

11236



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
" DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G. "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

" CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A LA RESTAURACIÓN QUIRÚRGICA DE LA CAPACIDAD AUDITIVA EN PACIENTES CON HIPOACUSIA SECUNDARIA A OTOESCLEROSIS "

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A:
DR. SALOMÓN WASEL HAIAT

ASESOR : DR. MIGUEL ALFONSO KAGEYAMA ESCOBAR



IMSS

MÉXICO D.F.

2000

286542



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DE EL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. BERNARDO SEPULVEDA G.”
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

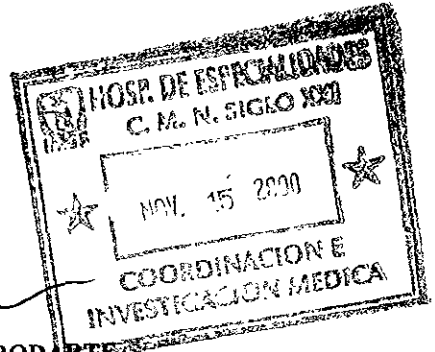
**“CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A LA RESTAURACIÓN
QUIRURGÍCA DE LA CAPACIDAD AUDITIVA EN PACIENTES
CON HIPOACUSIA SECUNDARIA A OTOESCLEROSIS”**

**TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGIA
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
PRESENTA
DR. SALOMÓN WAIZEL HAIAT**

ASESOR: DR. MIGUEL ALFONSO KAGEYAMA ESCOBAR

MEXICO D.F.

2001



W. Wachter Rodarte

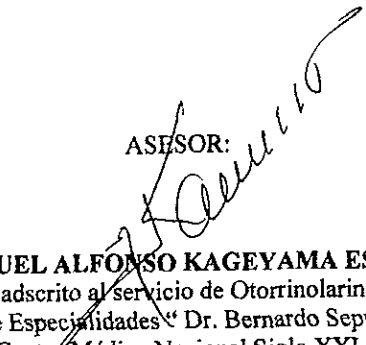
DR. NEILS WACHER RODARTE

Jefe de la División de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepulveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Alejandro Martin Vargas Aguayo

DR. ALEJANDRO MARTIN VARGAS AGUAYO
Jefe Departamento Clínico de Otorrinolaringología
Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepulveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

ASESOR:



DR. MIGUEL ALFONSO KAGEYAMA ESCOBAR
Medico adscrito al servicio de Otorrinolaringología
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

AUTORES

DR. SALOMON WAIZEL HAIAT

Residente de 4to. grado de Otorrinolaringología
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

DR. MIGUEL ALFONSO KAGEYAMA ESCOBAR

Medico adscrito al servicio de Otorrinolaringología
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A LA RESTAURACIÓN
QUIRURGÍCA DE LA CAPACIDAD AUDITIVA EN
PACIENTES CON HIPOACUSIA SECUNDARIA A
OTOESCLEROSIS.**

El presente estudio fue aprobado por el comité local de investigación con el número de folio 135/2000, con fecha de 23 de Agosto de 2000.

A D-OS
POR DARME LA OPORTUNIDAD DE VIVIR

A MI PADRE
POR INTRODUCIRME AL PENSAMIENTO CIENTÍFICO

A MI MADRE
POR SU ENORME DEVOCION A SU FAMILIA

A MIS HERMANOS
POR SU APOYO Y COMPRESION EN LOS MOMENTOS
DIFICILES

A MI ASESOR
POR SU INCANSABLE COMPROMISO CON LA
FORMACION DE ESPECIALISTAS DE ALTA CALIDAD

A MIS MAESTROS
POR ILUSTRARME CON SU CIENCIA Y ARTE

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS
POR COMPARTIR CONMIGO ESTA EXPERIENCIA

INDICE

PAGINAS

| | |
|-----------------|----|
| TITULO | 5 |
| AGRADECIMIENTOS | 6 |
| ANTECEDENTES | 8 |
| PROBLEMA | 13 |
| VARIABLES | 13 |
| JUSTIFICACION | 13 |
| HIPOTESIS | 14 |
| OBJETIVOS | 14 |
| DISEÑO | 14 |
| FUENTES | 14 |
| LIMITES | 14 |
| METODOLOGIA | 15 |
| ANALISIS | 15 |
| RECURSOS | 15 |
| ASPECTOS ETICOS | 15 |
| RESULTADOS | 16 |
| DISCUSION | 26 |
| CONCLUSIONES | 28 |
| BIBLIOGRAFIA | 30 |
| ANEXOS | 31 |
| RESUMEN | 33 |

ANTECEDENTES

La otoesclerosis es una enfermedad primaria de la cápsula laberíntica, en la mayoría de los casos permanece asintomática y silente. En aproximadamente el 12% de los casos, invade la ventana oval, causando fijación del estribo¹.

La anquilosis del estribo hacia los márgenes de la ventana oval, fue descrita por Valsalva in 1735, en una autopsia de un paciente sordo³.

En 1893 Politzer describió los hallazgos histológicos en 16 casos de fijación del estribo, concluyendo, que la sordera que anteriormente había sido atribuida al oído medio, con anquilosis secundaria del estribo, se debía realmente a una enfermedad primaria de la cápsula laberíntica⁴.

Siebenmann propuso en 1912 el nombre de otoesclerosis, debido a que el hueso enfermo, es más poroso y menos denso la cápsula ótica normal que reemplaza⁵.

INTRODUCCION

Histológicamente la lesión otoesclerosa toma dos formas principales: la fase inicial (otoespongiosis) y la fase tardía(otoesclerosis propiamente dicha). En la primera fase aparecen osteocitos, histiocitos y osteoblastos. Los osteocitos reabsorben el hueso alrededor de vasos sanguíneos preexistentes, lo que provoca ensanchamiento de los canales vasculares y dilatación de la microvasculatura, lo que es traducido clínicamente con el signo de Schwartz's descrito en 1873.

En la fase tardía se aprecia una formación densa de hueso esclerótico en las áreas de reabsorción previa, de esta manera los espacios que se encontraban dilatados, ahora son ocupados por depósitos de hueso denso.

Las áreas afectadas en la cápsula ótica y la cadena oscicular dictan la presentación clínica. La otoesclerosis que involucra al estribo es la mas frecuente, usualmente comenzando en la fisisula ante fenestram, provocando una hipoacusia de tipo conductivo. La máxima pérdida de audición debida a otoesclerosis estapedial es usualmente de 50 dB.

