

predictivo positivo y negativo y los porcentajes de falsos positivos y negativos.

MATERIALES Y MÉTODOS: el estudio fue de tipo retrospectivo; se hizo una revisión de las historias clínicas de 190 pacientes que fueron sometidos a tiroidectomía o hemitiroidectomía (entre julio de 2005 y julio de 2007), del archivo clínico de uno de los investigadores, y se compararon los resultados citológicos prequirúrgicos obtenidos por BACAF con los de la patología definitiva.

RESULTADOS: la exactitud de la BACAF fue del 80%, el coeficiente de concordancia kappa (BACAF y patología) fue 0,65 ($p < 0.001$), la sensibilidad fue 75% y la especificidad, 86,1%; el valor predictivo positivo fue 85,1% y el valor predictivo negativo, 76,5%; 23,5% de los pacientes tuvieron una BACAF falsamente negativa y en 13,9% fue falsamente positiva.

CONCLUSIONES: la BACAF en Medellín, Colombia, es una herramienta fundamental para el estudio de los pacientes con nódulos tiroideos y para decidir el tipo de tratamiento; sin embargo, sus resultados deben ser interpretados teniendo en cuenta el cuadro clínico.

PALABRAS CLAVE: *Biopsia por aspiración con aguja fina, Neoplasia tiroidea, Nódulo tiroideo, ADAPTAR*

30. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico de disfagia en niños

Paula Andrea Henao Mejía¹, María Victoria Lopera Cañaveral¹,
Olga Francisca Salazar Blanco², Olga Lucía Morales Múnera³,
Paula Andrea Medina Piedrahíta⁴

La deglución es el proceso fisiológico que logra el transporte del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago; su alteración se denomina disfagia y puede

¹ Residente de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

² Pediatra, Profesora asociada, Facultad de Medicina, Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

³ Pediatra neumóloga, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia. Profesora vinculada, Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

⁴ Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

ser de causa orgánica, funcional o mixta. La disfagia está incluida en el grupo de trastornos de la alimentación que afectan al 25% de la población pediátrica y es común en niños con parálisis cerebral, trastornos del neurodesarrollo, prematuros y niños con problemas adaptativos y sociales; además se asocia con desnutrición, complicaciones respiratorias e infecciones a repetición. En vista de la escasez de investigaciones al respecto se construyeron una guía de práctica clínica basada en la evidencia disponible, aplicable al entorno local, para el diagnóstico de disfagia en la población pediátrica, y un algoritmo de diagnóstico. Para elaborarlos se buscaron artículos indexados entre enero de 1996 y diciembre de 2007 en las bases de datos MEDLINE, LILACS y el registro Cochrane. Los términos MesH (*Medical Subject Headings*) de MEDLINE y Decs equivalente de LILACS (en español) fueron: *Deglutition disorders, swallowing disorders, swallowing difficulty, swallowing problems, swallowing dysfunction, deglutition dysfunction, clinical evaluation of swallowing, videofluoroscopy, fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, magnetic resonance imaging, electromyography, videomanometry, ultrasound assessment*. La búsqueda se restringió a publicaciones en inglés y español que incluyeran solo población pediátrica; se incluyeron artículos de revistas publicadas en el medio, bibliografía de artículos revisados y de otras revisiones no sistemáticas.

Se encontraron alrededor de 605 artículos con sus resúmenes y se almacenaron en el programa de referencias Endnote 7; de ellos se seleccionaron por consenso 58 artículos. El análisis de la validez de los artículos y el grado de recomendación se hicieron por consenso entre los investigadores. El desarrollo de la guía se basó en el instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) y en el modelo GRADE del Colegio Americano de Médicos del Tórax (*Grading Strength of Recommendations and Quality of Evidence in Clinical Guidelines*).

En pacientes con sospecha de disfagia por alteraciones de la fase oral (babeo, escurrimiento lateral, falta de cierre labial, movimientos distónicos de la lengua) el ultrasonido es el método diagnóstico de elección cuando el origen está en anomalías de la lengua (Recomendación 1C) y se puede utilizar la electromiografía como prueba de tamización para niños mayores de cinco años cuando la disfagia se asocia a alteraciones de la musculatura facial (Recomendación 2B).

