación de Amigdalectomía presentó las siguientes cifras (Gráfica 1).

INDICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1.- Amigdalitis crónica	38	56.71
2.- Adenoamigdalitis crónica	14	20.89
3.- Hipertrofia amigdalina	6	8.95
4.- Amigdalitis de repetición	3	4.47
5.- Amigdalitis	2	2.98
6.- Otitis Media	2	2.98
7.- Adenoiditis	1	1.49
8.- Rinitis	1	1.49
T O T A L :	67	100%

En relación a las Amigdalectomías indicadas aceptadas en este trabajo con las indicaciones dadas por el Médico no Familiar, se encontró que del total de 67 casos estudiados - solo 9 casos (13.43%) coincidieron los diagnósticos. Correspondiendo a Hipertrofia amigdalina 6 y 3 a Amigdalitis de repetición. (Relación anterior y gráfica 1).

Al analizar los indicadores según sus características apreciamos que:

El indicador exudado faringeo se practicó en 29 casos (43.26%) no llevándolo a la práctica en 38 casos (56.69%).

CATEGORIZACION DEL INDICADOR EXUDADO FARINGEO EN RELACION A LA INDICACION DE AMIGDALECTOMIA

DIAGNOSTICO DE INDICACION	AMIGDALITIS CRONICA		ADENOAMIGDALITIS CRONICA		AMIGDALITIS DE REPETICION		AMIGDALITIS		HIPERTROFIA AMIGDALINA		OTITIS		RINITIS		ADENOIDITIS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SE HIZO	18	26.32	3	4.47	2	2.98	1	1.49	4	5.97	0	0	1	1.49	0	0	29	43.26
NO SE HIZO	20	29.85	11	16.41	1	1.49	1	1.49	2	2.98	2	2.98	0	0	1	1.49	38	56.69
TOTAL PARCIAL	38	56.17	14	20.88	3	4.47	2	2.98	6	8.95	2	2.98	1	1.49	1	1.49	67	100.00

La erradicación estreptococcica se efectuó únicamente en - 25.37% de todos los casos.

CATEGORIZACION DEL INDICADOR ERRADICACION ESTREPTOCOCCICA EN RELACION A LA INDICACION AMIGDALECTOMIA.

DIAGNOSTICO DE INDICACION	AMIGDALITIS CRONICA		ADENOAMIGDALITIS CRONICA		AMIGDALITIS DE REPETICION		AMIGDALITIS		HIPERTROFIA AMIGDALINA		OTITIS		RINITIS		ADENOIDITIS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ERRADICACION ESTREPTOCOCCICA	11	16.41	2	2.98	1	1.49	1	1.49	1	1.49	0	0	1	1.49	0	0	17	25.37
NO SE HIZO	27	40.25	12	18.01	2	2.98	1	1.49	5	7.46	2	2.98	0	0	1	1.49	50	74.62
TOTAL PARCIAL	38	56.17	14	20.88	3	4.47	2	2.98	6	8.95	2	2.98	1	1.49	1	1.49	67	100.00

En cuanto a profilaxis resultó ser el indicador en este apartado, que en menor medida obtuvo un manejo médico adecuado, puesto que solo en 6 casos se realizó que corresponde a un porcentaje de 8.95%.

CATEGORIZACION DEL INDICADOR PROFILAXIS (ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO) EN RELACION A LA INDICACION DE AMIGDALECTOMIA

DIAGNOSTICO DE INDICACION	AMIGDALITIS CRONICA		ADENOAMIGDALITIS CRONICA		AMIGDALITIS DE REPETICION		AMIGDALITIS		HIPERTROFIA AMIGDALINA		OTITIS		RINITIS		ADENOIDITIS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SE HIZO	4	5.97	0	0	0	0	0	0	1	1.49	0	0	1	1.49	0	0	6	8.95
NO SE HIZO	34	60.74	14	20.86	3	4.47	2	2.98	5	7.46	2	2.98	0	0	1	1.49	61	91.04
TOTAL PARCIAL	38	66.71	14	20.86	3	4.47	2	2.98	6	8.95	2	2.98	1	1.49	1	1.49	67	99.99

Sobre Historias clínicas actualizadas la proporción entre las que se efectuaron y las que no, fué muy ecuilbrada, -- pues estas se elaboraron en 34 de los casos (50.74%).