Se han postulado varios mecanismos con respecto a la hipoacusia sensorineural tales como, la liberación de metabolitos tóxicos en el oído interno, con daño subsecuente del neuro epitelio, compromiso vascular al adelgazarse los canales vasculares, hialinización del ligamento espiral y extensión directa de la lesión².

La otoesclerosis es usualmente transmitida de una manera autosómica dominante con penetrancia incompleta, cuando un oído se encuentra afectado, el oído contralateral se afecta en el 80% de los casos.

El 60% de los pacientes con otoesclerosis clínica reportan una historia familiar de esta condición.

Los pacientes presentan hipoacusia lenta y progresiva a través de un periodo largo de años, con historia familiar positiva, 75% presentan acufeno y 25% sintomatología vestibular. A la exploración física la membrana timpánica aparece normal, 10% de los casos presentan un signo de Schwartz's positivo, las pruebas con los diapasones demuestran una hipoacusia conductiva.

La clave en la evaluación de estos pacientes es el audiograma, generalmente se presenta una brecha aérea-ósea que se ensancha comenzando en las frecuencias bajas.

El nicho de Carhart's en conducción ósea a 2000 Hz se ha identificado como patognomónico, representado por un descenso de 10 a 30 dB en la conducción ósea, presumiblemente por fijación del estribo, la discriminación de el lenguaje permanece excelente, la impedancia puede ser normal o encontrarse disminuida la complianza de la membrana timpánica, los reflejos estapediales se pueden encontrar normales o anormales, dependiendo de el grado de fijación de el estribo, con la fijación temprana se aprecia una disminución en la impedancia al inicio y termino de la señal, llamado el "efecto on-of" de la otoesclerosis.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la fijación congénita del estribo, fijación de la cabeza del martillo, timpanoesclerosis, enfermedad de Paget's (osteitis deformante) y osteogenesis imperfecta (síndrome de van der Hoeve-de Kleyen).

El tratamiento de la otoesclerosis puede ser clasificado como médico, protésico (auxiliar auditivo externo) y quirúrgico.

El tratamiento médico es ineficaz, el tratamiento quirúrgico y protésico (auxiliar auditivo externo), pretenden restablecer la conducción sonora interrumpida por la fijación estapedial, siempre y cuando la reserva coclear sea buena, por lo tanto se trata de un tratamiento sintomático, no etiológico.

Los pacientes con otoesclerosis usualmente presentan una excelente discriminación, por lo que la amplificación con un auxiliar auditivo eléctrico puede ser un tratamiento excelente.

Muchos pacientes se encuentran satisfechos utilizando el auxiliar auditivo únicamente cuando lo sienten necesario, la amplificación es especialmente útil en aquellos pacientes que no pueden ser intervenidos quirúrgicamente, aquellos que prefieren no correr los riesgos de la cirugía por miedo o fobia y aquellos que prefieren el auxiliar después de presentárseles las opciones de tratamiento.

Un auxiliar auditivo amplifica los sonidos en una frecuencia específica, idealmente la región de amplificación, debe corresponder a la región de pérdida auditiva, los principales componentes de un auxiliar auditivo son una batería, un amplificador, un receptor, un control de volumen y un micrófono.

La selección de un auxiliar auditivo no debe limitarse a la ganancia auditiva, sino la meta es obtener una mejoría en la habilidad para comunicarse y la calidad de vida de el paciente.

El papel del audiólogo consiste en valorar las necesidades de comunicación individuales y seleccionar el auxiliar auditivo óptimo.

Los pacientes candidatos a utilizar un auxiliar, son aquellos que presenten una pérdida auditiva (conductiva o sensorineural).

Una prueba diagnóstica que ha sido utilizada en forma rutinaria para determinar los candidatos para un auxiliar es la prueba de reconocimiento de palabras.

Las necesidades de comunicación son un factor importante, una hipoacusia moderada puede no ser importante para una persona de 70 años, que pasa la mayor parte del día viendo la televisión en casa, sin embargo la misma pérdida puede ser muy importante para alguien que es socialmente activo y que depende de la audición para su actividad laboral.

Las principales dificultades con el uso de auxiliares auditivos son el consumo de energía de estos, la cosmética, el costo y la sensación psicológica de depender de un aparato externo.

En 1923 Escot, sugirió el uso del fluoruro de calcio para el manejo de la otosclerosis, Shambaugh postulo a su vez el fluoruro de sodio, el efecto de este ion, se debe al reemplazo de la hidroxilación formando complejos de fluoroapatita en lugar de cristales de hidroxiapatita, el cual es un complejo más estable y resiste la actividad osteoclastica⁶.

La terapia quirúrgica para la hipoacusia conductiva de la otosclerosis se centra en la estapedectomía, procedimiento que fue reintroducido por Shea en 1950, en la cual se reemplaza al estribo con una prótesis de polietileno y un injerto de vena para proteger la ventana oval⁷.

Se han realizado modificaciones posteriores a esta técnica, pero el principio ha permanecido hasta la actualidad.

Con los años, la técnica para realizar la estapedectomía evolucionó, de la extracción total de la base del estribo al procedimiento actual de estapedectomía de ventana pequeña. El procedimiento básico para exponer el oído medio, no ha sufrido modificaciones

Técnica para estapedectomía del equipo quirúrgico del servicio de otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

- a) Anestesia local, con sedación intravenosa.
Infiltración con lidocaína al 2% con epinefrina 1:66,000. Se aplica 0.5 cc en cada cuadrante del conducto auditivo externo.
- b) Incisiones para el colgajo tímpanomeatal.
- c) Formación del colgajo tímpanomeatal.
- d) Exposición de la caja del tímpano.
- e) Resección del alero del facial.
- f) Disección de la cuerda del tímpano.
- g) Identificación de las marcas del campo operatorio.
- h) Medición de la distancia yunque-platina.
- i) Platinotomía.
- j) Ampliación de la platinotomía.
- k) Desarticulación incudoestapedial.
- l) Tenotomía del tendón del músculo del estribo.
- m) Fractura de Cruras.
- n) Colocación de la prótesis, teniendo la precaución de no pasar a un nivel mayor de 0.5 mm del borde de la ventana oval.

