

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”
SERVICIO DE PEDIATRÍA
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO:
**PROPUESTA DE ALGORITMO PARA LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE
PACIENTES CON ADENOPATÍAS PERSISTENTES EN LA CONSULTA DE
ONCOPEDIATRÍA.**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
PEDIATRÍA

AUTORA:
DRA. LIANET LÓPEZ SÁNCHEZ.

2014

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”
SERVICIO DE PEDIATRÍA
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO:
**PROPUESTA DE ALGORITMO PARA LA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE
PACIENTES CON ADENOPATÍAS PERSISTENTES EN LA CONSULTA DE
ONCOPEDIATRÍA.**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
PEDIATRÍA

AUTORA:
DRA. LIANET LÓPEZ SÁNCHEZ.
RESIDENTE DE PEDIATRÍA.

TUTORA:
DRA. NORMA C. PÉREZ CALLEJAS.
ESPECIALISTA DE SEGUNDO GRADO EN PEDIATRÍA. MSC EN
BIOENERGÉTICA Y MEDICINA NATURAL.
PROFESOR AUXILIAR DE LA FCM JOSÉ ASSEF YARA.

2014

PENSAMIENTO

"Si en alguna profesión se necesitan además de grandes conocimientos una gran sensibilidad humana, es en la Medicina"

Fidel Castro Ruz.

DEDICATORIA

A mis padres Silvio y Mireya por su dedicación y apoyo incondicional, y por lo que han contribuido en mi formación.

A mi abuela Cachita que es mi segunda madre porque sin su ayuda no fuese la profesional que hoy soy.

A todos los niños, que son la fuente de mi inspiración y los que me motivan a esforzarme cada día más como profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Norma C. Pérez Callejas por su dedicación y entrega tanto en mi formación como en la realización de este trabajo.

A mis profesores que me transmitieron sus experiencias y conocimientos.

A todos los que de una forma u otra han contribuido en mi formación.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en dos etapas, con el objetivo de proponer un algoritmo para la orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría de la provincia Ciego de Ávila, durante el período comprendido desde marzo del 2012 hasta junio del 2014. La muestra estuvo constituida por 48 pacientes con adenopatías persistentes que se tomaron del universo de estudio y cumplieron con los criterios de inclusión. Predominaron los pacientes de 1 a 6 años de edad, prevaleciendo el sexo masculino. El antecedente de alergia respiratoria representó el mayor por ciento. La localización cervical fue la más frecuente, así como las adenopatías superficiales y blandas de 1 a 2 cm de tamaño. La flora normal se obtuvo en más de la mitad de los pacientes y en los estudios de seroconversión, los virus Citomegalovirus y el Epstein Barr fueron los que predominaron. En los pacientes con criterio de CAAF predominó la hiperplasia linfóide. Las pruebas imagenológicas realizadas al grupo de pacientes estudiados no aportó datos significativos. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se diseñó y validó por criterio de expertos un algoritmo para la orientación diagnóstica de los pacientes con adenopatías persistentes que asisten a la consulta de Oncopediatría.

PALABRAS CLAVE; adenopatía/diagnóstico.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN.	1
MARCO TEÓRICO.	8
MATERIAL Y MÉTODO.	22
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	35
CONCLUSIONES.	50
RECOMENDACIONES.	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	52
ANEXOS.	62

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.

Entre los objetivos básicos del médico que atiende a niños no puede faltar la capacidad de orientar el diagnóstico etiológico y la terapéutica de las principales enfermedades del sistema linfático, que en esta edad se confiere, por su funcionabilidad y anatomía, especial interés a las alteraciones de este sistema. (1,2)

Los ganglios linfáticos poseen entre otras características, la función de constituir una barrera entre los diferentes territorios orgánicos, sobre todo entre la piel, las mucosas y la circulación, impidiendo así la difusión de la infección. Esto hace que tanto en las infecciones localizadas como generalizadas responda el sistema linfático con una rápida y excesiva tumefacción ganglionar, que suple en parte la inmadurez de otros mecanismos de defensa en la edad pediátrica. (1)

Los ganglios linfáticos eliminan mecánicamente restos celulares, bacterias y otras materias extrañas de la corriente linfática, pero no son una barrera muy eficaz ante los virus. (2)

En la intensidad de la respuesta ganglionar, intervienen además, la edad y la constitución, siendo más acentuada en el lactante, primeros años de vida y en niños con la antes llamada “diátesis exudativa”, ahora alérgica. (1, 3)

En condiciones normales se palpan ganglios en las zonas más asequibles (regiones cervicales, axilares e inguinales), sobre todo si el panículo adiposo es poco abundante. Existen otros como los que pertenecen a las cadenas epitrocleares y poplíteas que en ocasiones pasan inadvertidos, y otros más profundos que son imposibles de palpar al examen físico, como los de las cadenas mediastinal, abdominal y pelviana. (1, 3)

Ante el hallazgo de una tumoración que aparece hay que reconocer en primer lugar si es una adenopatía. El término **adenopatía**, **linfadenopatía** o **linfadenomegalia**, se utiliza para señalar el aumento del tamaño (mayor de 1cm), de la consistencia o

del número de los ganglios linfáticos. (1, 3, 4, 5,6)

El aumento de tamaño de los ganglios linfáticos se debe a la proliferación de los elementos linfoides normales o a infiltraciones por células malignas o fagocitarias, cuando por palpación o incluso por inspección se aprecia un aumento de su volumen, existe un estado patológico de los ganglios, causa esta que hay que investigar. (1, 3)

La linfadenopatía periférica en niños, es un problema diagnóstico muy frecuente en la práctica clínica pediátrica. Las adenopatías se palpan con frecuencia en niños y adolescentes que por lo demás están sanos; no obstante su aparición genera con frecuencia miedo por la posibilidad de un proceso maligno subyacente. (7,8)

Las adenopatías pueden ser causadas por estímulos infecciosos o no infecciosos (medicamentos), agudos o crónicos, y así mismo representar enfermedades benignas o malignas. (8, 9,10)

El enfoque de los pacientes con adenopatías tiene un primer paso, que es distinguir las que son banales de las que tienen una causa grave y requieren investigaciones especiales y tratamiento. Para diferenciarlas es fundamental realizar una rigurosa evaluación de la presentación clínica, una correcta anamnesis y exploración física. (2,11)

Las adenopatías se pueden clasificar en generalizadas, o localizadas según las áreas ganglionares afectadas y en agudas, persistentes o crónicas dependiendo del tiempo de evolución. Se consideran generalizadas cuando existe aumento de tamaño de más de dos regiones ganglionares no continuas, se deben por lo general a enfermedades sistémicas, que pueden ser por infecciones, enfermedades autoinmunes, tumores malignos primarios o metastásicos y otras causas. Las adenopatías localizadas son aquellas en que el ganglio afectado responde a procesos infecciosos o de otra índole en su zona de drenaje. (1, 3,4, 6, 12,13)

Las adenopatías agudas son aquellas que casi siempre están asociadas a cuadros

infecciosos agudos con signos inflamatorios intensos, leves, ausentes, con o sin otros síntomas y signos, asociados o no con exantemas y pueden ser dolorosos a la palpación. Las persistentes son las que perduran por más de 21 días, generalmente no presentan signos flogísticos y pueden mantener o aumentar su tamaño gradualmente en dependencia de la causa que la desencadene. En las crónicas faltan la mayoría de estos signos, los ganglios infiltrados por tumores suelen ser firmes, indoloros a la palpación y pueden formar conglomerados o estar adheridos a la piel o a estructuras adyacentes. (1, 3, 12,13)

Una anamnesis cuidadosa y un examen físico completo sugieren un diagnóstico correcto en la mayoría de los pacientes. La valoración requiere de la aplicación eficiente del método clínico teniendo en cuenta la localización y las características de la adenopatía del área ganglionar afectada, pues las cadenas ganglionares internas requieren para su diagnóstico, de medios de exploración más profundos y en ocasiones de alta tecnología. (1-3, 11, 12,14)

En la exploración se debe precisar región, tamaño, número, desplazamiento sobre los planos profundos, adherencia a la piel y tejidos próximos, estado de la piel, consistencia, signos flogísticos, y otras características que se puedan describir. Una vez realizado este examen se plantea la necesidad de realizar el diagnóstico diferencial según la clasificación expuesta anteriormente con el objetivo de evaluar correctamente los exámenes complementarios a indicar, encaminados a determinar la etiología de las adenopatías y el tratamiento específico. (3, 7)

En la actualidad la situación económica del país lleva a reflexionar sobre la importancia de utilizar el método clínico para el estudio de diferentes enfermedades, y el diagnóstico de las adenopatías con o sin síntomas y signos asociados, no deja de ser una de ellas. Como se plantea en párrafos anteriores, se puede lograr realizar un diagnóstico de las adenopatías con este antiguo y eficiente método, pero un gran porcentaje de ellas queda sin diagnóstico etiológico lo que lleva a un tratamiento inespecífico que puede repercutir en la calidad de vida del niño y del futuro adulto.

Dentro de los medios diagnósticos para lograr este propósito está la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF). La citología aspirativa se usó por primera vez por Kun en 1847, es una técnica ampliamente utilizada y reconocida como proceder diagnóstico en órganos y tejidos, tanto superficiales como profundos. También conocida con el nombre de CAAF (citología por aspiración con aguja fina) o el término de PAAF (punción y aspiración por aguja fina). (14, 15)

La biopsia por aspiración raramente se indica en el curso de una enfermedad febril aguda o ante la presencia de un proceso inflamatorio agudo localizado, (como un absceso acompañado por linfadenopatía); este procedimiento se reserva para situaciones en las que con los datos clínicos no se explique la presencia de adenomegalias persistentes o cuando un estudio morfológico de los ganglios linfáticos sea esencial para fines diagnósticos o terapéuticos. (16)

Esta técnica tiene como objetivo obtener material diagnóstico para el estudio citológico de órganos que normalmente no descaman células y orienta sobre la naturaleza benigna o maligna de estas lesiones. (17,18)

Esta citología es bastante efectiva en ganglios linfáticos, por lo que está indicada como proceder diagnóstico en pacientes con adenopatía persistente. Es una técnica rápida, simple, de bajo costo y gran confiabilidad, tiene una eficacia global de 90 %, lo que ha sido demostrado en trabajos en los que simultáneamente se extirpan los mismos ganglios para estudios histopatológicos convencionales. (2, 12)

La CAAF orienta no solo la presencia procesos benignos o malignos, sino que puede diagnosticar las hiperplasias linfoides reactivas que llevarían a pensar en enfermedades reemergentes y sistémicas de difícil diagnóstico sin complementarios específicos. En un estudio realizado en la provincia, con el resultado de la CAAF se logró el diagnóstico de 10 pacientes con hiperplasia linfoide, a los cuales no se les pudo realizar diagnóstico etiológico, a pesar de que tuvieron seguimiento en consulta por la posibilidad de que debutaran con alguna enfermedad de evolución grave o crónica. (11)

Los resultados de la CAAF orientan el camino a seguir con cada paciente, pero en los ganglios con características inflamatorias se debe tomar una muestra para estudio bacteriológico que en numerosos casos complementa el estudio microscópico. (19)

En la edad pediátrica es más difícil de obtener la muestra de la CAAF por la respuesta del niño a la técnica y la preocupación de los padres ante el proceder, por tanto, debe ser indicada con criterio, según hallazgos del examen físico y ultrasonográficos. A partir de los resultados obtenidos se podrán realizar otros diagnósticos, logrando disminuir la indicación de complementarios que suelen ser más traumáticos y costosos.

Las infecciones son las causas más frecuentes de adenopatías en la infancia; estas pueden ser de origen viral, micótico o bacteriano, y se resuelven espontáneamente o con tratamiento antimicrobiano, de ahí la importancia de la realización de estudios microbiológicos para llegar a un diagnóstico etiológico certero. (7, 8, 11,20)

En la comunidad unas de las más frecuentes son: faringitis estreptocócica, infecciones cutáneas por Estafilococo, Estreptococo, Tuberculosis, Brucelosis, Toxoplasmosis, Chlamydias, el linfogranuloma venéreo, Sífilis primaria y secundaria, hepatitis infecciosa, virus Herpes simple, virus Varicela-zoster, Rubéola, Sarampión, Parotiditis, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus Ebstein Barr (VEB), Citomegalovirus(CMV), Histoplasma, Coccidioides, Criptococo, etc. (8, 15,21)

Existen otras causas de adenopatías, pero son menos frecuentes en la niñez. En pacientes menores de 30 años la aparición de adenopatías suele deberse a causas benignas en el 70% de los casos. (4)

Justificación.

