



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 3 A 15 AÑOS POSTOPERADOS DE
AMIGDALECTOMIA O ADENOAMIGDALECTOMIA CON DIAGNOSTICO DE
FARINGOAMIGDALITIS CRÓNICA EN EL HGZ/UMF N°8”

DRA. FLORES PALMA IRAIS
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO

HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 97371422 Teléfono: 5535655602 Fax: No Fax
Email: drairflo@gmail.com

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
DIRECTOR DE TESIS

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar
HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
ASESOR METODOLÓGICO

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax
Email: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx

DR. ALEMAN RIVERA GERARDO RAFAEL
ASESOR CLÍNICO

Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.
Médico adscrito a Otorrinolaringología del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Matricula: 8563691 Tel: 5554129132 Fax: No Fax
Email: dr_aleman@iprodigy.net.mx

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CIUDAD DE MÉXICO, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 3 A 15 AÑOS POSTOPERADOS DE AMIGDALECTOMIA O ADENOAMIGDALECTOMIA CON DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS CRÓNICA EN EL HGZ/UMF N°8”

Autores: Dra. Iraís Flores Palma (1), Dr. Vilchis Chaparro Eduardo (2), Dr. Espinoza Anrubio Gilberto (3), Dr. Alemán Rivera Gerardo Rafael (4)

1 Médico Residente de segundo año. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

4 Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Médico adscrito a Otorrinolaringología del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

OBJETIVO:

Evaluar la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años post-operados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio transversal, descriptivo, observacional. Con un tamaño de muestra de 52 pacientes. (Intervalo de confianza de 95%) en el Hospital General de Zona N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Instrumento de medición OSA 15, el cual evalúa: Trastorno del sueño, sufrimiento físico, sufrimiento emocional, problemas diarios, preocupación de los padres o cuidadores

RESULTADOS

Se estudiaron 52 pacientes postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica, con una edad promedio de 6.73 años, de los cuales: 20 (38.5%) pacientes tuvieron un impacto en la calidad de vida leve, 24 (46.2%) pacientes con impacto en la calidad de vida moderado y 8 (15.4%) pacientes con impacto en la calidad de vida grave. Se observó proceso alérgico agregado en 12 (23.1%) pacientes. El procedimiento quirúrgico que más se realizó fue la amigdalectomía en 31 (59.6%).

CONCLUSIONES

Se logró identificar que el impacto en la calidad de vida de los pacientes estudiados fue moderado, secundario a procesos alérgicos agregados en los pacientes y no tratados específicamente para cada caso.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, faringoamigdalitis, amigdalectomía, adenoamigdalectomía, síndrome de apnea obstructiva, OSA .18.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA

DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
DIRECTOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ASESOR METODOLÓGICO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. GERARDO RAFAEL ALEMAN RIVERA
ASESOR CLÍNICO
MÉDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
DEL HGZ/UMF N°8 “DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES DE 3 A 15 AÑOS
POSTOPERADOS DE AMIGDALECTOMIA O
ADENOAMIGDALECTOMIA CON
DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS
CRÓNICA EN EL HGZ/UMF N°8”**

AGRADECIMIENTOS:

“Si quieres conocer el pasado, entonces mira tu presente, que es el resultado. Si quieres conocer tu futuro mira tu presente, que es la causa” (Buda)

En el camino andado he conocido innumerables cosas; buenas, malas, significantes, insignificantes, gratificantes, bellas, atroces, figuras, texturas, aromas, sabores, etc.

Mis sentidos se desarrollaron hasta ser lo que hoy represento en esta vida. Atrás de mí hay un Dios misericordioso y sabio, una familia eterna, amigos fraternos, conocidos, mascotas, lugares, personas incómodas, situaciones difíciles; mismas que me han forjado.

Las virtudes y defectos que cada uno tiene, siempre me enseñan algo.

Mamá: Nada de lo que haga puede recompensar un poco toda la entrega, valentía, sabiduría, constancia, fortaleza, amor y felicidad que siempre me ofreces, eres una excelente mujer y madre, un gran ser humano. Tus papás deben estar muy orgullosos de ti.

Hermanos, sobrinos y cuñada/o: Mi red más grande, el sitio donde siempre me puedo apoyar, donde lo verdaderamente importante es valioso. Ustedes me recuerdan volver una y otra vez a nuestro “barco”, nuestro hogar.

Dad: Haría casi cualquier cosa por que estuvieras aquí y leyendo estas líneas. En compañía y apoyo de mamá abrieron camino a personas de gran valía, construyeron mi imperio, los admiro infinito. Perdón si les he fallado. Tu disciplina, fortaleza, coraje y protección nos ha permitido continuar. El amor que ambos crearon por y para nosotros es invaluable. ¡Te extraño!

Amiga/os: Efectivamente son la segunda familia, la locura expresada en distintas caras, el coraje de lo que creemos que somos incapaces de hacer, la amistad que nos hará permanecer a través del tiempo y la distancia.

Novio: Mi compañero de viaje, creí que no soportarías el rigor de la medicina en tu vida, ahora veo que hay mucho más por lo cual elegirte y amarte. Confío en que lograremos seguir trascendiendo.

Y por supuesto, agradezco a todos mis maestros, desde la guardería, hasta el posgrado, sin su dedicación e inteligencia, no habría logrado llegar hasta aquí.

Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto y Dr. Gerardo Rafael Alemán Rivera, que la entereza, inteligencia y profesionalismo que los guía y mueve, nunca termine.

A todos y cada uno... Infinitas gracias por la vida, sus abrazos, regañones, tolerancia, consejos, regalos, apoyo, alimentos, cosas, momentos, miradas, etc. ¡Por todo! ...

¡Bendiciones!

Iraís Flores Palma

TEMA	PÁGINAS
1) MARCO TEÓRICO	8
2) ANTECEDENTES	18
3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
4) JUSTIFICACIÓN	20
5) OBJETIVO	21
6) HIPÓTESIS	22
7) MATERIAL Y MÉTODOS	23
8) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	24
9) UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	25
10) MUESTRA	26
11) CRITERIOS	27
12) VARIABLES	28
13) DISEÑO ESTADÍSTICO	29
14) INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	31
15) MÉTODO DE RECOLECCIÓN	32
16) MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	33
17) CRONOGRAMA	34
18) RECURSOS	35
19) CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
20) RESULTADOS	37
21) DISCUSIONES	53
22) CONCLUSIONES	56
23) BIBLIOGRAFÍA	57
25) ANEXOS	60

MARCO TEÓRICO:

Según la OMS, la calidad de vida (CV) es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.⁽¹⁾

Actualmente, calidad de vida en sus múltiples definiciones, se considera como un recurso que incluye capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas, que permite a las personas afrontar su entorno (interpersonal, social, biológico y físico) para concretar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades.⁽²⁾

Durante la década de 1980, emergió el interés por estudiar el bienestar desde una mirada subjetiva, surgiendo el constructo de calidad de vida relacionada a la salud para dar cuenta de aspectos específicos de la calidad de vida que repercuten en la salud de las personas. De esta manera, se buscaba incorporar las perspectivas de las propias personas en el abordaje de su salud. Considerando la infancia, la calidad de vida relacionada a la salud permite dar cuenta del proceso de crecimiento y desarrollo y la forma en que los niños y las niñas adquieren capacidades y las expresan; así como también, la visión dinámica de que el estado de salud actual resulta de las condiciones pasadas y puede condicionar las circunstancias futuras⁽³⁾

Posteriormente, los postulados de la Convención de los Derechos del Niño (Organización de las Naciones Unidas 2004) propusieron un nuevo encuadre para comprender el papel de la niñez en la sociedad. En esta nueva mirada, se reconoce a los niños y las niñas como actores sociales, se busca defender sus derechos y visibilizar la importancia de contemplar sus perspectivas en las cuestiones que los involucran. Así, en las últimas décadas, las apreciaciones de la infancia empezaron a cobrar visibilidad en los estudios referidos a su salud.⁽⁴⁾

En la infancia, se indagan, principalmente, dominios físicos, psicológicos y sociales. Además, se tiene en cuenta la habilidad para realizar actividades apropiadas al estadio de crecimiento y desarrollo; estos dominios implican al concepto del desarrollo humano y se encuentran íntimamente relacionados y mutuamente influenciados⁽⁵⁾

En América Latina, las investigaciones referidas a la calidad de vida relacionada a la salud en población infantil han brindado aportes principalmente referidos a sus apreciaciones en contextos de enfermedad, o en poblaciones escolarizadas de núcleos urbanos. Así, los hallazgos en esta materia han permitido elucidar sus variaciones según la edad, el sexo, el momento del ciclo vital, el nivel económico y social y las instituciones educativas, entre otros aspectos.⁽⁶⁾

Aproximaciones meta analíticas y revisiones literarias indican que, a pesar de la variación en las definiciones, la mayoría de las mismas indican que 1) la CV es una evaluación subjetiva, 2) multidimensional, 3) que incluye sentimientos positivos y negativos, y 4) que son variables en el tiempo.⁽⁷⁾

La CV, independientemente de su definición exacta, ha generado un enorme interés por ser investigada, mostrando estudios tradicionalmente asociados a patologías o enfermedades como cáncer, alteraciones gastrointestinales, esquizofrenia, entre otros ⁽⁸⁾

Existen cuatro elementos fundamentales para el estudio de la calidad de vida: capacidad física, síntomas de enfermedad y efectos colaterales del tratamiento, funcionamiento psicológico y desempeño social. La mayoría de los instrumentos que buscan evaluar la CVRS incluyen áreas generales que suelen afectarse ante la pérdida de la salud, como funciones físicas, síntomas e interacciones sociales. ⁽⁹⁾

Por lo anteriormente mencionado, se han implementado diversos cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud, con el fin de incorporar la perspectiva de las propias personas y consiguen información sobre su estado funcional y su bienestar, con buena correlación de indicadores fisiopatológicos. Por esas propiedades, se les utiliza crecientemente en el ámbito de la investigación y en la práctica clínica como medida de resultados de intervenciones terapéuticas o para establecer comparaciones de la salud entre diversas poblaciones o entre grupos con diferentes patologías ⁽¹⁰⁾

El cuestionario OSA-18 de calidad de vida evalúa el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) infantil. El síndrome de apnea-hipopnea del sueño en la infancia es una patología altamente prevalente que afecta del 2 al 4% de niños entre los 2 y los 12 años. La hipertrofia amigdalar y adenoidea, las malformaciones craneofaciales, las enfermedades neurológicas, como la parálisis cerebral infantil, las enfermedades neuromusculares, el reflujo gastroesofágico y la obesidad, son algunos de los factores de riesgo que con mayor frecuencia se presentan en la infancia. El SAHS pediátrico está asociado a una importante morbilidad que afecta fundamentalmente al sistema nervioso central provocando trastornos neurocognitivos (memoria, inteligencia general, funciones ejecutivas, etc.) conductuales, y al sistema cardiovascular, dando lugar a disfunción autonómica como lo son las arritmias cardíacas, hipertensión arterial, remodelado ventricular y afectación endotelial, además de comorbilidad endocrinometabólica ⁽¹¹⁾

Las enfermedades crónicas como el SAHS pueden modificar la sensación de bienestar del paciente al afectar su entorno psicosocial. Esta alteración se puede medir y cuantificar por medio de cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud. Para ello se precisa disponer de cuestionarios validados específicos, ya que presentan una mayor sensibilidad para los cambios tras alguna actuación terapéutica y son capaces de discernir las modificaciones. La percepción subjetiva de mejoría tras tratamiento (principalmente cuando es necesaria la presión positiva continua en la vía respiratoria) se relacionará con la adherencia del paciente al mismo. Un reciente metaanálisis mostró que los niños con SAHS tienen un peor estado de salud que los niños sanos. Al igual que en los adultos, se han empleado cuestionarios genéricos, y ejemplo de ellos son el Glasgow Children's Benefit Inventory, el Youth Quality of Life Instrument y otros. ⁽¹²⁾

Abordando el tema obstructivo, hablaremos sobre una de las causas anatomopatológicas que interfieren en este síndrome, como lo son, las infecciones respiratorias, estas se dividen en alta y baja, aceptando como del tracto respiratorio alto, a la otitis media aguda, sinusitis, rinofaringitis, faringoamigdalitis, faringitis, adenoiditis, laringitis obstructiva y epiglotitis. (13)

Anatomía: La orofaringe está limitada al nivel superior por la cara anteroinferior del velo del paladar y el orificio intrafaríngeo, lateralmente por las celdas amigdalinas, por delante por el istmo de las fauces y la base de la lengua, posteriormente por la pared posterior de la faringe y, al nivel inferior, por el plano horizontal que pasa por el borde superior de la epiglotis y el cuerpo del hueso hioides. Las paredes laterales están constituidas por las celdas amigdalinas (o fosas amigdalinas), que son unas depresiones situadas entre los dos arcos palatinos. En su porción superior, contienen la amígdala (o tonsila palatina), que sobresale del fondo del surco glosamigdalino, las cuales tienen aproximadamente la forma de una almendra. Sus dimensiones medias son de 1,5 cm en sentido anteroposterior, 2 cm de altura y 1 cm de grosor. Es una formación linfoide bilateral que constituye el elemento más voluminoso del anillo de Waldeyer y ocupa la mitad superior de la celda amigdalina. Está compuesta: por una cara lisa (la cápsula amigdalina), unida a la pared faríngea por tejido conjuntivo laxo, pero bien vascularizado, que permite una disección quirúrgica sencilla; por una cara medial, directamente accesible a la inspección. Es irregular y convexa, y presenta criptas; por un polo superior delgado, que queda libre en la parte superior de la fosa amigdalina; por un polo inferior abombado, que queda a 2 cm por encima del pliegue glosopiglótico lateral. (14)

El anillo de Waldeyer es una estructura circular de tejido linfoideo localizado en las tres porciones de la faringe. Actualmente se lo considera un tejido con características inmunológicas únicas y se lo puede encontrar en la bibliografía como “tejido linfoideo asociado a la nasofaringe” (nasopharynx-associated lymphoid tissue o NALT). Su importancia radica no solo en la inmunidad local, sino también en la sistémica. Si bien está presente en forma difusa en toda la pared faríngea, cuenta con cúmulos linfáticos anatómicamente notorios, llamados amígdalas o tonsilas. Estos cúmulos son las amígdalas linguales, palatinas, tubáricas y faríngeas o adenoides. (15)

Podríamos resumir la función del anillo de Waldeyer o NALT en dos partes: -

General-Da lugar a la producción de inmunoglobulinas que luego pasarán al torrente circulatorio y al tubo digestivo. Para esto inicialmente el antígeno penetra en el fondo de las criptas amigdalinas o bien desde el torrente sanguíneo. Los linfocitos B a los cuales se presentan estos antígenos sufren una estimulación mediada por células T que los hace madurar, transformándose en LB memoria y en células plasmáticas productoras de Ig, desencadenando así una respuesta inmune sistémica.

Local- A través de la producción de inmunoglobulinas secretorias, mediante un mecanismo denominado simbiosis linfoepitelial.