- o) Fijación de la prótesis a nivel del yunque.
- p) Sello de sangre a nivel de la ventana oval.
- q) Recolocación del colgajo tímpanomeatal.
- r) Audiometría transoperatoria o medición subjetiva de la audición.
- s) Estabilización del colgajo con gelfoam.
- t) Colocación de 2 torundas de algodón estériles.
- u) Mantener la posición del paciente con "oído operado hacia arriba".

El estilo de vida y la ocupación son factores importantes al seleccionar a pacientes para estapedectomía, personas cuya actividad incluya exposición a cambios barométricos tales como buzos, pilotos, asistentes de vuelo y viajeros frecuentes, se encuentran en mayor riesgo de fistula postoperatoria y dislocación de prótesis, así como pacientes cuyos hobbies o trabajo requiere excelente equilibrio tienen que ser evaluados de manera especial.

Se debe hacer especial énfasis en cada paciente, la estapedectomía es un procedimiento electivo para favorecer la calidad de vida, la decisión para llevar a cabo el procedimiento no debe realizarse en vano.

La restauración de la capacidad auditiva en pacientes con hipoacusia secundaria a otoesclerosis ha sido tal vez el desarrollo más importante de la otología, sin embargo, un importante número de complicaciones o fracasos continúa afectando el resultado esperado.

El paciente debe ser informado de los riesgos primarios del procedimiento (anacusia coclear), el riesgo de complicaciones tales como desórdenes del equilibrio, alteraciones en el gusto, perforación de la membrana timpánica, dislocación o necrosis del yunque, fistula perilinfática, hemorragia, granulomas de reparación y lesión al nervio facial.

DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA

El objetivo de los cuidados de la salud, es prolongar la vida de las personas y mejorar la calidad de sus vidas.

Goodinson, Singelton, Bowling, Meeberg, Walker, Rosser ^{8,9,10,11} han estudiado la calidad de vida y han utilizado varios conceptos, para definirla como felicidad, bienestar, situaciones en la vida y satisfacción con la vida así como necesidad de satisfacción. Se han realizado distintos intentos para entender la calidad de vida en términos de definición global por una parte y como definición de componentes y hasta definiciones enfocadas a un simple componente.

En términos de definición global, la calidad de vida consiste en satisfacción con la vida, los sentimientos de una persona de bienestar o felicidad. La satisfacción es usualmente asociada con dimensiones cognoscitivas y la felicidad con dimensiones emocionales. Con este marco, la calidad de vida puede definirse como la experiencia subjetiva de una persona concerniente a su propia vida. ^{12,13}

La satisfacción o felicidad se pueden definir con relación a las necesidades físicas, psicológicas y sociales del individuo. ¹²

La calidad de vida también refleja las experiencias de la vida, eventos significativos y la fase actual de ella, los factores que definen la calidad de vida en cuanto a este respecto incluyen además, sexo, estado socioeconómico, edad y generación. ¹³

Las definiciones de calidad de vida tienden a discriminar entre las experiencias subjetivas y la calidad de vida observada objetivamente.

Las definiciones globales siempre toman en cuenta las condiciones externas de la vida así como las experiencias subjetivas del individuo.

Las definiciones enfocadas se refieren a un componente o a un pequeño número de los componentes de la calidad de vida. En sociología, el término calidad de vida se refiere generalmente a una definición objetiva de bienestar y al estado socioeconómico del individuo, cuando el mismo término en psicología se refiere a crecimiento y desarrollo humano.

Las ciencias de la salud, se encuentran interesadas en la relación por un parte entre salud, sintomatología, enfermedad y su tratamiento y la calidad de vida por otra parte.^{14,15,16}

De las definiciones enfocada de calidad de vida, las que envuelven la salud y calidad funcional, son las mas utilizadas y son referidas como la calidad de vida relacionada con la salud, como el perfil de salud de Nottingham.

Los estudios de cuidados en la salud han empezado a evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, debido a que los criterios anteriores, tales como mortalidad, morbilidad, días de estancia intrahospitalaria, numero de pacientes tratados, solo evalúan de manera burda los efectos del cuidado de la salud.¹⁴

La propia evaluación del paciente de su estado de salud y de su calidad de vida relacionada con la salud, se ha convertido en una herramienta importante en la decisión clínica, las políticas de los programas y la planeación de programas de salud.^{10,11}

La investigación sobre el curso de vida combina factores de la vida individual así como el curso, estructura social e historia. Las medidas globales son utilizadas como un intento por definir el concepto de calidad de vida, pero únicamente se aplican a una parte de la vida.¹⁷

Las experiencias de un individuo, no son exclusivas para el o ella, sino una parte simultanea del cambio social, y la investigación entonces revela las interconexiones entre la vida individual y las características culturales y sociales locales, que le dan forma al curso de vida del individuo. En relación con esta interpretación emergen una serie de factores importantes para la calidad de vida de los pacientes con otosclerosis tales como educación, estado socioeconómico, laboral, financiero y los diferentes tipos de tratamiento disponibles.

Las medidas tradicionales del éxito, posterior a una intervención otologica se basan en métodos audiometricos, sin embargo la audiometria no puede evaluar la experiencia total del paciente.

La evaluación de resultados subjetivos es altamente variable y depende de varios factores, tales como el estilo de vida del paciente, la respuesta del paciente puede ser diferente a las medidas objetivas.¹⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existirá un cambio en la calidad de vida de pacientes con otosclerosis posterior a la restauración quirúrgica de la audición?

VARIABLES

Independiente: grado de audición

Dependiente: cambio en la calidad de vida

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Grado de Audición, esta se define como la función del sentido del oído, la cual depende del adecuado funcionamiento de este, cuando existe pérdida auditiva como resultado de un desorden audiológico, puede ser descrita por grados así como su tipo y configuración. El grado de audición, basado en el umbral tonal puro (sonido en una sola frecuencia) la pérdida auditiva se puede describir de acuerdo a varias escalas:

| | |
|------------------------------|-----------------------|
| Audición normal | (umbral de -10 a -20) |
| Hipoacusia superficial | (21-40) |
| Hipoacusia moderada | (41-55) |
| Hipoacusia moderada a severa | (56-70) |
| Hipoacusia severa | (71-90) |
| Hipoacusia Profunda | (>90) |

Calidad de Vida, en términos de definición global, la calidad de vida consiste en satisfacción con la vida, los sentimientos de una persona de bienestar o felicidad. La satisfacción es usualmente asociada con dimensiones cognoscitivas y la felicidad con dimensiones emocionales. Con este marco, la calidad de vida puede definirse como la experiencia subjetiva de una persona concerniente a su propia vida.^{12,13}

JUSTIFICACION

El presente trabajo se fundamenta en la importancia que tiene para los individuos el poseer una adecuada función auditiva y con ello el logro de un desarrollo personal pleno.