En el mundo y en Cuba existen técnicas de alta tecnología para el diagnóstico etiológico de las adenopatías, pero se encuentran en hospitales de referencia y en ocasiones son muy costosas por lo que se hace difícil en la provincia realizarlos, sin

embargo, se cuenta con un equipo de especialistas capacitados para con exámenes de bajo costo y orientados según las características de las adenopatías, lograr resultados importantes en el diagnóstico causal de las mismas.

En la provincia existe una consulta de Oncopediatría donde el 90% de los casos llegan con el diagnóstico de síndrome adénico inespecífico o adenopatías persistentes, que después de una anamnesis y examen físico minucioso, no se puede llegar a un diagnóstico definitivo, ni poner tratamiento específico. Esto hace necesario indicar exámenes complementarios, tratando de hacer el menor uso de los mismos, que puedan ser realizados con técnicas fáciles, de bajo costo y confiabilidad aceptable, que oriente el diagnóstico etiológico en cada paciente.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto se asume el siguiente: problema **científico**: la alta incidencia de adenopatías persistentes de etiología desconocida en la consulta de Oncopediatría.

Para lograr la solución del problema de investigación un equipo multidisciplinario decidió elaborar un algoritmo para la orientación diagnóstica de los pacientes con adenopatías persistentes que asisten a la consulta de Oncopediatría en la provincia Ciego de Ávila.

Se asume como hipótesis del estudio la siguiente:

Los resultados de exámenes complementarios indicados a pacientes con adenopatías y criterios de inclusión atendidos en la consulta de Oncopediatría, permitirán diseñar un algoritmo que orientará el posible diagnóstico del síndrome adénico persistente en la provincia Ciego de Ávila.

La **novedad científica** está dada en que se propone por primera vez en la provincia Ciego de Ávila un algoritmo actualizado, para la orientación diagnóstica de los pacientes con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría.

Para dar respuesta al problema de investigación se propone el siguiente **objetivo general**: Desarrollar un algoritmo para la orientación diagnóstica de los pacientes

con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría de la provincia Ciego de Ávila.

Por **objetivos específicos** se tienen los siguientes:

1. Caracterizar la muestra estudiada según variables clínicas, epidemiológicas, imagenológicas y agente causal de las adenopatías persistentes.
2. Diseñar un algoritmo de orientación diagnóstica de las adenopatías persistentes.
3. Validar por criterio de expertos la pertinencia del algoritmo propuesto.

MARCO TEÓRICO

Definición.

Se denomina **adenopatía o linfadenopatía** a los ganglios linfáticos anormales en número, consistencia o tamaño. El término adenitis o linfadenitis indica la presencia de ganglios inflamados y dolorosos además de aumentados, aunque a menudo se usan ambos términos indistintamente. (22,23)

En general se valoran como anormales los ganglios cuyo tamaño es mayor de 0,5 cm en la región epitroclear, 1,5 cm en la región inguinal y 1 cm en el resto de las regiones linfáticas. (24)

Algunos autores estiman que, en niños pequeños, dado que reaccionan fácilmente con hiperplasia linfoide ante estímulos antigénicos, pueden considerarse normales los ganglios linfáticos de hasta 2 cm. (2,3)

- **Linfadenopatía generalizada:** cuando se afectan dos o más cadenas ganglionares no continuas (obliga a realizar diagnóstico). (3)
- **Linfadenopatía localizada:** cuando aparecen en una única región, como el cuello o la axila. (3)

Anatomía (1-8).

Es importante conocer las diferentes áreas ganglionares y el origen de drenaje de los ganglios, pues esto nos orientará en el enfoque de la entidad nosológica. Los principales grupos ganglionares son los siguientes:

Sistema Linfático Superficial.

1. **Ganglios suboccipitales:** entre la protuberancia occipital externa y la apófisis mastoides. Drenaje linfático de la cabeza. Síntomas: cefalea. (1-8, 25)
2. **Ganglios posauriculares:** a nivel de la inserción del esternocleidomastoideo en la apófisis mastoides por detrás de la oreja. Drenan el conducto auditivo externo, dorso de la oreja y cuero cabelludo temporal. Síntomas: hipersensibilidad mastoidea.

3. Ganglios preauriculares: ubicados frente al trago de la oreja. Drenan párpados, conjuntivas, piel temporal, conductos auditivos externos y superficie anterior de las orejas.

4. Ganglios cervicales: (1-8, 25, 26).

a) Ganglios submentonianos: bajo el mentón en la línea media. Drenan labios inferiores, suelo de la boca, lengua y piel de las mejillas.

b) Ganglios submandibulares: debajo de la mandíbula cerca del arco de la misma.

c) Ganglios yugulares superiores: en el borde anterior del esternocleidomastoideo, desde el ángulo maxilar hasta clavícula. Drenan lengua salvo la punta, amígdalas, orejas y parótidas.

d) Ganglios yugulares medios: entre el bulbo carotideo inferior y músculos hioideos.

e) Ganglios yugulares inferiores: entre el músculo omohioideo inferior y clavícula. Drenan cuero cabelludo y cuello, ganglios cervicales superiores, axilares, piel de los brazos y de la superficie del tórax.

f) Ganglios posterocervicales medios e inferiores: entre el borde posterior de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio. Drenan cabeza, brazos, pared torácica y mamas.

5. Ganglios axilares: centrales, laterales y subescapulares. Drenan extremidades superiores, pared torácica y mamas.

6. Ganglios epitrocleares: a 3 cm del epicóndilo humeral, entre los músculos bíceps y tríceps. Drenan la superficie cubital del antebrazo.

7. Ganglios inguinales: se dividen en:

a) Ganglios del grupo oblicuo: situados a lo largo del ligamento de Poupart. Drenan la linfa de los genitales externos y de la zona superficial de los miembros inferiores.

b) Ganglios del grupo longitudinal: a lo largo de los vasos sanguíneos. Drenan la parte baja de la pared abdominal anterior, pene, escroto, vulva, vagina, perineo, región glútea y parte baja del conducto anal.

8. Ganglios poplíteos: parte posterior de la pierna y la rodilla, rodean arterias y venas, y ayudan a recoger la linfa de las piernas y pies.

Sistema Linfático Profundo.

a) Ganglios mediastínicos.

b) Ganglios abdominales, retroperitoneales y pélvicos (1-8,27).

En opinión de la autora la anatomía de las adenopatías está descrita en la literatura clásica de Pediatría. No se encontraron estudios que revelen novedades sobre el tema.

Etiología.

1. Enfermedades Infecciosas.

Las infecciones son las causas más frecuentes de adenopatías en la infancia; estas pueden ser de origen viral, micótico o bacteriano, y se resuelven espontáneamente o con tratamiento antimicrobiano de ahí la importancia de la realización de estudios microbiológicos para llegar a un diagnóstico etiológico certero. (5, 8, 10, 20)

Pueden ser causadas por: (8, 9,10).

- **Virus:** síndromes mononucleósicos dados por el Virus Ebstein Barr, Citomegalovirus, virus de la Hepatitis B y C, Herpes simple, Herpes-6, Varicela-zoster, Rubéola, Gripe (influenza), Sarampión, Adenovirus, Virus de Inmunodeficiencia Humana, Querato conjuntivitis epidémica, vacunas.
- **Bacterias:** Estreptococo, Estafilococo, Brucelosis, Enfermedad por arañazo de gato, Tularemia, Salmonella, Peste bubónica, Chancroide, Melioidosis, Muermo, Tuberculosis, Sífilis primaria y secundaria, Difteria, Lepra.
- **Clamydeas:** Linfogranuloma venéreo, Tracoma.

- **Parásitos:** Toxoplasma gondii, Tripanosomiasis, Leishmaniasis, Filariasis.

- **Hongos:** Blastomycosis, Cryptococcus, Esporotricosis, Histoplasmosis.

2. Enfermedades inmunológicas (8, 10).

Artritis reumatoidea juvenil, Enfermedad mixta del tejido conectivo, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Dermatomiositis, Síndrome de Sjogren, Enfermedad del suero, Cirrosis biliar primaria, enfermedad injerto contra huésped, relacionada con implantes de silicona, Linfadenopatía angioinmunoblástica.

3. Causas farmacológicas (10).

Difenilhidantoína, Fenitoína, Alopurinol, Atenolol, Captopril, Hidralacina, Primidona, Oro, Carbamazepina, Cotrimoxazol, Quinidina.

4. Enfermedades malignas. (8, 10).

Hematológicas: Linfoma de Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, Leucemia Linfoide Aguda (LLA), Leucemia Linfoide Crónica (LLC), Leucemia Mieloide Crónica(LMC), Leucemia de células paludas, Histiocitosis maligna.

No hematológicas: metástasis. (8)

5. Enfermedades endocrinas:

Hipertiroidismo. (8)

6. Enfermedades de depósito.

Gaucher, Niemann-Pick, Fabry, Tangier. (8)

7. Otras enfermedades diversas y de causa desconocida.

Enfermedad de Castleman o Hiperplasia linfoide folicular gigante. (10)

Histiocitosis benignas: enfermedad de Rosai-Dorfman, histiocitosis de células de Langerhans. (8)

Enfermedad de Kawasaki, Sarcoidosis, Amiloidosis, Granulomatosis linfomatoide, Pseudotumor inflamatorio, Fiebre mediterránea familiar, Hipertrigliceridemia grave.

(8, 10)

En la comunidad unas de las más frecuentes son: faringitis estreptocócica, infecciones cutáneas por Estafilococo y Estreptococo, Tuberculosis, Toxoplasmosis, Chlamydias, Linfogranuloma venéreo, Sífilis primaria y secundaria, Hepatitis infecciosa, virus Herpes simple, virus Varicela-zoster, Parotiditis, VIH, virus Ebstein Barr, Citomegalovirus. (8-11,28)

Existen otras entidades causantes de adenopatías, pero que son menos frecuentes en la niñez. (7)

Valoración Diagnóstica.

La pregunta más importante que se plantea ante un paciente con adenopatías, es si se trata de un proceso banal que no precisa más exploraciones o si se deben realizar exploraciones complementarias para aclarar su naturaleza. Para responder a esta pregunta es fundamental realizar una rigurosa evaluación de la presentación clínica, una correcta anamnesis y exploración física, para orientar bien el diagnóstico, antes de realizar estudios complementarios. (2, 10, 11)

Presentación Clínica.

En general, el aumento del tamaño del ganglio requiere estudio cuando aparecen uno o más nuevos ganglios de diámetro igual o superior a 1 cm, sin una causa previa conocida. Cuando se presenta una adenopatía hay que tener presente en su valoración los siguientes factores: (10, 11)

- **Naturaleza de la tumoración:** hay que asegurar que la tumoración que palpamos corresponde a una adenopatía y no confundir estas con otras causas de tumoraciones que pueden aparecer, sobre todo, en localizaciones cervicales e inguinales. En la región cervical pueden corresponder a hipertrofia de la glándula tiroides, quiste tirogloso, quiste dermoide de inclusión, hipertrofia de la glándula parótida o de la submandibular, angiomas, aneurismas, tumores del glomuscarotídeo, fibromas, lipomas, quistes sebáceos, adenoflemones, absceso parafaríngeo, neuroblastoma, neurinomas, cordomas, divertículos faríngeos,

laringoceles. En la región inguinal se suelen confundir con hernias de difícil reducción. (10, 11)

- **Tamaño:** No existe un tamaño que nos indique la benignidad o malignidad de una adenopatía. Para algunos es uno de los criterios más importantes. Los ganglios se consideran normales si tienen menos de 1 cm, excepto los inguinales que se consideran normales hasta 2 cm y los epitrocleares son normales hasta 0,5 cm, pero se acepta que a partir de 2 cm (en niños a partir de 1 cm), con un periodo de evolución de 3 semanas, que no tienen una causa conocida de tipo inflamatorio o infeccioso, requiere una valoración detallada etiológica. Si son mayores de 4 cm, requieren estudio urgente. No olvidar los de pequeño tamaño, que se estudian según su localización, características físicas, edad del paciente y contexto clínico, pues pueden ser el primer signo de un proceso maligno. (2,10)

- **Características físicas:** La consistencia de los ganglios puede ser blanda, firme, elástica o dura. Además pueden ser móviles o fijos. Las adenopatías de origen infeccioso o inflamatorio suelen ser dolorosas, de consistencia blanda, a veces fluctuante, asimétrica e irregular, con bordes mal definidos y la piel que las recubre puede estar enrojecida y caliente. Si una adenopatía se fistuliza sugiere origen tuberculoso, Aspergilosis, Actinomicosis, aunque también en ocasiones Linfogranuloma venéreo y neoplasias. Las adenopatías de origen neoplásico suelen ser indoloras, duras, se adhieren a piel o planos profundos, no son móviles, sus bordes están bien definidos y a veces forman conglomerados. Las adenopatías de los linfomas son móviles, de consistencia elástica, indoloras, crecimiento rápido, múltiples y simétricas a veces. (2,10)

- **Localización:** De gran valor para orientar el diagnóstico. Las adenopatías supraclaviculares, mediastínicas, abdominales, epitrocleares y poplíteas (en ausencia de lesión local en estas dos últimas), deben considerarse siempre sugestivas de enfermedad maligna. (2,10).