Cuando el cuadro clínico indica la presencia de anomalías de la fase faríngea (reflujo nasal, ahogamiento, tos, disnea, sibilancias, disfonía con la alimentación) si existe antecedente de anomalía velo-palatina el estudio indicado es una nasofibroendoscopia de la deglución con estímulo (Recomendación 1C); debe solicitarse videofluoroscopia a todos los niños con alteración de esta fase para confirmar la presencia de aspiración o penetración de la vía aérea (Recomendación 1A). Si se sospechan fallas en la relajación del esfínter esofágico superior en circunstancias donde las imágenes videofluoroscópicas únicamente muestran alteración o ausencia de tránsito desde la hipofaringe al esófago, la videomanometría puede detectarlas (Recomendación 1C).

Finalmente, cuando se encuentran trastornos de la fase faríngea (dolor torácico, vómito, sibilancias recurrentes, rechazo del alimento), la resonancia magnética nuclear es útil en pacientes con sospecha de lesiones cervicales que alteren la dinámica de la deglución. (Recomendación 1C). En niños con disfagia se debe confirmar el diagnóstico de reflujo gastroesofágico midiendo el pH esofágico en 24 horas e idealmente con endoscopia digestiva superior (Recomendación 1C).

En conclusión, los estudios diagnósticos disponibles tienen deficiencias metodológicas en cuanto a número de pacientes, estandarización de técnicas, valores de referencia y reproducibilidad. Solo se puede emitir recomendación de tipo 1A para el uso de la videofluoroscopia en disfagia faríngea.

31. Evaluación del desenlace y características clínicas de una serie de niños con neutropenia febril sin foco en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 2000-2005

Carolina Jaramillo Arango^{1,3}, Isabel Cristina Valencia Montoya^{1,3},
María Adelaida Aristizábal Gil²

Introducción: la neutropenia febril (NF) se asocia a infección en 48-60% de los casos y es la segunda causa de

¹ Residente de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

² Pediatra hematóloga, Profesora asociada, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Grupo Pediatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

ingreso hospitalario al servicio de oncología pediátrica. El objetivo del estudio fue evaluar el desenlace de una serie de niños, que recibían tratamiento para neutropenia febril sin foco aparente, según un protocolo preestablecido en el Servicio de Hematología-oncología infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

MATERIALES Y MÉTODOS: se incluyeron retrospectivamente historias clínicas de pacientes menores de 15 años con diagnóstico nuevo de neoplasia maligna y neutropenia febril sin foco, hospitalizados en un lapso de 5 años. Los datos se registraron en un formato preestablecido.

RESULTADOS: se incluyeron 103 historias clínicas con 182 episodios de NF; 34,1% fueron pacientes con leucemia linfoblástica riesgo estándar (LLA), 19,8% LLA de alto riesgo y 13,7%, linfoma no Hodgking. 68,1% tuvieron NF grave y en 94,5% se había aplicado quimioterapia previa (79,7% intensiva). La infección se documentó clínicamente en 38,4% y microbiológicamente en 25,2% de los episodios; hubo bacteriemia en 15,4% de los episodios, 3,3% con urocultivo positivo y 6,5% con aislamiento del invasor en otros sitios. Los microorganismos más frecuentes fueron *Escherichia coli* (24%) y *Pseudomonas aeruginosa* (13%). Hubo mayor resistencia a ceftriaxona y cefazidime tanto de gérmenes grampositivos como de gramnegativos y producción de betalactamasas en 9% durante un año de evaluación; 50% de los aislamientos de *S. aureus coagulans negativo* fueron resistentes a oxacilina. En 37 episodios hubo complicaciones (20,2%), la más frecuente de las cuales fue la afectación cardiopulmonar; en 25,2% fracasó el tratamiento, en 21,4% hubo respuesta parcial y 7 pacientes (3,8%) fallecieron.

CONCLUSIONES: los hallazgos son similares a los reportados por otros autores; predominan en nuestra unidad los microorganismos gramnegativos como causa importante de morbilidad y mortalidad, lo cual hace necesaria la búsqueda de su persistencia y de combinaciones antimicrobianas teniendo en cuenta los patrones de resistencia encontrados.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, Neutropenia febril en niños