La otosclerosis es una enfermedad primaria de la cápsula laberíntica, en la mayoría de los casos permanece asintomática y silente. En aproximadamente el 12% de los casos, invade la ventana Oval, causando fijación del estribo¹.

Los pacientes con otosclerosis, generalmente presentan una hipoacusia lentamente progresiva a lo largo de un periodo de varios años, presentando acufeno en un 75% de los casos y sintomatología vestibular en un 25%².

Estos pacientes presentaban una audición normal durante el periodo primario de adquisición y desarrollo del lenguaje. Sin embargo la socialización de estos pacientes se ve gravemente afectada por el desarrollo de la enfermedad, lo que les representa estar en conflicto con su medio.

HIPOTESIS

La mejoría en la audición posterior al tratamiento quirúrgico de pacientes con otoesclerosis, tiene un impacto en la calidad de vida.

La percepción de la ganancia auditiva se correlaciona con las mediciones objetivas de esta (estudio audiológico)

Que actividades específicas de la forma de vida, se ven modificadas por los resultados postoperatorios.

La restauración quirúrgica de la audición mediante la estapedectomía, mejorará la calidad de vida de los pacientes con otoesclerosis en función al grado de audición recuperado.

OBJETIVO

1. - Evaluar el impacto de la restauración de la audición en pacientes con otoesclerosis en la calidad de vida de estos.

DISEÑO

A. Tipo de estudio

El estudio a realizar es de tipo prospectivo, transversal y se realizara mediante una entrevista dirigida y la aplicación de una encuesta con variables e indicadores.

B. Universo de trabajo

Pacientes con diagnóstico de Otoesclerosis, a los cuales el equipo quirúrgico, les realizó Estapedectomía en el servicio de Otorrinolaringología, del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

B₁ Criterios de elección.

Se incluirán en el estudio a todos los pacientes con diagnóstico de otoesclerosis, que recibieron tratamiento quirúrgico, independientemente de raza, sexo, edad y audición preoperatoria.

B₁₁ Criterios de exclusión.

Se excluirán del estudio a todos aquellos pacientes que no deseen participar y aquellos en los cuales no se cuente con estudio audiológico pre y postoperatorio.

FUENTES DE INFORMACION

La información se obtendrá de la aplicación de cuestionarios y la entrevista directa de los pacientes. así como de registros en los expedientes clínicos.

LIMITES

Tiempo. La obtención de datos se realizara del día 01-03-2000 al día 31-10-2000 de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.

Espacio el estudio se realizará en la consulta externa del servicio de otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI.

METODOLOGIA

Se realizará una entrevista directa con todos los pacientes que cumplan con los criterios establecidos, a los cuales bajo supervisión de un médico entrenado, se les aplicará un cuestionario(ver anexo 1), previo consentimiento, en el cual se incluyen preguntas acerca de la naturaleza de su padecimiento y cómo el procedimiento quirúrgico modificó su calidad de vida.

Los resultados de este cuestionario se registrarán en la hoja de recolección de datos(ver anexo 2), para posteriormente realizar tabulación y conclusiones.

ANALISIS Y PRESENTACION DE DATOS

Se hará un recuento de los pacientes portadores de otoesclerosis, operados de estapedectomía, en uno o ambos oídos.

Los datos obtenidos se analizaran de acuerdo a técnicas estadísticas:

Promedio, moda, media y rango.

El resultado de los cuestionarios se registrará en la hoja de recolección de datos(anexo2) para posteriormente realizar tabulación y obtención de conclusiones.

Los resultados se presentaran en gráficas de sectores (pastel) y de barras.

RECURSOS

Humanos : 2 investigadores

Materiales: hojas de papel, lápices, fotocopias y equipo de cómputo, costeados por los investigadores.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio no pone en riesgo la salud ni la integridad física y mental de los pacientes.

Por lo que solo requiere de su aceptación para responder al cuestionario

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 50 pacientes, que cumplieron con los criterios de elección, a los cuales se les realizó una entrevista directa y se les aplicó un cuestionario (anexo 1), de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto al cambio en la audición posterior a la cirugía, el 84% de los pacientes presentó gran mejoría, 10% moderada mejoría, 4% ligera mejoría y 2% permanecieron sin cambios, ningún paciente presenta deterioro de la audición (gráfico 1).

El 70% de los pacientes refirieron una gran mejoría en la calidad de vida en general, posterior a la cirugía, 26% moderada mejoría, 2% ligera mejoría y 2% refirió que la cirugía no había modificado su calidad de vida en general (gráfico 2).

El 94% de los pacientes mejoraron su participación en actividades sociales, de este 94% el 68% presentó gran mejoría, el 20% moderada mejoría y 6% ligera mejoría, el 6% restante permaneció sin cambios (gráfico 3).

En cuanto al aspecto laboral, el 76% de los pacientes presenta gran mejoría en relación al quehacer y comunicación en el trabajo, 18% moderada mejoría, 4% ligera mejoría y 2% sin cambios (gráfico 4).

El 100% de los pacientes presentan mejoría en su habilidad para conversar, posterior a la cirugía, 68% gran mejoría, 26% moderada mejoría y el 6% restante ligera mejoría (gráfico 5).

En lo que respecta al acúfeno, el 78% presentaron mejoría (38% de los pacientes presentaron gran mejoría, el 34% moderada mejoría y el 6% ligera mejoría), el 8% permaneció sin cambios y el 14% presenta deterioro del acúfeno (el 8% ligero deterioro, 4% moderado deterioro y 2% gran deterioro) (gráfico 6).

En lo que respecta al vértigo, solo 36 pacientes lo presentaban, de estos 36 pacientes, el 55% presenta mejoría, 36% permaneció sin cambios y el 9% presenta deterioro del mismo (gráfico 7).

El 98% de los pacientes mejora su habilidad para utilizar el teléfono con el oído operado, de estos 68% presentó gran mejoría, 26% moderada mejoría, 4% ligera mejoría y el 2% restante se mantuvo sin cambios (gráfico 8).

En cuanto a la capacidad para localizar la dirección de la cual proviene un sonido, el 84% mejora, de este el 48% presenta gran mejoría, el 30% moderada mejoría, el 6% ligera mejoría, el 10% se mantuvo sin cambios y el 6% de los pacientes presentaron un deterioro (gráfico 9).