Éste es una respuesta inmunológica defensiva local, por el cual se ponen en contacto el antígeno con el tejido linfoide para que puedan los linfocitos reconocer al antígeno. Debido a la emigración de linfocitos desde el interior de la amígdala, el epitelio de éstas se va desfacelando y así dejando zonas de epitelio al descubierto. El epitelio dañado formará una sustancia amorfa en la luz de las criptas que, eventualmente, se irá liberando hacia la luz faríngea, conocida como caseum, luego de esto el epitelio sufrirá una regeneración y dará lugar al inicio de un nuevo ciclo. La presencia de abundante caseum en la luz de las criptas amigdalinas es indicativa de una intensa actividad funcional y su calcificación, conocida como tonsilolitos, favorecería la halitosis y la formación de abscesos periamigdalinos ⁽¹⁶⁾

Las amígdalas palatinas o amígdalas son estructuras de tejido como característica deben ser del mismo tamaño y forma aproximadamente. Su examen consiste básicamente en la inspección estructural buscando ausencia de ulceración, exudado o tumoración. Los exudados en las amígdalas son un hallazgo inespecífico que pudiera corresponder a una amigdalitis bacteriana o viral, regularmente asociada a Streptococcus Pyogenes, adenovirus y con el síndrome mononucleósico por virus de Epstein-Barr.⁽¹⁷⁾

La faringoamigdalitis es una de las enfermedades más comunes que se presentan en los niños, y por lo tanto una de las principales causas de consulta en el mundo. Esta infección puede ser causada por virus o bacterias, entre las bacterias el grupo que más la ocasiona es el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA-Pyogenes).⁽¹⁸⁾

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen, en los países en desarrollo, una causa frecuente de morbilidad y mortalidad. Estudios realizados demuestran que persisten dificultades en el manejo estandarizado de los casos, la identificación de signos de alarma por parte de las familias y el tratamiento a los factores de riesgo. ⁽¹⁹⁾

Hasta el año 2014, las principales causas de morbilidad han sido las enfermedades infecciosas, los tres primeros lugares como causa de morbilidad los han ocupado las “infecciones respiratorias agudas”, las “infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas” y la “infección de vías urinarias” Durante el periodo comprendido entre 1984 y 2014, la tasa de morbilidad por infecciones respiratorias se incrementó de forma notable, específicamente entre 1994 y 1998 (esto en parte podría explicarse por cambios en los criterios diagnósticos o de notificación que en ese momento prevalecían).⁽²⁰⁾

La tasa de incidencia nacional acumulada hasta la semana epidemiológica 48 del año 2016 en menores de un año es de 73.25 casos y en el grupo de 1-4 años 46.94 casos. La razón de tasas de incidencia hombre – mujer es de 1.2, el 56% de los casos se presentaron en el sexo femenino. (*Incidencia semanal por 100,000 habitantes)⁽²¹⁾

En la semana epidemiológica 48, a nivel nacional se notificaron 422 casos nuevos de IRA por cada 100,000 habitantes. Esto explica que la población más vulnerable a los efectos adversos de esta temporada se encuentra en las zonas rurales, pero también en las ciudades; personas en condiciones de pobreza, enfermos crónicos, adultos mayores, niñas, niños y las personas en condición de calle que carecen de posibilidades para enfrentar los cambios climáticos repentinos ⁽²²⁾.

Dentro de los factores de riesgo para padecer faringoamigdalitis estreptocócica está el alto porcentaje de niños que, en nuestro medio, concurren a la guardería o al jardín de niños, esto podría justificar la elevada frecuencia de EBHGA, así mismo se agregan los estados inmunosupresores (estar padeciendo varicela, tumores, leucemias, diabetes, infección por el VIH, mala condición socio-económica). Las infecciones invasivas más frecuentes por BHGA son las infecciones de piel y partes blandas, seguidas por las bacteriemias, las infecciones osteoarticulares y las respiratorias. ⁽²³⁾

Un mecanismo bien establecido, es que los antígenos bacterianos primero deben alcanzar un contacto íntimo con las proteínas de la matriz extracelular del huésped a fin de establecer infecciones exitosas. Ese contacto inicial con las proteínas se logra mediante adhesinas altamente específicas y otras macromoléculas (invasinas) que desencadenan la invasión de las células hospederas. Una característica distintiva de los estreptococos es la expresión de un repertorio extensamente variable y extenso de adhesinas e invasinas. Esas proteínas están reguladas diferencialmente y se expresan en respuesta a las señales de los diferentes entornos dentro del huésped. ⁽²⁴⁾

Los estreptococos del grupo A producen una amplia variedad de productos extracelulares secretados, muchos se consideran factores de virulencia. El número de estos factores de virulencia potenciales excede el de muchos otros patógenos, y probablemente se correlaciona con la capacidad de este organismo para ser un patógeno exitoso. Los factores de virulencia que se secretan y liberan del estreptococo, incluyen: estreptoquinasa, proteinasas, esterasa, hemolisinas factor CAMP, DNasas, hialuronidasas, inhibidor del complemento, superóxido dismutasa y enzimas que degradan las inmunoglobulinas. Muchos de estos supuestos factores de virulencia también pueden funcionar como enzimas digestivas que proporcionan a las bacterias los nutrientes del huésped. ⁽²⁵⁾

La faringitis es la manifestación más común de infección con *Streptococcus Pyogenes*. El dolor de garganta es una queja frecuente para las visitas médicas ambulatorias, y la infección por *S. Pyogenes* se diagnostica en 20 a 40% de los casos de faringitis en niños y en 5 a 15% en adultos. La incidencia máxima de faringitis por *S. Pyogenes* ocurre en niños de 5 a 15 años de edad. La infección es más común durante el invierno y la primavera en climas templados. Los brotes pueden ocurrir en los hogares, escuelas, instalaciones militares y otros entornos en los que hay un contacto estrecho de persona a persona. No se conoce un reservorio ambiental o un hospedador animal natural de *S. Pyogenes*, aparte de los seres humanos; y como resultado, el contacto directo o indirecto con una persona infectada es la fuente de la infección humana. ⁽²⁶⁾

La presentación clásica de la faringitis estreptocócica comienza con un inicio brusco de fiebre ($\leq 39^{\circ}\text{C}$), malestar general y dolor de garganta, los ganglios linfáticos cervicales anteriores son características típicas. El dolor abdominal y los vómitos son comunes, especialmente en niños más pequeños. Tos, rinorrea, disfonía, coriza y diarrea están notablemente ausentes en la faringitis estreptocócica, y la presencia de estos síntomas debe sugerir una etiología no estreptocócica (generalmente viral). Los hallazgos físicos incluyen fiebre, eritema y edema de las amígdalas y la faringe posterior, que pueden estar cubiertos con un exudado blanco o amarillento. Las petequias pueden estar presentes en el paladar blando. Los ganglios linfáticos cervicales anteriores generalmente están agrandados, firmes y sensibles. La presencia de la mayoría o de todas estas características clínicas características es sugestiva, pero no específica, de la faringitis de *Streptococcus Pyogenes*. Sin tratamiento, el dolor de garganta por lo general se resuelve en 3 a 6 días y la fiebre disminuye en 1 semana. A pesar de la resolución de los síntomas, los cultivos de garganta a menudo permanecen positivos durante varias semanas en ausencia de tratamiento con antibióticos.⁽²⁷⁾

La mononucleosis infecciosa del virus de Epstein-Barr puede tener una presentación similar, al igual que la infección con adenovirus u otros virus respiratorios. Con menos frecuencia, un síndrome similar puede ser causado por diversos patógenos bacterianos o virales. Por el contrario, la infección faríngea de *Streptococcus Pyogenes* demostrada por cultivo puede asociarse con signos y síntomas más leves que los descritos anteriormente. Por estas razones, un diagnóstico clínico solo no es confiable. La faringitis exudativa es poco frecuente en niños menores de 3 años.⁽²⁸⁾

Por el contrario, un niño asintomático se considera un portador faríngeo estreptocócico si se procesa un hisopo de la faringe posterior para un cultivo bacteriano o una prueba de detección rápida de antígeno, y si dicha prueba confirma la presencia de *Streptococcus Pyogenes* (estreptococo del grupo A). Dado que el niño no tiene síntomas de dolor de garganta y no tiene inflamación de las amígdalas o la faringe en el examen físico, la mayoría de los expertos estarían de acuerdo en que es probable que el niño sea portador faríngeo del organismo.

En esta circunstancia, la faringe está colonizada por *S. Pyogenes*, pero no parece estar causando enfermedad. Probablemente esto estaría respaldado por la presencia de un aumento de anticuerpos serológicos en las pruebas seriadas de sangre. Sin embargo no siempre es práctico obtener múltiples muestras de sangre en niños, muchos expertos hacen una presunción de portador de *S. Pyogenes* en base a la falta de signos y síntomas clínicos observados en el momento en que una prueba rápida y / o cultivo de garganta es positiva para *S. Pyogenes*.⁽²⁹⁾

Un metanálisis basado en una revisión sistemática de 29 estudios proporciona una prevalencia de información sobre esta condición, cuando se analizaron los estudios de niños de todas las edades con dolor de garganta, hubo una prevalencia combinada del 37% (intervalo de confianza [IC] del 95% 32-43%) de los niños a los que se les realizó una prueba diagnóstica positiva en un hisopo faríngeo. para *S. Pyogenes*.

Este análisis también demostró que la prevalencia del transporte de *S. Pyogenes* entre niños sanos sin signos o síntomas de faringitis fue del 12%⁽³⁰⁾

El uso excesivo de antibióticos es una de las amenazas más importantes para salud pública. Para abordar de manera más eficiente este problema, las intervenciones deben priorizar las condiciones de alto uso con pautas de prescripción, como faringitis aguda. A pesar de que el uso excesivo de antibióticos ha sido bien documentado. ⁽³¹⁾

La faringitis estreptocócica es casi siempre una enfermedad autolimitada, y muchos han cuestionado si se justifica el tratamiento con antibióticos. Sin embargo, tal tratamiento puede justificarse por tres razones:

1) El tratamiento acorta la duración y la gravedad de la enfermedad. Varios estudios sugieren que la terapia específica reduce la duración de la fiebre y el dolor de garganta en aproximadamente 1 día, en promedio.

2) El tratamiento previene la fiebre reumática. La fiebre reumática aguda es una complicación potencial de la faringitis de *S. Pyogenes*, y los estudios realizados principalmente en el ejército de los EE. UU. A mediados del siglo XX demostraron que el tratamiento con penicilina redujo el riesgo de fiebre reumática posterior. Si bien esta razón para el tratamiento sigue siendo convincente en muchos países de escasos recursos donde la incidencia de la fiebre reumática aguda es alta, en los países industrializados, los riesgos y beneficios relativos ya no apoyan claramente este objetivo de tratamiento en los casos de rutina.

3) El tratamiento previene las complicaciones supurativas de la faringitis. Se ha demostrado que el tratamiento con antibióticos reduce la incidencia de complicaciones infecciosas secundarias, como la otitis media y la sinusitis. Un beneficio adicional del tratamiento es que reduce la propagación de la infección a otros, una consideración importante para el control de brotes. Las guías de práctica clínica en los Estados Unidos recomiendan el tratamiento para niños y adultos con faringitis por *S. Pyogenes* comprobada. Las directrices de algunos países europeos son similares, mientras que otros países no recomiendan pruebas de diagnóstico o tratamientos específicos, ya que el tratamiento tiene un pequeño impacto en la historia natural de la faringitis, y la incidencia de complicaciones supurativas y no supurativas es baja en estas poblaciones ⁽³²⁾

Pacientes con faringitis recurrente y evidencia de laboratorio de estreptococos del grupo A pueden ser portadores crónicos que están teniendo infecciones virales repetidas. Los antibióticos no son generalmente recomendados en este caso, pero se puede considerar en las siguientes situaciones:

1.-Durante un brote comunitario de fiebre reumática aguda, ejemplo: glomerulonefritis postestreptocócica.

2.-Durante un brote de la faringitis estreptocócica del grupo A en una comunidad cerrada o parcialmente cerrada.

3.-Cuando el paciente tiene un familiar o personal antecedentes de fiebre reumática aguda.

4.-Cuando el paciente o la familia tienen ansiedad excesiva sobre las infecciones por estreptococos del grupo A.

5.-Cuando se considera la amigdalectomía solo porque el paciente es un portador crónico. (33)

La técnica quirúrgica clásica es la amigdalectomía extracapsular bilateral, que corresponde a la resección quirúrgica de ambas amígdalas palatinas junto a su cápsula, mediante la disección del espacio periamigdalino. Corresponde a uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia por los otorrinolaringólogos

Los Criterios de Paradise se aplican para identificar a los pacientes candidatos a proceso quirúrgico (7 episodios de amigdalitis bacteriana en 1 año, 5 anuales por 2 años consecutivos, o 3 anuales en 3 años consecutivos) (34)

Indicaciones para someter a amigdalectomía:

Indicaciones absolutas:

Roncopatía con pausas o SAHOS (atribuible a hiperplasia amigdalina grado III o IV), amigdalitis a repetición (definida según criterios de Paradise), o crónica, posterior a 2º absceso periamigdalino, amigdalitis hemorrágica, asimetría amigdalina con sospecha de cáncer.

Indicaciones relativas:

Enfermedad de Berger (Nefropatía por IgA), Síndrome PANDAS, Síndrome PFAPA, tonsilolitiasis y otros más discutidos: Hiperplasia asociada a trastornos craneofaciales, dentales y de la deglución, psoriasis, eritema nodoso, portadores de SBHGA y difteria, etc. (35)

Contraindicaciones relativas:

Trastornos de la coagulación, asma no controlada, proceso infeccioso concomitante, riesgo de insuficiencia velofaríngea.

Indicaciones para someter a adenoamigdalectomía:

Indicaciones:

Roncopatía con pausas o SAHOS (atribuible a hiperplasia adenoidea grado II o III), otitis media aguda recurrente, adenoiditis crónica, otitis media con efusión (en especial en recidivas post-tubos de ventilación), rinosinusitis aguda pediátrica recurrente o crónica, biopsia (sospecha de malignidad, estudio de cilios, etc.)

Contraindicación absoluta:

Presencia conocida de una anomalía vascular rinofaríngea de tipo carotídeo (debido al riesgo de lesión vascular y de hemorragia profusa, con peligro de fallecimiento del paciente).

Contraindicaciones relativas:

Trastornos de la coagulación, fisuras palatinas y otros factores de riesgo para insuficiencia velofaríngea, fiebre o cuadro infeccioso concomitante (36)

Técnica quirúrgica:

Amigdalectomía extracapsular –

-Disección fría- Amigdalectomía total realizada con bisturí frío y/o tijeras

-Asa: Tipo de disección fría y rápida en la que se extrae la amígdala con asa de alambre

-Daniels: Amigdalectomía realizada con guillotina

-*Electrocauterización*: La corriente eléctrica de un generador pasa a través del tejido entre dos electrodos y el calor generado, que va de los 400 a los 600°C, corta el tejido y sella los vasos sanguíneos. Es la técnica más común en todo el mundo.