- **Anamnesis** (2,10).

La historia debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Antecedentes familiares de neoplasia.
- Historia de infecciones recurrentes.
- Contacto con animales domésticos o salvajes: gatos (Enfermedad por arañazo de gato, Toxoplasmosis), cabras (Brucelosis), conejos (Tularemia).
- Vacunas recientes.
- Antecedentes de viajes a zonas de riesgo (Fiebre tifoidea, Carbunco, Histoplasmosis, Brucelosis).
- Medicaciones.
- Contacto reciente con personas enfermas.
- Exposición a agresiones externas: tabaquismo pasivo y activo, alcoholismo, exposición a radiaciones ultravioletas, que puede orientar a la etiología metastásica.
- Ingesta de leche no pasteurizada (Brucelosis, Mycobacterium bovis) o carne poco cocinada (Toxoplasmosis, Tularemia).
- Hábito sexual en adolescentes, por la posibilidad de enfermedades de transmisión sexual.
- Síntomas locales sugestivos de infección: tos, faringitis, infecciones odontogénicas, aftas orales.
- Lesiones cutáneas que orienten la sospecha de infección por Estafilococo o Estreptococo, virus del Herpes simple, Enfermedad por arañazo de gato, Tularemia.
- Duración. Tiene poco valor para discriminar las causas tumorales de otras etiologías, aunque la mayoría de las causas infecciosas tienen una duración menor de 2 semanas. Si es inferior a 2 semanas o superior a 1 año sin que haya experimentado cambios significativos en su tamaño, tiene una posibilidad muy baja de ser debida a un proceso neoplásico. Las adenopatías de larga duración (mayor de 2 semanas) sugieren etiología infecciosa, tumoral, autoinmune o farmacológica.
- Presencia de síntomas constitucionales como fiebre, pérdida de peso, sudoración

nocturna, prurito, exantemas o artralgias que puedan orientar hacia un proceso tumoral, tuberculoso o reumatológico.

Exploración Física.

Se deben explorar todas las regiones ganglionares, palpando los ganglios con las yemas de los dedos segundo, tercero y cuarto con suavidad, haciendo un movimiento circular y aumentando progresivamente la presión. Se observarán los factores ya citados en la presentación clínica, como la consistencia, movilidad, tamaño, sensibilidad al tacto y calor. Se seguirá una exploración sistemática de todos los grupos ganglionares. Para explorar la región cervical, se colocarán detrás del paciente que estará sentado con la cabeza en ligera flexión para relajar los músculos del cuello. El borde anterior del esternocleidomastoideo constituye la línea divisoria de los triángulos anterior y posterior cervicales y sirve como punto de referencia para describir la localización. A este nivel, se comienza por el hueco supraesternal, palpando la pared de la tráquea y se continúa la palpación hacia otros grupos, mejor de forma unilateral, con esta secuencia: cadena yugular, submandibulares, submentonianos, cervicales, auriculares y los supraclaviculares. La exploración cervical debe completarse con una exploración general de otras localizaciones ganglionares. Para explorar los ganglios axilares, se sujeta el antebrazo del paciente y se introduce la palma plana de la mano en el hueco axilar, realizando movimientos circulares con las puntas de los dedos y la palma, notando los ganglios centrales axilares (mitad de la pared torácica de la axila) y los laterales (bajo el borde anterior del músculo dorsal ancho). Para los ganglios epitrocleares se sujeta el codo con una mano mientras se explora con la otra la depresión que existe por encima y detrás del cóndilo medial del húmero. Para los ganglios inguinales y poplíteos se coloca al paciente en decúbito supino con las rodillas a media flexión. En la región inguinal se palpan en profundidad los diferentes grupos ganglionares. (10,12-14)

En la exploración general, se debe investigar la presencia de fiebre, lesiones de rascado, otras lesiones cutáneas, exantema, diátesis hemorrágica, soplos cardíacos, hepatoesplenomegalia, signos de infección local en las áreas de drenaje, signo de

Hoster (los ganglios son dolorosos al ingerir alcohol) y otros signos que puedan orientar hacia la etiología. (2)

Exploraciones Complementarias.

El tercer pilar en la valoración diagnóstica lo constituyen los exámenes complementarios. A veces la anamnesis, la exploración física y una analítica permiten realizar el diagnóstico de la enfermedad, como ocurre en la mayoría de las enfermedades exantemáticas (Rubéola, Mononucleosis, etc.). Las investigaciones de laboratorio deben realizarse según la valoración clínica previa. Si existen adenopatías generalizadas el estudio es parecido al de la localizada, añadiendo análisis inmunológico y serología, Virus de Inmunodeficiencia Humana. Se realizarán los exámenes complementarios según los datos obtenidos en la anamnesis y la exploración física para confirmar o descartar la causa sugerida. (10, 15)

Exámenes complementarios:

- **Hemograma con diferencial, estudio de coagulación, velocidad de eritrosedimentación, lámina periférica.**

El hemograma y la lámina periférica pueden aportar datos útiles para el diagnóstico de leucemias, mononucleosis, linfomas, infecciones piógenas o citopenias en enfermedades como LES. (10, 12,16)

- **Bioquímica:** función hepática, función renal, bilirrubina, fosfatasa alcalina, Deshidrogenasa láctica (LDH). (10)

- **Pruebas de imagen: RX de tórax,** para el estudio de adenopatías hilio mediastínicas y visualizar los campos pulmonares. La presencia de un infiltrado inflamatorio o adenopatías mediastínicas debe sugerir Tuberculosis, Sarcoidosis, Linfoma, Histoplasmosis, neoplasia o metástasis. (2, 10)

- **Serología:** Virus de Ebstein Barr, Virus de Inmunodeficiencia Humana, Citomegalovirus, hepatitis, Herpes-virus, Brucella, Toxoplasmosis, Rubéola, Lúes. (10)

- **Microbiología:** hemocultivos, líquidos orgánicos, estudio de médula ósea y ganglios, exudados de piel y faríngeos, cultivo de secreciones, test de Paul Bunell. (10)

- **Inmunología:** en caso de adenopatías generalizadas realizar factor reumatoide, anticuerpos anti-DNA, anticuerpos antinucleares (sospecha de enfermedad autoinmunitaria como LES o la artritis reumatoide), poblaciones linfocitarias, inmunoglobulinas. (10)

- **Prueba de Mantoux.**

- **Pruebas de imagen: Tomografía Axial Computarizada (TAC) toraco abdominal:** muy sensible para detectar adenopatías entre 1-2 cm de diámetro. Permite valorar alteraciones vasculares, tumores, quistes, tanto en localización como en extensión, así como adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. La **ecografía abdominal**, en personas delgadas, puede ser más sensible que la TAC. (2, 10, 16)

- **RNM:** indicada especialmente para distinguir entre una masa residual fibrótica y una linfoproliferativa activa. (10)

- **Gammagrafía con galio:** muy sensible para detectar los focos ocultos activos de enfermedad, en particular torácicos. (2, 16)

Las pruebas de imagen se deben realizar de una manera escalonada desde las más simples a las complejas.

- **Biopsia ganglionar:** es el método más preciso, puede ser mediante la punción aspirativa con aguja fina o la biopsia excisional de la linfadenopatía. Las indicaciones de esta última son imprecisas. Se debe evitar en lo posible las inguinales, submandibulares y axilares, que con frecuencia aumentan de tamaño por causas inespecíficas. La decisión de realizarla puede tomarse de forma temprana en pacientes con historia y exploración física de malignidad (adenopatía cervical solitaria, dura, no inflamatoria en viejo fumador; adenopatía supraclavicular, y adenopatía generalizada o solitaria firme, móvil y sugestiva de linfoma). En otros casos puede esperarse de 2-4 semanas, realizando la biopsia si persiste o aumenta

de tamaño. Cuando existe más de una adenopatía, se escogerá la de mayor tamaño, preferentemente fuera del área inguinal. (10, 12, 29)

La biopsia por aspiración raramente se indica en el curso de una enfermedad febril aguda o ante la presencia de un proceso inflamatorio agudo localizado, (como un absceso acompañado por linfadenopatía); este procedimiento se reserva para situaciones en las que con los datos clínicos no se explique la presencia de adenomegalias persistentes o cuando un estudio morfológico de los ganglios linfáticos sea esencial para fines diagnósticos o terapéuticos. (10, 12)

En algunos casos, sobre todo linfomas, será preciso realizar linfografía abdominal, biopsia hepática y/o esplenectomía. (2, 12)

Diagnóstico Diferencial.

La historia clínica y la exploración física son la parte fundamental de la valoración, pues en muchas ocasiones identifican una causa diagnosticable como infección respiratoria, enfermedad periodontal, conjuntivitis, picaduras, etc., y no serán necesarias más valoraciones. A nivel cervical hay que diferenciar entre adenopatías inflamatorias y no inflamatorias. (10, 13, 30)

Las adenopatías **no inflamatorias** englobarían a las **neoplásicas**. De estas un 50% son tumores de los ganglios linfáticos y un 40% son metástasis de otros tumores. En cuanto a la localización del primero se puede decir que los ganglios retro faríngeos suelen corresponder a una neoplasia del cavum. Las adenopatías submaxilares y submandibulares están en relación con la cavidad oral y amígdalas. Las de la región cervical superficial orientan hacia neoplasias laríngeas o del seno piriforme. Las supraclaviculares hacia localización esofágica o bronquial o son metástasis de neoplasias digestivas, pulmonares, de mama o próstata. (13,17)

Las adenopatías **inflamatorias** pueden ser agudas o subagudas/crónicas. Las **agudas** están relacionadas con procesos infecciosos de las vías aéreo digestivas altas, en el contexto de un síndrome febril y no requieren ninguna prueba complementaria y su evolución espontánea es hacia la curación en dos o tres

semanas, quedando una hipertrofia ganglionar residual durante bastante tiempo. Dentro de las adenopatías **subagudas/crónicas** hay que destacar las siguientes entidades: (10)

- **Tuberculosis cervical:** adenopatía única, laterocervical, a nivel del triángulo cervical posterior o submandibular, que puede fistulizar dejando una cicatriz característica (escrófula). Su diagnóstico es por cultivo de muestra obtenida por PAAF o por estudio del ganglio extirpado. (10, 31)
- **VIH:** inicialmente es un síndrome compuesto por adenopatías, fiebre y artralgias que posteriormente pasa a tener adenopatías palpables y no dolorosas en dos o más regiones ganglionares. (10, 32)
- **Toxoplasmosis:** síntomas similares a los de una gripe con adenopatías inflamatorias occipitales y submandibulares. (10, 33)
- **Sarcoidosis:** adenopatías mediastínicas y supraclaviculares asociado a alteraciones oculares, de las glándulas lagrimales y salivares. (34)
- **Otras:** Tularemia (35), enfermedad por arañazo de gato (36), Sífilis (37), Brucelosis (38), Cisticercosis. (39)

Tratamiento.

El tratamiento de las adenopatías va a ser el de la enfermedad de base. Es importante valorar la presencia de enfermedad sistémica. En general, no se aconseja la administración de antibióticos, salvo que exista una prueba clara de infección bacteriana. Tampoco es aconsejable la administración de corticoides porque entorpece el diagnóstico de algunos procesos, y puede además, contribuir a la reactivación de alguna infección subyacente. (10)

Se pautará tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) ante la presencia de adenopatías dolorosas. (40) Una adenopatía se debe valorar de nuevo a los 15 días de su aparición junto con las pruebas complementarias y orientar su estudio en función de la evolución. (15, 19,41)

Tratamiento médico:

Indicaciones de antibiótico terapia:

Diagnóstico clínico: signos inflamatorios locales o analíticos de infección bacteriana.

Tratamiento empírico en adenomegalias de evolución menor a 2 semanas, cuando no se haya podido demostrar origen viral, (es excepcional que una adenitis bacteriana no de signos inflamatorios si lleva más de 2 semanas de evolución).

Antibiótico terapia de elección: (durante 10 a 14 días).

Cefalosporinas de primera generación:

Cefalexina: 50 a 80 mg/kg/día, 3 ó 4 dosis, vía oral, para indicación ambulatoria.

Cefazolina: 60 a 80 mg/kg/día, 3 dosis vía parenteral para indicación intrahospitalaria.

Amoxicilina con inhibidores de betalactamasas:

Trifamox: 75 a 90 mg /Kg / día, 2 ó 3 veces al día, vía oral o parenteral.

Si el paciente es alérgico a penicilinas y cefalosporinas:

Fosfocina: Oral a 100 mg / kg /día, parenteral a 100 a 300 mg/ kg /día.

Clindamicina: 20 a 40 mg /kg / día.