El 26% de los pacientes presentaron nuevos síntomas o molestias posteriores a la cirugía(gráfico 10).

El 100% de los pacientes, recomienda la cirugía a sus familiares portadores de otosclerosis, como tratamiento de elección(gráfico 11).

A su vez la cirugía cumplió con las expectativas del 96% de los pacientes(gráfico 12).

Se les pidió a los pacientes que enlistarán de que manera el cambio en la audición, posterior a la cirugía había modificado su vida, de esta manera se obtuvieron varias respuestas las cuales fueron transcritas a la hoja de recolección de datos, de la cual se obtuvieron los siguientes resultados, el 30% mejoro su relación en el trabajo, mejor relación social30%. mejor relación familiar 30%. mejor capacidad para conducir un automóvil 4%, mayor seguridad 2% y en 2% de los pacientes no reportaron modificación alguna (ver tabla 1).

A su vez se valoro la existencia de alguna actividad que actualmente les es posible realizar y que previamente les era imposible, reportando principalmente el poder escuchar la televisión y el radio, hablar por teléfono y trabajar (ver tabla 2).

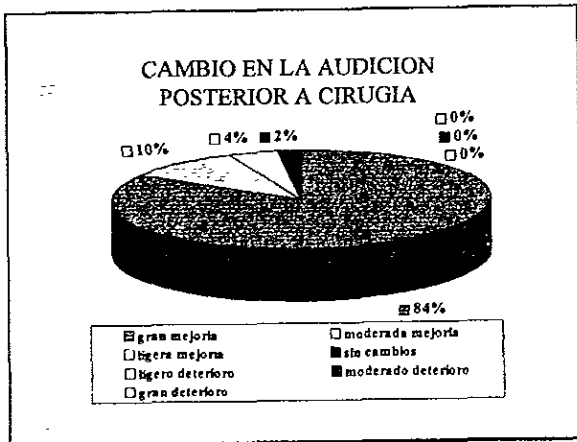


gráfico 1

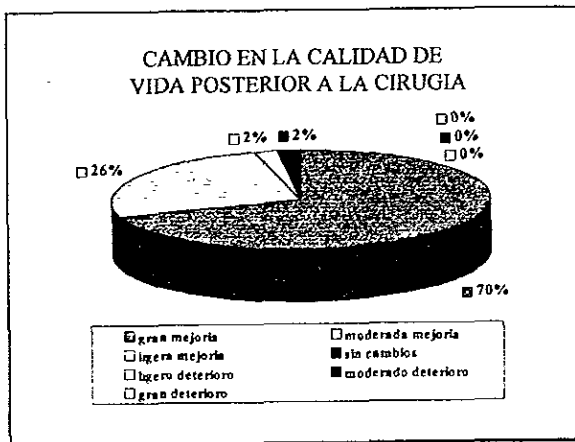


gráfico 2

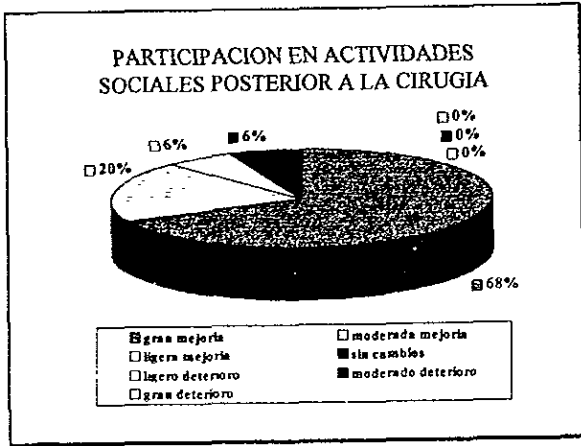


gráfico 3

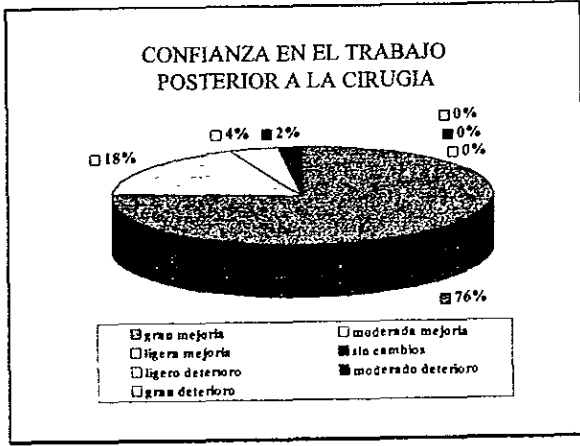


gráfico 4

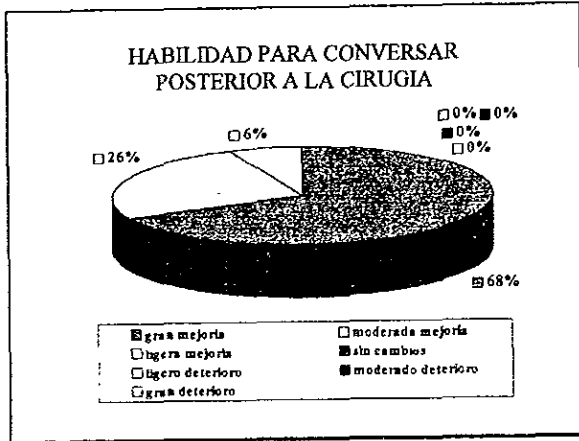


gráfico 5

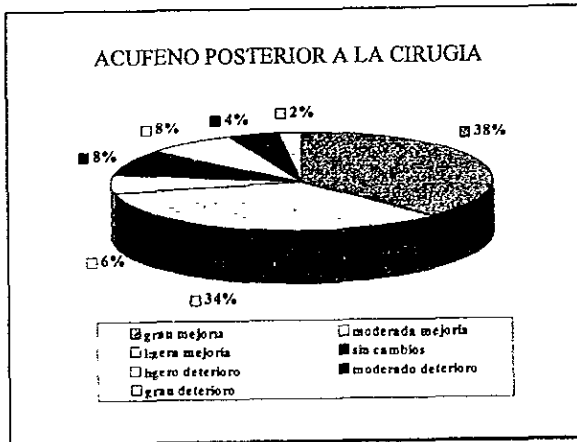


gráfico 6

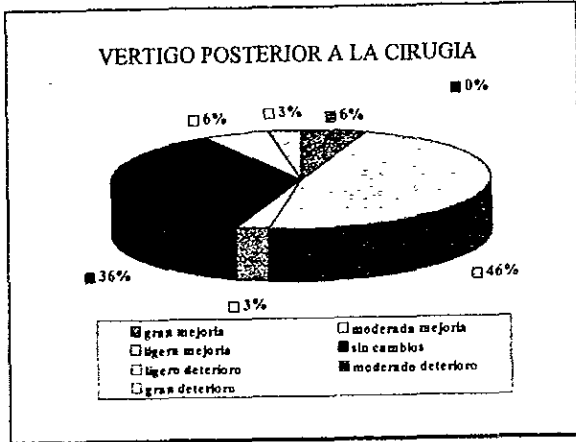


gráfico 7

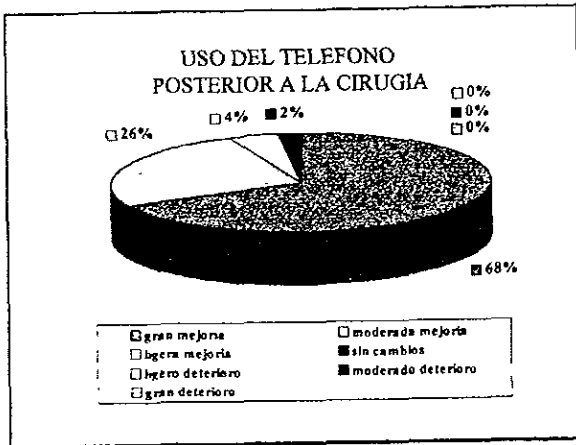


gráfico 8

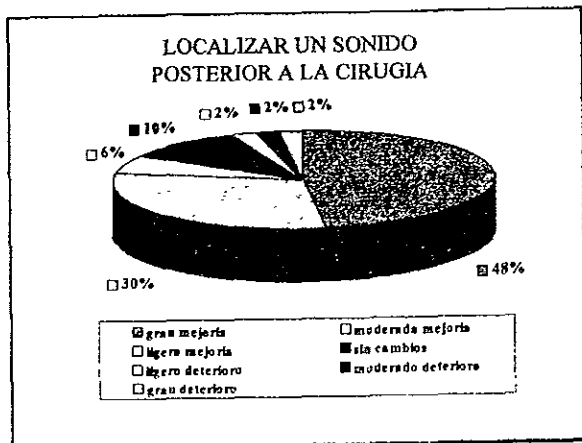


gráfico 9