CATEGORIZACION DEL INDICADOR HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA EN RELACION A LA INDICACION DE AMIGDALECTOMIA.

DIAGNOSTICO DE INDICACION	AMIGDALITIS CRONICA		ADENOAMIGDALITIS CRONICA		AMIGDALITIS DE REPETICION		AMIGDALITIS		HIPERTROFIA AMIGDALINA		OTITIS		RINITIS		ADENOIDITIS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SE HIZO	19	28.24	8	11.94	0	0	2	2.98	2	2.98	2	2.98	0	0	1	1.49	34	50.74
NO SE HIZO	19	28.24	6	8.95	3	4.47	0	0	4	5.97	0	0	1	1.49	0	0	33	49.25
TOTAL PARCIAL	38	66.71	14	20.86	3	4.47	2	2.98	6	8.95	2	2.98	1	1.49	1	1.49	67	99.99

El indicador adenitis piógena nos muestra, que si bien existe adenomegalia en 15 de los casos, en ninguno se encontró dolor, ni mucho menos evidencia o antecedentes de infección a este nivel.

Por lo que se refiere a los demás indicadores de acuerdo a las características, es inútil vertir un comentario ya que no hubo un solo caso sugestivo de los mismos que orientara que se hizo un manejo médico adecuado.

Los hallazgos relativos al Manejo Médico propiamente dicho reflejan que: (Gráfica No. 3)

Sobre el estudio de Antiestreptolisinas cabe comentar que fué el indicador en el que se observó un buen manejo médico, ya que se practicó en 46 de los casos (68.53%) y únicamente a 21 no se les practicó (Cuadro No. 3), resultando ser el indicador con más alto porcentaje de manejo médico adecuado.

CATEGORIZACION DEL INDICADOR ANTIESTREPTOLISINA EN RELACION A LA INDICACION DE AMIGDALECTOMIA.

DIAGNOSTICO DE INDICACION	AMIGDALITIS CRONICA		ADENOAMIGDALITIS CRONICA		AMIGDALITIS DE REPERICION		AMIGDALITIS		HIPERTROFIA AMIGDALINA		OTITIS		RINITIS		ADENOIDITIS		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
A. E. L.																			
SE HIZO	26	36.88	9	13.43	3	4.47	1	1.49	4	5.87	1	1.49	1	1.49	1	1.49	46	68.75	
NO SE HIZO	12	17.91	5	7.46	0	0	1	1.49	2	2.98	1	1.49	0	0	0	0	21	31.25	
TOTAL PARCIAL	58	84.71	14	20.88	3	4.47	2	2.98	6	8.85	2	2.98	1	1.49	1	1.49	67	99.00	

EL MANEJO MEDICO PREVIO A LOS PACIENTES AMIGDALETOMIZADOS, DE ACUERDO A LA INDICACION DADA POR EL MEDICO NO FAMILIAR.

CASOS MANEJO MEDICO	AMIGDALITIS CRONICA	ADENOAMIGDALITIS CRONICA	AMIGDALITIS DE REPETICION	AMIGDALITIS	HIPERTROFIA AMIGDALINA	OTITIS	RINITIS	ADENOIDITIS	TOTAL									
	38	14	3	2	6	2	1	1	67									
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%						
EXUDADO FARINGEOS	18	28.95	3	4.47	2	2.98	1	1.49	4	5.97	0	0	1	1.49	0	0	29	43.28
ANTIESTREPTOLISINAS SERICAS	26	39.80	9	13.43	3	4.47	1	1.49	4	5.97	1	1.49	1	1.49	1	1.49	46	68.83
ERRADICACION ESTREPTOCOCCICA	11	16.41	2	2.9	1	1.49	1	1.49	1	1.49	0	0	1	1.49	0	0	17	25.37
PROFILAXIS	4	5.97	0	0	0	0	0	0	1	1.49	0	0	1	1.49	0	0	6	8.96
HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA	19	28.25	8	11.94	0	0	2	2.98	2	2.98	2	2.98	0	0	1	1.49	34	50.74
CUADROS REPETIDOS DE AMIGDALITIS	14	20.89	4	5.97	1	1.49	0	0	2	2.98	0	0	0	0	0	0	21	31.34
HIPERTROFIA 0	29	43.27	6	8.94	3	4.47	2	2.98	1	1.49	2	2.98	1	1.49	1	1.49	45	67.1
HIPERTROFIA I	5	7.46	6	8.94	0	0	1	1.49	0	0	0	0	0	0	0	0	12	17.91
HIPERTROFIA II	4	5.97	1	1.49	3	4.47	0	0	1	1.49	0	0	0	0	0	0	9	13.43
HIPERTROFIA III	0	0	1	1.49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.49
TOTAL PARCIAL																		