En las adenitis agudas está indicado el tratamiento antiinflamatorio con Ibuprofeno (5 - 10mg / kg / dosis). (42, 43, 8,10)

Tratamiento Quirúrgico:

Extirpación diagnóstica y terapéutica para micobacterias atípicas, no se recomienda drenaje por su tendencia a fistulizar y recidivar y se remiten muestras a bacteriología y patología. (8, 10, 42)

En la literatura consultada se observan diferentes algoritmos para el manejo de las adenopatías, las cuales se citan a continuación:

Raluy y Meleiro, elaboraron en 2011, un algoritmo diagnóstico para pacientes con adenopatías (10), que a criterio de la autora, está muy bien diseñado y contiene mucha información, que le permitirían al especialista definir cuando es una adenopatía infecciosa y cuando se está en presencia de una adenopatía con sospecha de malignidad, aunque también, otros autores han demostrado que el algoritmo es una herramienta útil para orientar el diagnóstico y seguimiento de las adenopatías. Estos estudios se encuentran en diversas publicaciones de alto impacto, algunos de los cuales se citan a continuación: Restrepo, de Colombia (44), de Argentina, los autores Caro y colaboradores (41), además de una mesa redonda realizada en el V Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria (45), de España; García Aguado (7), Mestre Reoyo y colaboradores (46), Puente Sánchez y colaboradores (47), Cao Oslen (48), Ruiz de Adana (49), Iribaren (6), Chavarría (5), de México; Rodríguez Martínez. (50)

En la base de datos Medline se encontraron bibliografías referentes al tema, entre ellas; Diener (51), Verbrugge (52), Henry (53).

La autora considera que es importante conocer todo lo referente al Síndrome adénico, teniendo en cuenta que en la práctica médica se observa una alta frecuencia de pacientes con adenopatías. Considera además que en la literatura revisada existe poca novedad acerca del tema, pero las que se pudieron examinar contenían información actualizada de los últimos cinco años en cuanto a definición, etiología, valoración diagnóstica, exploraciones complementarias, diagnóstico diferencial y tratamiento que ayudan a consolidar el conocimiento de la enfermedad, control y manejo en la práctica médica.

MATERIAL Y MÉTODO

Aspectos generales del estudio.

Se realizó un estudio de innovación tecnológica de carácter organizacional cuyo propósito fue diseñar y validar un algoritmo para la orientación diagnóstica de las adenopatías persistentes en pacientes de edad pediátrica en la consulta de Oncopediatría del Policlínico de Especialidades en la provincia Ciego de Ávila, en el periodo de Marzo del 2012 a Julio del 2014.

El diseño general en una primera etapa fue observacional descriptivo y transversal, en la segunda etapa solo se diseñó y validó por criterio de expertos el algoritmo, basado en el diagnóstico realizado.

Los sesgos de la investigación fueron controlados de la siguiente manera:

1.- Sesgo del Investigador: Estos se controlaron por la capacitación de cada investigador en las técnicas que se utilizaron.

2.- Sesgo de la muestra: Se escogió una muestra no probabilística de sujetos-tipos y se realizó con una cuidadosa y controlada elección de sujetos, con las características de la población en estudio representativa de la entidad nosológica a estudiar.

3.- Sesgo de los resultados: El análisis se realizó con un paquete estadístico, spss10.0 para Windows XP en una base de datos.

Definición del universo de estudio.

El universo estuvo integrado por todos los pacientes con diagnóstico de adenopatías que acudieron a la consulta de Oncopediatría en la Policlínica de Especialidades, en el municipio Ciego de Ávila en el período que duró la investigación. La muestra fue no probabilística tomada del universo de estudio y contó con 48 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión.

1. Todos los pacientes con adenopatías persistentes con criterios de CAAF incluidos en el rango de edad estudiado y que los padres o tutores hayan firmado el consentimiento informado (Anexo 1).
2. Niños que no padezcan de otras enfermedades.

Criterios de Exclusión.

1. Pacientes en el rango de edad estudiado que por las características de las adenopatías indicaron que son de evolución aguda.

Criterios de Salida.

1. Los que abandonaron el estudio por cualquier causa.

Método de obtención de la información:

-Observación: Se realizó en la consulta con el examen físico (inspección), así como el comportamiento del paciente y familiares.

-Revisión documental: Se revisaron las historias clínicas para encontrar antecedentes de la enfermedad y la bibliografía avanzada, así como las estadísticas de las enfermedades a estudiar.

-Cuaderno de recogida de datos: Se confeccionó una encuesta, (Anexo 2), para recopilar información acerca de los antecedentes clínicos y epidemiológicos que se utilizaron en la confección del algoritmo.

La investigación se realizó en dos etapas:

Primera etapa.

Propósito: Identificar y caracterizar variables clínico-epidemiológicas y agentes causales de las adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría, en el período de 2012-2014.

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, y transversal.

Duración: Marzo 2012 al 30 de Julio del 2013.

Muestra: 48 pacientes.

Resultado: Tiempo y formas de realizar el diagnóstico.

Segunda etapa.

Propósito: Diseñar y validar un algoritmo para orientar el diagnóstico de las adenopatías persistentes.

Duración: 1ro de Agosto del 2013 al 31 de Julio del 2014.

Resultado: Algoritmo para la orientación diagnóstica de los pacientes con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría del Policlínico de Especialidades de la provincia Ciego de Ávila y validación por criterio de expertos. (Anexo 3)

Criterio de expertos:

Se utilizó sobre la base de criterios de Campestrous y Rizo (1998), y González (2006), según las características del método Delphi para el procesamiento estadístico de los datos. (Anexo 4)

Variables en estudio. Operacionalización.

Variables	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Tamaño de las adenopatías persistentes	Cuantitativa continua	Más de 1 cm cervical.	Son aquellas que se palpan a nivel cervical y miden más de 1 cm.	Porcentaje de adenopatías con esas características.
		Más de 0,5 cm epitrocleares.	Son aquellas que se palpan a nivel epitroclear y miden más de 0,5 cm.	
		Más de 1,5 cm inguinales.	Son aquellas que se palpan a nivel inguinal y miden más de 1,5 cm.	
		Supraclaviculares de más de 0.5 cm.	Son aquellas que se palpan a nivel supraclavicular y miden más de 0,5 cm.	

Continuación

Variables	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Duración de las adenopatías persistentes.	Cuantitativa continua	Más de 3 semanas con tratamiento antibiótico previo.	Cuando después de poner tratamiento con antibioticoterapia se mantiene por más de 3 semanas.	Porcentaje de adenopatías con esas características
		Más de 3 semanas sin tratamiento previo con antibiótico.	Cuando se mantiene por más de 3 semanas sin tratamiento previo.	
		Más de 3 semanas sin tratamiento antibiótico previo sin otros síntomas.	Cuando se mantiene por más de 3 semanas sin tratamiento previo sin otros síntomas.	
		Más de 3 semanas sin tratamiento antibiótico previo con otros síntomas.	Cuando se mantiene por más de 3 semanas sin tratamiento previo con otros síntomas.	

Continuación

Variables	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Localización de las adenopatías persistentes.	Cualitativa nominal dicotómica	Generalizada	Son aquellas que se pueden palpar en todas las cadenas superficiales a la vez.	Porcentaje de adenopatías con esas características.
		Localizada	Son aquellas que se pueden palpar en todas las cadenas superficiales a la vez.	
Movilidad a la palpación de las adenopatías persistentes.	Cualitativa nominal dicotómica.	Firme	Adherida a planos adyacentes.	Porcentaje de pacientes con esas características.
		Móvil	Aquella que se moviliza al palparla.	
Consistencia a la palpación de las adenopatías persistentes.	Cualitativa nominal dicotómica	Blanda	Aquella que a la palpación se deprime suavemente.	
		Pétrea	Cuando a la palpación es dura y no se deprime.	

Continuación

Variables	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Disposición de las adenopatías persistentes.	Cualitativa nominal politómica	Bilateral Simétrica	Aquellas que están al mismo nivel y a ambos lados.	Porcentaje de pacientes con esas características.
		Bilateral Asimétrica	Aquellas que no está al mismo nivel, ni a ambos lados.	
		Unilateral	Cuando se encuentran en un solo lado.	
Linfadenitis aguda o subaguda.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente	Extendido con fondo purulento y presencia de abundantes leucocitos polimorfonucleares.	Porcentaje de CAAF con estas características.
Linfadenitis crónica.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente	Extendido con linfocitos en diferentes estadios de maduración y escasos macrófagos fagocitando.	Porcentaje de CAAF con estas características.

Continuación

Variables	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Linfadenitis hiperplásica.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente	Extendido a menudo muy celular con linfocitos en diferentes estadios de maduración, presencia de inmunoblastos, algunas células plasmáticas y macrófagos fagocitando.	Porcentaje de CAAF con estas características.
Linfadenitis granulomatosa.	Cualitativa nominal Dicotómica	Presente Ausente	Extendido de linfocitos mezclados con células epiteloideas en conglomerados y otros cambios dependiendo de la etiología.	Porcentaje de CAAF con estas características.
Infección por bacterias gram +.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Según características del cultivo y pruebas fisiológicas para gram +.	Porcentaje de infección por gram +.

Continuación

Variables	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Infección por bacterias gram +.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Según características del cultivo y pruebas fisiológicas para gram +.	Porcentaje de infección por gram +.
Infección por bacterias gram -.	Cualitativa nominal Dicotómica.	Si No	Según características del cultivo y pruebas fisiológicas para gram -.	Porcentaje de infección por gram -.
Infección por Mycobacterium tuberculosis.	Cuantitativa discreta	Si No	Codificación 6 Codificación 0-5	Porcentaje de pacientes positivos y negativos.
Infección por agentes virales.	Cualitativa nominal Dicotómica	Si No	Según resultado de las pruebas serológicas.	Porcentaje de infección por agentes virales.
Infestación por protozoos.	Cuantitativa discreta Dicotómica	Si No	Cuando hay seroconversión $\geq$ de 1/32. Cuando no hay seroconversión $\leq$ de 1/32.	Porcentaje de infestación por protozoos.
Infección por hongos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente Ausente	Según el cultivo y pruebas fisiológicas para hongos	Porcentaje de infección por hongos.

Continuación:

Variables epidemiológicas	Clasificación	Dimensión	Operacionalización		Indicador
			Escala	Descripción	
Marcadores de riesgo.	Cualitativa Nominal	Antecedentes patológicos familiares.	Si No	Antecedentes familiares o no, de la misma enfermedad o de enfermedad es similares que pueden ser causa hereditaria o no de las adenopatías persistente.	Porcentaje de pacientes con factores de riesgo.
		Antecedentes patológicos personales.	Sí No	Enfermedad genética, hereditaria o adquirida que predisponen o no al individuo a padecer las adenopatías persistentes.	

Continuación

Variables epidemiológicas	Clasificación	Dimensión	Operacionalización		Indicador
			Escala	Descripción	
Factores de riesgo.	Cualitativa nominal	Factores prenatales.	Sí	Son aquellos que pueden influir en la aparición de la enfermedad y que se producen durante el embarazo.	Porcentaje de pacientes con factores de riesgo.
			No		
Factores de riesgo.	Cualitativa nominal	Factores postnatales.	Sí	Son aquellos que pueden influir en la aparición de las adenopatías después del nacimiento, son específicos del niño.	Porcentaje de pacientes con factores de riesgo.
			No		

Continuación

Variables antropométricas	Clasificación	Dimensión	Operacionalización		Indicador
			Escala	Descripción	
Factores de riesgo.	Cualitativa nominal	Factores postnatales.	Sí No	Son aquellos que pueden influir en la aparición de las adenopatías después del nacimiento, son específicos del niño.	Porcentaje de pacientes con factores de riesgo.

Continuación

Variables	Tipo de variable	Tipo de variable		Operacionalización
		Tipo	Descripción	
Hallazgos imagenológicos de las adenopatías persistentes.	Cualitativa ordinal	Ultrasonido abdominal.	Buscar alteraciones de órganos intrabdominales y presencia o no de adenopatía a este nivel.	Porcentaje de pacientes con alteraciones a este nivel.
		Ultrasonido de partes blandas.	Características ecográficas de las adenopatías.	
		Rayos X de tórax.	Descripción de masas intratorácicas y otras alteraciones a este nivel.	

Consideraciones Éticas.

En la investigación se tomaron en consideración los lineamientos de la Declaración de Helsinki tomándose el consentimiento de los responsables o tutores de los pacientes que participen en el estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Caracterización de la muestra según edad y sexo. N=48.

EDAD AÑOS	SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
1-3	10	20.83	4	8.33
4-6	6	12.51	5	10.42
7-9	4	8.33	3	6.25
10-12	3	6.25	5	10.42
13-15	5	10.42	1	2.08
16-18	1	2.08	1	2.08
TOTAL	29	60.42	19	39.58

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes y Hojas de Cargo en consulta de Oncopediatría.

