

comparable con el de estudios previos (1,1%), considerando que la mayoría de las cirugías (95%) fueron desarrolladas por residentes de primer año.

Cabe destacar, sin embargo, que los grupos no son del todo comparables, pues en el G1 se administró una dosis de antibiótico y un bolo de dexametasona previo a la cirugía (0.5 mg/kg con un máximo de 10 mg) a todos los niños. En el G2 sólo el 21.7% de los niños recibió antibiótico y no se administró el corticoide. Por otra parte, la técnica quirúrgica no es la misma en todos los casos. Esto podría representar un sesgo al momento de interpretar los resultados.

Por otra parte, no puede deducirse el rol que por separado tienen el uso de subgalato y la relajación del «abre boca» en la hemostasia en esta cirugía.

*Marta Nuria Hananías P.*

#### PRECISIÓN DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA EN LOS CASOS DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS

##### ACCURACY OF CLINICAL EVALUATION IN PEDIATRIC OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Wang R, Elkins T, Keech D, Waquier A, Hubbard D, Otolaringol Head Neck Surg 118: 69-73, 1998

Este estudio examina la precisión del diagnóstico clínico de apnea obstructiva del sueño y la efectividad de la adenoamigdalectomía como tratamiento, usando la polisomnografía como medición objetiva.

Se estudiaron retrospectivamente 82 niños consecutivos a quienes se les realizó una polisomnografía (PSG) por síntomas de apnea obstructiva del sueño (AOS). Los síntomas sugerentes fueron: ronquido, apnea (según el testigo), ahogo nocturno, despertar frecuente, respiración bucal durante el sueño y enuresis.

El tamaño amigdalino se evaluó de la siguiente forma: 1+: el borde medial de la amígdala se encuentra lateral a los pilares, 2+: el borde medial de la amígdala se encuentra en el margen lateral de la úvula, 3+: el borde medial de la amígdala se encuentra medial al margen lateral de úvula o se tocan en línea media.

Se consideró apnea obstructiva al cese del flujo aéreo por nariz o boca con movimientos respiratorios por al menos 10 segundos. Se consideró hipopnea obstructiva a la disminución del flujo aéreo mayor al 50% o desaturación de al menos 4% en presencia de movimientos respiratorios. El índice de distress respiratorio (RDI) se define como la cantidad de eventos de apnea obstructiva por hora de sueño. Se diagnosticó AOS cuando el RDI era igual o mayor a 5.

La precisión del diagnóstico clínico fue de 30%. El síntoma/signo con mayor valor predictivo (porcentaje de pacientes que lo presenta y tienen AOS) fue la enuresis, con 46%; todos los demás bordean el 30%. Ningún paciente con tamaño amigdalino 1+ presentó AOS. No hubo diferencia entre presentar un tamaño tonsilar de 2 o 3+. No se observaron diferencias en el valor predictivo al analizar el peso de los pacientes.

Al realizar la PSG se observó que había correlación entre el volumen del ronquido y la presencia de AOS, llegando el valor predictivo a ser de 60% en los que sobrepasaban los 80 dB.

Se realizó una PSG en 11 de los 22 pacientes que fueron adenoamigdalectomizados, observándose una mejoría estadísticamente significativa en el RDI de todos ellos, no habiendo ninguno con un RDI mayor de 5.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los de otros trabajos, existiendo una variabilidad en la precisión del diagnóstico clínico de AOS de entre 30 y 50%.

El uso de la PSG en el diagnóstico de AOS en niños podría evitar cirugías innecesarias en los pacientes que no tienen otra indicación de adenoamigdalectomía.

*Sandra Larraguibel H.*