D I S C U S I O N

Convenimos que dada la educación médica de los derecho habientes de la Clínica Hospital T-1 No. 2 de Hermosillo, Son y el exceso de trabajo a que en un momento dado se ven sometidos los médicos, en ocasiones al indicarse una intervención quirúrgica, como la que ocupa nuestra investigación, se vaya más allá de lo puramente médico, es decir; dificultad por parte del médico para que el paciente se aplique el tratamiento completo y cumpla en forma satisfactoria las medidas profilácticas adecuadas; poco tiempo que le dispone el médico al paciente para explicarle y hacerle comprender en forma amplia, los procesos fisiológicos normales, que ocurren en las vías respiratorias altas; así como los procesos patológicos e historia natural de los mismos; exceso de trabajo a nivel de laboratorio que obliga a efectuar un mínimo de estudios para el mismo; la deficiente coordinación entre los diferentes servicios inmiscuidos, sin dejar de señalar la presión por parte de las familias, que en ocasiones exagera la frecuencia y características de los cuadros amigdalinos, sin embargo el presente estudio se basa en lo que nosotros hemos dejado acentado como MANEJO MEDICO INADECUADO, mismo que como es de notar, lo consideramos así en base a nuestro marco teórico de referencia (Bibliografía y características propias de nuestro medio).

Respecto al indicador Hipertrofia Severa en el cual se encontró que ninguno de los casos se pudo catalogar como tal,

y determinara el acto quirúrgico, afirmamos que esto es consecuencia de la poca relación que se hace entre los procesos patológicos que afectan a las amígdalas y el desarrollo inmunológico del tejido linfoide, propio de la edad que coadyuva a que se valoren las amígdalas como patológicas por el solo hecho de un aparente crecimiento.

También nos refleja dado el alto número de casos incluidos dentro de la categoría Grado 0, la escasa o nula uniformidad de criterios respecto a las características de las amígdalas y el manejo médico de las mismas, esto debido probablemente debido a la falta de información y/o de comunicación entre los médicos, "así también a la poca disponibilidad de actualización de los mismos", igualmente reflejó la pobre educación médica de los derechohabientes, que motiva alarma y preocupación en ellos el desarrollo de un proceso fisiológico normal ejerciendo de esta manera, influencia sobre la decisión del médico.

El indicador control Epidemiológico nos hace reflexionar, una vez que apreciamos la mínima frecuencia que presentó su uso sobre la paupérrima importancia que se le da al primer nivel de prevención en este tipo de patologías, ya que es aquí donde de primera instancia debemos orientar nuestra acción médica en forma intensa para resolver este tipo de problemas.

Al observar los resultados de indicación de Amigdalectomías dadas por el médico no familiar, en relación con el indicador Indicaciones de Amigdalectomías, el número reducido -

en que hubo coincidencia nos hace pensar nuevamente en la -- ausencia de un criterio médico uniforme que establezca en -- que casos debe indicarse Amigdalectomía y en que otros estas inoperante.

Acerca del indicador ataques repetidos de Amigdalitis hacemos mención que no existen pautas establecidas entre los médicos para basarse, respecto al número, frecuencia y características que deben tener los procesos infecciosos de amigdalas que orienten a su solución quirúrgica..