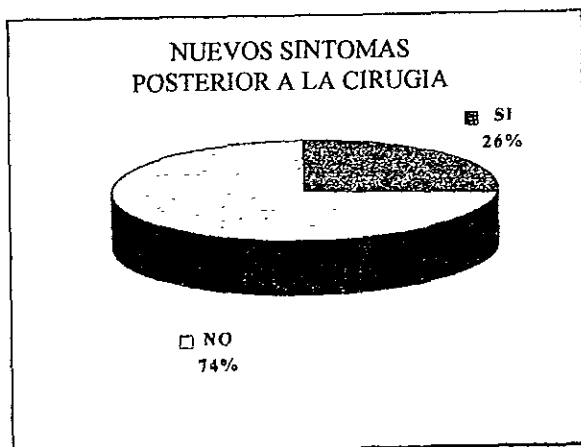


gráfico 10



gráfico 11

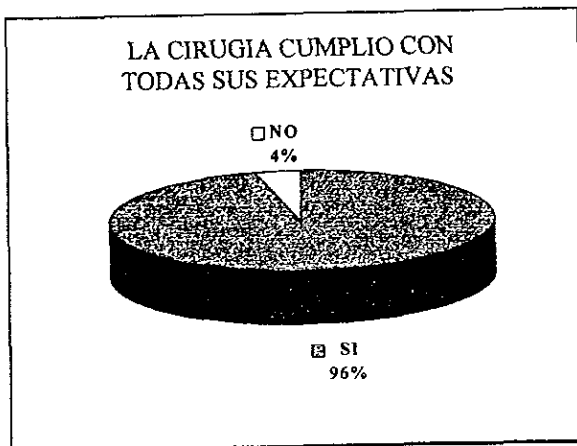


gráfico 12

**ACTIVIDADES QUE ACTUALMENTE REALIZA
LAS CUALES PREVIAMENTE LE ERAN
IMPOSIBLES**

| | |
|---------------------------------|-----|
| ■ ESCUCHAR TELEVISIÓN Y RADIO | 20% |
| ■ HABLAR POR TELEFONO | 18% |
| ■ TRABAJAR | 16% |
| ■ SI | 7% |
| ■ NO TENGO QUE LEER LOS LABIOS | 7% |
| ■ PUEDO LLEVAR UNA CONVERSACION | 7% |
| ■ PUEDO PRACTICAR DEPORTE | 2% |
| ■ NO | 20% |
| ■ NO PUEDO NADAR | 2% |

tabla 1

**DE QUE MANERA EL CAMBIO EN LA
AUDICIÓN A MODIFICADO SU VIDA**

| | |
|------------------------------------|-----|
| ■ MEJOR RELACION EN EL TRABAJO | 30% |
| ■ MEJOR RELACION SOCIAL | 30% |
| ■ MEJOR RELACION CON LA FAMILIA | 30% |
| ■ MEJOR CONDUCCION DE UN AUTOMOVIL | 4% |
| ■ MAYOR SEGURIDAD | 2% |
| ■ NO MODIFICO MI VIDA | 2% |

tabla 2

DISCUSION

Tradicionalmente "el éxito" posterior a cirugía otológica, se basa en el resultado audiométrico. Sin embargo la audiometría, no cuantifica la experiencia total del paciente, motivo por el cual, estudios como el presente cobra importancia.

Las respuestas obtenidas del cuestionario, que intenta evaluar la calidad de vida, nos proveen de importantes claves para entender de qué manera los pacientes perciben el resultado del procedimiento quirúrgico, de esta forma, encontramos diferencias importantes de acuerdo al estilo de vida particular de cada paciente por ejemplo, la ganancia auditiva puede ser más importante para los profesionistas, empleados o trabajadores adultos que para una ama de casa.