-*Bisturí armónico*: Corresponde a un bisturí que utiliza energía ultrasónica para vibrar a 55.000 ciclos por segundo. La vibración transfiere energía mecánica al tejido que permite cortar y coagular al mismo tiempo.

-*Ablación por radiofrecuencia (Coblator)*: Corresponde a un instrumento que utiliza la energía de la radiofrecuencia para excitar electrolitos en un medio conductor, tal como una solución salina, creando un plasma enfocado con precisión, el resultado es la remoción del tejido en cuestión con un daño mínimo a los tejidos circundantes y hemostasia.

Amigdalectomía intracapsular:

-*Microdebridador*:- Corresponde a un instrumento que posee un sistema rotacional distal asociado a succión que permite disecar estructuras con mínimo trauma a los tejidos circundantes, corresponde a una amigdalectomía subtotal en la que se preserva la cápsula tonsilar. La amígdala se extrae por piezas conservando la cápsula, incluso algunos dejan parte del tejido amigdalino

Adenoidectomía:

-*Extracción con cureta*: El adenótomo es un instrumento metálico con forma de cuchara que permite realizar la adenoidectomía mediante raspado nasofaríngeo.

-*Coagulación-succión*: Técnica en la que se utiliza un instrumento cilíndrico de 10 French, que posee un sistema de succión central asociado a un sistema de coagulación periférico.

- *Microdebridador*: Corresponde a la misma técnica mencionada en amigdalectomía.⁽³⁷⁾

Principales complicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía

-Complicaciones anestésicas:

Arritmia, broncoespasmo, laringoespasmo, edema pulmonar, accesos de tos, náuseas, vómito.

-Complicaciones intraoperatorias:

Traumatismo o luxación dental, luxación temporomandibular, heridas velares o velofaríngeas, heridas de úvula y velo, laceraciones de los espacios parafaríngeos, lesiones vasculares y hemorragias

-Complicaciones posquirúrgicas inmediatas:

Hemorragia, broncoaspiración de sangre, infecciones, parálisis de nervios lingual, hipogloso o glossofaríngeo

-Complicaciones posquirúrgicas tardías:

Insuficiencia velar, estenosis nasofaríngea y/u orofaríngea, recidiva. ⁽³⁸⁾

Recomendaciones posoperatorias:

Observación:

Se recomienda mantener al paciente a una sala de recuperación, manteniéndolo en observación al menos 30 minutos. Se recomienda mantener el ayuno por 4-6 horas, permitiendo únicamente la ingesta de líquidos fríos.

Alta hospitalaria:

Para los pacientes pediátricos se puede dar el mismo día de la intervención, al menos 6 horas posterior al término de ésta. Es importante evaluar la realimentación, diuresis y ausencia de hemorragia. En el caso de comorbilidades importantes, síndrome de apnea obstructiva del sueño severa, complicaciones posoperatorias, vivir lejos de un centro hospitalario; se recomienda mantener una noche durante observación previo al alta.

Analgesia: Se recomienda el uso de paracetamol horario por 5-7 días en dosis ajustadas según el peso del paciente. No existe evidencia significativa que demuestre que el uso de AINEs se asocie a mayor riesgo de sangrado en pacientes.

Control: El primer control debe ser realizado 1 semana posterior al procedimiento, por su médico tratante. ⁽³⁹⁾

ANTECEDENTES

Los cuestionarios específicos diseñados para Síndrome de apnea hipoapnea del sueño infantil (SAHS) son muy escasos, siendo el cuestionario OSA-18, descrito en el año 2000 por Franco et al.²² y validado al habla hispana por la Sociedad de Neumología y Cirugía Torácica el 2016; mismo que se ha empleado en varios trabajos para evaluar los cambios posquirúrgicos, mostrándose fiable (Alfa de Cronbach 0.91) y sensible a los cambios postratamiento.

Los dominios del OSA-18 contienen las siguientes puntuaciones: a) Trastorno del sueño (4 ítems con puntuaciones entre 4 y 28). b) Sufrimiento físico (4 ítems con puntuaciones entre 4 y 28). c) Sufrimiento emocional (3 ítems con puntuaciones entre 3 y 21). d) Problemas diarios (3 ítems con puntuaciones entre 3 y 21). e) Preocupación de los padres o cuidadores (4 ítems con puntuaciones entre 4 y 28). La puntuación total OSA-18 puede oscilar entre 18 y 126. El cuestionario OSA-18 permite clasificar el impacto sobre la calidad de vida en leve (puntuación menor de 60), moderado (puntuación entre 60 y 80) y grave (puntuación por encima de 80)

El cuestionario OSA-18 presenta una excelente consistencia interna. La validez predictiva es buena-excelente, el dominio más problemático en cuanto a sus características psicométricas es el emocional. El constructo es prácticamente idéntico al del cuestionario original. Además, se ha observado que este cuestionario es un muy buen predictor.

OSA 18 ha sido aplicado alrededor del mundo con sus respectivos procesos de adaptación y validación, J.Kuptanon y Col. En el 2015 realizan el proceso de validación para el continente Asiático, Eusebi Chiner y Col. En el 2016 realizan el proceso de validación para la población de habla hispana.

S Sritippayawan y Col. para el 2016 en EU realiza un estudio para conocer la utilidad del OSA-18 para diagnóstico de Síndrome obstructivo moderado a severo, sobre la polisomnografía.

Chia-Hsuan Lee y Col. en el 2015 publica en la revista Internacional de otorrinolaringología pediátrica, un estudio sobre la calidad de vida antes y después de amigdalectomía; de la misma forma Claudio Vicin y Col, publican un estudio retrospectivo sobre la eficacia, las complicaciones y la calidad de vida en comparación de la amigdalectomía intracapsular y extracapsular.

Angela L. Duggins y Col, en 2017 en EU realiza un estudio para comparar de la calidad de vida informada por el paciente y el padre de los pacientes tratados por apnea obstructiva del sueño persistente, a través del cuestionario OSA-18.

Cameron A. Todd en EU en el 2018 realiza una revisión sistemática y metanálisis sobre Amigdalectomía para la apnea obstructiva del sueño y la calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones respiratorias agudas y crónicas en pacientes de 3 a 15 años son la principal causa de consulta en el servicio de urgencias pediatría durante todo el año, con un predominio en la época invernal. Dentro de los patógenos mayormente implicados son los virus con una frecuencia mayor, seguidos de las bacterias; mismas que predisponen a condiciones de variable gravedad, dependiendo del estado general de los pacientes.

La hipertrofia del Anillo de Waldeyer condiciona estados patológicos de cronicidad variable los cuales desencadenan, alteraciones en la calidad de vida infantil, como lo son los estados de apnea-hipoapnea del sueño.

La resección quirúrgica se considera un procedimiento definitivo para el tratamiento de los síntomas obstructivos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que los padecen, sin embargo, no siempre obtiene los resultados esperados, esto, debido a otros factores patológicos agregados. Lo cual mantiene un impacto negativo en la calidad de vida de cada uno.

¿Cuál es el impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con el diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ-UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACIÓN

Durante la historia de la humanidad, las enfermedades infecciosas han jugado un papel importante, dado la trascendencia de las mismas en las diferentes poblaciones alrededor del mundo.

Millones de muertes reportadas en distintas épocas, han dado pauta para la investigación infinita de la misma y así lograr una supervivencia mayor de la humanidad.

El amplio estudio de las enfermedades infecciosas y potencialmente letales por su cronicidad nos ha llevado a clasificar los agentes y encontrar un tratamiento oportuno y eficaz. De esta forma, evitar las complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Con esto abordamos el tema financiero que las complicaciones absorben en la mayor parte de los sistemas de salud.

La presencia de infecciones recurrentes de la vía aérea superior, tienen el potencial de condicionar cambios anatómicos que provoquen procesos obstructivos y un impacto grave en la calidad de vida.

A nivel mundial la prevención juega un papel muy importante, para poder controlar los factores modificables para cada enfermedad.

OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8.

HIPOTESIS:

Se realizó hipótesis por motivos de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS NULA (H₀):

El impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ-UMF N°8, no es leve.

HIPOTESIS ALTERNA (H₁):

El impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8, es leve.

MATERIALES Y MÉTODOS:

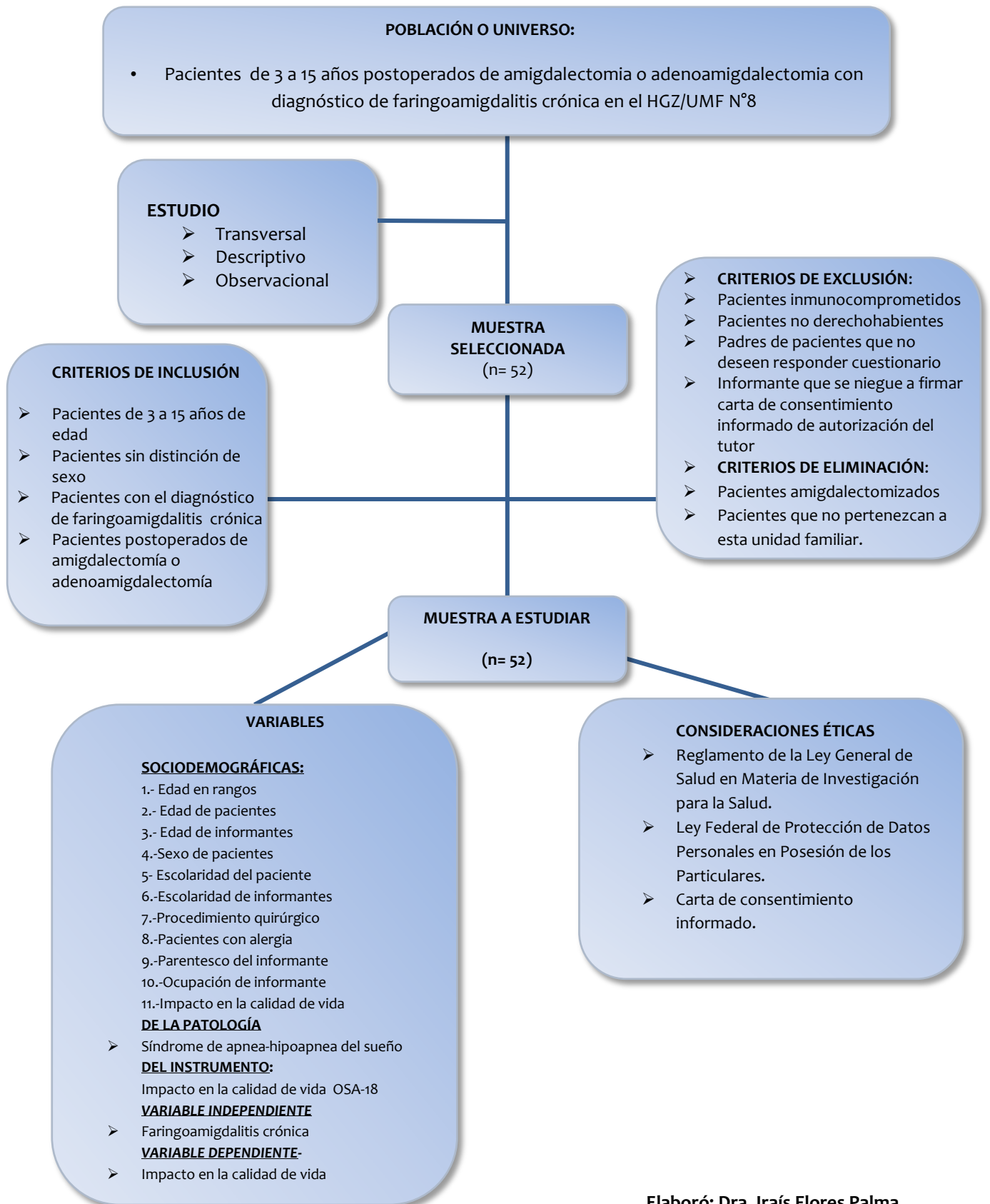
TIPO DE ESTUDIO- Descriptivo, transversal, observacional.

- a) **TRANSVERSAL:** Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio
- b) **DESCRIPTIVO:** Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados
- c) **OBSERVACIONAL:** Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Para la realización del presente estudio, se incluyeron pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica, que asistieron a la consulta externa de Otorrinolaringología del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante el periodo de Enero 2017 a Agosto del 2018, que cumplieron con los criterios establecidos.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Iraís Flores Palma

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

POBLACIÓN:

El estudio se llevó a cabo en una población urbana de 52 pacientes pediátricos derechohabientes, de 3 a 15 años de edad, portadores de faringoamigdalitis crónica, con datos obstructivos de la vía aérea superior, atendidos en la consulta externa del servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en la Ciudad de México.

LUGAR:

La investigación se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, que se encuentra ubicado en Avenida Río Magdalena N° 289 Colonia Tizapan San Ángel, Ciudad de México, C.P. 01090 Delegación Álvaro Obregón.

TIEMPO:

Octubre 2017 a Enero 2019

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria, será de 52 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.50 con amplitud total del intervalo de confianza 0.15.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N: Número total de individuos requeridos

Z alfa= Proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza del 95 -%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4Z \text{ alfa}^2 P(1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 3 a 15 años de edad
- Pacientes sin distinción de sexo
- Pacientes con el diagnóstico de faringoamigdalitis crónica
- Pacientes postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes inmunocomprometidos
- Pacientes no derechohabientes
- Padres de pacientes que no deseen responder cuestionario
- Informante que se niegue a firmar carta de consentimiento informado de autorización del tutor.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes amigdalectomizados
- Pacientes que no pertenezcan a esta unidad familiar

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad en rangos
- Edad de paciente
- Edad de informantes
- Sexo de pacientes
- Escolaridad de pacientes
- Escolaridad del informante
- Procedimiento quirúrgico
- Pacientes con alergia
- Parentesco de informante
- Ocupación de informante

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA PRINCIPAL

- Síndrome de apnea hipo-apnea del sueño

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

- Impacto en la calidad de vida según OSA-18
(Leve menos de 60 puntos, moderado- entre 60 y 80 puntos, grave mayor a 80 puntos)

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE- Faringoamigdalitis crónica

VARIABLE DEPENDIENTE- Impacto en la calidad de vida

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES UNIVERSALES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Nombre	Se trata de una denominación de carácter verbal que se le atribuye a un individuo, con el propósito de individualizarlo y reconocerlo frente a otros
Edad	Tiempo que ha vivido una persona
Sexo	Género al que pertenece un individuo
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente
Parentesco	Lazo establecido a raíz de consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otro vínculo estable basado en el afecto genuino
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.
VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Faringoamigdalitis crónica	Presencia de farigodinia o faringofagia por más de 4 semanas o más de 4 episodios de faringoamigdalitis aguda en un año.
Amigdalectomía o adenoamigdalectomía	Amigdalectomía: es la extirpación quirúrgica de las amígdalas palatinas Adenoamigdalectomía: es la extirpación quirúrgica de las amígdalas palatinas y adenoideas.
Síndrome de apnea hipoapnea del sueño	Episodios recurrentes de limitación del paso de aire en la vía respiratoria, durante el sueño.
VARIABLES DE LA PATOLOGÍA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Trastorno del sueño	Son desórdenes del sueño son un amplio grupo de padecimientos que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia
Sufrimiento físico	Estado de aflicción, asociado a acontecimientos que amenazan la integridad (mantenerse intacto) de una persona. El sufrimiento exige una conciencia de sí, involucra las emociones, y tiene un impacto en el cuerpo
Sufrimiento emocional	Estado de aflicción, que involucra emociones y tiene efectos en las relaciones personales de quien la padece.
Problemas diarios	Fenómenos complejos de una situación a la cual se enfrenta cotidianamente. Suele ser algo que se ignora y requiere solución.
Preocupaciones de los padres o cuidadores	Estado de desasosiego, inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema al cual se encuentra sometido el hijo /a o el niño/a al cuidado.
Calidad de vida	Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes

Elaboró: Dra. Iraís Flores Palma

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE MEDICIÓN
1.- Edad en rangos	Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3 a 5 años 2. 6 a 8 años 3. 9 a 11 años 4. 12 a 15 años
2.- Edad de pacientes	Cuantitativa	Continua	Números enteros
3.- Edad de informantes	Cuantitativa	Continua	Número enteros
4.-Sexo de pacientes	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
5- Escolaridad del paciente	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preescolar 2. Primaria 3. Secundaria
6.-Escolaridad de informantes	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. Posgrado
7.-Procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amigdalectomía 2. Adenoamigdalectomía
8.-Pacientes con alergia	Cuantitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
9.-Parentesco del informante	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Madre 2. Padre 3. Otro
10.-Ocupación de informante	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleada/o 2. Desempleada/o
11.-Impacto en la calidad de vida	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve: Menos de 60 2. Moderado: Entre 60 y 80 3. Grave: Mayor 80

Elaboró: Dra. Iraís Flores Palma

DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo con apoyo del programa SPSS V.20 Windows, para poder elaborar el análisis de los resultados, se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) así como de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo), además de distribución de frecuencias, (porcentajes, estimación de medias y proporciones).