En la Tabla 1 se aprecia que los pacientes de 1 a 6 años de edad fueron los más representados en la consulta de Oncopediatría en el período estudiado, esto coincide con la literatura revisada, donde el grupo que más acude por síndrome adénico es el de los menores de 6 años de edad (18). Forsvoll y colaboradores revelan que la incidencia de adenitis cervical fue de 2,3 por cada 10 000 niños de hasta 5 años de edad. El estudio concluye que en la mayoría de los casos, la aparición de los síntomas puede ser durante el primer año de vida. (42).

El tejido linfático crece desde el nacimiento y durante toda la infancia, llegando a su máxima exposición de 6 a 8 años de edad, para luego involucionar desde la adolescencia hasta la edad adulta, es por eso que en este período de edad son más frecuentes las adenopatías (54). Aunque predomina en la muestra el sexo masculino, no se puede decir que las adenopatías predominan en este sexo, pues no se encontró bibliografía al respecto, y además, esto es solo una muestra representativa de la población infantil de la provincia, pues gran parte de los pacientes son tratados por especialistas de Pediatría sin remitir a la consulta.

Tabla 2. Caracterización de la muestra según Antecedentes Patológicos Familiares (APF). N=48

APF	Nº	%
Alergia respiratoria	13	27.08
Amigdalitis crónica	9	18.75
Enfermedades Oncohematológicas	2	4.17
Otras enfermedades oncológicas	6	12.51
Asma bronquial	10	20.83
Ninguno	8	16.66

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes e Historias Clínicas.

En la Tabla 2 se observa que el antecedente de alergia respiratoria predominó en la muestra estudiada, y solo el 16.68% de los familiares tenía antecedentes de enfermedad maligna. Generalmente los hijos pueden heredar la susceptibilidad de los padres a padecer de alergia, pero no todos los pacientes en los que exista el antecedente de enfermedad oncológica tienen necesariamente que heredar la posibilidad de padecerlos, excepto algunos tumores hereditarios en Pediatría como el tumor de Wilms, Retinoblastoma y otros. Por lo general, no siempre que exista adenopatía se debe pensar en enfermedad oncoproliferativa, sobre todo en pacientes pediátricos, pues normalmente los ganglios se palpan en los niños sanos. (21,55). Un estudio transversal realizado en un centro de atención pediátrica ambulatoria mostró que los ganglios linfáticos se palpan hasta en el 34.00% de los recién nacidos sanos (la mayoría inguinales), y en un 57.00% de los lactantes menores sanos (principalmente cervicales) (55). Lierl M, plantea que los niños con adenitis cervical a veces presentan antecedentes de alergia. El mismo estudio refiere que es importante que el especialista en Alergia e Inmunología esté familiarizado con la presentación clínica, el enfoque del diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades (56), lo cual ayudaría al manejo del paciente con síndrome adénico en la Atención Primaria de Salud.

Tabla 3. Caracterización de la muestra según Antecedentes Patológicos Personales (APP). N=48

APP	Nº	%
Alergia respiratoria	20	41.66
Amigdalitis crónica	11	22.91
Asma Bronquial	6	12.51
Síndrome mononucleósico	3	6.25
Diarreas crónicas	3	6.25
Otras	5	10.42

Fuente: Encuestas a pacientes e Historias Clínicas.

En la Tabla 3 se observa que el 41.66 % de los pacientes estudiados padecen de alergia respiratoria, lo que puede estar en relación con los Antecedentes Patológicos Familiares expuestos anteriormente, y el 22.91 % de amigdalitis crónica, lo que representa más del 50.00 % de los casos; esto coincide con otros estudios realizados, donde las amigdalitis crónicas y la asociación al Estreptococo beta hemolítico tienen relación en el 91.70 % con las adenopatías cervicales (55). En otra bibliografía revisada se pudo obtener que la adenitis bacteriana localizada en el cuello, producto del estreptococo beta hemolítico en las amígdalas, constituyó cerca del 40%. (56).

Tabla 4. Caracterización de la muestra según localización de las adenopatías. N=48

Localización	Nº	%
Cervical	41	85.41
Axilar	5	10.42
Inguinal	18	37.50
Otras	8	16.67

Fuente: Historias Clínicas.

En la Tabla 4 la localización cervical fue la más frecuente con el 85.41%, lo que coincide con el mayor porcentaje de pacientes con alergia respiratoria y amigdalitis crónicas. Lo cual es proporcional a otros estudios realizados, donde la adenitis cervical está relacionada con una adenitis reactiva secundaria a infecciones respiratorias agudas. Suelen ser cervicales, bilaterales, móviles y en ocasiones levemente sensibles (5). En otras bibliografías consultadas se plantea que la localización cervical es la más frecuente en alrededor del 55.00% de los niños de todas las edades y el 80-90.00% de los de 4 a 8 años de edad tienen adenopatías cervicales palpables. (3, 57)

Tabla 5. Caracterización de la muestra según profundidad y consistencia de las adenopatías. N=48

Profundidad	Consistencia dura		Consistencia blanda	
	Nº	%	Nº	%
Superficial	17	35.42	26	54.17
Adherida a planos profundos	5	10.42	-	-

Fuente: Historias Clínicas.

En la Tabla 5 se representan las características de las adenopatías según la profundidad y la consistencia; llama la atención que solo 5 estaban adheridas a planos profundos y más del 50.00 % eran de consistencia blanda. Por lo general, a la consulta de Oncopediatría, deben ser emitidos los pacientes con signos y síntomas de alarma que pudieran tener relación con las enfermedades malignas, en este caso las adenopatías con características de procesos oncoproliferativos, que según la bibliografía revisada deben ser: indoloras, duras, se adhieren a piel o planos profundos, no son móviles, sus bordes están bien definidos y a veces forman conglomerados. Las adenopatías de los linfomas son móviles, de consistencia elástica, indoloras, crecimiento rápido, múltiples y simétricas a veces. (9,13, 58)

Tabla 6. Caracterización de la muestra según el tamaño de las adenopatías. N=48

Tamaño	Nº	%
Menos de 1cm	3	6.25
1-2cm	28	58.33
2-3cm	15	31.25
Más de 3cm	2	4.17

Fuente: Historias Clínicas.

La Tabla 6 muestra la caracterización según tamaño, donde los pacientes con adenopatía de 1 a 2 cm representan más de la mitad de la muestra con el 58.33 %. Según la bibliografía revisada se considera que no existe un tamaño que nos indique la benignidad o malignidad de una adenopatía. Para algunos autores es uno de los criterios más importantes. Los ganglios se consideran normales si tienen menos de 1 cm, excepto los inguinales que se consideran normales hasta 2 cm y los epitrocleares son normales hasta 0,5 cm, pero se acepta que a partir de 2 cm (en niños a partir de 1 cm), con un periodo de evolución de 3 semanas, que no tienen una causa conocida de tipo inflamatorio o infeccioso, requieren una valoración detallada etiológica. Si son mayores de 4 cm, requieren estudio urgente (9). Se debe tener en cuenta para estudiar las adenopatías no solo el tamaño, sino la localización, la edad del niño y sobre todo los síntomas o signos acompañantes y la respuesta al tratamiento antibiótico. (59)

Tabla 7. Caracterización de la muestra según criterios imagenológicos.

Estudio	Hallazgos encontrados	Nº	%
Ultrasonido abdominal.	Hígado reactivo que rebasa 1-2 cm el reborde costal.	5	10.42
	Hígado homogéneo con aumento de tamaño 3-4 cm y bazo aumentado de tamaño.	2	4.17
	Sin alteraciones.	41	85.41
Total		48	100.00
Ultrasonido de partes blandas.	Aumento de volumen de aspecto inflamatorio de adenopatías.	46	95.83
	Adenitis abscedada.	2	4.17
Total		48	100.00
Rx Tórax.	Acentuación de la trama broncopulmonar bilateral.	7	14.59
	Sin alteraciones	41	85.41
Total		48	100.00

Fuente: Historias Clínicas.

La Tabla 7 evidencia la caracterización de la muestra según estudios imagenológicos, observándose que en más del 50.00 % de los pacientes a los que se les realizó ultrasonido abdominal resultaron sin alteraciones, un 10.42 % con reactividad hepática y solo un 4.17 % con hepatoesplenomegalia, esto último coincide con la etiología mononucleósica que es la más frecuente (57). Se muestra además que el 95.83 % de los pacientes a los que se le realizó ultrasonido de las adenopatías periféricas estas resultaron de aspecto inflamatorio y dos de ellas fueron

adenitis abscedadas. Neumann y Silkow en estudios recientes han reportado una alta precisión de la ecografía Doppler de potencia (PDS) y la ecografía Doppler color (CDS) en la diferenciación de linfadenopatía superficial periférica benigna y maligna. Este estudio se realizó para determinar si (PDS) puede diferenciar las adenopatías benignas de los ganglios linfáticos abdominales malignos (60). En el Hospital Provincial “Dr. Antonio Luaces Iraola” de la provincia Ciego de Ávila no se cuenta con suficientes medios de ecografía Doppler que faciliten el diagnóstico.

De los pacientes a los que se le realizó radiografía de tórax el 85.41 % resultó sin alteraciones y el 14.59 % con acentuación de la trama broncopulmonar bilateral. Esto no quiere decir que este examen no sea de utilidad para el diagnóstico de neoplasias mediastinales, las cuales producen síndrome mediastinal con frecuencia (61), pues es solo una representación del total de pacientes que acude a consulta de Oncopediatría por síndrome adénico.

Tabla 8. Caracterización de la muestra según resultados microbiológicos. N=48

Gérmenes	Exudado nasal		Exudado faríngeo	
	Nº	%	Nº	%
Estafilococo aureus	6	12.50	6	12.50
Estreptococo beta hemolítico	9	18.75	14	29.17
Otros	-	-	4	8.33
Flora normal	33	68.75	24	50.00

Fuente: Historias Clínicas y Registro de exudados nasofaríngeos.

En la Tabla 8 se evidencia un predominio de pacientes con flora normal, representando el 50.00% o más de los estudios microbiológicos realizados. Por lo general no coincide con otros estudios realizados, donde las infecciones por Estafilococo aureus y Estreptococo beta hemolítico son la etiología fundamental de las adenopatías infecciosas y una de las principales causas de las adenopatías cervicales (62,63, 19,22). Este resultado pudiera estar relacionado con el tratamiento

antibiótico que se pudo haber impuesto antes del examen o una mala técnica de recogida de la muestra.

Tabla 9. Caracterización de la muestra según resultados de estudios de seroconversión. N=48

Gérmenes	Nº	%
Citomegalovirus	4	8.33
Virus Ebstein Barr	5	10.42
Toxoplasmosis	1	2.08

Fuente: Registro de resultados de estudios de seroconversión.

En la Tabla 10 referida a estudios de seroconversión, se obtuvo como principal etiología los virus Citomegalovirus y el Ebstein Barr, resultando el último más frecuente con un 10.42 % de los casos. En la bibliografía revisada se pudo observar que las principales causas de procesos infecciosos son los síndromes mononucleósicos, donde la etiología principal son estos dos virus (64-66). Aunque es un porcentaje escaso de la muestra estudiada, es importante conocer el diagnóstico en el caso del Ebstein Barr, pues en la actualidad se considera causa del Linfoma de Hodgkin y del Linfoma de Burki. (24, 25,61). Este conocimiento hace posible el seguimiento del paciente por consulta para lograr en el futuro un diagnóstico precoz en caso de que aparezca la enfermedad.

Tabla 10. Caracterización de la muestra según criterios de Citología por Aspiración con Aguja Fina (CAAF). N=48

CAAF	Nº	%
Si	8	16.70
No	40	83.30

Fuente: Registro de Historias Clínicas.

La Tabla 10 muestra que solo el 16.70 % (8 pacientes) cumplieron con los criterios para realizar el diagnóstico por CAAF, basado en las características, tamaño y evolución de las adenopatías. Esto demuestra que no todos los pacientes que son remitidos a la consulta de Oncopediatría tienen criterios para asistir a la misma. Es importante que se divulgue a pediatras y MGI estas características, para que los pacientes puedan ser atendidos en su área de salud y no tengan que esperar por la valoración del equipo multidisciplinario que siempre preocupa a los padres.

La literatura muestra la utilidad de la CAAF en el diagnóstico histopatológico por su alta sensibilidad, especificidad, valores predictivos y fiabilidad (67), por lo tanto, este examen debe realizarse cuando el paciente reúne los criterios pertinentes.

Tabla 11. Caracterización de la muestra según resultados de la Citología por Aspiración con Aguja Fina (CAAF). N=48

CAAF	Nº	%
Adenitis crónica	3	6.25
Hiperplasia linfoide	5	10.42

Fuente: Registro de biopsias y de citologías.