En este estudio se evaluaron los siguientes parámetros, para evaluar el cambio en la calidad de vida de los pacientes posterior a la cirugía:

1. Cambio en la audición.
2. Calidad de vida en general
3. Vida social.
4. Vida laboral.
5. Vida familiar.
6. Actividades específicas.
7. Satisfacción con el procedimiento quirúrgico.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

El impacto en la calidad de vida, de los pacientes portadores de otosclerosis, que desarrollan hipoacusia, fue evidente, en nuestros resultados.

En nuestra serie de 50 casos, el 98% de los pacientes reporta una mejoría en la audición posterior a la cirugía, ningún paciente presentó deterioro de la audición, tomando en cuenta que la estapedectomía es un procedimiento que no está exento de riesgos. Lo cual coincide con la mejoría en la calidad de vida y en la habilidad para utilizar el teléfono reportada por ese mismo 98%.

Esta mejoría en la audición presenta un gran impacto en la vida social de los 50 pacientes, ya que el 94% de estos, presenta mayor participación en actividades sociales, 68% de los cuales reportaron gran mejoría en este aspecto.

El aspecto laboral de nuestros pacientes también se ve modificado, posterior a la restauración quirúrgica de la audición, ya que el 98% refirió mejoría con relación al quehacer y comunicación en el trabajo.

El 100% de los pacientes presenta mejoría en su habilidad para entender y participar en una conversación: el 84% mejoraron su capacidad para identificar el sitio de la fuente sonora, lo que implicó mejoría bilateral de la audición, el 16% restante no mostró mejoría en este aspecto ya que la ganancia fue unilateral.

La estapedectomía es un procedimiento sintomático, encaminado fundamentalmente a la restauración de la audición, sin predecir un efecto perfectamente calculado para el resto de los síntomas, que acompañan a la otoesclerosis como es el caso del acúfeno, siendo esto evidente en la gran variedad de resultados que con respecto a esto se obtuvieron. los 50 pacientes presentaban acúfeno preoperatorio, este se modificó en el 92% de los casos, mejorando en el 78% e incrementándose en el 14%. Situación que también sucede con el vértigo o desequilibrio, el cual únicamente presentaban 36 de los 50 pacientes en donde el 36% de los casos permaneció sin cambios, mejorando el 55% e incrementándose el 9%.

La estapedectomía implica varios pasos, que pueden conducir a la presencia de nuevos síntomas o complicaciones, las cuales no se miden mediante un estudio audiológico, por ejemplo el abordaje incluye la posibilidad de seccionar o alargar la cuerda del tímpano, ocasionando disgeusia, así como el cortar el tendón estapedial, con la consecuente hiperacusia dolorosa: En nuestros pacientes el 26% desarrollaron nuevos síntomas posteriores a la cirugía, por lo cual una adecuada audición postoperatoria acompañada de quejas subjetivas, tales como intolerancia a ruidos fuertes, distorsión de los sonidos o disgeusia, llevan a la percepción de un éxito menor al obtenido únicamente por el audiograma, hay que hacer énfasis en que el 96% de nuestros pacientes refieren que el procedimiento cumplió con todas sus expectativas y en algunos casos fue rebasado, recomendando el 100% de ellos el procedimiento quirúrgico a un familiar que tuviera la misma problemática.

CONCLUSIONES

- El presente estudio confirma que el tratamiento quirúrgico de la otosclerosis es exitoso en la mayoría de los casos, no solo al ser evaluado por el resultado audiométrico, si no también al cuestionar a los pacientes en cuanto a la experiencia total
- El 98% de nuestros 50 pacientes presentó mejoría en la audición posterior a la cirugía, en esta serie ningún paciente presentó deterioro de la audición.
- Los pacientes presentaron una gran mejoría en la calidad de vida posterior a la restauración quirúrgica de la audición. la cual no es posible valorar mediante los métodos tradicionales. Unicamente el 2% refirió que la cirugía no había modificado su calidad de vida.
- El aspecto de comunicación social, laboral y familiar se ve mejorado posterior a la restauración quirúrgica de la audición.
- El acúfeno mejoró en el 78%, permaneció sin cambios en el 8% y se incrementó en el 14% de los pacientes posterior a la cirugía.
- Pueden aparecer nuevos síntomas posteriores al tratamiento quirúrgico, los cuales deben de ser analizados con el paciente antes del procedimiento; esto toma relevancia con relación a la ocupación del paciente, como en el caso de catadores de vino, cocineros, músicos, médicos, bailarinas, etc.
- El vértigo mejoró en el 55%, permaneció sin cambios en el 36% y se incrementó en el 9% de los pacientes posterior a la cirugía.
- Los 50 pacientes recomiendan la cirugía a sus familiares, procedimiento que cumplió y rebaso las expectativas en el 96% de los pacientes en nuestro estudio.

- El presente estudio; en virtud de los resultados obtenidos, le da validez al cuestionario, para evaluar el impacto en la calidad de vida de los pacientes, por lo que a partir de esta base, debe de extenderse el estudio, con objeto de aplicar un análisis estadístico, que nos proporcione certeza numérica, con significancia estadística.

- Finalmente La restauración quirúrgica de la audición, hace posible realizar a los pacientes una serie de actividades que previamente les era imposible, destacando el poder escuchar la televisión y el radio, hablar por teléfono y lo que es más importante desarrollarse plenamente en su medio familiar, en sus actividades sociales y en el desempeño del trabajo al mejorar su comunicación.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS.