Nota:

Se hace la aclaración que para medir este indicador se basó en el número, frecuencia y características de los cuadros -- amigdalinos, que lo diferencian del concepto AMIGDALITIS DE REPETICION en que aparte de lo anterior para considerarlo como tal, requiere la práctica de exudado, tratamiento de erradicación y profilaxis.

Referente al indicador Erradicación, el hecho de encontrar tan bajas cifras en su uso, obliga a señalar que como medida terapéutica, se le considera de valor secundario -- por los servicios médicos implicados.

El indicador Exudado Faringeo, cuya práctica se llevó en cerca de la mitad de los pacientes (43.20%) de los cuales un 69% resultó positivo a Estreptococo Betahemolítico (no motivo principal de estudio) reflejandonos la importancia que -- como medida diagnóstica y de control tiene, y que debiera em-

plearse en todo paciente que presente problemas infecciosos de amígdalas.

El indicador Antiestreptolisinas, parámetro que fué el más solicitado como muestra su presentación, nos lleva a suponer que el médico implicado en el manejo de este tipo de pacientes, por una parte trata de auxiliarse en la fundamentación diagnóstica al utilizarlo y por otra parte hace uso de el bien sea por su difusibilidad, la facilidad para efectuarlo ó por considerarle gran valor diagnóstico.

Relativo al indicador Historias Clínicas Actualizadas, comentamos que siendo uno de los pilares básicos en que se fundamenta un buen diagnóstico, el hecho de haberse efectuado únicamente en aproximadamente la mitad de los casos estudiados nos habla de la urgencia en que se adopten medidas que faciliten el estudio integral de los pacientes.

Por último, como observaciones generales es importante mencionar lo siguiente: Que en todos los casos estudiados se encontró un manejo médico inadecuado en uno o más de los indicadores. Igualmente que la causa de fondo que condujo a que un paciente se le indicara la Amigdalectomía, obedeció a factores que de acuerdo a este estudio, de ninguna manera son indicación quirúrgica de Amígdalas, como ejemplo tenemos: La presión familiar a la que se le puede señalar como generador de un alto índice de amigdalectomías, pero por hallazgos no motivos del estudio, se acentó en notas médicas en 8 casos.

CONCLUSIONES

- 1.- Que el manejo médico inadecuado es causa de que se indiquen la mayoría de las amigdalectomías en la clínica de especialidades.
- 2.- Que no existe una uniformidad de criterio sobre el manejo médico e indicación quirúrgica de los procesos amigdalinos:
 - A).- Respecto a procesos fisiológicos normales de amígdalas.
 - B).- Respecto a procesos patológicos que se presentan con mayor frecuencia.
 - C).- Tratamiento específico de las anteriores.
 - D).- Respecto a indicaciones absolutas de amigdalectomías
- 3.- Que la coordinación entre los diferentes servicios respecto a manejo médico es escasa.
- 4.- Que los médicos no agotan los recursos médicos y terapéuticos que están a su disposición.
- 5.- Se le da poco valor a las medidas preventivas para controlar los procesos infecciosos de amígdalas.

6.- Los médicos estamos manejando indiscriminadamente la --
amigdalectomía sin medir los riesgos quirúrgicos.

7.- Existe mala información por parte de los derechohabientes
respecto a la profundidad de los procesos patológicos y -
manejo médico o quirúrgico de los mismos.

RECOMENDACIONES

- 1.- Deben agotarse los recursos médicos, diagnósticos y terapéuticos antes de indicar la amigdalectomía a un paciente.
- 2.- Debe asegurarse por que exista una uniformidad de criterios respecto de manejo de los pacientes con estos procesos en los diferentes servicios:
 - a).- Que exista coordinación entre ellos.
 - b).- Que se establezca comunicación permanente entre ellos sobre el manejo mencionado.
 - c).- Promoción mediante talleres multidisciplinarios, educación médico-continua, cursos monográficos a médicos familiares y no familiares (Otorrinopediátría- Alergología). Medicina preventiva y personal paramédico.
- 3.- Divulgación y orientación al derechohabiente mediante pláticas, carteles, panfletos de la importancia de los procesos infecciosos, curso de los mismos y medidas preventivas.
- 4.- Estudios prospectivos a nivel nacional para conocer la presentación geográfica y socioeconómica y poder elaborar con bases un criterio médico uniforme que comprenda todos los niveles de atención.