La Tabla 11 muestra los resultados de la CAAF donde al 10.42 % se le realizó el diagnóstico de hiperplasia linfoide, generalmente este diagnóstico se ve en niños y jóvenes que responden con hiperplasia linfoide a los estímulos inmunológicos; este estudio coincide con otras investigaciones realizadas en la provincia, en las que los principales diagnósticos fueron la adenitis crónica inespecífica y la hiperplasia linfoide (68), correspondiendo estos resultados a 110 pacientes de los 144 casos a los que se le realizó la CAAF. (11). Rüdiger y Geissinger en un estudio plantean que la linfadenitis infecciosa se puede diferenciar mediante biopsia de las enfermedades malignas (69), por tanto, este medio diagnóstico es de vital importancia para confirmar o no la presencia del Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin de forma precoz, siempre teniendo en cuenta las características clínicas que requiere una adenopatía

para la realización de la CAAF.

En un sentido morfológico, linfadenitis infecciosa se define como una infección del tejido del ganglio linfático. Por lo tanto, la fase efectora de la reacción inflamatoria actuará contra el tejido linfático, en contraste con la hiperplasia fisiológica común (69). Reacciones foliculares, además de la hiperplasia folicular, se ven en linfadenopatía asociada al VIH. (70). Otros virus, tales como el de la Mononucleosis infecciosa, dan lugar a una reacción de células T citotóxicas. La mayoría de las infecciones, sin embargo, inducen una reacción histiocítica; dependiendo del microorganismo, esto varía morfológicamente de una pequeña reacción de células epitelioides clúster o abscesos histiocíticos de granulomas epitelioides necrotizantes. (69).

La biopsia quirúrgica del ganglio es necesaria para poder examinar en su totalidad la arquitectura y los elementos celulares que lo componen. En la Enfermedad de Hodgkin la arquitectura del ganglio linfático está casi siempre desorganizada por la acumulación de células reactivas (histiocitos, linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos y neutrófilos) y fibrosis. Este ambiente celular, así como la presencia de la célula grande multinucleada de Reed-Sternberg y sus variantes, son necesarios para el diagnóstico. (71).

La CAAF es un proceder inocuo que bien realizado nos disminuye riesgo y tiempo de diagnóstico.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se elabora un algoritmo para la orientación diagnóstica del paciente con adenopatías persistentes que acude a la consulta de Oncopediatría de la provincia Ciego de Ávila. (Figura 1)

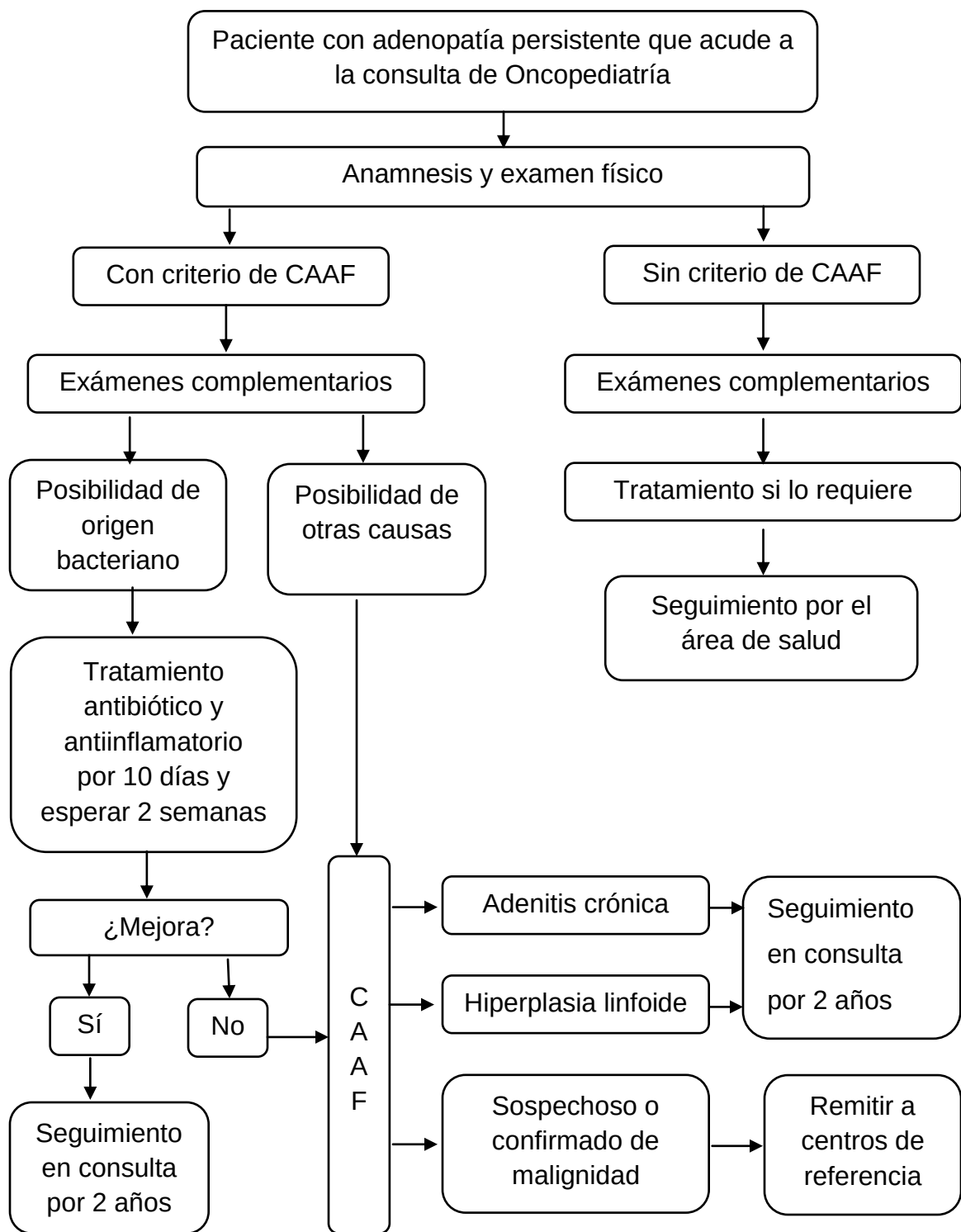


Figura 1. Algoritmo diagnóstico

Descripción algorítmica.

La autora considera que en la literatura revisada existen varios estudios que incluyen algoritmo diagnóstico de las adenopatías, pero casi todos se limitan a las de evolución aguda y no explican el seguimiento específico ante las adenopatías de más de 21 días de evolución. Por lo antes comentado se realizó un algoritmo de orientación diagnóstica de los pacientes con adenopatías que persisten a pesar de recibir o no tratamiento antibiótico previo empírico, que una vez tratados en la atención primaria o secundaria de salud fueron remitidos a la consulta de Oncopediatría, donde se pudieron apreciar las adenopatías de manera generalizadas o localizadas, con signos o no de infección locoregional.

En consulta después de una anamnesis donde no pueden faltar los antecedentes patológicos personales y familiares, y una exploración física minuciosa, hay que precisar si las adenopatías tienen o no criterios de CAAF. Se asumen como criterios de CAAF (unilateralidad de la adenopatía (no obligatorio), tamaño igual o mayor de 2 a 3 cm, ausencia de características inflamatorias (sin dolor), consistencia dura, firme, ubicación posterior o cabalgando al esternocleidomastoideo, región supraclavicular, progresión o ausencia de regresión en un plazo de 3 a 4 semanas, ausencia de foco infeccioso bucofaríngeo o cutáneo, adherencia a planos profundos (72).

Si reúne los criterios de CAAF se le realizan exámenes complementarios según las características de las adenopatías y el resto de la clínica del paciente, con el fin de orientar hacia el diagnóstico etiológico de las mismas, teniendo en cuenta los medios diagnósticos disponibles en la provincia Ciego de Ávila y siempre haciendo el menor uso de los mismos por la actual situación económica del país. Estos exámenes orientan hacia la posibilidad de origen bacteriano de las adenopatías o a la presencia de adenopatía por otras causas. Si el resultado informa la etiología bacteriana, se indica tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, este último si lo requiere el caso, por diez días y se esperan dos semanas. Si existe mejoría clínica se sigue al paciente en consulta por un período de dos años. En caso de no existir mejoría se realiza la CAAF.

Si después de la realización de los exámenes complementarios, se obtiene la posibilidad de otras causas no bien precisadas, se indica de inmediato la CAAF, esta última puede arrojar resultados como, adenitis crónica, hiperplasia linfoide, las cuales se siguen en consulta por dos años, o puede resultar sospechoso o confirmado de malignidad, en este caso se remite a los centros de referencia con que se cuenta, como es el Hospital Pediátrico de la provincia Camagüey, y en La Habana, el Hospital Pediátrico Dr. William Soler, el Hospital Pediátrico Dr. Juan Manuel Márquez, y el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR).

En los casos en que la adenopatía no reúna los criterios de CAAF, se realizan igualmente exámenes complementarios que puedan dirigir hacia las posibilidades diagnósticas, se indica tratamiento se lo requiere y se le da seguimiento al paciente por el área de salud.

Evaluación de la propuesta por criterios de expertos.

De las metodologías para la utilización del criterio de expertos, la autora de esta investigación emplea la Delphy (Ramírez, 1999), en la evaluación del algoritmo para la orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistentes en la consulta provincial de Oncopediatría, por considerarse más adecuada a las características del objeto de evaluación.

Los pasos para su utilización fueron los siguientes:

- Propuesta del algoritmo para orientar el diagnóstico en pacientes con adenopatías persistente en la consulta de Oncopediatría.
- Selección de los expertos. (Anexo 5).
- Evaluación de la propuesta por cada experto. (Anexo 6).
- Recopilación de los criterios brindados por los expertos sobre la validez del algoritmo para la orientación diagnóstica de las adenopatías persistentes en la consulta provincial de Oncopediatría. (Anexo 7).

- Procesamiento de los datos, información y recomendación de la generalización del algoritmo.

Se envió el algoritmo de orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistentes que asisten a la consulta provincial de Oncopediatría, y el cuestionario perfeccionado a cada experto seleccionado como aparece en (Anexo 4), para que marcaran el rango de adecuación que consideraban en cada componente que se evalúa.

Según el registro de las respuestas ofrecidas por los expertos que está recogido en el (Anexo 6), estos evaluaron las etapas y acciones que componen el algoritmo, teniendo en cuenta su factibilidad para la preparación de los profesionales y la comunidad.

No obstante fueron significativos los señalamientos y recomendaciones ofrecidas por los expertos, porque permitieron reelaborar y precisar las acciones por considerar que eran muy generales; se procedió a concretarlas en correspondencia con el tema que se aborda en la investigación, y se pudieron perfeccionar los procedimientos a ejecutar por los especialistas, operacionalizándolos más en función de los resultados que se esperan alcanzar.

Las consideraciones al respecto fueron las siguientes:

- La propuesta del algoritmo para la orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría, tiene adecuada estructura interna y se ajusta a la estrategia para el control del cáncer infanto-juvenil.
- Existe correspondencia entre los propósitos para los cuales se define el desarrollo actual de la oncología pediátrica, sus necesidades no cubiertas y sus perspectivas.
- Se adecua a las circunstancias, adaptándose a las posibilidades del territorio y de los centros en los cuales se presta atención médica.

- Está actualizado en relación a los contenidos y responde al estado actual de la profesión.
- Brinda una adecuada estrategia de trabajo interdisciplinario que se fortalece con los nexos establecidos entre la Atención Secundaria de Salud y la Atención Primaria de Salud.
- Se ofrecen recomendaciones a la autora sobre algunos aspectos que pueden ayudar a complementar la propuesta, entre ellos, el debate de la propuesta entre los profesores que imparten docencia en la carrera de Medicina, de los que se obtienen opiniones que la fortalecen.

Por otra parte, la implementación de un algoritmo para la orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría, exige un compromiso en relación a los objetivos que en el mismo se plantean, en este caso, elevar la calidad de la atención integral del paciente pediátrico con adenopatías persistentes. En este sentido, el equipo multidisciplinario realizó un análisis en el que se comparó la situación actual y las perspectivas para la implementación de la propuesta.

CONCLUSIONES

Los menores de 6 años de edad fueron los que más asistieron a consulta por síndrome adénico. De los antecedentes personales y familiares, la alergia respiratoria resultó la más frecuente. Más de la mitad de las adenopatías fueron superficiales. La mayoría de las adenopatías midieron menos de 2 cm. La flora normal se obtuvo en más de la mitad de los pacientes y en los estudios de seroconversión los virus Citomegalovirus y el Ebstein Barr fueron los que predominaron. En los pacientes con criterio de CAAF predominó la hiperplasia linfoide. Se diseñó a partir de los resultados obtenidos un algoritmo para la orientación diagnóstica de los pacientes con adenopatías persistentes que asistieron a la consulta de Oncopediatría, y fue validado por criterio de expertos.