El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los dominios del OSA-18 contienen las siguientes puntuaciones:

- a) Trastorno del sueño (4 ítems con puntuaciones entre 4 y 28).
- b) Sufrimiento físico (4 ítems con puntuaciones entre 4 y 28).
- c) Sufrimiento emocional (3 ítems con puntuaciones entre 3 y 21).
- d) Problemas diarios (3 ítems con puntuaciones entre 3 y 21).
- e) Preocupación de los padres o cuidadores (4 ítems con puntuaciones entre 4 y 28).

La puntuación total OSA-18 puede oscilar entre 18 y 126. El cuestionario OSA-18 permite clasificar el impacto sobre la calidad de vida en leve (puntuación menor de 60), moderado (puntuación entre 60 y 80) y grave (puntuación por encima de 80).

El cuestionario OSA-18 presenta una excelente consistencia interna. La validez predictiva es buena-excelente. El dominio más problemático en cuanto a sus características psicométricas es el emocional. El constructo es prácticamente idéntico al del cuestionario original. Además, se ha observado que este cuestionario es un muy buen predictor.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Para la realización del presente estudio, se incluyeron a pacientes de 3 a 15 años de edad postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con el diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Se seleccionó a las pacientes (de acuerdo a los criterios de inclusión) se les explicó las características del estudio y la importancia del mismo, aquellas pacientes que aceptaron participar, firmaron la carta de consentimiento informado (ANEXO 2) posteriormente se aplicaron las preguntas contenidas en el formato de recolección basado en datos sociodemográficos y cuestionario OSA-15 (ANEXO 1), los padres de los pacientes fueron interrogados basados en el cuestionario OSA 15 el cual abarca un periodo previo de 4 semanas. Dividido en 4 apartados, el primer rubro interroga sobre alteraciones del sueño, como ronquidos, apneas, asfixia o jadeo, sueño inquieto o despertar frecuente.

El segundo rubro interroga sobre síntomas físicos como respiración bucal, resfriados o infecciones frecuentes, presencia de mocos o dificultad para tragar.

El tercer rubro interroga sobre síntomas emocionales como cambios de humor, comportamiento agresivo o hiperactivo, problemas de disciplina.

El cuarto rubro interroga función diurna como sueño excesivo durante el día, poca capacidad de atención o concentración y dificultad para levantarse por la mañana.

El quinto y último rubro interroga preocupaciones del cuidador acerca de la salud del niño en general, preocupación por falta de aire en su niño, interferencia con su capacidad para desarrollar actividades diarias o frustración.

Una vez completada la muestra del estudio, se recolectaron los datos en una hoja de cálculo de Excel para su análisis, se utilizó el programa SPSS 21 para la aplicación de pruebas estadísticas.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN

- Las fuentes utilizadas en esta investigación serán limitadas a la edad y padecimiento
- Se citó revisión sistemática de la literatura con fuentes de información confiable con la mayor evidencia posible, en diversos buscadores médicos especializados.

CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN

- Se eligió una muestra representativa de la población, calculando el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, con población finita de 52 pacientes.
- Se consideró a aquellos pacientes en rango de edad de 3 a 15 años de edad, con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica, postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía.

CONTROL DE SESGO DE MEDICIÓN

- Los formatos de recolección de datos se realizaron con instrucciones claras y precisas.

CONTROL DE SEGOS DE ANÁLISIS

- Registrar y analizar los datos correctamente
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.
- Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados.
- Así mismo para el análisis estadístico se empleó un programa de captura validado.
- No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.

CRONOGRAMA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8
“DR. GIBERTO FLORES IZQUIERDO”
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



TÍTULO DEL PROYECTO: “IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 3 A 15 AÑOS
POSTOPERADOS DE AMIGDALECTOMIA O ADENOAMIGDALECTOMIA CON DIAGNOSTICO DE
FARINGOAMIGDALITIS CRÓNICA EN EL HGZ/UMF N°8”

2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS					X	X						
PROPOSITOS							X	X				
DISEÑO METODOLOGICO									X	X		
ANALISIS ESTADISTICO											X	
CONSIDERACIONES ETICAS												
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFIA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACION												X

2018-2019

FECHA	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018	JUN 2018	JUL 2018	AGO 2018	SEP 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018	ENE 2019	FEB 2019
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X							
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANALISIS DE DATOS							X	X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X	X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES												X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

RECURSOS MATERIALES, FÍSICOS, HUMANOS Y DE FINANCIAMIENTO

MATERIALES:

- Hojas de recolección de datos impresas, copias fotostáticas, lápices, plumas, computadora, mouse, software (Windows, SPSS2, Microsoft Office), memoria USB, impresora y tinta de color.

FISICOS:

- Consulta externa de especialidad de Otorrinolaringología HGZ/UMF N°8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

HUMANOS:

- Para realizar este presente estudio, de contó con el apoyo del Coordinar Clínico de Educación e Investigación en Salud Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, Profesor Titular de la especialidad de Medicina Familiar Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Asesor experimental Dr. Gerardo Rafael Alemán Rivera y recolector de información Dra. Flores Palma Iraís

FINANCIAMIENTO:

- Los gastos corren a cargo de la médico residente de segundo año de Medicina Familiar Dra. Flores Palma Iraís

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesis de investigación que se presenta con el título: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 3 A 15 AÑOS POSTOPERADOS DE AMIGDALECTOMIA O ADENOAMIGDALECTOMIA CON DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS CRÓNICA EN EL HGZ-UMF N°8” no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial, y se llevó a cabo en base al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 las cuales se integran a la carta de consentimiento informado. (VER ANEXO 2)

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

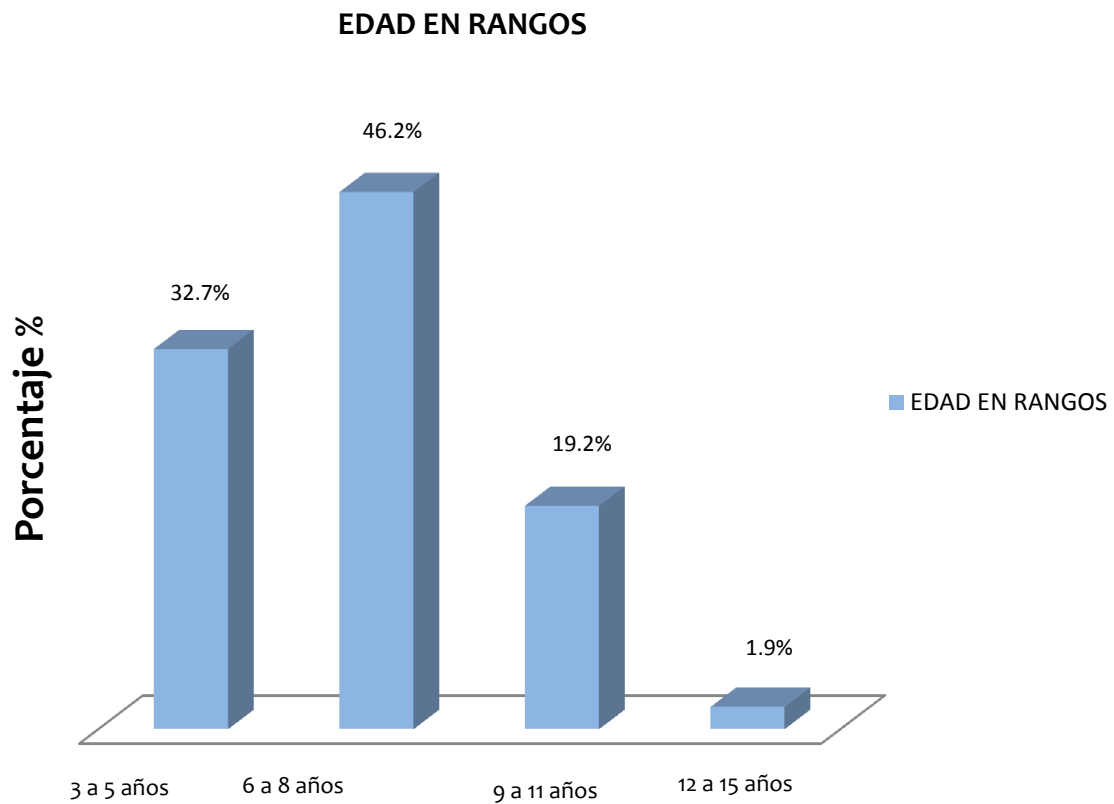
- Se estudió a un total de 52 pacientes postoperados de amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el HGZ/UMF No. 8, la media edad fue de 6.73 años, con una desviación estándar de 2.34 años, valor mínimo de 3 años y valor máximo de 14 años.
- En la evaluación de los datos de los informantes de los pacientes con un total de 52, observamos la media de edad de 32.35 años, con una desviación estándar de 6.45 años, valor mínimo de 23 años y máximo de 54 años.
- Para la edad en rangos de los pacientes incluidos en este contexto, se identificó que: 17 (32.7%) pacientes entran en el rango de 3 a 5 años, 24 (46.2%) pacientes están en el rango de 6 a 8 años, 10 (19.2%) pacientes en el rango de 9 a 11 años y finalmente, solo 1 (1.9%) paciente en el rango de 12-15 años. (Ver tabla y gráfica 1)
- En la sección de sexo de pacientes, se observó que 23 (44.2%) pacientes son del sexo femenino y 29 (55.8%) pacientes del sexo masculino. (Ver tabla y gráfica 2)
- En la categoría de escolaridad del pacientes se mostró que: 21 (40.4%) pacientes se encuentran cursando preescolar, 30 (57.7%) pacientes la primaria y 1 (1.9%) paciente la secundaria.. (Ver tabla y gráfica 3)
- Para el apartado de escolaridad del informantes de los pacientes, se recabó que: 15 (28.8%) informantes cursaron la secundaria, 31 (59.6%) informantes cursaron la preparatoria y por último, 6 (11.5%) cursaron la licenciatura. (Ver tabla y gráfica 4)
- En el tópico de procedimiento quirúrgico realizado a los pacientes, evidenciamos que la amigdalectomía se practicó a 31 (59.6%) pacientes y la a adenoamigdalectomía a 21 (40.4%) pacientes. (Ver tabla y gráfica 5)
- Para la sección de alergia en los pacientes, se observó que: 12 (23.1%) pacientes tienen el diagnóstico de alergia (rinitis alérgica y/o asma) y 40 (76.9%) pacientes no tienen el diagnóstico de alergia. (Ver tabla y gráfica 6)
- En la categoría de parentesco de informantes de los pacientes incluidos en este estudio, se identificó que: 46 (88.5%) informantes son madres, 5 (9.6%) informantes son padres y solo 1 (1.9%) informante como otro. (Ver tabla y gráfica 7)
- Para el tópico de la ocupación de los informantes de los pacientes, se reportó que: 22 (42.3%) informantes se encuentran empleados y 30 (57.7%) informantes se encuentran desempleados. (Ver tabla y gráfica 8)
- En la sección de impacto en la calidad de vida global, los resultados mostraron que: 20 (38.5%) pacientes presentaron un impacto leve, 24(46.2%) pacientes presentaron un impacto moderado y 8 (15.4%) pacientes presentaron un impacto grave. (Ver tabla y gráfica 9)
- En la categoría de edad en rangos con calidad de vida, se encontró que; en el apartado de 3 a 5 años, 4 (7.7%) leve, 8 (15.4%) moderado, 5 (9.6%) grave. En el apartado de 6 a 8 años, 11 (21.2%) leve, 13 (25%) moderado. En el apartado de 9 a 11 años, 4 (7.7%) leve, 3 (5.8%) moderado, 3 (5.8%) grave. Finalmente para el apartado de 12 a 15 años, 1(1.9%) leve.
• (Ver tabla y gráfica 10)

- En el rubro de sexo con calidad de vida se observó lo siguiente: Para el sexo femenino, 8 (15.3%) leve, 12 (23%) moderado, 3 (5.8%) grave. Para el sexo masculino, 12 (23.1%) leve, 12 (23.1%) moderado, 5 (9.6%) grave. (Ver tabla y gráfica 11)
- En el tópico de la escolaridad del paciente con calidad de vida, se identificó que; preescolar 6 (11.5%) leve, 10 (19.2%) moderado y 5 (9.6%) grave. Primaria 13 (25%) leve, 14 (26.9%) moderado, 3(5.8%) grave. Secundaria 1 (1.9%) leve.(Ver tabla y gráfica 12)
- Respecto al procedimiento quirúrgico con calidad de vida se mostró lo siguiente: Amigdalectomía 8 (15.4%) leve, 15 (28.8%) moderado y 8 (15.4%) grave. Adenoamigdalectomía 12 (23.1%) leve, 9 (17.3%) moderado.(Ver tabla y gráfica 13)
- En la sección de alergia con calidad de vida de los pacientes, se analizó lo siguiente: Si, 3 (5.77%) leve, 6 (11.5%) moderado y 3 (5.77%) grave. No, 17 (32.68%) leve, 18 (34.6%) moderado, 5 (9.61%) grave. (Ver tabla y gráfica 14)