1. Shambough GE, Glasscock ME. Surgery of the ear. W.B. Sauder Company, 1980;455
2. Bailey BJ *et al.* Otolaryngology head and neck surgery. J.B. Lippincott Company, 1993; 2: 1691
3. Valsalva AM. *Opcra, hoc est. Tractatus de aure humana Venice. Pitteri, 1735 en Shamboug GE.*
4. Politzer A. *Ueber primare Erkrankung der Knocheren Labyrinthkapsel. Ztschr.Ohrenh. 25: 309. 1893.*
5. Siebenmann F. *Demonstration mikroskopischer und makroskopischer preparate von otospongiosis progresiva. Papers internat.Otol Cong..9: 207, 1912.*
6. Shambough GE. Diagnóstico clinico de otosclerosis coclear. *Laryngoscope 1965: 75: 1258*
7. Shea JJ Jr. Fenestración de la ventana oval. *Ann Otol Rhinol laryngol 1958, 67. 932*
8. Goudinso SM, Singleton J. Calidad de vida: revisión critica de los conceptos actuales, medición y sus implicaciones clínicas. *International Journal of Nursing Studies. 1989; 26. 327-341.*
9. Bowling A. Medición de la salud. Una revisión de las escalas de medición de la calidad de vida *Open press, Milton Keynes 1992*
10. Meeberg GA. Calidad de vida: análisis conceptual. *Journal of advanced Nursim. 1993. 18. 32-38.*
11. Walker SR, Rosser RM. Valoración de la calidad de vida. Kluewe Academic, London, 1993.
12. Hanestad BR. Calidad de vida y diabetes mellitus insulino dependiente, tesis doctoral Departamento de salud publica. Universidad de Bergen. Bergen. 1992.
13. Farguhar M. Definición de calidad de vida: taxonomía. *Journal of advanced Nursim 1995. 22. 502-508.*
14. Koivukangas P. Modelo doble para la construcción de un índice de estado de salud basado en la función de producción de la salud. *Acta Universitatis Ouluensis. Series C 69 Departamento de economía. Oulu. 1993.*
15. O'Brien BJ, Buxton MJ, Patterson DL. Relacion entre estado funcional y calidad de vida relacionada con la salud posterior a infarto en el miocardio. *Medical care 1993. 31. 950-955.*

16. Peplau HE. Calidad de vida: una perspectiva interpersonal. *Nursing science Quarterly* 1994; 7,10-15

17. Phillips JR. Investigación en calidad de vida: el aumento en su importancia. *Nursing Science Quarterly* 1995; 8, 100-101.

18. Lukkarinen Hannele RN, Hentinen Maija. Evaluación de la calidad de vida con el perfil de salud de Nottingham en pacientes con enfermedad coronaria. *Journal of advanced Nursing Vol 26 (1), Julio 1997, 73-74.*

19. Sperling NM, Patel N. Evaluación del beneficio para los pacientes con hipoacusia conductiva congénita unilateral, presentada en adultos, debe ser reparada?. *The laryngoscope* 109, Septiembre 1999, 1386-1391.

Estimado paciente:

Gracias por participar en nuestro estudio, estamos interesados en conocer como la cirugía que se le practico a su oído influyó en su vida. Por favor conteste estas preguntas honestamente y con todo detalle, ya que su opinión es muy importante.

Recuerde que no existe una respuesta correcta ni una errónea.

NOMBRE:

EDAD: SEXO:

NUMERO DE AFILIACION:

OCUPACION:

OIDO OPERADO:

FECHA DE LA CIRUGIA:

Por favor evalúe como la cirugía ha modificado su vida, respondiendo con una escala de del 1 (peor resultado posible) a el 7(mejor resultado posible)

1= gran deterioro, 2= moderado deterioro, 3= ligero deterioro, 4= sin cambios, 5= ligera mejoría, 6= moderada mejoría, 7= gran mejoría.

1 Como se modifico la audición de el oído operado, después de la cirugía?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

2 Como se modifico su calidad de vida en general?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

3. Se ha modificado su participación en actividades sociales?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

4. Ha aumentado su confianza en relación a su quehacer y comunicacion en el trabajo?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

5 Cambio su habilidad para conversar con otras personas?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

6 Ha notado cambios en cuanto al zumbido de sus oídos? En que forma ?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

7. Ha notado cambios en cuanto el mareo o vértigo?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

8. Se ha modificado su habilidad para utilizar el teléfono en el oído operado?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

9. Ha reformado su capacidad para localizar la dirección de la cual proviene un sonido?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Por favor conteste brevemente las siguientes preguntas.

10. Desde la cirugía de oído, se han presentado nuevos síntomas o molestias? Si o no y cuales son?

11. Si un familiar tuviera el mismo problema que usted, le recomendaría la cirugía?

12. La cirugía cumplió con todas las expectativas que tenía usted?

13. Por favor enliste de que manera el cambio de audición ha modificado su vida?

14. Existe alguna actividad que actualmente pueda realizar y que previamente le era imposible por su enfermedad?

ANEXO 2
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

| Escala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| Reactivos | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |

| | SI | NO |
|---------------|----|----|
| Reactivo # 10 | | |
| Reactivo # 11 | | |
| Reactivo # 12 | | |

Reactivo # 13: modificaciones al estilo de vida

Reactivo # 14: actividades

RESUMEN

El tratamiento de la otoesclerosis puede ser clasificado como médico, protésico (auxiliar auditivo externo) y quirúrgico.

El tratamiento médico es ineficaz, el tratamiento quirúrgico y protésico (auxiliar auditivo externo), pretenden restablecer la conducción sonora interrumpida por la fijación estapedial, siempre y cuando la reserva coclear sea buena, por lo tanto se trata de un tratamiento sintomático, no etiológico. Tradicionalmente "el éxito" posterior a cirugía otológica, se basa en el resultado audiométrico. Sin embargo la audiometría, no cuantifica la experiencia total del paciente. Se realizó un estudio de tipo prospectivo transversal, en el cual se incluyeron a 50 pacientes, con diagnóstico de otoesclerosis, a los cuales el equipo quirúrgico, les realizó estapedectomía en el servicio de otorrinolaringología, a los cuales se les realizó una entrevista directa y se les aplicó un cuestionario que intenta evaluar la calidad de vida con los siguientes parámetros, cambio en la audición, calidad de vida en general, vida social, vida laboral, vida familiar, actividades específicas y satisfacción con el procedimiento quirúrgico.

El presente estudio confirma que el tratamiento quirúrgico de la otoesclerosis es exitoso en la mayoría de los casos, no solo al ser evaluado por el resultado audiométrico, si no también al cuestionar a los pacientes en cuanto a la experiencia total.

Los pacientes presentaron una gran mejoría en la calidad de vida posterior a la restauración quirúrgica de la audición, la cual no es posible valorar mediante los métodos tradicionales. El aspecto de comunicación social, laboral y familiar también se ve mejorado. El acúfeno mejoró en el 78% y el vértigo o desequilibrio mejoró en el 55% de los pacientes. El presente estudio; en virtud de los resultados obtenidos, le da validez al cuestionario, para evaluar el impacto en la calidad de vida de los pacientes.

La restauración quirúrgica de la audición, hace posible realizar a los pacientes una serie de actividades que previamente les era imposible, destacando el poder escuchar la televisión y el radio, hablar por teléfono y lo que es más importante desarrollarse plenamente en su medio familiar, en sus actividades sociales y en el desempeño del trabajo al mejorar su comunicación.