RECOMENDACIONES

Generalizar el resultado de esta investigación, tanto a la atención primaria como a la secundaria, para lograr el buen funcionamiento de la consulta y un diagnóstico temprano del cáncer infanto-juvenil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segel GB, Hall CB. Lymphadenopathy. En: McInerney TK, Adam HM, Campbell DE, Kamat DM, Kelleher KJ, editores. AAP Textbook of Pediatric Care [Internet]. Elk Grove Village, IL:American Academy of Pediatrics; 2008 [citado 13 Nov 2013]. [aprox. 78 pantallas]. Disponible en: <http://www.pediatriccareonline.org/pco/ub/index/AAPTextbook-of-Pediatric-Care/Topics/A>.
2. McClain KL, Fletcher RH. Causes of Peripherals lymphadenopathy in children.En: UpToDate, Basow, DS, editor [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2009. [Citado 12 Dic 2013]. [aprox. 56 pantallas]. Disponible en: www.uptodate.com.
3. Bravo Acuna J, Merino MoinaM. Adenopatias. En: Munoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MT, Clemente Pollan J, editores. Pediatría extrahospitalaria. 4 th ed. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2008. p. 413-8.
4. MendezEchevarria A, Baquero Artigao F, García Miguel MJ, Romero Gómez MP, Alves Ferreira F, Del Castillo Martín F. Adenitis por micobacterias no tuberculosas. AnPediatri (Barc). 2007; 66:254-9.
5. Chavarría JF, Kitzing W, Moreno G. Hallazgos en los niños referidos para estudiar por adenopatías[Internet]. 2011[citado 12 Jun 2014].[aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v7n4/art8.pdf>.
6. Iribarren JR, Aguirre H. Libro electrónico de Temas de Urgencias. ADENOPATIAS [Internet]. 2008[citado 12 Jun 2014].[aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/10.Hematologicas/Adenopatias.pdf>.
7. García Aguado J. Estudio del paciente con adenopatías periféricas. En: AEPap editor. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 31-42. [Citado 1 Mar 2014]. [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: http://aepap.org/congresos/pdf_reunion_2010/adenopatias.pdf.

8. Germán Soto MD. Linfadenopatía en niños y adolescentes (Primera Parte). [Internet]. 2011 [citado 1 Mar 2013]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pediatrica40305-linfadenopatia.htm>.
9. Riancho JA, Moral JAR. Descripción de Adenopatías. [Internet]. 2008 [citado 1 Mar 2014]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/clinica-medica/material-de-clase-1/aproximacion-al-paciente-con-adenopatias>
10. RaluyDomínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Adenopatías. Actual MedFamilia[Internet]. 2011[citado 12 Jun 2014];7(4): 218-222. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=831&id=A_partir_de_un_sintoma%281%29.pdf
11. Pérez Calleja N, Delgado Moya R, Díaz Martínez J, García García AL. Resultado de la BAFF en pacientes pediátricos con adenopatías y otras lesiones palpables. MediCiego[Internet]. 2006 [citado 24 Oct 2011];12(supl2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl2_06/articulos/a5_v12_supl206.html
12. Timmerman MK, Morley AD, Buwalda J. Treatment of non-tuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children: critical appraisal of the literature. ClinOtolaryngol. 2008;33:546-52.
13. Armitage JO. Approach to the patient with lymphadenopathy and splenomegaly. En: Goldman L, Ausiello D, editor. Cecil Medicine. 23 th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: chap 174.
14. Pasternack MS, Swartz MN. Lymphadenitis and lymphangitis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009:chap 92.
15. Nizet V, Jackson MA. Localized Lymphadenitis, lymphadenopathy, and lymphangitis. En: Long SS, editor. Principles and Practice of Pediatric Infectious

Diseases.3 th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008:chap 22.

16. Pierre Rosillo O. Empleo de la punción y aspiración con aguja fina en el diagnóstico de pacientes portadores de lesiones ocupantes de espacio. 3er Congreso virtual estudiantil de Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, Cuba; 2003.

17. Robbins L. Patología estructural y funcional. 6th ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2000.

18. Koss WO. Biopsia por Aspiración. Interpretación Lógica y Bases Histológicas. 6th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2003.

19. Cruz O. Diagnóstico diferencial de las adenopatías. En: Cruz M, editor. Manual de Pediatría. Madrid: ERGON; 2003. p. 674-679.

20. Figueroa F, Rojas P .Adenopatías en pediatría ¿cuándo requieren estudio?[Internet].2010[citado 12 Mar 2014].[aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/244.html>

21. Tordecilla J, Joannon P, Montenegro B. Adenopatías en la infancia .RevPedElec[Internet]. 2005[citado 12 Mar 2014];2(2):[aprox. 5 p].Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol2num2/7.htm>.

22. García García M. Adenitis[Internet].2012[citado 12 Mar 2014]:[aprox. 5 p].Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Adenitis

23. Definición de Adenitis[Internet]. 2014 [citado 5 May 2014].[aprox. 5 p].Disponible en: <http://www.definicion-de.es/adenitis/>.

24. Quesada M, Rubilar S. Adenopatias en la infancia[Internet].2014[citado 25 May 2014];[aprox. 10 p].Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/51608420/Adenopatias-en-la-infancia>.

25. López-Fernández R, Téllez Rodríguez J. Criterios de tratamiento de las linfadenopatías cervicales. Acta PediátrMéz[Internet].2011[citado 12 Jul

2014];32(6):[aprox. 8]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm116f.pdf>.

26. Truong Tan Trung T, Tankéré F. Adenopatía cervical: conducta práctica. EMC-TratMed[Internet].2010[citado 12 May 2013];14(3):1-7. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541010705043>.

27. Hernández Encina MA. Ganglios. Adenopatías: importancia y consecuencias[Internet]. 2011 [citado 8 May 2014];[aprox. 15 p].Disponible en:
<http://www.familiaysalud.es/nos-preocupa-que/ganglios-adenopatias-importancia-y-consecuencias>.

28. Francisco J, Blanco B, Rondón Lárez N. Enfermedades infecciosas eruptivas[Internet]. 2011[citado 23 May 2014];[aprox. 29 p].Disponible en: <http://piel-l.org/libreria/item/1311>.

29. Instituto Nacional del Cáncer. Biopsia de ganglio linfático centinela[Internet].2011.[citado 16 May 2014];[aprox. 17 p].Disponible en:
<http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/biopsia-ganglio-centinela>.

30. Guía de práctica Clínica. Diagnóstico diferencial de las infecciones en al infancia[Internet].2011[citado 12 Jun 2014].[aprox. 8 pantallas]. Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/588_GPC_Exante_masinfecciososenlainfancia/588GRR.pdf.

31. Karabay O, Kilic S, Gurcan S, Pelitli T, Karadenizli A, BozkurtH,et al. Cervical lymphadenitis: tuberculosis ortularaemia?. ClinMicrobiolInfec[Internet].2013[citado 12 Jul 2014];19(2):E113-E117. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-0691.12097/full>.

32. Carballo VA, Alvarado LM, Sturich G, García JC, Diller A, ZlocowskiJC,et al. Comportamiento del linfoma sistémico en pacientes con VIH/SIDA Revisión de casos (o nuestra experiencia). RevExperMéd[Internet].2011[citado 12 Jul

Jul 2013];27(102):234. Disponible en:
<http://www.enfermedadesinfecciosas.com/files/reip102.pdf#page=48>.

38. Rodríguez Zapata M, Solera Santos J. Brucelosis. Med Progr Form MédContAcredit[Internet]. 2014[citado 12 Jul 2014];11(52):3045-3053. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214707383>

39. Elhence P, Bansal R, Sharma S, Bharat V. Cysticercosis presenting as cervical lymphadenopathy: a rare presentation in two cases with review of literature. Niger J Clin Prac. 2012; 15(3):361-3.

40. Jimenez Borillo ME, Monedero Mira MJ, Rafalafena CCS. Manejo de las adenopatiascervicales[Internet]. 2011[citado 12 Jul 2013]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://rafalafena.files.wordpress.com/2011/03/adenopatias-2.ppt>.

41. Álvarez Caro F, Gómez Farpón A, Blanco Lago R, Arroyo Hernández M, Jiménez Treviño S, Suárez Saavedra J, et al. Adenopatías en pediatría. Arch Argent Pediatr[Internet]. 2007[citado 12 Jul 2014];105(4):342-350. Disponible en:
http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2007/arch07_4/v105n4a12.pdf.

42. Forsvoll J, Kristoffersen EK, Oymar K. Incidence, clinical characteristics and outcome in Norwegian children with periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis syndrome; a population-based study. Acta Paediatr. 2013; 102(2):187-92.

43. Protocolo de la sala de Miscelánea B. Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola; 2012. (Documento no Publicado).

44. Restrepo A. Enfoque diagnóstico y terapéutico de adenopatías en la infancia .Hospital Pablo Tobón Uribe[Internet]. 2010[citado 12 Jun 2014]. [aprox. 11 p.]. Disponible en:
http://www.hptu.org.co/hptu/images/stories/adenopatias_infancia.pdf

45. V Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria. Mesa Redonda: Adenopatías y anemia[Internet]. 19 Nov 2010[citado 12 Jun 2014]. [æparox. 19

- pantallas]. Disponible en:
http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/alfil_adenopatias.pdf
46. MestreReoyo GJ, Jimenez-Hoyuela García JM, Bufoñ Galiana A. Adenopatías[Internet]. 2014[Citado 12 Jun 2014]. [aprox. 15 pantallas]. Disponible en:
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/adenopa.pdf>
47. Puente Sánchez MC, Gutiérrez Sánchez I, Valles Ugarte ML. Manejo clínico de la adenopatía cervical. Med Gen. 2001; 30: 60-64.
48. Cao OA. Adenopatías (sesión clínica)[Internet]. 2011[citado 12 Jun 2014]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/udftv/adenopatas-sesion-clinica>
49. Ruiz de Adana Pérez R. Valoración del paciente con adenopatías[Internet]. 2013[citado 12 Jun 2014]. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://ricardoruizdeadana.blogspot.com/2013/11/valoracion-del-paciente-con-adenopatias.html>
50. Rodríguez Martínez M, Gómez Llorente JL, Vázquez López MA, Lendinez Molinos F. Adenopatía en Pediatría; Valoración de las adenopatías en servicio de urgencias[Internet]. Unidad Hemato-Oncología Infantil; 2011[Citado 12 Jun 2014]. [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/underwear69/adenopatias-pediatria>
51. Diener LC, Slyker JA, Gichuhi C, Tapia KA, Richardson BA, Wamalwa D, et al. Performance of the integrated management of childhood illness algorithm for diagnosis of HIV-1 infection among African infants. AIDS [Internet]. 2012[citado 12 Jul 2014]; 26(15):1935-41. Disponible en: <http://erepository.uonbi.ac.ke/handle/11295/30157>
52. Verbrugge FH, Stas M, Knockaert D, Tousseyn T, Vanderschueren S. Lymph node biopsies in a general internal medicine department: algorithm or individualized decision-making?. Acta Clin Belg[Internet]. 2011[citado 12 Jun 2014]; 66(4):274-9. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

53. Henry M, Kamat D. Integrated Basic Science Into Clinical Teaching Initiative Series: Approach to Lymphadenopathy. Clin Pediatr [Internet].2011[citado 12 Jun 2014]; 50:638. Disponible en: <http://cpj.sagepub.com/content/50/8/683>
54. Aziz khan RG. Pediatric head and neck lesions. Pediatric Clin North Am. 1998; 45:889-905.
55. Álvarez González F, Sánchez Lastres JM. Faringoamigdalitis Estreptocócica Aguda en niños menores de 5 años. Arch Domin Pediatr. 1995; 31(2):38-42.
56. Lierl M. Periodic fever syndromes: a diagnostic challenge for the allergist. Allergy.2007; 62(12):1349-58.
57. Soto G. Linfadenopatía en niños y adolescentes [Internet]. 2010[citado 12 Mar 2014]. Primera parte [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria40305-linfadenopatia.html>
58. Martín NA, García MG, Sirvent JG. Aproximación diagnóstica y terapéutica a las adenopatías. Canarias Pediatr [Internet].2012[citado 12 Jun 2013];36(1): 49-52. Disponible en: <http://www.scptfe.com/inic/download.php?idfichero=658>
59. Díaz Fernández JM. Factores pronósticos del carcinoma oral de células escamosas en estadio avanzado. Estudio clínico de 191 casos[Internet].2013[citado 12 Jul 2014]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5857/1/19%20evaluacion.pdf>
60. Neumann Silkow H, Görg C. Differentiation of abdominal lymphadenopathy with power Doppler sonography. Rofo. 2010; 182(3):229-34.
61. Longchongh Ramos M. Linfomas. En: Colectivo de autores, editores. Pediatría V. La Habana: Ciencias Médicas; 2010. Cap. 128.
62. Lozada MAR, Jaramillo MIM, Puerta BSR, Ramos CPA. Infección y colonización faríngea asintomática de niños por Streptococcus pyogenes. Iatreia[Internet].2012[citado 12 Jun 2014];25(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authype=crawler&jrnI=01210793&AN=78098069&h=C6nClaaEf9q1fiHHllcW%2Frk8ehfod1q9xXVwctMSAflfFY1IKFFXXNxGU%2BI%2F5I%2BxXGpmcJ2MY83OHIRPRJQL4g%3D%3D&crI=c>