Tabla 1. Edad en rangos en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8		
EDAD EN RANGOS	Frecuencia	Porcentaje (%)
3 a 5 años	17	32.7
6 a 8 años	24	46.2
9 a 11 años	10	19.2
12 a 15 años	1	1.9
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 1. Edad en rangos en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

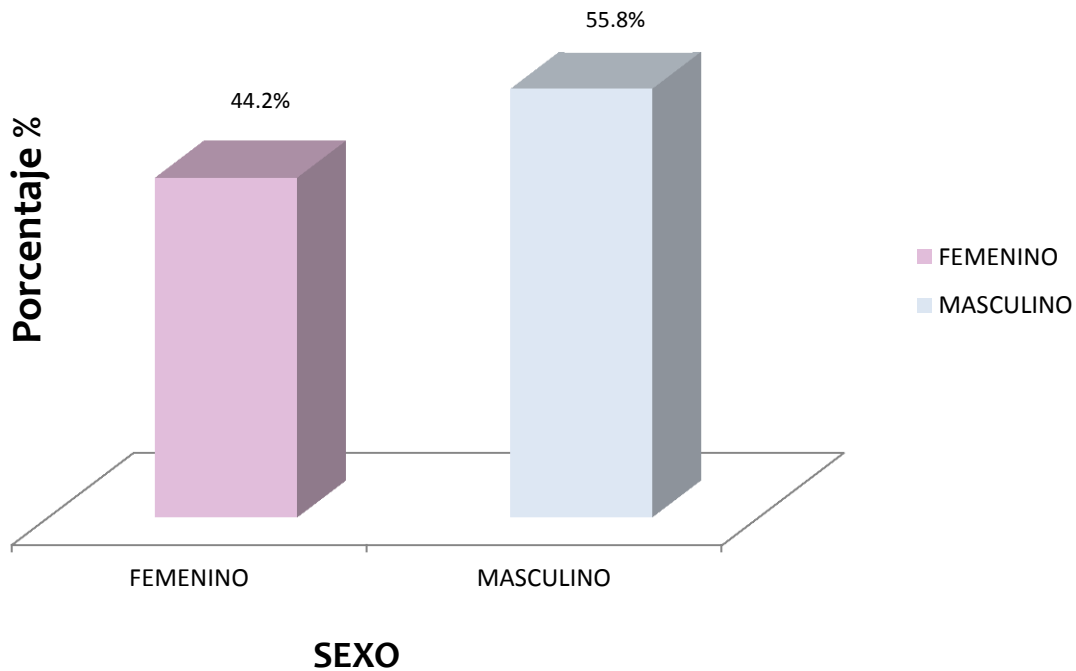


Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 2. Sexo en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	23	44.2
Masculino	29	55.8
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 2. Sexo en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

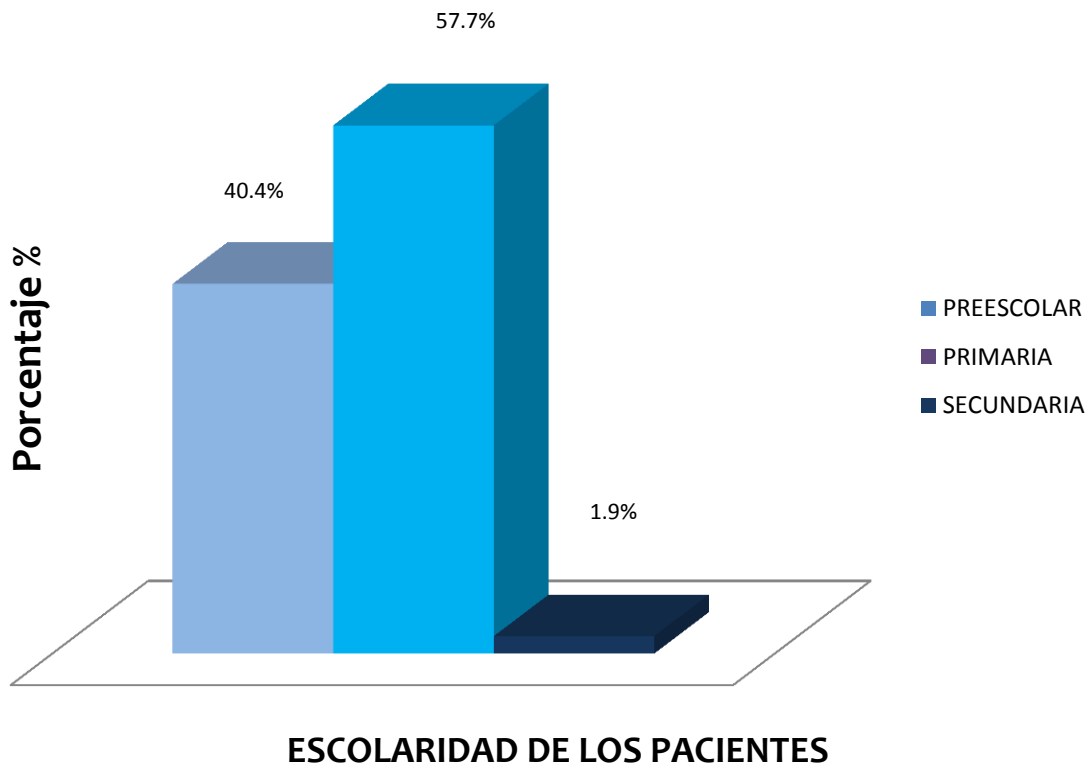


Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 3. Escolaridad de los pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8		
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
Preescolar	21	40.4
Primaria	30	57.7
Secundaria	1	1.9
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Gráfica 3. Escolaridad de los pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8



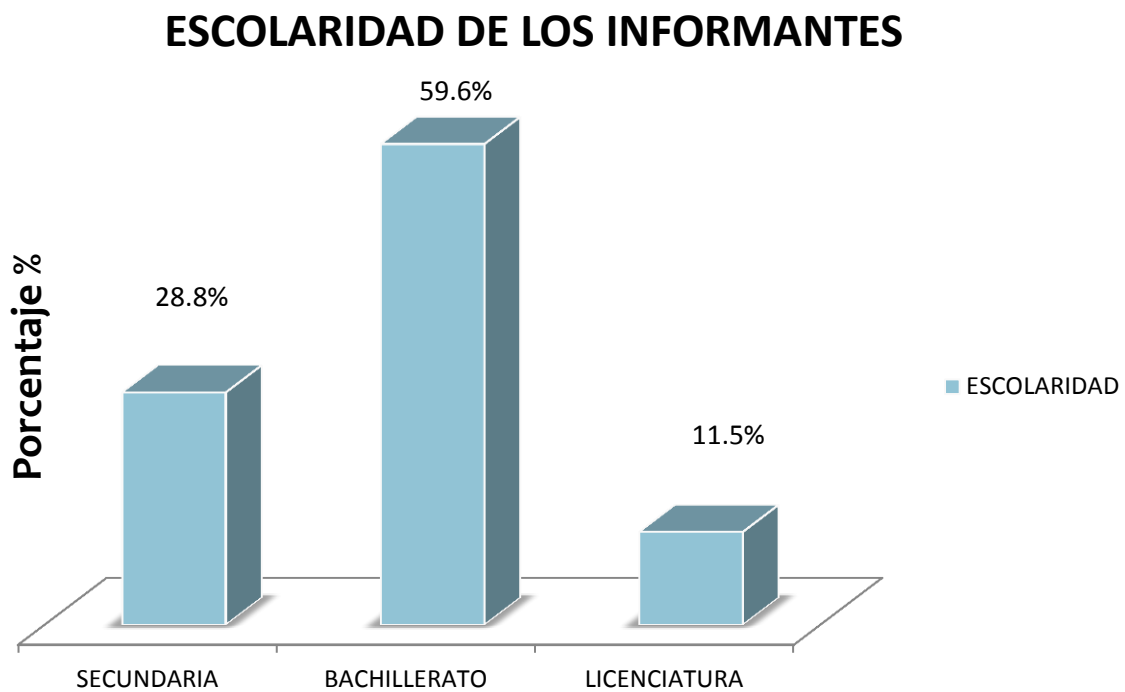
Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 4. Escolaridad de los informantes de pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
SECUNDARIA	15	28.8
BACHILLERATO	31	59.6
LICENCIATURA	6	11.5
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 4. Escolaridad de los informantes de pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

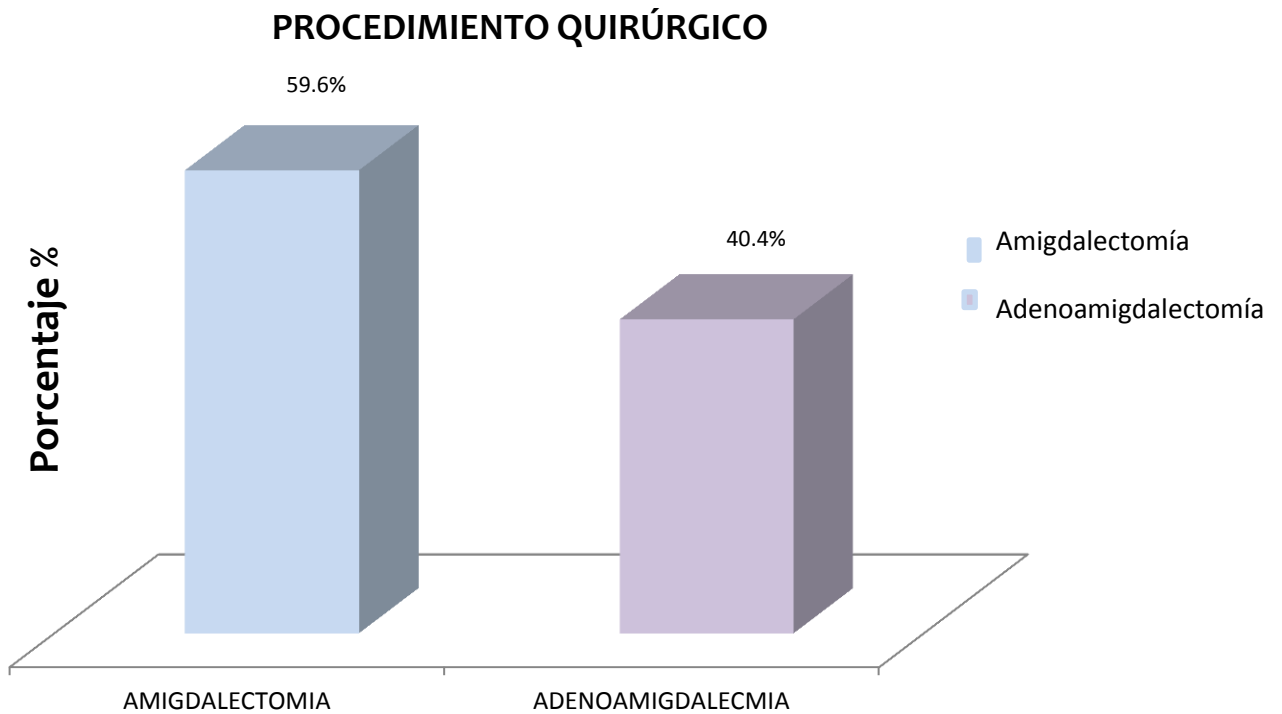


Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 5. Procedimiento quirúrgico en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8		
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Amigdalectomía	31	59.6
Adenoamigdalectomía	21	40.4
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 5. Procedimiento quirúrgico en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

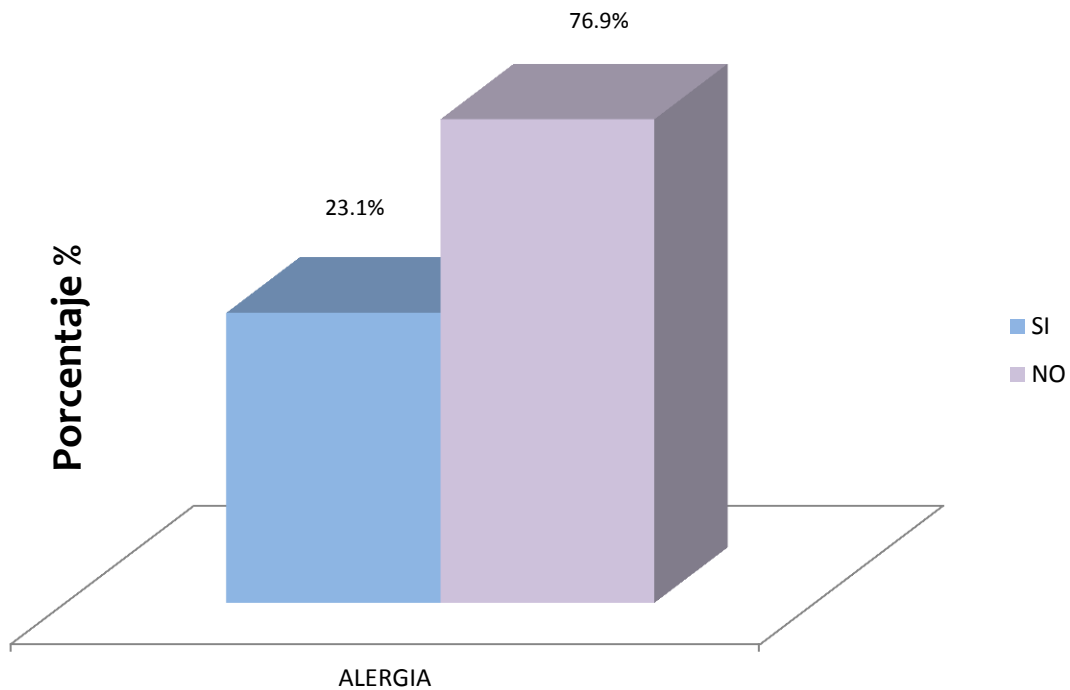


Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 6. Alergia en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8		
ALERGIA	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	12	23.1
NO	401	76.9
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 6. Alergia en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