5.- Estudios relacionados con este trabajo que podrian efectuarse (ser sujetos de investigación subsecuente) comprenderían los efectos inmunológicos, microbiológicos, estudios fisiológicos que abarcarían los efectos de la amigdalectomía, adenoidectomía y ambas en:

- 1.- Vías respiratorias inferiores y cardiovasculares.
- 2.- Respiración nasal.
- 3.- Deglución.
- 4.- Lenguaje.
- 5.- Morfología dentofacial.
- 6.- Nariz-nasofaringe.
- 7.- Trompa de Eustaquio, oído medio y Mastoides.

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

- 1.- O. DeWeese David, H. Souders William.
Enfermedades de la faringe. Tratado de otorrinolaringología, 3a. Edición, Editorial Interamericana Año 1975, -- pags. 47-65.
- 2.- Wallach, Jacques, M.D. Antiestreptolisinas séricas. Interpretation of diagnostic Tests-A Handbook Synopsis of Laboratory Medicine, 2a. Edición, Editorial Little, - Brown and Company Boston U.S.A. Año 1974 pags. 102.
- 3.- E. Verby Jhon, A. Quick Cedric, Medicina F.T. y práctica, Amígdalas y adenoides; cap. 38 enfermedades de boca, nariz y garganta, 1a. Edición, Editorial Interamericana Año pags. 746-755.
- 4.- Kouba. K. Lasouska J., Mirejosky P., Stellikova J. y -- Kamarova K. Tonsilitis por infección aguda por toxoplasma gondii. The journal of laryngology and otology, Vol. XCI No. 7 July 1977 pags. 601-603.
- 5.- Torres Romo Hector,, Aspectos epidemiológicos de las infecciones estreptococcicas, Boletín médico del I.M.S.S. Vol. 19 No. 5 Año 1977 pags. 261-267.
- 6.- Overbeek, M.V., J. Joe. Gonorréal infections in the oropharinx, Archives de Otolaryngology. Vol. 2, No. 2, Feb. 1976, pags. 94-95.

- 7.- Nelson, Vaughman y McKay. Inmunidad, Alergia y enfermedades infecciosas, Tratado de Pediatría, Vol. 1 6a. Edición, 4ta. reimpresión 1974, Editorial Interamericana-- cap. 10, pags. 471-477, 909-913, 914-918.

- 8.- S. Rodriguez Romeo, Manejo de la infección estreptococcica. Síndromes Pediátricos, cap. 12 1a. Edición 1977, Editorial Prensa Médica Mexicana pag. 311.

- 9.- B. Shore Sidney M.D. Problemas planteados por las amígdalas y adenoides. Pediatría Terapéutica Salvat. Edit: 1977 pags. 135-137.

- 10.-Torroella Julio Manuel. Infecciones agudas de las vías respiratorias, Tratado de Pediatría, 1a. Edición 1977 --- Edit. Méndez Oteo, pags. 286-287.

- 11.-Barton D. Shmitt M. S. Oídos, nariz y garganta; Current Pediatric, Diagnosis and Treatment 4a. edición, cap. 11 Amigdalectomía y adenoidectomía, Año 1976. pags. 101-102.

- 12.-Problema de la adenoidectomía y de la amigdalectomía. Praxis Médica, Libro LX Pediatría, Año 1977 pags. 9305-9306.

- 13.-Kathaleen A. Hable, M.D., John A. Washington, II, M.D. Ernest C. Herrman, JR., Ph. D. Acute Infections. Bacterial and Viral Throat Flora. Clinics Pediatrics 10:199, April 1971.

- 14.- Wallach, Jackes, M.D. Cultivos bacterianos comunes en varios sitios, infección estreptococcica, eritrosedimentación globular y proteína C reactiva; Interpretation of - Diagnostic Tests-A Handbook Synopsis of Laboratory Medicine, 2a. Edición, Editorial Little, Brown and Company Boston U.S.A. Año 1974 pags. 86-87, 124-125.
- 15.- Joseph B.M.C. Cormick MD, David W. Frase MD.
Control de estreptococcias y enfermedades post-estreptococcicas.
JAMA Junio 2-1978 pags. 2359-2361.
- 16.- Boletín epidemiológico del I.M.S.S. Vol. No. 1 Agosto de 1978, C.H.T.1 No. 6 Cd. Juarez, Chihuahua.
- 17.- Why T&A remains moot
Paradise J L
Pediatrics 49: 648, 1972.
- 18.- The workshop on tonsillectomy and adenoidectomy.
Ann Otol Rhinol Laryngol
84 (suppl 19): 1-79, 1975.
- 19.- Tonsillectomy and adenoidectomy: review of published evidence for and against T&A.
Evans H E
Clin Ped 7:71, 1968.

- 20.- Mesa redonda "Infecciones Virales Respiratorias"
Revista de la Facultad de Medicina. Vol XLIX Año 19
No. 6 1976. pag. 6
- 21.- Dr. Antonio Barra Sierra "Urgencia en Otorrinolaringo-
logía" Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XLV No.
2 Marzo-Abril 1972, pags. 47-48.
- 22.- Otto Ilined PHD. Carl Metzler phd. "Incidence of palpas-
le Cervical Nodes in adults". "Postgraduate Medicina".
The Upjohn company Kalamuzov, Michigan.
Vol. 62. Octubre 1977. pags. 210-212.

Cuadro N° 1

**ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CON POSIBLE ETIOLOGIA
VIRAL, INFORMADAS POR LAS UNIDADES DEL I. M. S. S.
Enero - Noviembre 1975**

AMIGDALITIS	1,053, 605
INFLUENZA	610, 703
BRONQUITIS AGUDA	67, 537
RINOFARINGITIS	309, 144
NEUMONIA	9, 623
SUB TOTAL	2,050, 612
TOTAL DE ENFERMEDADES INFORMADAS	2,208, 786

Fuente.

Boletín Epidemiológico I.M.S.S.
Noviembre de 1975

Cuadro N°2

AMIGDALECTOMIA Y ADENOIDECTOMIA : MORTALIDAD Y MORBILIDAD.

NUMERO DE MUERTES	PROMEDIO	PORCENTAJE
CAUSA:	1/16381	0.006
ANESTESICA	1/44429	0.002
FALLA CARDIACA	1/48627	0.002
HEMORRAGIA	1/55637	0.002
HEMORRAGIA NO FATAL		
LIGADURA DE LA CAROTIDA		
INMEDIATA	1/12253	0.008
RETARDADA	1/4128	0.02
TRANSFUCIONES		
CINCO ó MAS	1/11479	0.009

Fuente:

PRATT L.W.: AMIGDALECTOMIA Y ADENOIDECTOMIA ;
MORTALIDAD Y MORBILIDAD. TRANS AM ACAD. OPHTTALMOLOG
OTOLARYNGOL 74: 1146-1154, 1974

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CLINICA HOSPITAL T-1 No. 2 HERMOSILLO, SONORA.

CUESTIONARIO SOBRE INDICACIONES DE AMIGDALECTOMIAS Y MANEJO
MEDICO PREVIO.

Ficha de identificación

Nombre: _____

Número de afiliación: _____

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____

Nombre del encuestador: _____

CUESTIONARIO

1.- Absceso periamigdalino:

Sí _____ No _____

2.- Neoplasia (sospecha)

Sí _____ No _____

3.- Neumonía recurrente por aspiración:

Sí _____ No _____

4.- Hipertrofia severa:

Sí _____ No _____

a) Disfagia:

1.- Nula = 0 2.- Media = 1 3.- Severa = 4

b) Dificultad respiratoria:

1.- Nula = 0 2.- Media = 1 3.- Severa = 4

c) Distancia interamigdalina:

1.- Más de 0.5 cms. = 0 2.- De 0.1 a 0.5 cms. = 1
3.- 0 cms. = 4

5.- Amigdalitis recurrente:

Sí _____ No _____

a) Últimos tres años (tres ataques por año):

Sí _____ No _____