63. Regueras De Lorenzo G, Santos Rodríguez PM, Villa Bajo L, Pérez Guirado A, Arbesú Fernández E, Barreiro Hurlé L, et al. Utilidad de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de faringoamigdalitis por *Streptococcus pyogenes*. *AnPediatr*[Internet].2012[citado 12 Jun 2014]; 77(3):193-199.Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403312000471?via=sd>

64. González Quijada S, Cuesta M, Valledor AR, Gil A, Pérez Tárrego C. Edad y perfil clínico de los pacientes hospitalizados por mononucleosis infecciosa. *Electron J Biomed*[Internet].2012[citado 12 Jun 2014]; (3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.biomed.uninet.edu/2012/n3/gonzalez.html>

65. Tinoco Racero I, Caro Gómez N, Rodríguez Leal C, López Tinoco E. Infecciones por el virus de Epstein-Barr y citomegalovirus. *MedProgFormMédContinAcredit*[Internet].2014[citado 12 Jul 2014];11(50):2954-2964. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030454121470722X?via=sd>

66. Vasallo NC, Duncan JG. Citomegalovirus. *Rev Fac Med Hum*[Internet]. 2013[citado 12 Jun 2014];2(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/download/45/40>

67. Dedivitis Aparecido R, Pfuetzenreiter Junior ER, Castro Ferrari de MA. Biópsia aspirativa por agulha fina de adenopatía cervical guiada por ultrasonografía. *ArqIntOtorrinolaringol*[Internet]. 2009[citado 12 Mar 2014]; 13(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=652

68. Hiperplasia[Internet]. 2014[citado 3 Mar 2014]. [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.e-gastroped.com.br/dec09/hiperplasia_nodular_linfoide.pdf

69. Rüdiger T, Geissinger E. Infectious lymphadenitis. *Pathologe*.2011; 32(5):428-35.

70. Krishnan C, Warnke RA, Arber DA, Natkunam Y. PD-1 expression in T-cell lymphomas and reactive lymphoid entities: potential overlap in staining patterns between lymphoma and viral lymphadenitis. *Am J Surg Pathol*. 2010; 34(2):178-89.
71. Valdés Martín S, Gómez Vasallo M, Báez Martínez JM. Temas de Pediatría 2 nd ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2011. Cap. 15.
72. Manual-cancer-infantil.pdf. [citado 6 Mar 2014]. [aprox. 30 p]. Disponible en: <http://www.sochipe.cl/nueva/html/cursos/2005/programa/Manual-cancer-infantil.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Acta de consentimiento informado.

Área de salud: _____

Fecha: _____

Yo:..... he recibido suficiente información sobre la investigación que se realiza: **Propuesta de algoritmo para la orientación diagnóstica de los pacientes con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría**, estoy dispuesta(o) a autorizar la participación de mi hijo(a), en esta investigación; se me ha explicado con claridad en qué consiste el tratamiento y los eventos adversos que pudieran aparecer y que los datos que se tomen son confidenciales.

Comprendo que la participación de mi hijo(a) en esta actividad es voluntaria y que puedo retirarlo por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos, ni que esto repercuta en el seguimiento de mi hijo(a).

Firma del Paciente

Firma del investigador

Anexo 2. Cuaderno de recogida de datos.

1-Nombre y apellidos _____

2-Dirección: _____

3-Teléfono: _____

4- Edad: _____

5. Sexo: F _____ M _____

6- Ocupación: _____

7- Localidad: Urbana _____ Rural _____

8- Fecha de inicio de los síntomas: _____

9-Tratamiento recibido: Antibiótico: _____

Antiinflamatorio: _____

Otros: _____

10-Vacunación: Sí _____ No: _____

¿Cuál?: _____

11- APF de: Enfermedad oncológica: _____

Adenoamigdalitis crónica: _____

Alergia respiratoria: _____

Sífilis: _____

Otras: _____

12- APP de: Adenoamigdalitis crónica: Si _____ No _____

Alergia Respiratoria: Si _____ No _____

Otros: _____

12- Condiciones higiénico sanitarias.

a) Hacinamiento: Si _____ No _____

b) Condiciones de la vivienda: Buena: _____ Regular _____ Mala _____

13- Escolaridad de la familia

a) Madre _____

b) Padre _____

c) Otro conviviente _____

14-Evaluación nutricional: _____

15- Contacto con animales Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

16- Contactos con personas con enfermedades infectocontagiosas. Si _____ No _____
¿Cuáles? _____

17- Infecciones de piel a repetición Si _____ No _____

18-Enfermedades frecuentes Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

19- Viajes o excursiones a bosques o cuevas Si _____ No _____

20- Síntomas

a) Fiebre Si _____ No _____

b) Tos Si _____ No _____

c) Secreción nasal Si _____ No _____

d) Toma del estado general Si _____ No _____

e) Pérdida de peso Si _____ No _____

f) Anorexia Si _____ No _____

g) Odinofagia Si _____ No _____

h) Cefalea Si _____ No _____

21-Examen físico.

a) Adenopatías

Localización _____

Tamaño _____

Consistencia _____

Signos flogísticos Si _____ No _____

b) Hepatomegalia Si _____ No _____

c) Esplenomegalia Si _____ No _____

d) Salud bucal _____

e) Piel y mucosas _____

f) Aparato respiratorio _____

22- Resultados de exámenes complementarios.

a) Hemograma con diferencial _____

b) Eritrosedimentación _____

c) LDH _____

d) Fosfatasa Alcalina: _____

e) Lámina periférica: _____

f) Células LE: _____

g) Factor reumatoide: _____

h) Inmunoglobulinas: _____

23- Resultado de la CAAF _____

24- Resultado de estudios microbiológicos.

- a) Exudado nasofaríngeo _____
- b) Estudio CAAR _____
- c) Cultivo micológico _____
- d) VDRL: _____
- e) VIH: _____
- e) Toxoplasma: _____
- f) Citomegalovirus: _____
- g) Paul Bunell: _____
- h) Coprocultivo: _____

25: Otros:

- a) Rx de tórax: _____
- b) Ultrasonido: _____

Anexo 3. Consideraciones del equipo.

- La reorganización de los servicios en el sistema de salud cubano, impone la realización de funciones integrales a los profesionales que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, con el objetivo de realizar la orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistentes.
- No todos los facultativos están actualizados con los tópicos que incluye el estudio de las adenopatías persistentes.
- Perspectivas:
- La implementación de la propuesta exige la capacitación de los profesionales que intervienen en la atención pediátrica y de futuros profesionales, quienes jugarán un rol fundamental en la asistencia médica.

Anexo 4. Cuestionario inicial para la determinación del grado de competencia de los expertos.

Estimado Colega:

Como parte de la validación de la investigación: Propuesta de algoritmo para la orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistente en la consulta de Oncopediatría, se está seleccionando un panel de especialistas para evaluar por criterio de expertos, teniendo presente su alta profesionalidad y maestría en el ejercicio de la docencia y en el trabajo investigativo; se considera que su ayuda sería de gran utilidad. Por tal motivo, se le pide que una vez que revise el material que se adjunta y que explica los propósitos de la investigación, responda al cuestionario siguiente:

Datos generales:

Centro y departamento a que pertenece: _____

Categoría Docente: Instructor: ____ Asistente: ____ Auxiliar: ____ Titular: ____

Grado Científico: DrC: ____ MSc: ____

Años de trabajo en las Ciencias médicas: ____ años.

1. Marque con una cruz (x), en una escala creciente de 1 a 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento e información que tiene sobre la temática de investigación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2- Realice una autovaloración, según la tabla siguiente, de sus niveles de argumentación o fundamentación sobre el tema objeto de investigación. Fuentes de argumentación.

Indicadores	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted.			
Experiencia alcanzada.			
Trabajo de autores nacionales.			
Trabajo de autores extranjeros.			
Su propio conocimiento del estado del problema.			
Su intuición.			

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 5. Determinación del grado de competencia de los especialistas.

Especialistas	Kc	Ka	Kc+Ka	K = 0.5 * (Kc+ Ka)	Grado de Competencia	Experto
1	1.00	0.80	1.80	0.90	Alto	x
2	0.90	0.90	1.80	0.90	Alto	x
3	0.90	0.70	1.60	0.80	Alto	x
4	0.80	0.70	1.50	0.75	Medio	x
5	0.60	0.50	1.10	0.55	Bajo	
6	0.50	0.50	1.00	0.50	Bajo	
7	0.60	0.50	1.10	0.55	Bajo	
8	0.50	0.50	1.00	0.50	Bajo	
9	0.70	0.80	1.50	0.75	Medio	x
10	0.60	0.50	1.10	0.55	Bajo	
11	0.90	0.90	1.80	0.90	Alto	x
12	0.90	0.90	1.80	0.90	Alto	x
13	0.90	0.90	1.80	0.90	Alto	x
14	1.00	1.00	2.00	1.00	Alto	x
15	0.80	0.60	1.40	0.70	Medio	x
16	0.60	0.50	1.10	0.55	Bajo	
17	0.60	0.50	1.10	0.55	Bajo	
18	0.50	0.50	1.00	0.50	Bajo	
19	1.00	0.90	1.90	0.95	Alto	x
20	1.00	1.00	2.00	1.00	Alto	x
21	1.00	0.80	1.80	0.90	Alto	x
22	0.90	0.90	1.80	0.90	Alto	x
23	0.90	0.90	1.80	0.90	Alto	x
24	0.90	0.90	1.80	0.90	Alto	x
25	0.90	0.90	1.80	0.90	Alto	x
26	1.00	1.00	2.00	1.00	Alto	x
27	0.80	0.60	1.40	0.70	Medio	x
28	0.60	0.50	1.10	0.55	Bajo	

Anexo 6. Instrumento para valorar por los expertos las acciones del algoritmo para la orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría.

Estimado colega dado su dominio del tema objeto de la investigación: Propuesta de algoritmo para la orientación diagnóstica de pacientes con adenopatías persistentes en la consulta de Oncopediatría, se solicita de usted la valoración de las acciones que conforman el algoritmo. Debe otorgar a cada una las categorías de Muy Adecuado **(MA)**, Bastante Adecuado **(BA)**, Adecuado **(A)**, Poco Adecuado **(PA)**, No Adecuado **(NA)**.

A) Algoritmo de orientación diagnóstica de adenopatías persistentes en consulta de Oncopediatría.	CATEGORÍAS				
	MA	BA	A	PA	NA
1. Fundamentación teórico-metodológica del algoritmo.					
2. Pertinencia del algoritmo.					
3. Diseño del algoritmo.					
4. Orientaciones metodológicas.					
5. Posibilidades de generalización.					

MUCHAS GRACIAS.

A) COMPONENTES DEL ALGORITMO.	CATEGORÍAS					
	MA	BA	A	PA	NA	Total
1. Fundamentación teórico-metodológica del algoritmo.	19	0	0	0	0	19
2. Pertinencia del algoritmo.	12	5	2	0	0	19
3. Diseño del algoritmo.	19	0	0	0	0	19
4. Orientaciones metodológicas.	12	5	2	0	0	19
5. Posibilidades de generalización.	14	3	2	0	0	19
Total	114	13	6	0	0	133

Anexo 7. Criterio de expertos.

Tabla de frecuencias absolutas							
No	Elementos	C1	C2	C3	C4	C5	Total
1	A.1	19	0	0	0	0	19
2	A.2	12	5	2	0	0	19
3	A.3	19	0	0	0	0	19
4	A.4	12	5	2	0	0	19
5	A.5	14	3	2	0	0	19

Tabla de frecuencias absolutas acumuladas						
No	Aspectos	C1	C2	C3	C4	C5
1	A.1	19	19	19	19	19
2	A.2	12	17	19	19	19
3	A.3	19	19	19	19	19
4	A.4	12	17	19	19	19
5	A.5	14	17	19	19	19

Tabla de frecuencias relativas acumuladas						
No	Aspectos	C1	C2	C3	C4	C5
1	A.1	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
2	A.2	0,6320	0,8950	0,9999	0,9999	0,9999
3	A.3	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999	0,9999
4	A.4	0,6320	0,8950	0,9999	0,9999	0,9999
5	A.5	0,7370	0,8950	0,9999	0,9999	0,9999