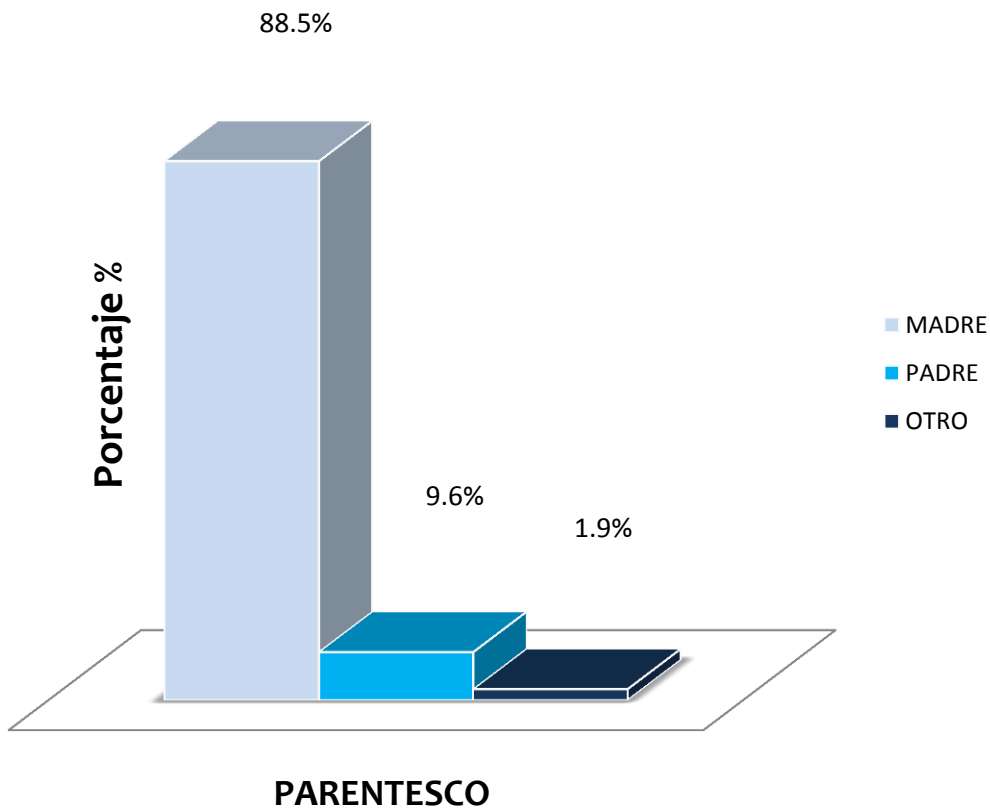


Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 7. Parentesco de informantes de pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8		
PARENTESCO	Frecuencia	Porcentaje (%)
MADRE	46	88.5
PADRE	5	9.6
OTRO	1	1.9
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 7. Parentesco de informantes de pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

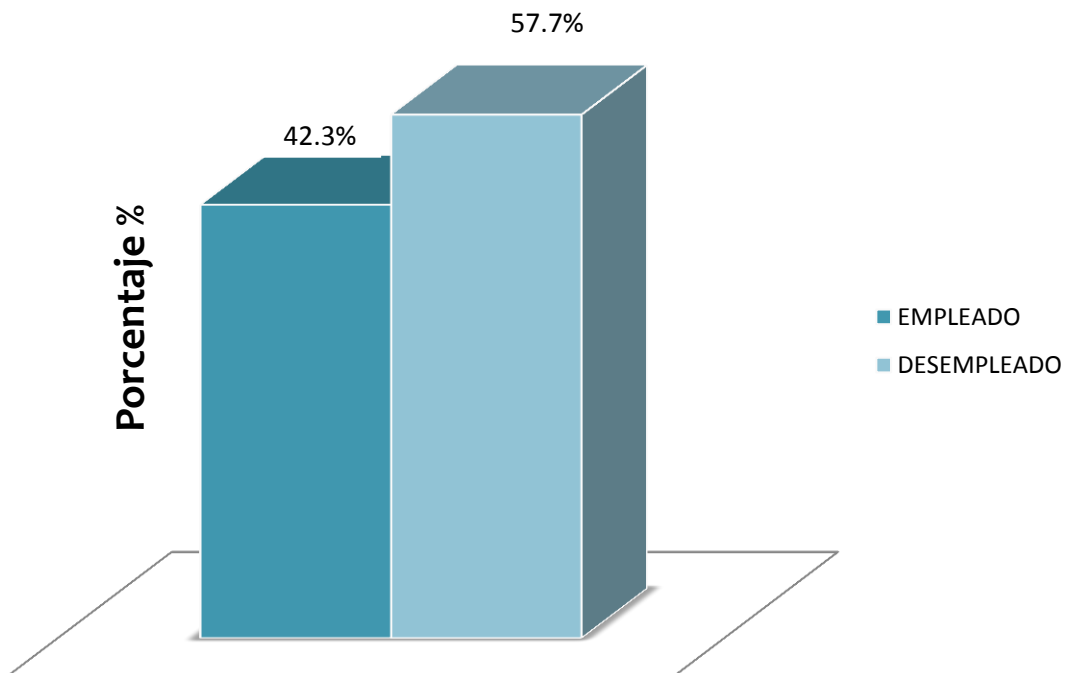


Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 8. Ocupación de los informantes de pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8		
OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje (%)
EMPLEADO	22	42.30
DESEMPLEADO	30	57.7
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 8. Ocupación de los informantes de pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8



OCUPACIÓN DE LOS INFORMANTES

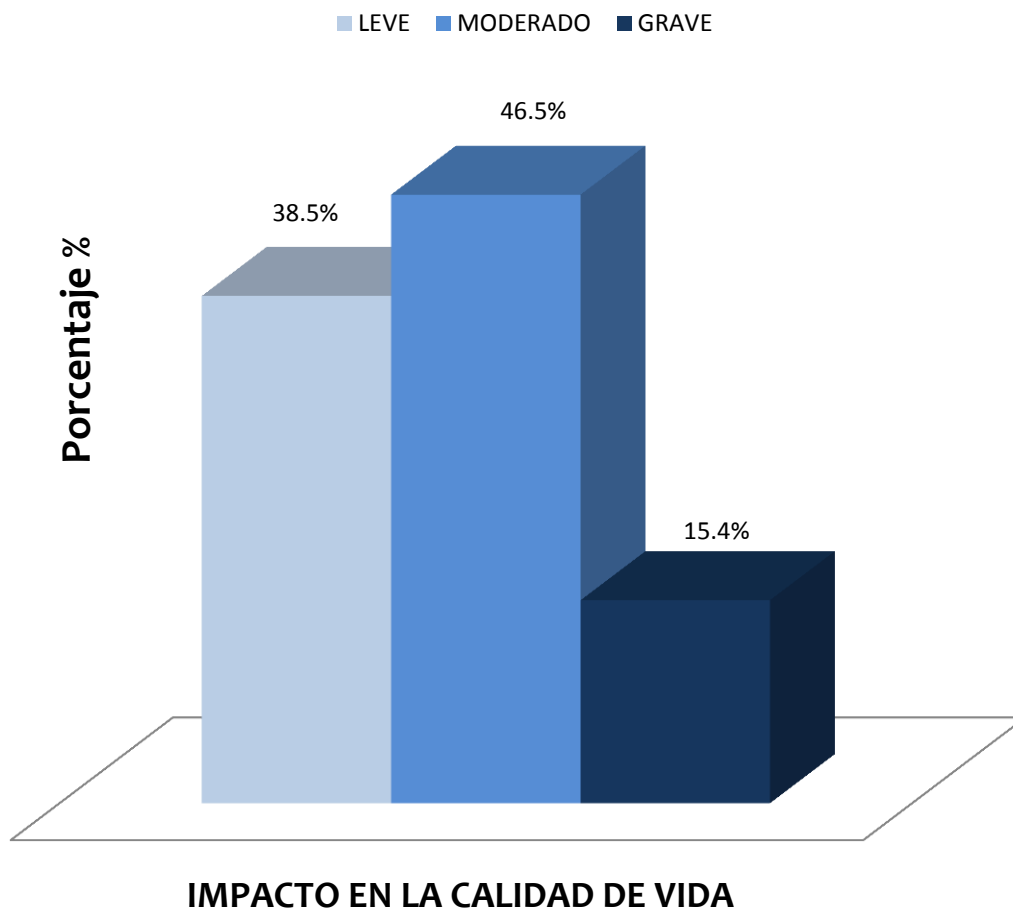
Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 9. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA	Frecuencia	Porcentaje (%)
LEVE	20	38.5
MODERADO	24	46.5
GRAVE	8	15.4
TOTAL	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 9. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8



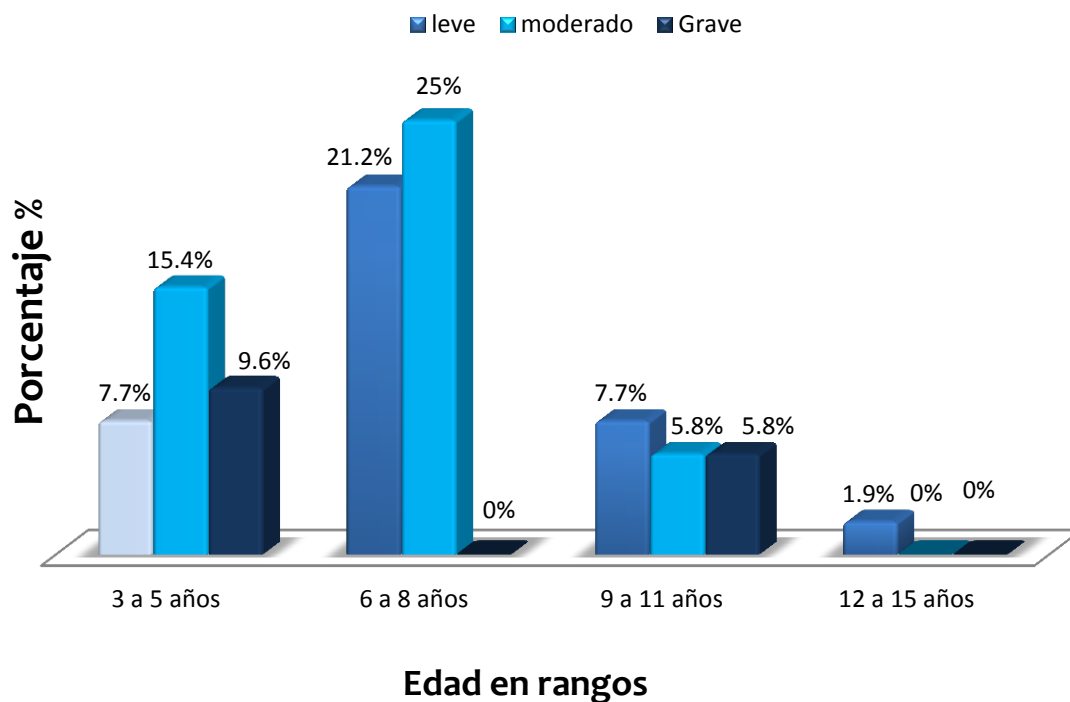
Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 10. Edad en rangos con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Edad en rangos	Leve		Moderado		Grave		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
3 a 5 años	4	7.7	8	15.4	5	9.6	17	32.7
6 a 8 años	11	21.2	13	25	0	0	24	46.2
9 a 11 años	4	7.7	3	5.8	3	5.8	10	19.2
12 a 15 años	1	1.9	0	0	0	0	1	1.9
TOTAL	20	38.5	24	46.2	8	15.4	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 10-Edad en rangos con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”



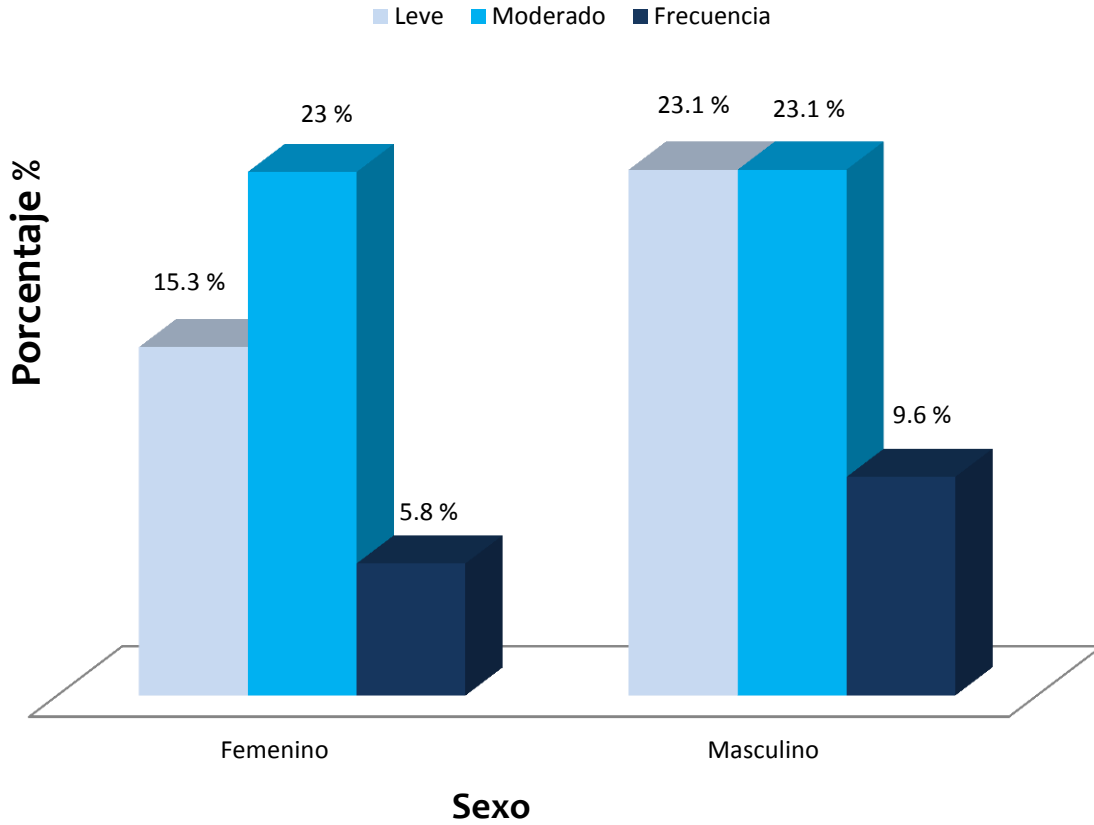
Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 11. Sexo con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

Sexo	Leve		Moderado		Grave		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	8	15.3	12	23	3	5.8	23	44.2
Masculino	12	23.1	12	23.1	5	9.6	29	55.8
TOTAL	20	38.5	24	46.2	8	15.4	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 11. Sexo con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8



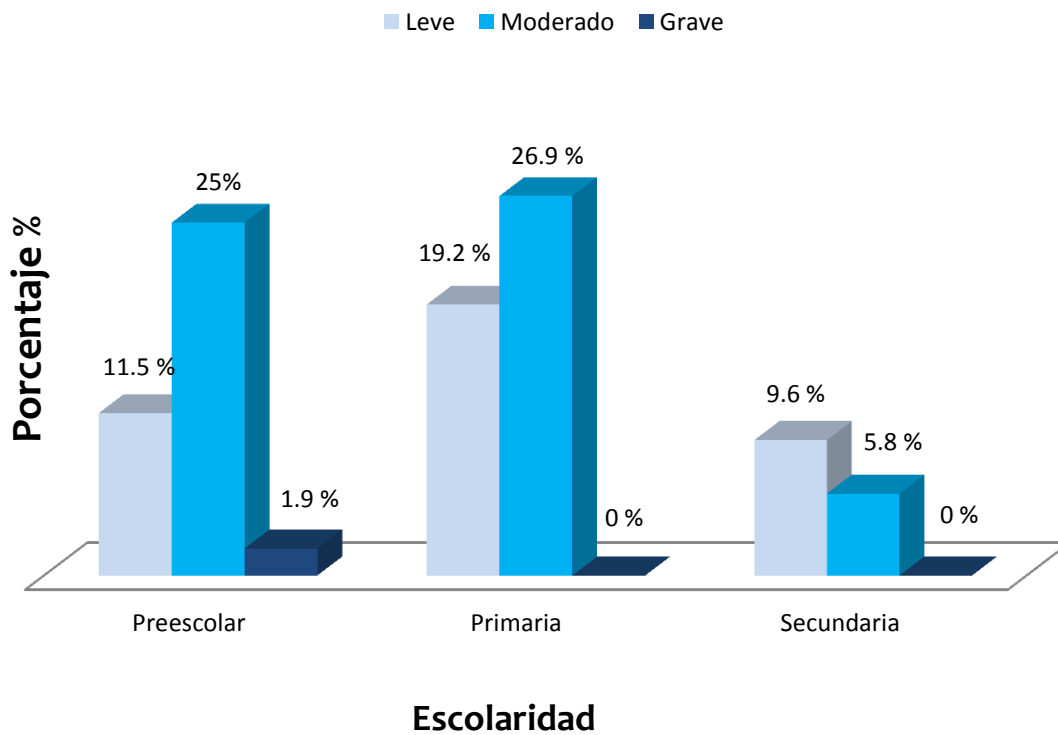
Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 12. Escolaridad con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

Escolaridad	Leve		Moderado		Grave		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Preescolar	6	11.5	10	19.2	5	9.6	21	40.4
Primaria	13	25	14	26.9	3	5.8	30	57.7
Secundaria	1	1.9	0	0	0	0	1	1.9
TOTAL	20	38.5	24	46.2	8	15.4	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 12. Escolaridad con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8



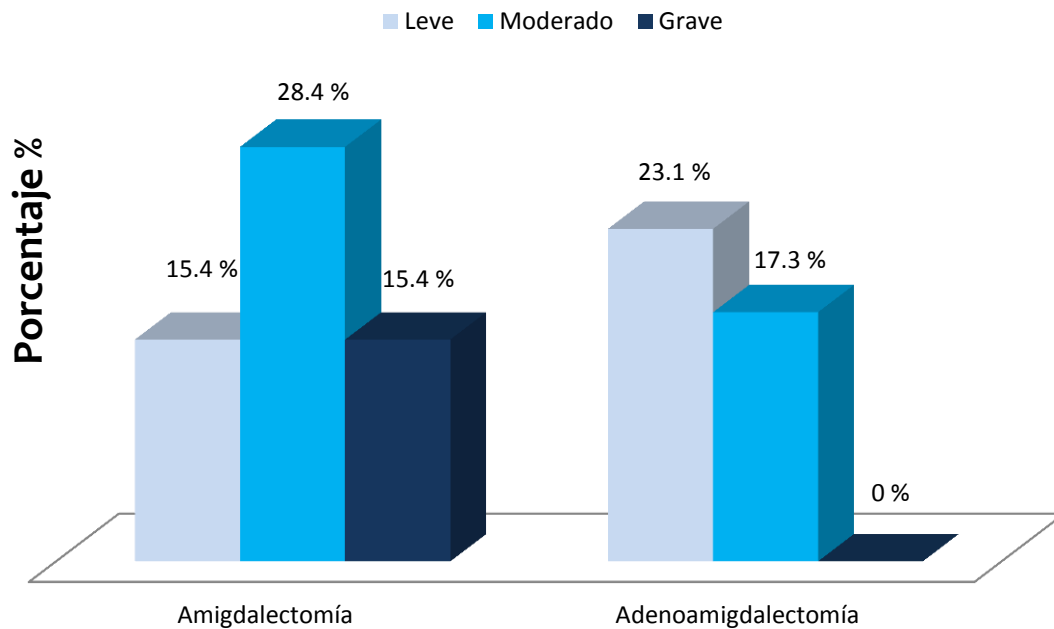
Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 13. Procedimiento quirúrgico con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

Procedimiento quirúrgico	Leve		Moderado		Grave		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Amigdalectomía	8	15.4	15	28.8	8	15.4	31	59.6
Adenoamigdalectomía	12	23.1	9	17.3	0	0	21	40.4
TOTAL	20	38.5	24	46.2	8	15.4	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 13. Procedimiento quirúrgico con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8



Procedimiento quirúrgico

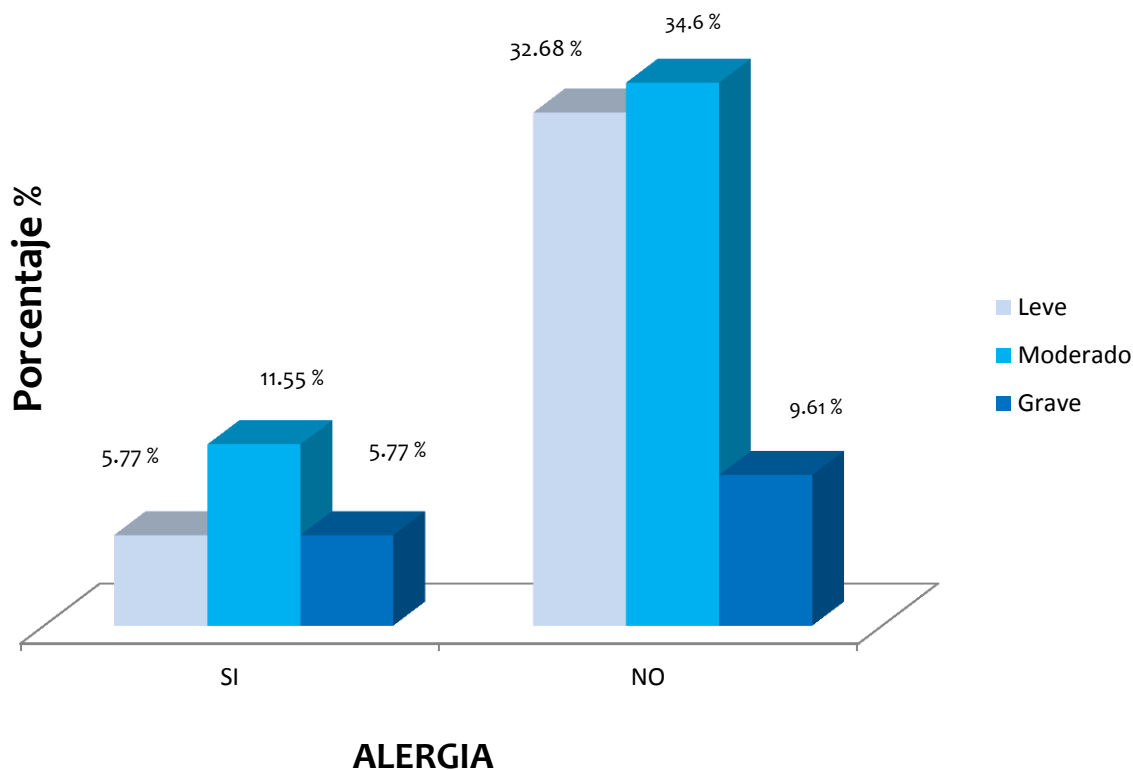
Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Tabla 14. Alergia con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8

ALERGIA	Leve		Moderado		Grave		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	3	5.77	6	11.55	3	5.77	12	23.1
NO	17	32.68	18	34.6	5	9.61	40	76.9
TOTAL	20	38.5	24	46.2	8	15.4	52	100

Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Gráfica 14. Alergia con calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N° 8



Fuente: n=52 Flores-P I, Vilchis-C E, Espinoza-A G, Alemán-R R. Impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

DISCUSIONES

Escarrá y Cols, en Argentina (2015) utilizaron el Cuestionario OSA-18 en 85 niños para describir las diferencias en la calidad de vida antes y después de la adenoidectomía y/o amigdalectomía; a los 3 meses luego de la cirugía el impacto en la CV fue leve en 84 (98,9%) niños, moderado en 1 (1,17%) niño, grave en 0 niños; a los 6 meses el impacto en la CV fue leve en 80 (94,1%) niños, moderado en 4 (4,71%) niños, grave en 1(1,17%) niños.

Kasukic, en Bosnia y Herzegovina (2016) “Evaluation of Sleep-disordered Breathing in Children with Adenotonsillar Hypertrophy” estima la CV en 30 niños con SAHS luego de la adenoidectomía aplicando el Cuestionario OSA-18 y se estableció que en el grupo de niños con indicación de adenoidectomía la CV estuvo afectada en 13 (43,3%) niños de forma leve, 13 (43,3%) niños moderada y 4 (13,3%) niños severa. En esta investigación se observó que el impacto en la calidad de vida fue leve en 20 (38.5%) pacientes, moderado en 24% (46.5%) y grave en 8 (15.4%) pacientes. Los resultados de ambos estudios, no coinciden con los resultados de este proyecto, dado que se observó que, 12 (23.10%) pacientes cursan con proceso alérgico adyacente (rinitis alérgica y/o asma) de los cuales, 3 (5.7%) pacientes presentan un impacto en la calidad de vida leve, 6 (11.5%) pacientes presentan impacto en la calidad de vida moderado y 3 (5.7%) pacientes presentan impacto en la calidad de vida grave. Por lo tanto, la presencia de proceso alérgico agregado, condiciona un empeoramiento en la calidad de vida en los pacientes estudiados en este proyecto.

Jiang y Cols (2015) en un estudio de casos y controles evaluó la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) de la niñez y el impacto de la hipertrofia de adenoides en miembros de la familia, determinó que la media de la edad es de 5.2 ± 2.3 años.

Pagella y Cols España (2016) determinó 795 niños de 1 a 14 datos obstructivos de la vía respiratoria, en el cual la edad media fue 5,9 años.

Stacey L. y Cols (2016) Is the OSA-18 predictive of obstructive sleep apnea: Comparison to polysomnography Se incluyeron setenta y nueve niños (edad promedio 5.2 ± 2.4 años). Con las referencias mencionadas, observamos en este estudio que la edad media de los pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico como amigdalectomía y adenoamigdalectomía es de 6.73 años, lo cual logra coincidir con los estudios citados.

Ruiz y Cols,(2015) desarrollaron un estudio en niños entre 5 y 11 años con hipertrofia de amígdalas, en donde se concluye que 97 (52%) niños son de sexo masculino y 90 (48%) pertenecen al sexo femenino. En nuestra investigación se arroja que 23 (44.2%) pacientes son sexo femenino y 29 (55.8%) pacientes son sexo masculino, lo cual coincide con la literatura. Existe una mayor frecuencia en el sexo masculino.

Arabolaza y Cols España (2017), mencionan que la adenoamigdalectomía es uno de los procedimientos más aplicados a menores de 15 años en los servicios de otorrinolaringología a nivel mundial.

Según la Asociación Americana de Pediatría, la evidencia científica previamente expuesta y los resultados de este estudio; la adenoamigdalectomía es el tratamiento de elección para pacientes con SAHOS de causa adenoamigdalar y con indicación quirúrgica. Además, se asocia a una tasa elevada de éxito con el 78% de eficacia. Sin embargo en este estudio se encuentra que el procedimiento mayormente realizado es la amigdalectomía con 31 (59.6%) pacientes sometidos a este procedimiento y de 21 (40.4%) pacientes sometidos a adenoamigdalectomía, secundario la falta de recursos materiales para la realización de este procedimiento quirúrgico en la unidad hospitalaria, así como por la seguridad que este proceso quirúrgico ofrece, dentro de los cuales se mencionan: la menor incidencia de sangrado postquirúrgico, mejor manejo del dolor post quirúrgico, menor riesgo de disfunción velopalatina.

En este estudio se observó que las madres 46 (88.5%) son las que predominan en el rubro de parentesco de informante con los pacientes, ya que en el contexto sociocultural, la tendencia de cuidado primario para los hijos es la madre. El reporte de los padres es de 5 (9.6%) y otro 1 (1.9%), dado que los padres mayormente cumplen con el papel de proveedor, sin embargo no se considera como limitante el papel de proveedor exclusivo para los padres, ya que en este estudio, se documentó que 22 (38.5%) informantes se encuentran empleadas/os y 30 (57.7%) desempleadas/os.

No se evidencia referencias en la literatura donde se estudie el impacto en la calidad de vida en procesos obstructivos de la vía aérea superior, respecto a la escolaridad de los padres o cuidadores primarios, sin embargo en este proyecto se encontró que cursaron la secundaria 15 (28.8%) informantes, bachillerato 31 (59.6%) informantes y licenciatura 6 (11.5%) informantes.. Lo previo se confirma con las estadísticas nacionales INEGI para el 2015 el promedio de escolaridad nacional es 9.1 años lo que se traduce al segundo año de secundaria. Para la Ciudad de México incrementa a 11.1 años lo que equivale a bachillerato, por lo que coincide con nuestra estadística en escolaridad para informante de paciente.

Un alcance relevante de este estudio fue la identificación de un factor de riesgo importante para el impacto en la calidad de vida moderado; el proceso alérgico agregado, ya que solo un paciente con antecedente de atopia, tiene tratamiento específico, el resto de los pacientes, para impacto leve, moderado o grave con alergia, no cuenta con tratamiento específico para el mismo. De este modo como médico familiar, puedo visualizar el seguimiento de estos pacientes para completar el protocolo de referencia al servicio correspondiente.

Una limitante que se encontró en este estudio es la poca información plasmada en los expedientes clínicos por parte del servicio de Otorrinolaringología

Otra limitación fue el poco interés de algunos informantes para participar en este estudio.

La literatura apunta a una mejor evaluación de la calidad de vida siempre y cuando se cuente con el diagnóstico de síndrome de apnea obstructiva por el Gold Standard que es la polisomnografía, sin embargo por la poca accesibilidad, elevados costos y tiempos de espera largos para la realización del mismo, se considera limitante para una evaluación global de la calidad de vida.

Hablando de la aplicabilidad del presente estudio en el primer nivel de atención, como ya se ha mencionado previamente se considera de suma importancia dar seguimiento a los pacientes sometidos a este tipo de procedimientos quirúrgicos por dos situaciones imperativas. La primera radica en el contexto preventivo, para evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo por el proceso obstructivo y la segunda para concientizar a los padres de que el procedimiento quirúrgico no garantiza la mejoría en la calidad de vida del paciente.

Desde el punto de vista educativo se propone dar a conocer el cuestionario OSA-18 como herramienta orientadora de evaluación de impacto en la calidad de vida en síndrome de apnea obstructiva, dentro del personal de salud; por medio de sesiones académicas. Donde se aborde de una forma integral al paciente.

Con lo que respecta al área de investigación, se observó que en este grupo estudiado un factor importante para el impacto en la calidad de vida, es el proceso alérgico adyacente, mismo que no se aborda de forma dirigida en la literatura.

Desde el punto de vista administrativo se considera la importante la gestión de recursos materiales necesarios para que los especialistas en Otorrinolaringología y cirugía de Cabeza y Cuello, cuenten con el material adecuado para los procesos quirúrgicos indicados en cada patología y con esto lograr la disminución de posibles complicaciones.

CONCLUSIONES

El impacto en la calidad de vida, medida a través del cuestionario OSA-18 ha mostrado su utilidad en el abordaje del síndrome de apnea obstructiva infantil, con una excelente consistencia interna. La validez predictiva es buena- excelente.

Este proyecto de tesis concluye que es de gran importancia de tratar los procesos obstructivos de la vía aérea superior; ya sea de origen infeccioso (faringoamigdalitis crónica), mecánico (hipertrofia adenoamigdalina) o fisiopatológico (tratamiento específico a proceso alérgico) para evitar complicaciones cardiometabólicas que impacten de forma grave la calidad de vida de los pacientes a través del tiempo.

La presente investigación, cumplió el objetivo de evaluar el impacto en la calidad de vida en pacientes de 3 a 15 años postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía con diagnóstico de faringoamigdalitis crónica en el HGZ/UMF N°8, donde se encontró que el impacto global de la población estudiada fue moderado, con un porcentaje bajo de variación entre la literatura citada, esto, secundario a procesos alérgicos agregados a los pacientes.

Con los resultados se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna, misma que con fines educativos fue planteada, con lo previo consideramos que esta investigación tenga la capacidad ampliar el panorama diagnóstico para procesos obstructivos en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social y así, abarcar de forma integral al paciente, para hacer énfasis en la atención primaria acertada y oportuna.

Se propone dar seguimiento mínimo de un año a los pacientes postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía, para valorar el impacto positivo esperado, en caso de observar un impacto negativo moderado a grave, estudiar la posibilidad de complicaciones postquirúrgicas, anatomofuncionales o fisiopatológicas que pudiesen estar interfiriendo en el tratamiento definitivo.

En cuanto a las sugerencias para quien desee continuar con esta investigación; considero de gran relevancia realizar la aplicación del cuestionario OSA-18 en pacientes que inician protocolo de estudio para amigdalectomía o adenoamigdalectomía y una vez realizado el proceso quirúrgico, reaplicar el cuestionario a los 3 y 6 meses. Así, se lograría una comparativa del impacto en la calidad de vida pre y postquirúrgico.

También se podría considerar integrar a los pacientes que se evidenciaron con proceso alérgico adyacente, una vez que tengan en tratamiento individualizado a dicho proceso y evaluar posteriormente el impacto en la calidad de vida, haciendo una comparativa pre y post tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. En: The first ten years of The World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1958(1) http://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/A38153_ANNEXES.PDF/
2. Challenges to an integrated population health research agenda: Targets, scale, tradeoffs and timing Laura Gottlieb , M. Maria Glymour 2015, 281 (2)
3. Calidad de vida relacionada a la salud de niños y niñas rurales de Tucumán, Argentina María Laura Cordero 2015, 3 (3)
4. Violencia e inseguridad contextual percibida y roles en bullying en escolares mexicanos. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2014, 767 (4)
5. Calidad de Vida, Bienestar y Felicidad en Niños y Adolescentes: una aproximación conceptual. Álvarez, V .y Briceño, A.M.Rev.Chil.Psiquiatr,2016,61-71 (5)
6. Evaluation of the life collided in the relation with the salad in patients with arthritis rheumatoid in the Rheumatology Center Dinorah Marisabel Prada Hernández 2015, 3 (6)
7. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia – Marta Lima-Serrano José Manuel Martínez-Montilla 2016, 2 (7)
8. G.A. Salum, D.A. DeSousa, V.L. Bosa, et al. Internalizing disorders and quality of life in adolescence: evidence for independent associations (2014), 305 (8)
9. S. Helseth ,K. Haraldstad, K.A. Christophersen A cross- sectional study of health related quality of life and body mass index in a Norwegian school sample (8-18 years): a comparison of child and parent perspectives (2015), 1 (9)
10. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en el personal docente universitario de Jalisco, México JG Salazar Estrada, TM Torres López (2016), 5 (10)
11. . Reliability and validity of Thai version Quality of Life Questionnaire (OSA-18) for pediatric obstructive sleep apnea. J Med Assoc Kuptanon T, Chukumnerd J, Leejakpai A, Preutthipan A Thai. 2015, 71. (11)
12. Adaptación y validación al español ~ del cuestionario de calidad de vida OSA-18 para la evaluación del síndrome de apnea-hipopnea de sueño infantil Eusebi Chiner a,* , Pedro Landete Arch Bronconeumol. 2016; 11 (12)
13. Cross-cultural adaptation of the kidscreen questionnaire to measure the health related quality of life in the 8 to 18 year-old Argentinean population a. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas Dra. Silvina Berra 2014, 308(13)
14. Adhesion and invasion of Streptococcus pyogenes into host cells and clinical relevance of intracellular streptococci Manfred Rohde, Prof. Dr. rer. nat. habil1 and P. Patrick Cleary, PhD Created: February 10, 2016.(42-43) (14)
15. Berner JE, Will P, Loubies R, Vidal P, Physical examination of the oral cavity Med Cutan Iber Lat Am 2016; 44 (15)
16. Fisiología Brandtzaeg P. Secretory IgA: Designed for Anti-Microbial Defense. Front Immunol. 2013 Aug 6; 4:222. 2 (16)
17. Fisiología Brandtzaeg P. Secretory IgA: Designed for Anti-Microbial Defense. Front Immunol. 2013 Aug 6;4:222. 9 (17)

18. Physical examination of the oral cavity Juan Enrique Berner, Patrick Will Rodrigo Loubies, Pedro Vidal Med Cutan Iber Lat Am 2016; 44 (18)
19. Joseph J. Ferretti • Dennis L. Stevens • Vincent A. Fischetti Streptococcus pyogenes Basic Biology to Clinical Manifestations 2017 3-4 (19)
20. Michael R. Wessels, Pharyngitis and Scarlet Fever 2016, 2 (20).
21. Guadalupe Soto-Estradaa, Laura Moreno-Altamiranoa, Daniel Pahua Díaza Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad 2015, 3 (21)
22. Hernández Ávila JE, Palacio Mejía LS. Transición epidemiológica y el perfil de la salud. En: Cordera R, Murayama C, coordinadores. Los determinantes sociales de la salud en México. México: Fondo de Cultura Económica, Programa Universitario de Estudios del Desarrollo, UNAM; 2012.(22)
23. Fuente: Dirección General de Epidemiología (DGE) Información relevante: infecciones respiratorias agudas, 2015, 4 (23)
24. Judith Martin, The Streptococcus pyogenes Carrier State 2016, 5-6 (24)
25. Adhesion and invasion of Streptococcus pyogenes into host cells and clinical relevance of intracellular streptococci Manfred Rohde, Prof. Dr. Rernat. and P. Patrick Cleary, 2016,42-43, (25)
26. Michael R. Wessels, Pharyngitis and Scarlet Fever 2016, 4-5 (26).
27. Overprescribing and Inappropriate Antibiotic Selection for Children With Pharyngitis in the United States, 1997-2010 Pharyngitis is a common reason for pediatric 2014 (27)
28. Dra. Ana L. Tellecheaa, Dra. María G. Salvoa, Dr. José H. Méndez y Dr. Brian M. Cavagnaria Frecuencia del estreptococo betahemolítico del grupo A en las fauces de niños sintomáticos menores de 15 años según el grupo, Pediatría 2012-5 (28)
29. Tsai P.-J., Kuo C.-F., Lin K.-Y., Lin Y.-S., Lei H.-Y., Chen F.-F., et al. Effect of group A streptococcal cysteine protease on invasion of epithelial cells. Infection and Immunity. 2015 ;66(4):1460–1466.(29)
30. Centre for Reviews and Dissemination. University of York. National Institute for Health Research (NHS). Available at: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>. Accessed October 13, 2014 -3 (30)
31. Selective testing strategies for diagnosing group A streptococcal infection in children with pharyngitis: a systematic review and prospective multicentre external validation study Jérémie F. Cohen MD MSc, Robert Cohen MD, Corinne Levy MD, Franck Thollot MD, Mohamed Benani MD, Philippe Bidet MD PhD, Martin Chalumeau MD PhD 2015 6 (31)
32. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2012, 55 (32)
33. Intracellular Persisting Staphylococcus aureus Is the Major Pathogen in Recurrent Tonsillitis Andreas E. Zautner¹ *, Merit Krause² , Gerhard Stropahl³ , Silva Holtfreter⁴ 2015- 2 (33)
34. Analysis of the coverage capacity of the StreptInCor candidate vaccine against Streptococcus pyogenes. Vaccine De Amicis KM, Freschi de Barros S, Alencar RE, Postól E, Martins CO, Arcuri HA 2014 (34)

35. Effects of partial tonsillectomy on the immune functions of children with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome at early stage. Genet Mol Res Dai ZY, Huang DY, Zho u CY. 2014 -13 (35)
36. Tonsillectomy and adenoidectomy: Concepts, techniques and recommendations Andrés Alvo V1, Marcel Sauvalle C1, Cecilia Sedano M2, Romina Gianini V3. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2016; 100 (28)- 102 (36)
37. Adenoidectomía y amigdalectomía. EMC - Cirugía General. doi:10.1016/s16347080(13)64179-8 Martins Carvalho, C., Clodic, C., Rogez, F., Delahaye, L., & Marianowski, R.2014- 8-11 (37)
38. Paradise JL,Wald ER Tonsillectomy and /or adenoidectomy in children :2017-2 (38)
39. Xu Z, Li B, Shen K. Ambulatory blood pressure monitoring in Chinese children with obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome. Pediatr Pulmonol 2014-29 (39)

ANEXO (1)

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

APLICADORA: Dra. Irais Flores Palma

*INSTRUCCIONES: Lea atentamente cada recuadro y marque con una X lo más parecido a su caso. Puede responder con pluma azul o negra, evitar tachaduras o enmendaduras.

NOMBRE: _____ FECHA: ___/___/18__

EDAD: _____ años SEXO: (,) FEMENINO [...] (,) MASCULINO [...]

NSS : _____ ESCOLARIDAD: _____

NOMBRE DE INFORMANTE: _____

PARENTESCO: _____ EDAD: _____ años

GRADO DE ESTUDIO DE INFORMANTE: _____ OCUPACIÓN: _____

OSA -18 CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA	NUNCA	MUY RARAMENTE	POCAS VECES	EN ALGUNAS OCASIONES	EN BASTANTES OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
ALTERACIONES DEL SUEÑO							
DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS, ¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo/a ...							
1) ...ronquidos fuertes?	1	2	3	4	5	6	7
2) ...ha tenido pausas en la respiración durante la noche?	1	2	3	4	5	6	7
3) ...asfixia o jadeo mientras dormía?	1	2	3	4	5	6	7
4) ...sueño inquieto o despertar frecuentemente?	1	2	3	4	5	6	7
SÍNTOMAS FÍSICOS							
DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS, ¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo/a ...							
5) ...respiración bucal a causa de la obstrucción nasal?	1	2	3	4	5	6	7
6) ... resfriados o infecciones respiratorias frecuentes?	1	2	3	4	5	6	7
7) ... mocos?	1	2	3	4	5	6	7
8) ... dificultad para tragar?	1	2	3	4	5	6	7
SÍNTOMAS EMOCIONALES							
DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS, ¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo/a ...							
9) ... cambios de humor o rabietas?	1	2	3	4	5	6	7
10) ... comportamiento agresivo o hiperactivo?	1	2	3	4	5	6	7
11) ... problemas de disciplina?	1	2	3	4	5	6	7
FUNCION DIURNA							
DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS, ¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo/a ...							
12) ... sueño excesivo durante el día?	1	2	3	4	5	6	7
13) ... poca capacidad de atención o concentración?	1	2	3	4	5	6	7
14) ... dificultad para levantarse por la mañana?	1	2	3	4	5	6	7
PREOCUPACIONES DEL CUIDADOR							
DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS, ¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo/a ...							
15) ... le provoca preocupación acerca de la salud del niño en general?	1	2	3	4	5	6	7
16) ... le causó preocupación que su niño tuviera falta de aire?	1	2	3	4	5	6	7
17) ... interfirieron con su capacidad para desarrollar actividades diarias?	1	2	3	4	5	6	7
18) ... le provocó frustración?	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL: _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 3 A 15 AÑOS POSTOPERADOS DE AMIGDALECTOMIA O
ADENOAMIGDALECTOMIA CON DIAGNOSTICO
DE FARINGOAMIGDALITIS CRÓNICA EN EL HGZ/UMF N°8”**

Nombre del estudio:	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, 30 de marzo del 2018 a febrero del 2019
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el impacto en la calidad de vida en los pacientes de 3 a 15 años con faringoamigdalitis crónica postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía en el “Hospital General de Zona /Unidad de Medicina Familiar #8 Gilberto Flores Izquierdo” para evitar posibles complicaciones cardioendocrinometabólicas en pacientes con síndrome obstructivo de apneahipoapnea del sueño.
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario OSA 15 en pacientes con diagnóstico de Faringoamigdalitis crónica en pacientes postoperados de amigdalectomía o adenoamigdalectomía en el HGZ/UMF No 8.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, el resultado de este estudio, ayudara para la intervención oportuna del médico familiar en pacientes mala calidad de vida
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Dar solución a las diversas problemáticas que se presenten dentro de la familia de los pacientes con diabetes tipo 2 y así conocer los factores que no permitan un buen control en cada uno de ellos y mejorar su estado de salud.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Vilchis Chaparro Eduardo. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia en Medicina Familiar del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Matrícula 99377278. Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No fax
Colaboradores:	Flores Palma Iraís. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Matrícula 97371422. Correo: drairflo@gmail.com . Teléfono: 5535655602 Fax: No Fax. Espinoza Anrubio. Gilberto. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF N°8. “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Matrícula 99374232. Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx Teléfono: 55506422 Ext 28235 Fax: No Fax Aleman Rivera Gerardo Rafael Médico adscrito a Otorrinolaringología del HGZ/UMF N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Matrícula: 8563691 Tel: 5554129132 Fax: No Fax Correo: dr_aleman@iprodigy.net.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Flores Palma Iraís

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Fecha: 20 de diciembre del 2018

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que el **investigador Dr. Vilchis Chaparro Eduardo Director de Protocolo de investigación Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo Matricula: 99377278 y a la médico residente de segundo año en Medicina Familiar Flores Palma Iraís con adscripción en el HGZ/UMF No.8,** realice la investigación titulada: **“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS POSTOPERADOS DE AMIGDALECTOMIA O ADENOAMIGDALECTOMIA CON DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS CRÓNICA EN EL HGZ-UMF N°8”**dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX. La presente investigación será llevada a cabo en el período comprendido del 1° de marzo de 2017 al 28 de febrero del 2020. El procedimiento que se llevará a cabo en la consulta externa del servicio de Otorrinolaringología a menores en un rango de edad de 3 a 18 años, que cuenten con el diagnóstico de faringoamigdalitis crónica y hayan sido sometidos a amigdalectomía o adenoamigdalectomía acuerdo al test que se le dará para contestar y así evaluar la calidad de vida en estos pacientes.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades **a Dr. Vilchis Chaparro Eduardo** y a la **Médico Residente de 2do año de Medicina Iraís Flores Palma** para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento, agradezco la atención prestada.

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR**