



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**MEJORA DE LA AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE
SOMETIDO A SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA POR
HIPERHIDROSIS PRIMARIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DE LAS FUERZAS ARMADAS N°1 DURANTE EL PERIODO DE ENERO
DE 2008 A DICIEMBRE DE 2013 EN LA CIUDAD DE QUITO**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA
CIRUJANA**

AUTORA:

STEFANY GREISI LÓPEZ OSORIO

DIRECTOR:

DR. ESTUARDO NOVOA

DIRECTOR METODOLÓGICO:

DR. ENRIQUE GEA

QUITO, JUNIO 2014

AGRADECIMIENTO

Cuando empiezo a pensar en todo el arduo trabajo que me ha costado llegar a mi principal meta, viene a mi memoria todas las personas e instituciones que han sido parte fundamental para cumplir mi máspreciado sueño, la culminación de mi carrera.

Quiero expresar un muy sincero reconocimiento al Dr. Estuardo Novoa, quien me dio la idea fundamental para iniciar mi investigación, quien como maestro y amigo puso su confianza en mi trabajo y con su gran conocimiento supo guiarme en el camino para el desarrollo de esta tesis. De la misma manera al Dr. Enrique Gea que con su comprensión e ideas me permitió desarrollar de mejor manera este trabajo. Al Dr. James Franco por aceptar de manera amigable ser parte de este proyecto. Al Ing. Julio Sánchez porque con paciencia y de manera desinteresada me brindó varias herramientas para la realización de este proyecto, demostrándome así su don de persona y maestro.

Al Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 y a sus autoridades por abrirme sus puertas y brindarme todas las facilidades para la realización de este trabajo.

Finalmente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que como decía mi madre “es tu segundo hogar”, me vió crecer como estudiante y me formó de una manera excepcional pues ahora me siento una profesional preparada para los desafíos que se presentarán a lo largo de mi vida.

Este trabajo va dedicado ante todo a Dios, por ser mi vida y aunque no lo pueda ver, supo escucharme y brindarme su ayuda como el Padre celestial que es.

A mis padres y hermanos, pero sobre todo a mi madre, que ha estado apoyándome siempre de manera incondicional, que con sus palabras amables y sabios consejos hizo más llevadero el largo camino.

A mi pareja José Luis, que ha sido mi amigo, mi sostén en la adversidad y mi gran confidente.

Finalmente a mi mejor amigo y colega Sebastián, pues contigo he compartido las más divertidas aventuras de mi vida

Stefany López

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	12

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN.....	16
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	19
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.4 OBJETIVOS.....	20
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
1.5 HIPÓTESIS.....	21

CAPÍTULO II

2.1 HIPEHIDROSIS.....	23
2.1.1 DEFINICIÓN.....	23
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	23
2.1.3 CLASIFICACIÓN.....	24
2.1.4 PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	26
2.1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	27
2.1.6 TRATAMIENTO.....	27
2.1.6.1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	31
2.1.6.2 COMPLICACIONES.....	35
2.1.6.3 REACCIONES ADVERSAS.....	36

2.2 CALIDAD DE VIDA.....	37
2.2.1 DEFINICIÓN HISTÓRICA.....	37
2.2.2 CALIDAD DE VIDA: UNA DEFINICIÓN INTEGRADORA.....	39
2.3 AUTOESTIMA.....	40
2.3.1 DEFINICIÓN.....	40
2.3.2 LA BAJA AUTOESTIMA Y SU REPERCUSIÓN SOCIAL.....	43
2.4 CALIDAD DE VIDA Y LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON HIPERHIDROSIS	43
2.5 CALIDAD DE VIDA Y AUTOESTIMA: ANTES Y DESPUÉS DE LA SIMPATECTOMÍA.....	46

CAPÍTULO III

3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	51
3.2 POBLACIÓN ESTUDIADA.....	51
3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	51
3.3.1 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	53
3. 4 PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIÓN.....	56
3. 5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	56
3. 6 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTE CON HIPERHIDROSIS	56
3.7 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	58
3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	59
3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	59

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

4.1.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	62
4.1.2 DATO CLÍNICOS.....	66
4.1.3 CORRELACIONES.....	70
COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PREQUIRÚRGICA Y POSTQUIRÚRGICA.....	70
ASOCIACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y AUTOESTIMA PREQUIRÚRGICAS.....	72
ASOCIACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y AUTOESTIMA POSTQUIRÚRGICAS.....	74
COMPARACIÓN DE LA AUTOESTIMA PREQUIRÚRGICA Y POSTQUIRÚRGICA.....	75
MEJORA DE ÁREAS.....	77
CAMBIOS POSTERIORES.....	78
SUDORACIÓN COMPENSATORIA.....	79

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	81
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES.....	88
ANEXOS.....	89
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	90
ANEXO 2: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL PACIENTE CON HIPERHIDROSIS DE RIBAS MILANEZ.....	92

ANEXO 3: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG.....	101
BIBLIOGRAFÍA.....	105

ABREVIATURAS

HP: Hiperhidrosis Primaria

CDV: Calidad de vida

mcl: microlitros

HPA: Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal

CRH: Hormona liberadora de corticotropina

ACTH: Hormona adrenocorticotrópica

SA: Servicio Activo

SP: Servicio Pasivo

HE1: Hospital de Especialidades N°1

PUCE Pontificia Universidad Católica del Ecuador

OMS: Organización Mundial de la Salud

SPSS: Statistical Software Package

RESUMEN

En todo el mundo se han intentado numerosos tratamientos clínicos para la hiperhidrosis, pero todos ellos son paliativos, de efecto temporal o con escaso resultado. El procedimiento quirúrgico por Toracoscopía es considerado actualmente el tratamiento ideal y definitivo. Esto implica el retiro, la destrucción u obturación de una porción mínima y específica, de la cadena simpática a tratarse. La hiperhidrosis primaria al ser un exceso de sudoración sin causa aparente, afecta a numerosas personas sin que exista conocimiento en la población, que se trata de una enfermedad, lo cual limita la búsqueda de ayuda especializada, por lo tanto, la opción para el tratamiento quirúrgico depende enteramente del grado de aflicción del paciente.

El paciente hiperhidrótico experimenta a diario vivencias desagradables, irritantes y frustrantes relacionadas con su modo de sudar y consecuentemente aparecen los trastornos psicofisiológicos, resultando de esto una gran afectación en su calidad de vida y deterioro de su autoestima.

Objetivo: Analizar el grado de afectación de la autoestima y deterioro de la calidad de vida de los pacientes que padecieron hiperhidrosis primaria y de la misma manera determinar la mejora de estos factores después de que los pacientes se sometieron a simpatectomía videotoracoscópica asistida.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, no randomizado. En el Hospital de Especialidades HE1 de las Fuerzas Armadas, desde enero de 2008 a diciembre de 2013 fueron simpatectomizados 96 pacientes con hiperhidrosis primaria localizada, que cumplieron con todos los criterios de inclusión. Se utilizaron dos

cuestionarios: La escala de autoestima de Rosenberg y el test de calidad de vida para el paciente con hiperhidrosis de Ribas Milanez, cuyos resultados pre y postquirúrgicos fueron analizados. Las encuestas realizadas a los pacientes fueron aplicadas en los meses de abril y mayo del 2014.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 22.0; se utilizaron porcentajes como medida de resumen y como prueba estadística se utilizó a la razón de verosimilitud.

Resultados: Los datos sociodemográficos muestran que las edades comprendidas fueron de 15 a 45 años, incluyendo 44 (45,8 %) mujeres y 52 (54,2 %) hombres con una media de edad de 26,2 años. Hubo un ligero predominio del sexo masculino, adultos jóvenes con un 52,1 % y familiares de militares en servicio pasivo con un 47,9 % en la muestra estudiada. La localización más frecuente de hiperhidrosis fue la asociación palmar y axilar con un 69,8 %, en segundo lugar la zona axilar con un 9,4 %, la asociación palmar, axilar y facial con un 7,3 %, la asociación palmar, axilar y plantar con un 5,2 %, las áreas palmar y plantar aisladas se presentaron en menos del 5% de los pacientes. En el periodo prequirúrgico, la calidad de vida de los pacientes en su mayoría fue considerada como buena (40,6 %), muy buena (26 %) y mala en el 22,9 % de la población. Por el contrario en el periodo postquirúrgico el 66,7 % se sintió mucho mejor y el 32,3% refirió sentirse algo mejor, únicamente el 1% de los pacientes se sintió mucho peor. Comparando estas dos variables se encontró que la calidad de vida mejoró a mucho mejor en el 69,5% y a algo mejor en el 30,5% de pacientes. Al aplicar el test estadístico razón de verosimilitud se obtuvo una significancia de 0,042 siendo este valor estadísticamente significativo. En cuanto a la autoestima después de la cirugía el 84,3% de la población mejoró presentando una autoestima adecuada, el 9 % presentó autoestima moderada y tan solo el 6,7% presentó

autoestima baja. Éstos datos son estadísticamente significativos con un valor de significancia para la razón de verosimilitud=0,002. En cuanto a las áreas que los pacientes sintieron más satisfacción después de la cirugía se encontró que el área personal obtuvo un mayor cambio positivo en el 86,4% de los pacientes seguida por el área emocional con un 78,1% y el área funcional/social 69,7 % por último el área bajo circunstancias especiales con el 46,8%. La sudoración compensatoria fue considerada como el efecto secundario más prevalente la cual se presentó en el 71,8 % de los pacientes, siendo ésta moderada en el 47,8 % de los casos, profusa en el 36,2% y fue leve en el 15,9% de los casos, valores que están de acuerdo a datos estadísticos reportados por otros centros internacionales.

Conclusión:

En el estudio se demostró que los pacientes con hiperhidrosis localizada primaria intervenidos en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo comprendido de enero de 2008 a diciembre de 2013, mejoraron su autoestima y calidad de vida en el ámbito laboral, social y afectivo de manera significativa, después de someterse al tratamiento quirúrgico de la simpatectomía torácica por videotoracoscópica asistida.

Palabras clave: Hiperhidrosis Primaria, Calidad de Vida, Autoestima, Simpatectomía Videotoracoscópica.

ABSTRACT

In the whole world numerous clinical treatments have been tried for hyperhidrosis, but all of them are palliative, of temporary effect or with scanty results. The surgical thoracoscopy procedure at the present time is considered definitive, because it implies the retirement, destruction or obstruction of a minimal and specific portion of the sympathetic chain treated. Primary hyperhidrosis is an excessive sweating without apparent cause, affects many people of the population without any knowledge of this condition, considered a disease, which limits the search of specialized help, therefore, the optional treatment through surgical procedure depends entirely on the degree of affliction of the patient.

The hyperhidrotic patient experiments unpleasant, irritating and frustrating experiences on a daily basis, related to his way of sweating and consequently psychophysiological disorders appear associated with the stress maintained, resulting in a greatly affectation in his quality of life and deterioration of his self-esteem.

Objective: Analyze the degree of impact of self-esteem and deterioration of quality of life of patients with hyperhidrosis and in the same way determine the improvement of these factors after patients undergo endoscopic thoracic sympathectomy.

Methods: This was a cross-sectional, retrospective, descriptive, not randomized study. In the Specialty of the Armed Forces Hospital HE1 from January 2008 to December 2013, 96 patients with primary hyperhidrosis, which met all inclusion criteria, were sympathectomized. Two questionnaires were used: The Rosenberg self-esteem scale and quality of life of patients with hyperhidrosis by Ribas Milanez, whose pre and

postoperative results were analyzed. Surveys of patients were applied in April and May 2014.

Data were analyzed with SPSS 22.0 statistical program; percentages were used as summary measure and the likelihood ratio was used as statistical test.

Results: The demographic data shows that the ages were 15 to 45 years, including 44 (45.8%) women and 52 (54.2%) men with a mean age of 26.2 years. In the study sample there was a slight predominance of males, young adults with 52,1% and families of military in passive service with 47.9 %. The most common hyperhidrosis location was the palmar and axillary association with 69.8 % second axillary area with 9.4 %, palmar, axillary and facial association with 7.3 %, palmar association, axillary and plantar with 5.2 %. The palmar and plantar isolated areas occurred in less than 5% of patients. In the preoperative period, the quality of life of patients was mostly considered good (40.6%), very good (26%) and poor in 22% of the population. By contrast, in the postoperative period 66.7 % felt much better and 32.3 % reported feeling better, only 1% of patients felt much worse. Comparing these two variables it was found that the quality of life improved to a lot better in 69.5% and better in 30.5% of patients. When applying the verisimilitude ratio test statistic was obtained a significance of 0.042, resulting a statistically significant value. As for self-esteem after surgery 84.3% of the population showed an adequate self-esteem, 9% had moderate self-esteem and only 6.7 % had low self-esteem. These data are statistically significant at a value of significance for verisimilitude ratio =0.002. As for the areas that patients felt more satisfaction after surgery was found that the personal area gained more positive change in 86.4 % of patients followed by the emotional area with 78.1% and functional area / social 69.7 % and finally under special circumstances area with 46.8%.

Compensatory sweating was considered the most prevalent side effects that occurred in 71.8 % of patients. This was moderate in 47.8% of cases, profuse 36.2% and mild in 15.9% of cases, values that have accordance to statistics reported by other international centers.

Conclusion: The study showed that patients with focal primary hyperhidrosis surgery at Specialty Hospital of the Armed Forces No. 1 in the period from January 2008 to December 2013 significantly improved their self-esteem and quality of life in their workplace, social and affective fields, after undergoing the surgical treatment of assisted thoracic endoscopic sympathectomy.

Keywords: Primary hyperhidrosis, Quality of Life, Self-esteem, Endoscopic Thoracic Sympathectomy.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La transpiración es un fenómeno normal que sucede a diario durante nuestras actividades rutinarias, este es el mecanismo principal que sirve para regular el exceso de temperatura corporal.¹ En algunas personas, la transpiración o sudoración es excesiva y causa un fenómeno natural de exceso de sudor y de humedad presente, se acepta su relación con un exceso de actividad del sistema nervioso autónomo,² por lo cual se adoptó el nombre de hiperhidrosis (exceso de agua).³

La hiperhidrosis es una condición anormal en la cual hay una producción excesiva de sudor. Se estima una incidencia del 0.15 al 1% de la población, siendo mayor en poblaciones asiáticas.¹ Según la Sociedad Internacional de Hiperhidrosis al menos 3% de la población mundial sufre de sudoración excesiva.⁴ En un 70% o más de los casos se inicia en la niñez y en un 16-20% en la adolescencia, siendo poco frecuente su comienzo en adultos.³ Zamarín et al.⁵ añade que la afectación de esta patología no tiene diferencia entre sexos. La transpiración excesiva más allá de lo necesario para mantener la regulación de temperatura corporal obedece principalmente a una estimulación exagerada de las glándulas sudoríparas a través de los nervios autónomos (cadena simpática).⁶

El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos graves, que no responden a tratamiento conservador el cual consiste en la extirpación local, curetaje y la simpatectomía toracoscópica;^{7,8} la utilización de la cirugía videotoracoscópica para la simpatectomía ha ofrecido un progreso en el manejo de la hiperhidrosis; su tasa de éxito varía entre un 93% y un 97%.⁹

La calidad de vida se define como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos subjetivos como la intimidad y la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad además la salud objetivamente percibida.¹⁰

Branden (1981) afirma que la autoestima incluye dos aspectos básicos: El sentimiento de autoeficacia y el sentimiento de ser valioso. La autoestima sería la convicción de que uno es competente y valioso para otros. La autovaloración involucra las emociones, los afectos, los valores y la conducta. Cuando la persona se juzga mal, de alguna manera este juicio configura un autorrechazo que con frecuencia induce a la persona a conductas destructivas para sí misma y para los demás.¹¹

Se conoce que el exceso de sudoración afecta las relaciones interpersonales y los estados emocionales, lo que provoca limitaciones para el desempeño diario en quienes la padecen.²

La ansiedad sobre las situaciones sociales, las relaciones y los problemas con la vida diaria, tales como la incapacidad para sostener una pluma en el trabajo, puede afectar la calidad de vida; por lo tanto, las percepciones subjetivas de impacto de la condición de vida de la persona y por lo tanto su gravedad, pueden hacer que la confirmación del diagnóstico y el tratamiento sean un reto.⁶

La simpatectomía torácica está considerada actualmente, el tratamiento de elección en la hiperhidrosis palmar o palmo-axilar¹² dados sus buenos resultados y la escasa morbilidad asociada a su realización mediante videotoracoscópica.¹³

1.2 JUSTIFICACIÓN

En vista de que la hiperhidrosis es una enfermedad orgánica de la cadena simpática que produce en la población que la padece una afectación de la autoestima y en la calidad de vida en el ámbito social, laboral y afectivo; pues en algunos individuos el sudor intenso en las manos, los pies, las axilas o la cara llega a ser incontrolable, acompañándose de un enrojecimiento facial y sentimiento de vergüenza, seguidos con frecuencia de una fuerte ansiedad,^{14,15} es necesario evaluar los resultados en los pacientes que fueron intervenidos mediante la realización de un procedimiento quirúrgico como es la simpatectomía torácica por Videotoracoscopia Asistida (VATS) contrarrestando su resultado en dos tiempos, es decir el preoperatorio y el postoperatorio mediante la realización de un test de autoestima y calidad de vida para comprobar que existe cambios positivos en el paciente y así evitar que esta patología conlleve a una probable fobia social.¹⁶

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo y cuánto mejoró la autoestima y la calidad de vida de los pacientes que fueron sometidos a cirugía para la hiperhidrosis primaria en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 de la ciudad de Quito?

1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la mejora de la autoestima y calidad de vida del paciente sometido a simpatectomía videotoracoscópica por hiperhidrosis primaria en el hospital de especialidades de las fuerzas armadas N°1.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar el grado de afectación de la autoestima y deterioro de calidad de vida de los pacientes que padecen hiperhidrosis.
2. Contrastar la percepción que tienen los pacientes con hiperhidrosis de la calidad de vida antes y después de la simpatectomía videotoracoscópica.
3. Evaluar los resultados y complicaciones de los pacientes con hiperhidrosis tratados con simpatectomía videotoracoscópica.

1.5 HIPÓTESIS

Los pacientes intervenidos con la simpatectomía videotoracoscópica en el Hospital de especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en la ciudad de Quito mejorarán su autoestima y calidad de vida en el ámbito laboral, social y afectivo.

CAPÍTULO II

2.1 HIPERHIDROSIS

2.1.1 DEFINICIÓN

El sudor se produce de forma natural en todos los individuos para regular el calor corporal y mantener la temperatura corporal en 37°C, se estima que las pérdidas diarias por transpiración se encuentran entre 8 a 15ml x cm²/min, este líquido inodoro e incoloro, de ph 4.5-5.5, compuesto por agua y electrolitos se origina en las glándulas sudoríparas ecríneas, aproximadamente 3 millones distribuidas en todo el cuerpo, su localización es mayor en plantas de pies y frente, seguidas de palmas de manos y mejillas, éstas glándulas son estimuladas por el sistema nervioso autónomo simpático, regulado así por el hipotálamo anterior, pero cuando existe un desbalance en esta regulación puede existir un exceso de sudoración superior a lo fisiológico llamado Hiperhidrosis.

Hiperhidrosis proviene de [*hyper*, sobre, exceso; *hydros*, sudor], es el término que se utiliza para hablar sobre la excesiva producción de sudor más allá de la regulación térmica propia del cuerpo que puede ser sin causa aparente, llamada Hiperhidrosis Primaria y es en la cual nos enfocaremos en este trabajo.

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Esta patología se inicia generalmente en la infancia en un 70% y en la adolescencia en un 16-20%, afectando entre el 1 a 3% de la población, siendo mayor en Estados Unidos (2.8%) y poblaciones asiáticas (4-5%)^{5,9}. Lamentablemente no existen datos epidemiológicos en América Latina. Se sabe que tiene herencia autosómica dominante siendo un 50%.²¹ En un

inicio se exponía que no existía diferencia entre sexos pero ahora se conoce que tiene un cierto predominio sobre el sexo femenino como lo menciona J. Loscertales et al.²² y se mantiene en que no hay discrepancia en cuanto a la raza.

2.1.3 CLASIFICACIÓN

Como se mencionó anteriormente la Hiperhidrosis Focal o Primaria no tiene una causa principal, pues se asocia a una hiperestimulación de las glándulas ecrinas por el sistema simpático autónomo, mediado por el neurotransmisor acetilcolina y así también por la adrenalina por lo que se ha encontrado una estrecha asociación con los estímulos emocionales.

Esta sobreestimulación en respuesta a varios estímulos desproporcionados (estrés, ansiedad) elevan el nivel basal de la secreción de sudor, de esta manera la producción del sudor excesivo se produce en feedback positivo, es decir el estímulo produce sudoración lo que produce mayor estímulo al paciente frente a la situación incómoda incrementando mayor su sudoración.²³ Figura 1.

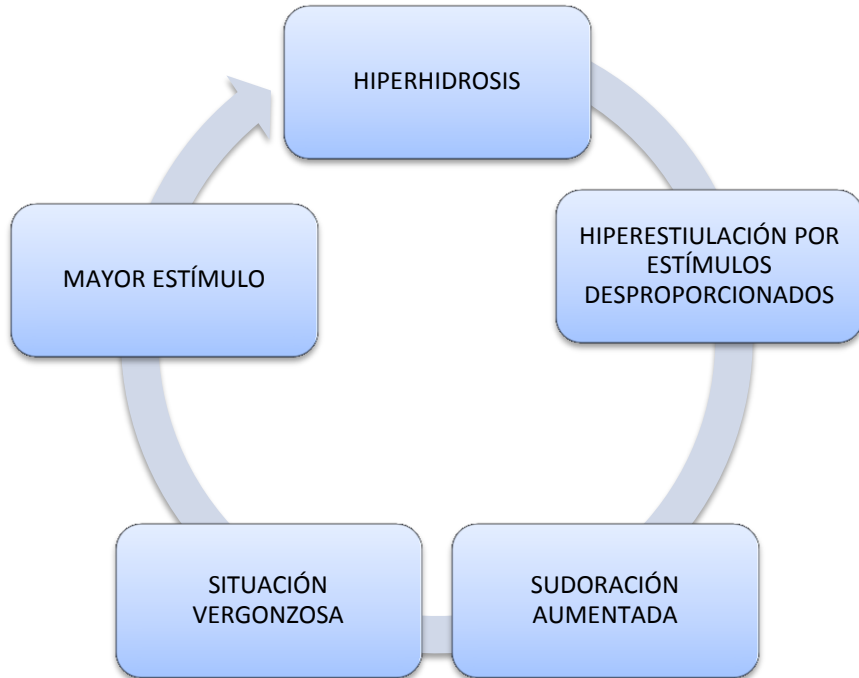


Figura 1. Ciclo Hiperhidrosis

En varios estudios reportan que la glándulas sudoríparas de los pacientes hiperhidróticos no presentan cambios histopatológicos, es así como Callejas M. et al.²⁴ señala que la existencia de muerte neuronal en los ganglios simpáticos de los pacientes afectados de hiperhidrosis palmar primaria, así como depósitos de lipofuscina no asociados a inflamación, son lesiones de un proceso de hiperestimulación funcional. Sin embargo, en los pacientes con hiperhidrosis se produce una mayor respuesta sudomotora simpática en la piel, siendo esta suficiente para mantener la sudoración continua.

Por otra parte, se encuentra la Hiperhidrosis Generalizada que se rige a la mayor parte de la superficie corporal y generalmente es la manifestación clínica de una causa subyacente. En este contexto se encuentra también la Hiperhidrosis Secundaria, que poseen una base patológica como fibrosis quística, infecciones, hipertiroidismo, feocromocitoma, tumor

carcinoide, cardiopatías, obesidad, lesión estructural del sistema nervioso autónomo, tumores cerebrales, vasculopatías periféricas (síndrome de Raynaud, eritromelalgia, acrocianosis, etc.), ictus o enfermedades de la medula espinal, así también tenemos a la menopausia.²⁵

2.1.4 PRESENTACIÓN CLÍNICA

Macía I. et al.²⁵ menciona que además de la presencia del sudor excesivo, y socialmente inconveniente, se suelen asociar palpitaciones, temblor intencional, epigastralgia, rubor facial y cefalalgia. Además generalmente se acompaña de cromhidrosis (tinción amarillo-café) y bromhidrosis (mal olor) debida a la presencia de colonización bacteriana.²⁶ Todo este cuadro sindrómico ocasiona ansiedad en mayor o menor grado llevando a una fobia social por miedo a ser rechazados.

La Hiperhidrosis Primaria puede presentarse en uno o varias localizaciones asociadas como se expone en la Tabla 1.

LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA %
palmas, plantas y axilas	30%
palmar y plantar	20%
palmar y axilar	15%
únicamente palmar	29%
craneal y facial	2,5%

Tabla 1. Localizaciones frecuentes

2.1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de la Hiperhidrosis Esencial en su mayoría es clínico, como lo indica la Sociedad Internacional de Hiperhidrosis con los siguientes criterios:⁴

Sudoración excesiva visible y focal, con al menos, 6 meses de duración, sin causa secundaria aparente, asociada a, por lo menos, dos de los siguientes criterios:

- Sudoración bilateral y simétrica.
- Ausencia de sudoración nocturna.
- Al menos, un episodio semanal.
- Inicio a una edad menor o igual a 25 años.
- Historia familiar positiva.
- Deterioro de las actividades de la vida diaria.

Los exámenes de laboratorio son únicamente para descartar patologías asociadas.

2.1.6 TRATAMIENTO

Al ser la Hiperhidrosis Primaria una enfermedad idiopática, encontrar un manejo adecuado y radical era difícil, pues el paciente hiperhidrótico sometido a la vergüenza de su patología, buscaba múltiples tratamientos médicos sin los resultados esperados.

Actualmente el manejo de la Hiperhidrosis puede ser médico o quirúrgico, siendo este último el más utilizado por su tasa de satisfacción mayor que el tratamiento médico.²⁷

Macía I. et al²⁵ señala que un 78% de los pacientes han realizado algún tratamiento antes de la cirugía, sin éxito, a pesar de esto en el trabajo de Callejas M. et al.²⁴ se expone que el tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis es de segunda línea como lo representan en su algoritmo terapéutico. Figura 2.

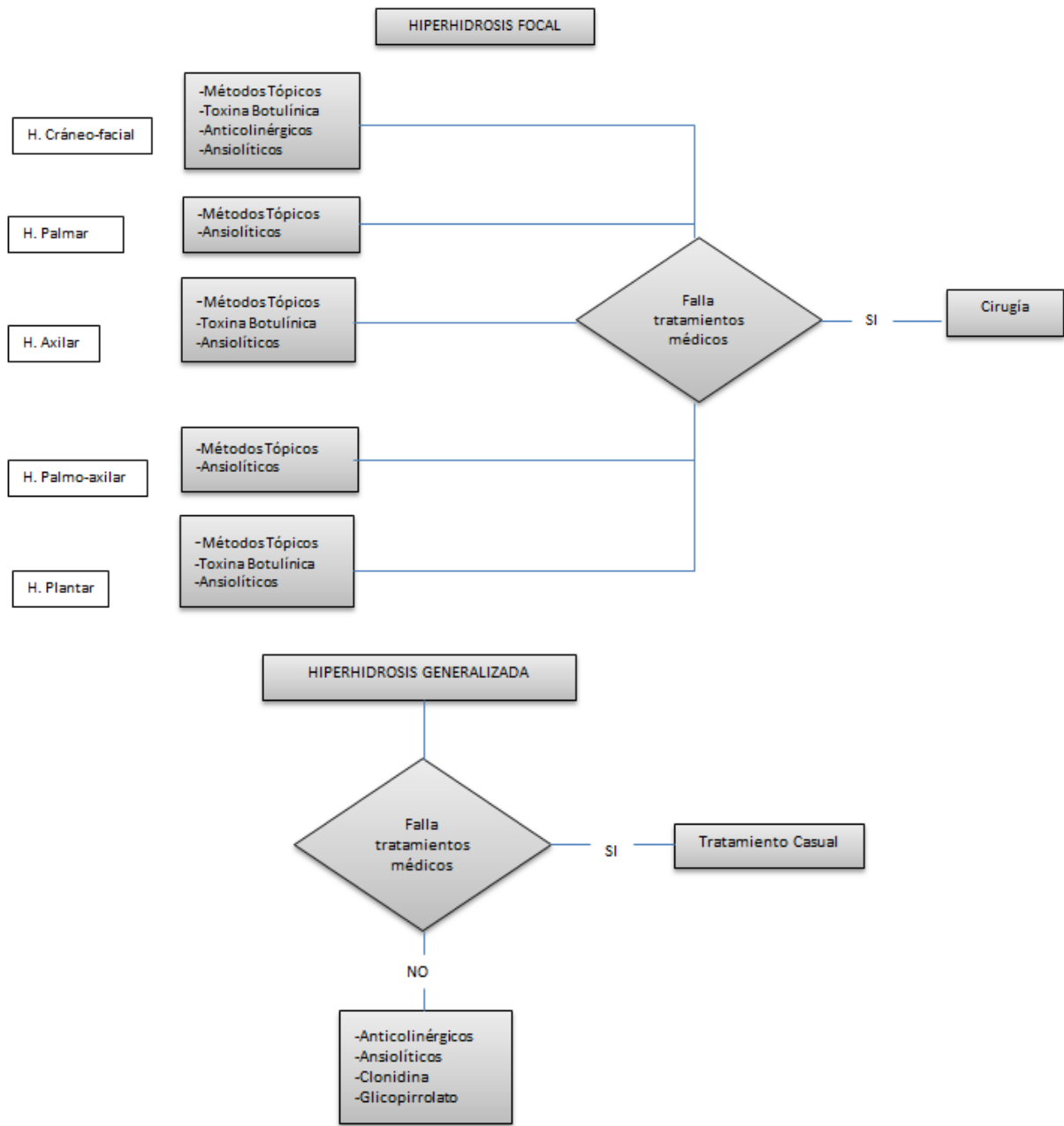


Figura 2. Algoritmo Terapéutico Hiperhidrosis²⁴

En cuanto al tratamiento médico tenemos lo siguiente:^{21,24}

1. Antitranspirantes: Actúan bloqueando los conductos excretores de las glándulas sudoríparas y a su vez induciendo atrofia de las células secretoras. Los más utilizados son:

- ❖ **Sales metálicas:** El más empleado por su eficacia es el clorhidrato de aluminio en solución al 50% en alcohol etílico anhidro. El tratamiento se debe realizar hasta lograr un alivio clínico y debe ser aplicado con posterioridad, de forma esporádica como tratamiento de mantenimiento. Entre sus efectos adversos se encuentran hipersensibilidad e irritación dérmica causada por la combinación del ácido clorhídrico que se genera cuando el sudor o el agua residual en la piel se combina con el aluminio. El efecto secundario poco común del aluminio es su toxicidad; por lo que hay que tener cuidado en cuanto a su uso en pacientes ancianos con insuficiencia renal o en aquellos que muestran la presencia simultánea de hidróxidos de fosfato de aluminio como aglutinantes en el organismo.
- ❖ **Sales de zinc:** se ha desaconsejado su uso por el riesgo de formación de granulomas cutáneos.

2. Anticolinérgicos tópicos, orales y anestésicos locales: Las glándulas sudoríparas poseen también receptores muscarínicos, por lo tanto son sensibles a la acción inhibitoria de los anticolinérgicos. Los medicamentos locales que se han utilizado son: propantelina, escopolamina, metilsulfato de polaina y otros. Los resultados han sido muy variables. El uso de glicopirrolato tópico para hiperhidrosis craneofacial y también para el tratamiento del sudor reflejo postquirúrgico ha tenido muy buenos resultados. En cuanto a los anticolinérgicos orales se reservan para circunstancias especiales por su agresividad en

cuanto a los efectos adversos: xerostomía, midriasis, ciclopejía y disfunción intestinal y vesical.

3. *Antiadrenérgicos:* El más utilizado es la clonidina, con buenos resultados, sobre todo en las formas craneofaciales postmenopáusicas. Este grupo de medicamentos actúan sobre el SNC, provocando una reducción de la descarga simpática y un descenso de la resistencia periférica, resistencia vascular renal, frecuencia cardíaca y presión arterial, de esta manera se controlaría las situaciones emocionales.

4. *Ansiolíticos:* El tratamiento con fármacos ansiolíticos, incluso antidepresivos, se ha mostrado eficaz para reducir los síntomas cuando se evidencia o se sospecha que la causa de la hiperhidrosis es emocional.

5. *Bloqueadores Beta:* No posee una acción específica sobre la glándula sudorípara. Sus efectos eliminan los efectos de la ansiedad y por tanto, mejoran la hiperhidrosis. El más utilizado es propanolol, el cual es un bloqueante beta adrenérgico no cardioselectivo, sin actividad simpaticomimética intrínseca y marcada actividad estabilizadora de membrana.

6. *Iontoforesis:* Este tratamiento transcutáneo consiste en el paso de corriente eléctrica a través de la piel, lo cual facilita el transporte molecular a través de la piel es decir la corriente eléctrica moviliza los iones sodio de una solución acuosa en la que se sumerge la zona a tratar, lo que origina un reposo temporal de las glándulas sudoríparas. Además esta técnica actúa induciendo hiperqueratosis de los poros glandulares con obstrucción del flujo y de la secreción, causando una anhidrosis hasta en el 85% de los pacientes; es muy utilizado para tratar sobre todo la hiperhidrosis palmar y plantar. La sequedad excesiva, es el único efecto

secundario, lo que puede producir fisuras en la piel. Su principal inconveniente es que al cesar el tratamiento, reaparece la hiperhidrosis inmediatamente.

7. Toxina Botulínica: Su mecanismo de acción es bloquear los receptores de acetilcolina en las fibras simpáticas postganglionares de las glándulas sudoríparas, así inhibe el estímulo simpático con lo que produce una disminución de la sudoración durante unos 6 meses como mínimo. Los efectos del tratamiento empiezan a notarse entre los 2 – 4 días y la sintomatología remite en una semana. Se administra mediante múltiples inyecciones subcutáneas en la zona afectada, diluyendo 50 UI en 4 cc de suero fisiológico, pudiéndose aplicar hasta 200 UI en un área. Los efectos adversos más frecuentes son sequedad de boca, visión borrosa y disfagia.

2.1.6.1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Loscertales J. et al.²² menciona que el tratamiento de elección en la última década para esta patología es la simpatectomía videotoracoscópica. La técnica quirúrgica fue desarrollada por Adson y Brown en 1932, sin embargo, su auge se produjo durante la década de los noventa, cuando se desarrolló la videotoracoscópica, permitiendo un acceso mínimamente invasivo, con escasas complicaciones y secuelas y con una tasa de éxito de entre 80% a 100%.⁷ Milanez J. et al.¹⁷ concluye que esta técnica además de ser eficaz es segura con una baja morbilidad.

Esta técnica quirúrgica implica el retiro, la ablación u obturación de una porción mínima, más específica, de la cadena simpática.

Haciendo un recuento anatómico se sabe que el tronco simpático en su porción torácica está formado por 12 ganglios simpáticos, ubicados anteriormente a los ejes de las costillas y a su vez cubiertos por una fina capa de pleura parietal. Miden alrededor de 1 – 2mm de diámetro; el ganglio T2 está implicado en la inervación simpática de cabeza, cuello y extremidad superior, el ganglio T3 está implicado en la inervación de extremidad superior y tercio superior de la axila y el ganglio T4 inerva el tercio inferior de la axila y la extremidad inferior. Pueden existir variaciones anatómicas de cadenas dobles o la presencia de fibras accesorias de Kuntz, las cuales pueden conllevar a malos resultados así como a efectos secundarios tras la intervención quirúrgica.

Robert J. et al.²⁸ afirma que "candidatos ideales" para este procedimiento son: aquellos que tienen aparición de hiperhidrosis en una edad temprana (generalmente antes de los 16 años de edad), son jóvenes en el momento de la cirugía (por lo general menos de 25 años), tienen un índice de masa corporal adecuado (<28), informan no presencia de sudor durante el sueño, son relativamente saludable (sin otras comorbilidades importantes) y no tienen bradicardia (frecuencia cardíaca en reposo < 55 latidos por minuto).

El procedimiento se realiza con anestesia general, con el paciente en decúbito supino con las extremidades extendidas y la mesa de quirófano lateralizada 10° hacia el hemitórax contrario al intervenido se realizan dos incisiones de aproximadamente 1 cm en el tercer espacio intercostal línea axilar media donde se introduce un toracoscópio de 0.5 cm de diámetro y por el otro orificio se introduce los materiales quirúrgicos. Figura 3.

Bejarano B. y Manrique M.⁹ señalan que los accesos triportales son extremadamente útiles en el caso de adherencias y bridas intratorácicas que impiden el acceso simpático.



Figura 3. Introducción de la vaina y el endoscopio por el 4º espacio intercostal tras colapso pulmonar parcial en caso de abordaje monoportal axilar. Para biportales y triportales, se puede utilizar adicionalmente el 5º espacio intercostal.⁹

Se visualiza la cadena simpática como un cordón de color blanquecino que se extiende en dirección vertical y en posición anterior a los ejes costales posteriores. Figura 4. Una porción de la cadena y el ganglio correspondiente es resecada, termo-coagulada u obturada en sus diferentes localizaciones a tratar. Este procedimiento es bilateral, su duración es de 30 a 40 min, al final de la operación los pulmones se expanden completamente, el aire presente en la cavidad pleural se aspira y el dren torácico se retira.¹

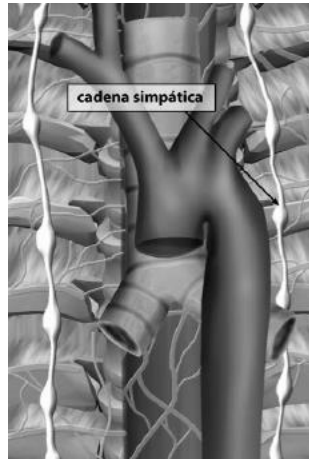


Figura 4. *Anatomía vascular y nerviosa de la cavidad torácica superior. La cadena simpática se dispone cruzando perpendicularmente sobre los cuellos costales.*⁹

En cuanto a la edad para la realización de esta cirugía Macía I. et al.²⁵ menciona que el intervalo ideal se encuentra entre los 18–45 años. En los pacientes de menor edad se evalúa el estado del desarrollo corporal del mismo modo en los pacientes mayores de 45 años se seleccionan cuidadosamente los casos, sobre todo en mujeres con climaterio o próximas a la menopausia.

Resultados generales: Se reporta una mortalidad nula con una morbilidad que no excede el 5%. La eficacia de la cirugía es inmediata y evidente en el postoperatorio inmediato, las manos, axilas o cara están secas. Villagra P. y Ribas J.¹ comentan que entre el 3er o 5to día postoperatorio el paciente podrá sudar con la misma intensidad de antes de la intervención quirúrgica; este evento es transitorio, durando como máximo 24 horas.

En el hospital de especialidades de las fuerzas armadas N° 1 de la ciudad de Quito, este procedimiento se realiza en quirófanos inteligentes los cuales son un sistema centralizado

que tiene tecnología avanzada, en el cual se puede controlar por pantalla táctil o voz los dispositivos y las funciones de una sala de operaciones, así también tener acceso a toda la información del paciente, cuenta con todos los equipos biomédicos y múltiples pantallas en las cuales se puede visualizar de mejor manera el procedimiento quirúrgico.

2.1.6.2 COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son:²¹

Neumotórax (presencia de aire en la cavidad pleural), es la complicación más frecuente, es prevenible si se mantiene un drenaje pleural en el posoperatorio durante unas horas, retirándose al comprobar la ausencia de fuga aérea.

Hemotórax secundario a lesión vascular. Es excepcional la reconversión a una toracotomía para la realización de hemostasia.

Quilotórax, es una rara complicación, se produce por lesión del conducto torácico a nivel de T4, en que pasa del hemitórax derecho al izquierdo, responde al tratamiento conservador con nutrición parenteral.

Neuralgia. En ocasiones, la compresión de un nervio intercostal con el trócar para toracoscopia puede causar una neuralgia intercostal que puede durar varios meses y, en ocasiones, precisar tratamiento mediante infiltraciones del nervio o derivados morfínicos por vía oral. También se ha descrito neuralgia braquial secundaria a la elongación del plexo debida a la posición de los brazos en quirófano.

2.1.6.3 REACCIONES ADVERSAS

Las Reacciones Adversas son:^{21,28}

Sudoración Compensatoria o sudor reflejo: es la hiperhidrosis en otra región corporal donde antes no existía y no suele mejorar con el tiempo. El factor de riesgo más asociado incluye la interrupción del ganglio T2 por lo que algunos cirujanos han optado por realizar un clipaje de la cadena simpática ya que es una técnica en principio reversible, además se seccionan en menor número de ganglios.

Síndrome de Claude-Bernard-Horner: causado por la lesión indirecta del ganglio estrellado tras la elongación del nervio o la electrocoagulación (lesión por transmisión del calor). Su incidencia es menor del 5% y suele revertir en un promedio de 4 meses (aunque no siempre). Este efecto adverso se puede minimizar realizando la intervención quirúrgica por debajo de la segunda costilla.

Bradycardia Permanente: este efecto se produce ya que el nervio vago produce un estímulo parasimpático continuo que origina una reducción de la frecuencia y la contractibilidad cardíaca. Al realizar la simpatectomía predomina el estímulo parasimpático en el corazón llevando a una bradicardia aproximadamente en el 12% de los pacientes, así como bradicardia con reducción de la tensión arterial asociada en el 50%.

Hiperhidrosis recurrente: se han encontrado un amplio porcentaje que va desde el 0 % al 65 %. Éste efecto está asociado con las diferentes técnicas quirúrgica así como variaciones anatómicas, en este caso se menciona la no sección del Haz de Kuntz, que está presente en el 10% de la población.

En un artículo publicado en el 2014 por Zhu L.H. et al.¹² mencionan una nueva técnica quirúrgica para evitar especialmente el dolor torácico postoperatorio causado por la lesión del nervio intercostal en la simpatectomía toracoscópica. Esta innovadora técnica presenta puerto de entrada umbilical, un orificio natural para cirugía endoscópica, así se evitaría realizar incisiones en el pecho. Los resultados mostraron una buena seguridad y eficacia del 96% con menos efectos adversos por lo que su técnica es recomendable para las personas que no desean cicatrices visibles.

2.2 CALIDAD DE VIDA

2.2.1 DEFINICIÓN HISTÓRICA

A lo largo del tiempo se ha intentado dar una definición correcta al término calidad de vida.

Todo inició en la segunda guerra mundial cuando sociólogos con el afán de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993), realizaron múltiples investigaciones. Pero es en la época de los sesentas cuando ellos deciden darle uso al término mediante la relación de información económica la cual para ese entonces era insuficiente. A esta investigación se sumaron psicólogos los cuales recomendaron realizar mediciones subjetivas tales como la felicidad y la satisfacción lo que acercaría más a encontrar una definición adecuada (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999).

El hecho que desde sus inicios haya estado vinculado a otras variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado que, hasta la fecha, el concepto incorpore tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales.²⁹

A pesar de esto encontrar una definición que abarque en esencia toda de la palabra calidad de vida ha sido indeterminado, así lo demuestran datos obtenidos por Gill & Feinstein (1994), quienes en una revisión de artículos sobre CDV, encuentran que sólo un 35% de los modelos evaluados tenían un desarrollo conceptual complejo, cerca de un 25% de los autores no definía CDV y más del 50% de los modelos no diferenciaba entre CDV y los factores que la influencian.^{29,30} En la tabla 2 se muestra definiciones de varios autores.

Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Homquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Tabla 2. Diversas definiciones para el término calidad de vida.²⁹

2.2.2 CALIDAD DE VIDA: UNA DEFINICIÓN INTEGRADORA

Según la OMS (2005), la 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. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Para completar esta definición, la OMS añadió un diagrama a través del grupo WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) el cual menciona todos los aspectos relevantes, por ello Ardilla R.¹⁰ presentó una nueva definición: "Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida".



Diagrama 1. Diagrama del modelo conceptual de la OMS.²⁹

Aunque no se ha logrado el consenso de todos los investigadores, actualmente esta definición es la más utilizada pues resalta los factores de mayor importancia que influyen en la persona.

2.3. AUTOESTIMA

2.3.1 DEFINICIÓN

Branden (1993), define a la autoestima como "una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito" además de "la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo" de aquí surge lo que llamamos amor propio.

La autoestima comprende:

- ❖ El autoconcepto: es la idea internalizada de nosotros mismos, es decir nuestra manera de ser.
- ❖ El sí mismo: es el aprecio por uno, el valor que le damos a nuestro yo.

Cuando hablamos de autoestima, percibimos que el concepto encierra un conjunto de características que definen a un sujeto.

La conformación de la autoestima se inicia desde niños (3-5 años), cuando los primeros conceptos provienen principalmente, de las figuras de apego, las más significativas a su temprana edad, es decir sus padres. Pero es en la pubertad, a partir de los 11 años aproximadamente, con la instauración del pensamiento formal, es cuando el joven podrá conceptualizar su sensación de placer o displacer, de sí mismo.³¹

Una valoración positiva de sí mismo, permite en el niño un desarrollo psicológico sano, en armonía con su medio circundante y en especial, en su relación con los demás, partiendo de esta idea, la autoestima es como el lubricante de un círculo beneficioso que facilita el funcionamiento correcto de todo nuestro sistema. El sistema inmunológico actúa frente a las tensiones y dificultades que se nos presentan todos los días como los indica Massó F.³²

Figura 5.



Figura 5. Círculo beneficioso de la autoestima.³²

Por otra parte encontramos la valoración negativa de sí mismo, que no es más que el faltarnos a nuestra propia honestidad, integridad, responsabilidad y autoafirmación, ya que hemos juzgado nuestras acciones con una comprensión y una compasión inadecuadas.

Esta negatividad hacia nuestra persona no solo nos pone obstáculos en nuestro plan de vida sino que desarrolla una relación de rivalidad intensificando los aspectos negativos privándonos de los positivos. Así lo indica Branden N.³³ "Aparte de los problemas de origen biológico, no conozco una sola dificultad psicológica - desde la angustia y la depresión, el miedo a la intimidad o al éxito, el abuso del alcohol o de las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, hasta los malos tratos a las mujeres o la violación de menores, las disfunciones sexuales o la inmadurez emocional, pasando por el suicidio o los crímenes violentos - que no sea atribuible a una autoestima deficiente".

2.3.2 LA BAJA AUTOESTIMA Y SU REPERCUSIÓN SOCIAL

De manera consciente o inconsciente, el juzgarse y rechazarse a sí mismo provoca un tremendo dolor y nos cohibe de asumir riesgos sociales, académicos o profesionales.

La persona con baja autoestima, presenta notorias inhibiciones en su contacto social, es poco flexible y exacerbada en su afán de perfeccionismo. La escasa o nula vinculación se manifestará como una actitud de resentimiento, falta de generosidad, narcisismo y/o una marcada desconfianza hacia los demás llegando a la fobia social.³¹

Si las expectativas de una persona pueden influir en el comportamiento de otra, esa influencia también es posible cuando tales esperanzas provienen de la misma persona, por lo tanto la autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena, una vida saludable, alcanzar metas académicas y conseguir la realización personal.^{31,33}

2.4 CALIDAD DE VIDA Y LA AUTOESTIMA EN EL PACIENTE CON HIPERHIDROSIS

La hiperhidrosis es una patología que además de causar malestar físico y vergüenza social presenta un gran impacto en la autoestima y calidad de vida de las personas.

El paciente hiperhidrótico presenta varias limitaciones en su vida diaria como verse obligado a llevar, en muchas ocasiones, ropa ancha y de color negro, no saludar de mano o de beso en la mejilla a los demás, evitar participar en actividades sociales, incluso se ven condicionados a la hora de elegir un trabajo u otro, lo que les produce gran inseguridad en sí mismo y un inconformismo corporal provocando mayor afectación en su autoestima.

La calidad de vida de los pacientes con trastornos de la piel, como hiperhidrosis, se ve deteriorada en su mayoría, pues se ha visto que estos individuos son más susceptibles a los trastornos mentales como es la ansiedad y la depresión.

En pacientes con enfermedades crónicas, los síntomas de ansiedad afectan alrededor del 18 a 35 % de las persona, mientras que los síntomas de depresión afectan a un 15 a un 61%, por lo tanto los pacientes con hiperhidrosis primaria presentan una mayor prevalencia de ansiedad de la que se describe en la población general y en pacientes con otras enfermedades crónicas así lo indica Garcia A. et al.³⁴

La depresión es otro trastorno mental que afecta a la salud de muchas personas por lo que es considerada como la cuarta causa de discapacidad en el mundo. De acuerdo con las predicciones para 2020, esta enfermedad será la segunda causa de incapacidad para trabajar, sólo por detrás de las enfermedades cardíacas.³⁴ Este hecho tiene mucha relevancia ya que la depresión tiene una estrecha relación con la baja autoestima.

Actualmente la hiperhidrosis es una de las enfermedades más estresantes pues un 34% de pacientes piensa que sudar excesivamente en público es peor que tener miedo escénico y un 30% cree que produce más vergüenza que tener acné o sufrir obesidad. Con estas estadísticas se evidencia que la tensión psicológica de estos pacientes es alta y de ésta manera éstos pacientes no pueden lidiar con el estrés lo que conlleva a una repercusión negativa en su calidad de vida.³⁵

Fisiopatológicamente el estrés psicosocial provoca activación del eje hipotálamo – hipófisis - suprarrenal (HPA). La secreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y la arginina - vasopresina ambas en el hipotálamo conduce a la producción de la hormona

adrenocorticotrófica (ACTH) en el pituitaria anterior, lo que estimula la secreción de cortisol por las glándulas suprarrenales. El cortisol además de ser considerada como la primera hormona de estrés realiza su propio feedback negativo. Figura 6.

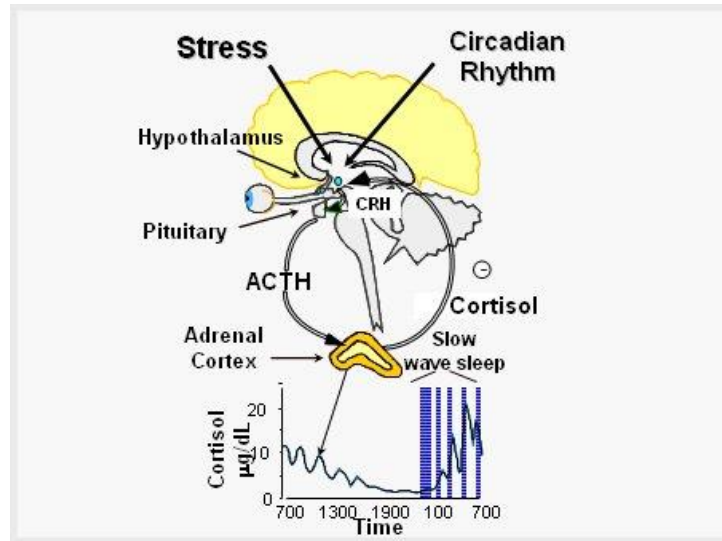


Figura 6. Efecto del estrés sobre el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.³⁶

Como señala Katharina M. et al.³⁵ la piel tiene su propio sistema de respuesta al estrés proporcionando protección local manteniendo la homeostasis interna. En este caso el eje HPA cutáneo se activa mediante factores de estrés fisiológico, tales como explosiones de radiación, energía mecánica o química y el factor estresante de la naturaleza ya que la piel posee las hormonas que componen el eje HPA, como receptores de CRH que se encuentran en las glándulas sudoríparas.

Debido a la carga de la enfermedad, los pacientes con hiperhidrosis perciben el estrés psicosocial de manera más crónica por lo tanto sufren de más síntomas depresivos como consecuencia de la permanente exposición al estrés psicosocial, lo que repercute en su calidad de vida.

2.5 CALIDAD DE VIDA Y AUTOESTIMA: ANTES Y DESPUÉS DE LA SIMPATECTOMÍA

Desde que apareció un nuevo tratamiento para la hiperhidrosis, como es la simpatectomía, diversos artículos se han centrado sobre este procedimiento y los excelentes resultados que se han obtenido, pero pocos son los autores que han evaluado el impacto en la calidad de vida después de someterse a esta intervención quirúrgica.

Es en los años 90 cuando se realizan los primeros trabajos que evalúan la calidad de vida postsimpatectomía mediante el cuestionario de evaluación de salud Short Form-36 (SF-36), en donde se reporta mejoría la CDV en general.

La importancia de evaluar la calidad de vida y su autoestima remonta en que los pacientes manifiestan un serio problema social que los cohibe generalmente a la hora de interactuar con otras personas, trabajar, conducir o mantener su autoconfianza y carácter.

Previo a la simpatectomía el paciente hiperhidrótico, presenta una importante ansiedad que probablemente es reactiva a la hiperhidrosis y ambas provocan la percepción de incapacidad en la vida diaria. Figura 7.

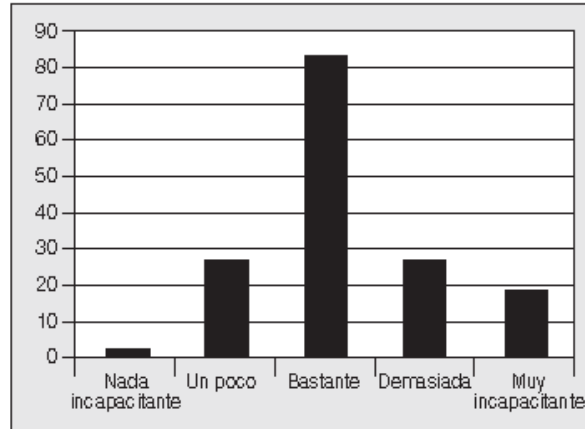


Figura 7. Percepción de la ansiedad secundaria a la hiperhidrosis en la vida diaria, en 158 pacientes.³⁷

La hiperhidrosis como enfermedad tiene secuelas en todos los ámbitos de la vida diaria, pero sobre todo en lo emocional, por consiguiente ésta patología conduce a sentimientos de vergüenza y baja autoestima. En el trabajo publicado por Kuijpers M. et al.³⁷ se observa que un 67,0% de los pacientes presentaban un fuerte impacto en su calidad de vida. Este impacto es más severo en los dominios de las emociones y de funcionamiento en más de las tres cuartas partes de los pacientes (79,4%, respectivamente, 84,5%), lo que nos demuestra el gran estrés emocional y el deficiente funcionamiento social y profesional inducido por la hiperhidrosis.

En este contexto sabemos que la hiperhidrosis primaria afecta negativamente diferentes áreas de la vida. Ibrahim M. et al.¹⁶ expone que existe una afectación en el trabajo del 88 %, en las amistades un 73 %, en las relaciones con la pareja 46 % y con la familia 21 %. En efecto, esta repercusión negativa motiva a los pacientes a someterse a una cirugía para resolver el problema.

Wolosker N. et al.³⁸ en su estudio señala que todos los pacientes tenían mala o muy mala calidad de vida antes de la operación, y como el fumador se preocupa por su pronóstico y cómo su situación clínica evolucionará con el tiempo, el paciente con hiperhidrosis también, por lo que en su artículo dónde realiza seguimiento durante 5 años, ha demostrado que los buenos resultados a corto plazo siguen siendo los mismos en el largo plazo. Tabla 3.

Tabla 3. Comparación entre los 30 días después de la cirugía y 5 años después de la cirugía con respecto a las respuestas del cuestionario de calidad de vida.³⁸

<i>Thirty days after surgery</i>	<i>Five years after surgery</i>			<i>Total</i>
	<i>Better</i>	<i>Same</i>	<i>Worse</i>	
Better	391	16	5	412 (90.9%)
Same	12	13	2	27 (6.0%)
Worse	6	2	6	14 (3.1%)
Total	409 (90.3%)	31 (6.8%)	13 (2.9%)	453 (100.0%)

QoL, Quality of life.

McNemar test: $P = .882$. Kappa: 0.454. Confidence interval: 0.323-0.585. Consistency: 90.5%; Worse: 5.1%; Better: 4.4%.

En estudios publicados sobre pacientes intervenidos por hiperhidrosis primaria, el grado general de satisfacción es alto. En el trabajo de Rúa N. y Hinestroza J.³⁹ muestra que los pacientes presentaron mejoría en su calidad de vida después de la simpatectomía; y las variables que presentaron mayor cambio fueron la función social, seguida por el desempeño físico y la función emocional. Por otra parte en el trabajo de Zamari J. et al.⁵ establece un 80% de los pacientes que sufren de hiperhidrosis primaria tienen una mala calidad de vida preoperatoria pero el 83% mejora su calidad de vida y la sudoración deja de ser una limitación para la realización de las actividades de la vida diaria.

Así también Loscertales J.²² en su estudio demuestra que un 95,3% de los pacientes refiere haber mejorado su calidad de vida tras la intervención y un 3,8% considera que es igual que antes. Finalmente en el trabajo de Ribas J.¹⁷ señala que el 86,4% de los pacientes cambió a una mejor calidad de vida después del procedimiento quirúrgico.

El aumento del número de pacientes tratados quirúrgicamente ha hecho que también aumente la incidencia de efectos adversos.

Tenemos que el principal efecto secundario de este tratamiento es el reflejo sudomotor o sudoración compensatoria, el cual ha sido el factor principal que disminuye la satisfacción en los pacientes pues al igual que en cualquier cirugía relacionada con el cambio de su estilo de vida, estos pacientes buscan resultados perfectos es decir la ausencia total de sudoración.⁴⁰

A pesar de que este efecto secundario juegue un papel importante en cuanto al bajo nivel de satisfacción con respecto al tratamiento quirúrgico, los pacientes con hiperhidrosis están dispuestos a ser intervenidos puesto que la evidencia demuestra que este procedimiento ha sido el más eficaz para el manejo de la Hiperhidrosis.

Finalmente con estos resultados podemos establecer que sin duda la simpatectomía mejora la calidad de vida del paciente hiperhidrótico, no existe un estudio que hable únicamente de la autoestima y la hiperhidrosis, pero la asociamos con estos artículos ya que en ellos se mencionan cambios positivos en aspectos emocionales y de personalidad, que son puntos clave en la autoestima.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, no randomizado.

3.2 POBLACIÓN ESTUDIADA

La muestra para el presente estudio fue obtenida en el servicio de Cirugía Cardiotorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 de la ciudad de Quito.

El universo fueron todos los pacientes que hayan sido operados por diagnóstico de Hiperhidrosis Primaria durante el periodo comprendido entre enero del 2008 a diciembre del 2013.

3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la selección de la muestra se utilizó la siguiente fórmula²⁰:

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde: N es el total de la población;

$z_{2\alpha}$ es 1,962 si la seguridad deseada es del 95 %;

p es la proporción esperada (en este caso 50 % ó 0,5);

q = 1 - p (en este caso 1 - 0,5 = 0,50);

d es la precisión (en este caso se desea un 3 %)

Entonces tendremos: un nivel de confianza del 95% (Z), con un error permisible (d) del 5%, tamaño poblacional de 98 pacientes que son el total de pacientes sometidos a Simpatectomía Videotorascópica desde enero 2008 a diciembre 2013

Quedando:

$$N: \quad 98 \times 3,84 \times 0,5 \times 0,5 \quad = 96 \text{ pacientes}$$

$$0,0009 \times (97) + 3,84 \times 0,5 \times 0,5$$

En el presente estudio se han incluido a 96 pacientes los cuales cumplen los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Pacientes e pleno uso de sus facultades mentales	Pacientes con enfermedades infecciosas graves, neoplasias u otras que comprometan su estado general
Edad comprendida entre 10 a 40 años en el momento de la cirugía	Edad inferior a 10 años o mayor de 40 años en el momento de la cirugía
Pacientes de sexo masculino y femenino	Pacientes con hiperhidrosis secundaria
Pacientes con diagnóstico clínico confirmado de hiperhidrosis primaria en el servicio de cirugía cardiotorácica del HE1	Pacientes que hayan utilizado otro tratamiento quirúrgico diferente para la hiperhidrosis
Pacientes que hayan manifestado su consentimiento para participar en este estudio	Pacientes que no deseen participar en el estudio

3.3.1 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN O ESCALA	INDICADOR
Diagnóstico preoperatorio de hiperhidrosis primaria	Sudoración excesiva ¹	Cualitativa	Valoración clínica	Frecuencia Porcentajes
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Entre 10 años – 40 años	Frecuencia Porcentajes
Sexo	Según sexo biológico de procedencia	Cualitativa	-Masculino -Femenino	Frecuencia Porcentajes
Servicio Militar	Según entidad militar a la que pertenezca el momento de la cirugía	Cualitativa	-Conscripto SA/SP -Tropa SA/SP -Oficial SA/SP -Familiar SA/SP	Frecuencia Porcentajes
Áreas de Hiperhidrosis	Localización de Hiperhidrosis previa a la cirugía	Cualitativa	-Palmar -Axilar -Facial -Plantar	Frecuencia Porcentajes
Calidad de vida	La calidad de vida se define como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades	Cualitativa Cuantitativa	Escala de calidad de vida de Ribas Milanez: Este cuestionario permite conocer la calidad de vida del paciente antes y después de la	Frecuencia Porcentajes

	de la persona, posee aspectos subjetivos y objetivos. ¹⁰		intervención. -Antes de la cirugía Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Mala 4 Muy mala 5 -Después de la cirugía Mucho mejor 1 Algo mejor 2 Prácticamente igual 3 Algo peor 4 Mucho peor 5	
Áreas de Satisfacción	Áreas de satisfacción en la calidad de vida del paciente después de la cirugía	Cualitativa	Áreas: -Área funcional/social -Área personal -Área emocional propia/emocional ajena -Bajo circunstancias especiales	Frecuencia Porcentajes
Autoestima	Consideración positiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano más tradicional la expresión amor propio ¹⁸	Cuantitativa Cualitativa	Escala de autoestima de Rosenberg Consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40.	Frecuencia Porcentajes

			-Muy de acuerdo -De acuerdo -En desacuerdo -Muy en desacuerdo En comparación: antes de la cirugía y después de la cirugía	
Cambios Posteriores	Efectos secundarios después de la simpatectomía	Cualitativa	-Hiperhidrosis axilar -Hiperhidrosis plantar -Sudoración compensatoria -Sudoración Gustatoria -Sudoración Phantom -Bradycardia -Neuritis -Sequedad facial -Síndrome de Horner Cada uno con una valoración de: -Leve -Moderada -Grave	Frecuencia Porcentajes

SA= Servicio Activo SP= Servicio Pasivo

3.4 PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Para el siguiente estudio el diagnóstico ya estará establecido clínicamente por el médico tratante del servicio de cardiotorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1, así también el procedimiento quirúrgico ya se habrá realizado en los quirófanos inteligentes del mismo hospital.

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las historias clínicas y la información de los pacientes se consiguieron en el departamento de Estadística del HE1. Se procedió a llamar a los mismos informándoles sobre el estudio a realizarse de esta manera se obtuvo los correos electrónicos para enviar los consentimientos informados junto a las encuestas.

La muestra se recolectó mediante la aplicación de dos cuestionarios, validados internacionalmente para medir calidad de vida y la autoestima, como son la encuesta de Ribas Milanez para pacientes con hiperhidrosis y la Escala de Autoestima de Rosenberg las cuales se realizaron en el programa Google Drive y fueron adaptadas para el presente estudio. Anexo 2 y 3

3.6 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON HIPERHIDROSIS

Actualmente existen numerosos cuestionarios que evalúan la calidad de vida de las personas, ya que se han convertido en una importante medida en la evaluación de

resultados médicos sin embargo tienen cierta limitación en cuanto a su sensibilidad ya que son aplicables a la población en general.

Por tal motivo es necesario un cuestionario específico para evaluar mejor cada enfermedad en estudio. Es así como Ribas-Milanez (2003) creó un cuestionario específico para valorar la calidad de vida del paciente con hiperhidrosis, el cual evalúa aspectos funcionales, personales, sociales y emocionales, otorgándoles una puntuación cuya sumatoria entrega una valoración de la calidad de vida pre y postoperatoria.

El cuestionario consta de 22 preguntas divididas en seis áreas: Área Funcional/Social, Área Personal, Área Emocional Propia/Emocional Ajena, Bajo Circunstancias Especiales y Cambios Posteriores; cada una de ellas (excepto el área cambios posteriores) tiene cinco niveles de respuestas tanto para antes como para después de la intervención quirúrgica, basadas en tablas que permiten una sola respuesta. Tabla 4 y Anexo2

ANTES DE LA CIRUGÍA		DESPUÉS DE LA CIRUGÍA	
EXCELENTE	1	MUCHO MEJOR	1
MUY BUENA	2	ALGO MEJOR	2
BUENA	3	PRACTICAMENTE IGUAL	3
MALA	4	ALGO PEOR	4
MUY MALA	5	MUCHO PEOR	5

Tabla 4. Codificaciones prequirúrgicas y postquirúrgicas

La puntuación total del cuestionario puede variar de 20 a 100, por lo tanto el resultado del paciente puede entonces ser clasificados en tres categorías:

1. Mayor que 68, la CDV se considera peor que antes de la cirugía.
2. De 52 a 67 se considera que no hubo ningún cambio.
3. De 20 a 51, se considera mejor que antes de la cirugía.

Para el área cambios posteriores se utiliza una graduación subjetiva del paciente en leve, moderada y severa.

Esta información se puede usar como una medida cuantitativa de los resultados de salud, a juzgar por las respuestas individuales.

Este cuestionario ha sido validado internacionalmente en países como: España, Brasil y Chile^{17,22,38,39,41}

3.7 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

La Escala de Autoestima de Rosenberg se presentó por primera vez en 1965. En un principio la escala fue aplicada a los adolescentes, pero hoy se utiliza para todos los grupos etarios. Este cuestionario es de fácil entendimiento y aplicación.

Éste cuestionario explora la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal (amor propio) y de respeto a sí mismo.¹⁸ Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos.

Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde " muy de acuerdo" a " muy en desacuerdo". Anexo 3

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 y de los ítems del 6 al 10, las respuestas de la A a D se puntúan de 1 a 4.

Interpretación:

- De 30 a 40 puntos: se considera Autoestima Adecuada.
- De 26 a 29 puntos: se considera Autoestima Media.
- Menos de 25 puntos: se considera Autoestima Baja.

Esta escala ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés, alemán, japonés, portugués, español etc. y presenta una confiabilidad sobre 0,75.⁴²

3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS versión 22.0.

3.9 ASPECTOS BIOÉTICOS

Para aplicación del estudio se ha solicitado la autorización de las siguientes autoridades:

Dr. Edison Chaves, Decano de la Facultad de Medicina de la PUCE

Dr. Estuardo Novoa, Jefe del Servicio de Cirugía Cardiorácica del HE1

Dr. Hernán Yépez, Director de Docencia e Investigación del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1

Coronel CSM. Roberto Navarrete, Director de Servicios de Salud Hospitalarios del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1

El estudio se realizó una vez obtenidas dichas autorizaciones y aprobado el protocolo. La autorización de los pacientes para la participación en el estudio fue por vía telefónica, los mismos que de manera voluntaria y previamente comunicados de los fines de la misma aceptaron la recepción del consentimiento informado y realización de las encuestas vía e-mail. Anexo 1.

Los resultados están a libre disposición del Servicio de Cirugía Cardiotorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 para posterior revisión del tema y futuras investigaciones a largo plazo.

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

4.1.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD Y GÉNERO

Tabla 4. Rangos de edad de pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis primaria, atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 durante el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido 10-19	19	19,8
20-29	50	52,1
30-39	19	19,8
40 en adelante	8	8,3
Total	96	100,0

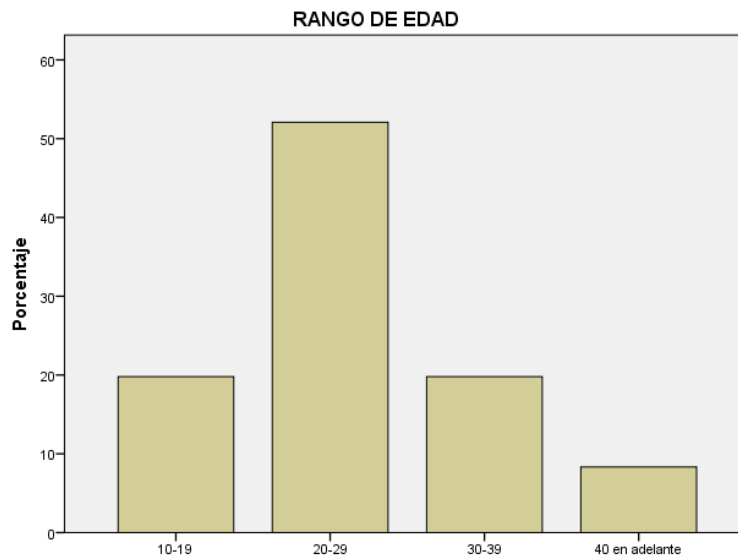
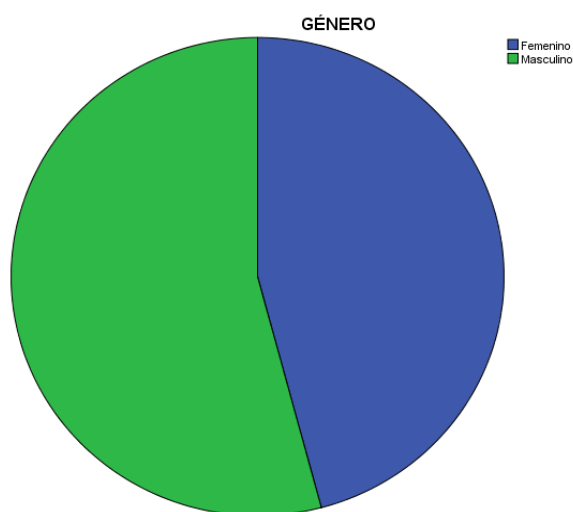


Tabla 5. Género de los pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis primaria, atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 durante el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Femenino	44	45,8
Masculino	52	54,2
Total	96	100,0

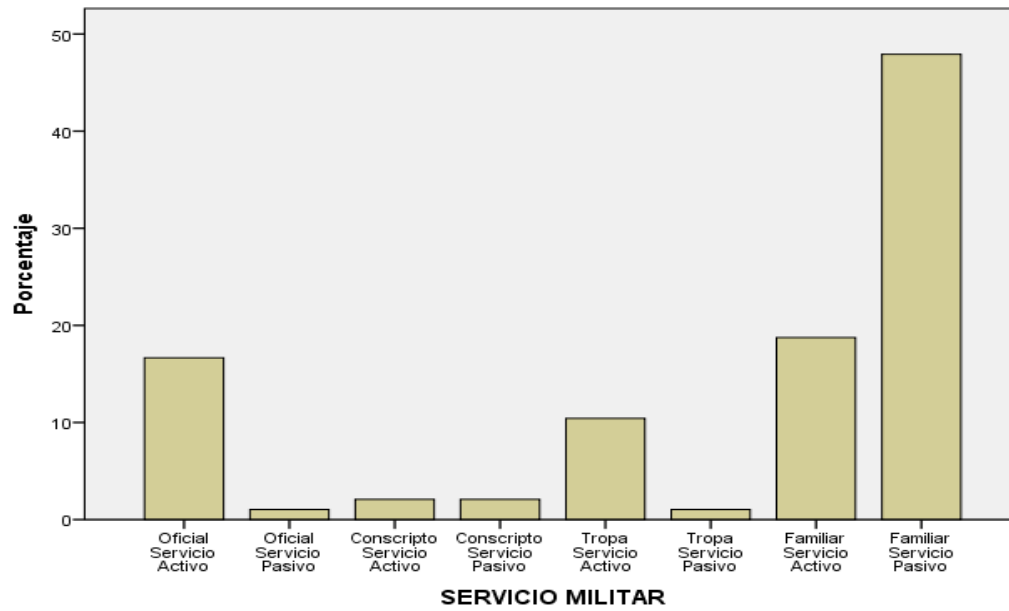


En la tablas 4 y 5 se evidencia que el rango de edad que predominó fue de 20-29 años que corresponde al 52,1%, con una media de 26 años. En cuanto al género hubo un leve predominio masculino que concierne al 54,2% del total.

SERVICIO MILITAR

Tabla 6. Servicio Militar al que pertenecieron los pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis primaria, atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 durante el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Oficial Servicio Activo	16	16,7
Oficial Servicio Pasivo	1	1,0
Conscripto Servicio Activo	2	2,1
Conscripto Servicio Pasivo	2	2,1
Tropa Servicio Activo	10	10,4
Tropa Servicio Pasivo	1	1,0
Familiar Servicio Activo	18	18,8
Familiar Servicio Pasivo	46	47,9
Total	96	100,0



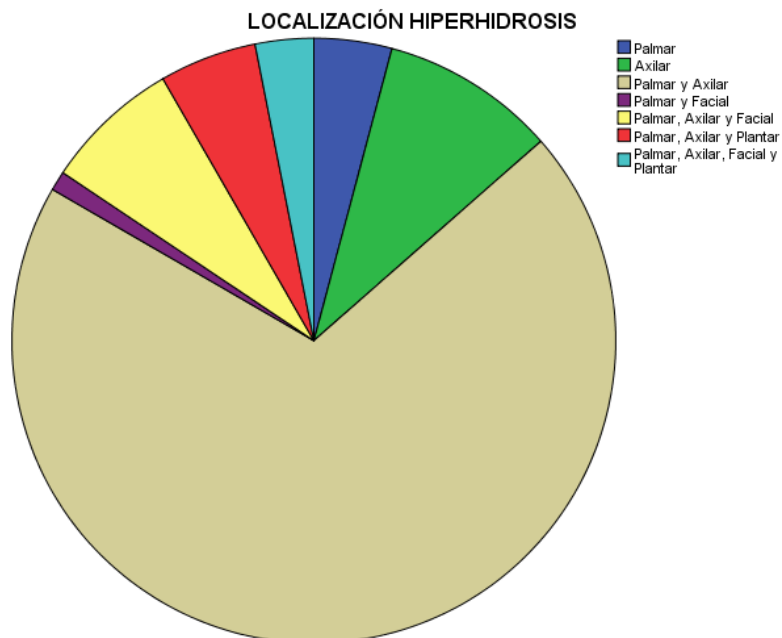
El cuadro anterior muestra que la gran mayoría de pacientes estudiados pertenecen a familiares de militares en servicio pasivo con un 47,9%, seguido de un 18,8% para familiares de militares en servicio activo y 16,7% para Oficiales en Servicio Activo. De lo que se deduce que la predominancia de la hiperhidrosis es en familiares de militares.

4.1.2 DATOS CLÍNICOS

LOCALIZACIÓN DE HIPERHIDROSIS

Tabla 7. Áreas afectadas de los pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis primaria, atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Palmar	4	4,2
Axilar	9	9,4
Palmar y Axilar	67	69,8
Palmar y Facial	1	1,0
Palmar, Axilar y Facial	7	7,3
Palmar, Axilar y Plantar	5	5,2
Palmar, Axilar, Facial y Plantar	3	3,1
Total	96	100,0



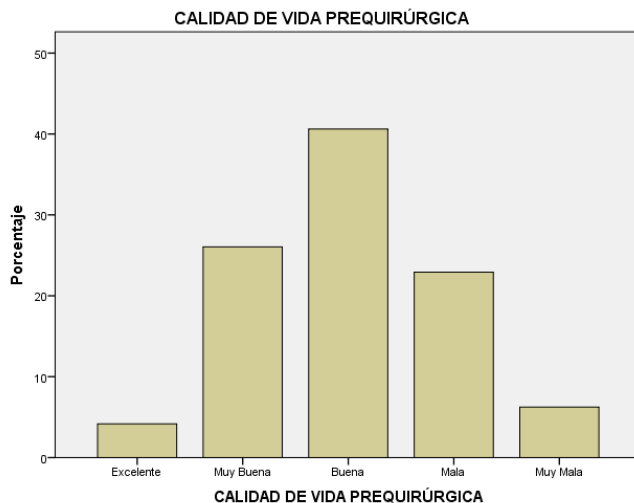
El cuadro y gráfico anterior indica que la localización más frecuente de hiperhidrosis fue la asociación palmar y axilar con un 69,8 %, en segundo lugar la zona axilar con un 9,4 %, la asociación palmar, axilar y facial con un 7,3 %, la asociación palmar, axilar y plantar con un 5,2 %, las áreas palmar y plantar aisladas se presentaron en menos del 5% de los pacientes

CALIDAD DE VIDA PREOPERATORIA Y POSTOPERATORIA

PARÁMETROS EVALUADOS EN LA CALIDAD DE VIDA	
ÁREAS	CONTENIDO
Social/Funcional	Actividades de la vida diaria
Personal	Relaciones interpersonales
Emocional	Satisfacción personal
Bajo circunstancias especiales	Situaciones estresantes
Cambios Posteriores	Efectos secundarios

Tabla 8. Calidad de Vida Prequirúrgica de los pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis primaria, atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Excelente	4	4,2
Muy Buena	25	26,0
Buena	39	40,6
Mala	22	22,9
Muy Mala	6	6,3
Total	96	100,0



Basándonos en los parámetros que son evaluados en la calidad de vida del paciente con hiperhidrosis, en la tabla y gráfico previos se muestra el análisis prequirúrgico en donde el 40,6% de la población presentó una buena calidad de vida, el cual es un

estado intermedio de bienestar, le sigue una muy buena calidad de vida con el 26% y mala con el 22,9%.

Tabla 9. Calidad de Vida Postquirúrgica de los pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis primaria, atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Mucho Mejor	64	66,7
Algo Mejor	31	32,3
Algo Peor	1	1,0
Total	96	100,0



En el análisis del cuadro y gráfico previo vemos que en más de la mitad de pacientes que corresponde al 66,7% presentaron una calidad de vida Mucho Mejor después de la cirugía y el 32,3 % refirieron sentirse algo mejor, solo el 1% de la población manifestó sentirse algo peor. Lo que demuestra que la cirugía produce un alto índice de mejora de la calidad de vida.

4.1.3 CORRELACIONES

Tabla 10. Comparación de la calidad de vida antes y después de la intervención quirúrgica de los pacientes con hiperhidrosis primaria atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorádica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

		CALIDAD DE VIDA POSTQUIRÚRGICA	
		Algo Mejor	Mucho Mejor
CALIDAD DE VIDA PREQUIRÚRGICO	Muy Mala	1 3,4%	6 9,1%
	Mala	6 20,7%	15 22,7%
	Buena	17 58,6%	21 31,8%
	Muy Buena	3 10,3%	22 33,3%
	Excelente	2 6,9%	2 3,0%
	Total	29 30,5%	66 69,5%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,288 ^a	4	,054
Razón de verosimilitud	9,881	4	,042
Asociación lineal por lineal	,008	1	,929
N de casos válidos	95		

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,22.

En la tabla anterior se exponen los resultados de la aplicación del cuestionario de calidad de vida prequirúrgica y postquirúrgica de Ribas Milanez (2003), al realizar la comparación vemos que el 58,6% de los pacientes que presentaban una CDV preoperatoria buena tuvieron una CDV postoperatoria algo mejor y un 31,8% tuvieron una calidad de vida mucho mejor, por otra parte los pacientes que tuvieron una calidad de vida preoperatoria mala, el 20,7% mostró una mejoría con algo mejor y el 22,7% de pacientes con mucho mejor.

Para realizar este análisis se escogieron a 95 de los 96 pacientes del total de la muestra ya que en la categoría postquirúrgica en el dominio algo peor solo hubo un resultado y para los dominios prácticamente igual y mucho peor no existieron resultados.

Al haber más del 20% de las frecuencias esperadas no se puede aplicar la prueba de chi cuadrado por lo que se tomó a la razón de verosimilitud como prueba estadística así lo señala Sánchez J.⁴⁴ quien explica que la prueba G o razón de verosimilitud es una prueba alternativa del chi cuadrado que puede ser utilizada en estos casos.

Por lo tanto decimos que existió asociación entre las variables de calidad de vida pre y postquirúrgica siendo ésta estadísticamente significativa y no producto del azar con un valor para la razón de verosimilitud de 9,881 y una significancia=0,042

Tabla 11. Correlación de la calidad de vida antes de la simpatectomía con la autoestima prequirúrgica de los pacientes con hiperhidrosis primaria atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorádica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

		AUTOESTIMA		
		AUTOESTIMA BAJA	AUTOESTIMA MEDIA	AUTOESTIMA ADECUADA
CALIDAD DE VIDA PREQUIRÚRGICA	Muy Mala	1 4,5%	1 4,8%	3 5,7%
	Mala	5 22,7%	5 23,8%	12 22,6%
	Buena	11 50,0%	9 42,9%	18 34,0%
	Muy Buena	5 22,7%	6 28,6%	15 28,3%
	Excelente	0 0,0%	0 0,0%	5 9,4%
	Total	22 21,9%	21 21,2%	53 56,8%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,085 ^a	8	,748
Razón de verosimilitud	6,605	8	,580
Asociación lineal por lineal	1,111	1	,292
N de casos válidos	96		

a. 7 casillas (46,7%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,88.

En los datos de la tabla 11 se evidencia que el 50,0% de los pacientes que tenían una CDV prequirúrgica buena tenían una autoestima baja y solo el 34,0% tenían una autoestima adecuada. Por el contrario el 22,7% de los pacientes que tenían una CDV prequirúrgica mala presentaban una autoestima baja y el 22,6% tuvieron autoestima adecuada.

Existió independencia en cada una de estas variables es decir los valores que tomó una de ellas no afectó a los de la otra ni a sus probabilidades por lo tanto decimos que no hubo asociación estadísticamente significativa con un valor de verosimilitud= 6,605 y una significancia=0,580

Tabla 12. Correlación de la calidad de vida después de la simpatectomía con la autoestima postquirúrgica de los pacientes con hiperhidrosis primaria atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorádica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

		AUTOESTIMA		
		AUTOESTIMA BAJA	AUTOESTIMA MEDIA	AUTOESTIMA ADECUADA
CALIDAD DE VIDA POSTQUIRÚRGICA	MUCHO MEJOR	5 55,6%	8 66,7%	51 68,9%
	ALGO MEJOR	4 44,4%	4 33,3%	23 31,1%
Total		9 10,3%	12 12,7%	74 77,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,655 ^a	2	,721
Razón de verosimilitud	,628	2	,731
Asociación lineal por lineal	,571	1	,450
N de casos válidos	95		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 2,94.

En la tabla 12 se observa que el 44,4% de los pacientes que después de la cirugía presentaron una CDV algo mejor, tuvieron una autoestima baja y el 31,1% presentaron una autoestima adecuada. Mientras que el 55,6% de los pacientes que se sentían mucho mejor presentó autoestima baja y el 68,9 manifestó haber mejorado su autoestima a un valor adecuado. La distribución de estas variables fue similar una con otra es decir que las frecuencias de las filas y las columnas fueron aproximadamente proporcionales de tal manera existió independencia entre ellas, por lo tanto no hay asociación estadísticamente significativa con un valor de razón de verosimilitud= 0,628 y una significancia de 0,731.

Tabla 13. Comparación de la autoestima antes y después de la intervención quirúrgica de los pacientes con hiperhidrosis primaria atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

		AUTOESTIMA POSTQUIRÚRGICA		
		AUTOESTIMA BAJA	AUTOESTIM A MEDIA	AUTOESTIMA ADECUADA
AUTOESTIMA PREQUIRÚRGICA	AUTOESTIMA BAJA	5	6	11
		55,6%	50,0%	14,7%
	AUTOESTIMA MEDIA	2	4	15
		22,2%	33,3%	20,0%
	AUTOESTIMA ADECUADA	2	2	49
		22,2%	16,7%	65,3%
	Total	9	12	75
		6,7%	9,0%	84,3%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,489 ^a	4	,002
Razón de verosimilitud	17,214	4	,002
Asociación lineal por lineal	14,669	1	,000
N de casos válidos	96		

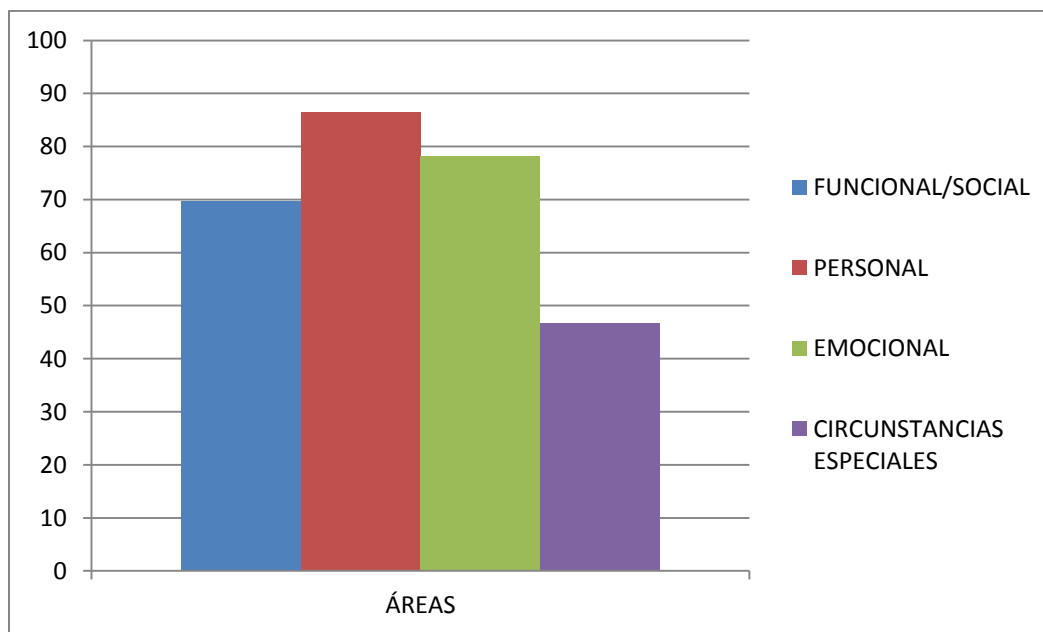
a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1,97.

En la tabla anterior se exponen los resultados comparativos de la aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg antes y después de la simpatectomía, vemos que los pacientes que presentaban antes autoestima baja después de la cirugía el 55,6% presento baja autoestima, el 50,0% cambio a autoestima media y tan solo el 14,7% tuvo autoestima adecuada. En cuanto a los pacientes con previa autoestima adecuada el 65,3% se mantuvo con la misma escala mientras que el 22,2% obtuvo una menor autoestima después de la cirugía.

La asociación entre estas variables fue estadísticamente significativa con un valor de razón de verosimilitud= 17,214 y una significancia del 0,002. Por lo tanto se muestra que la distribución que obtuvo la variable autoestima postquirúrgica fue diferente de la variable autoestima prequirúrgica.

Así se reafirma que la autoestima de los pacientes con hiperhidrosis tuvo una gran mejoría después de la cirugía.

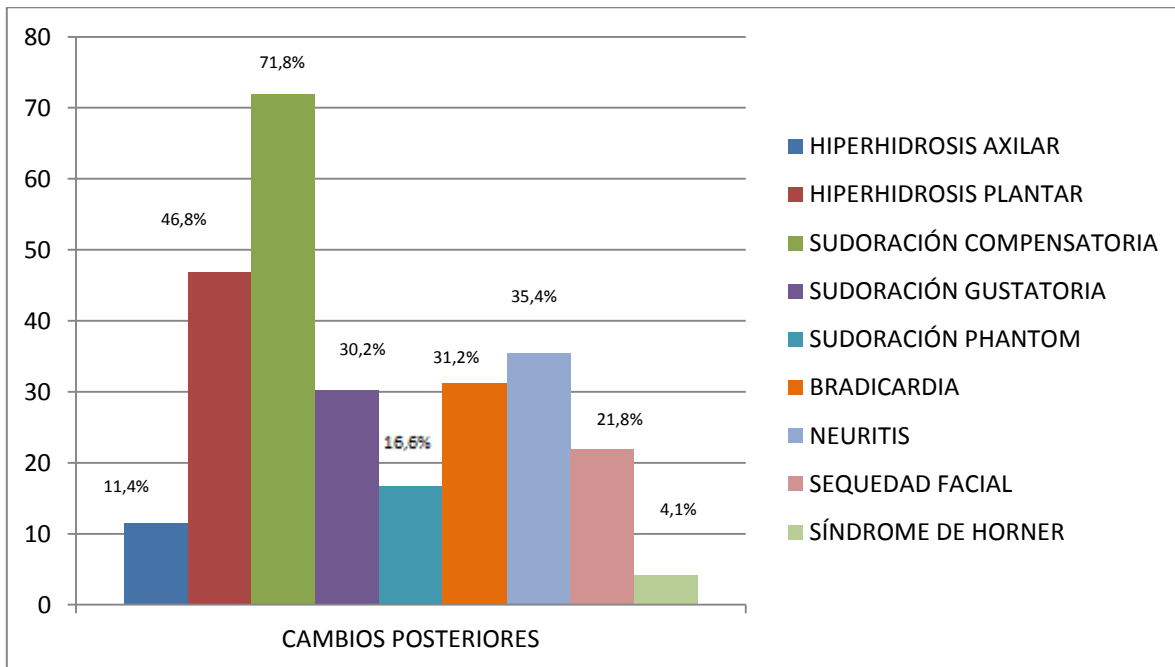
Tabla 14. Áreas de Satisfacción que mejoraron en los pacientes sometidos a simpatectomía por hiperhidrosis primaria atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.



En cuanto a las áreas que mejoraron en la vida de los pacientes después de la cirugía, podemos ver en el gráfico anterior que el 86,4% refirió una mayor cambio en el área personal seguida del área emocional propia – ajena con un 78,1% y el área funcional con un 69,7%.

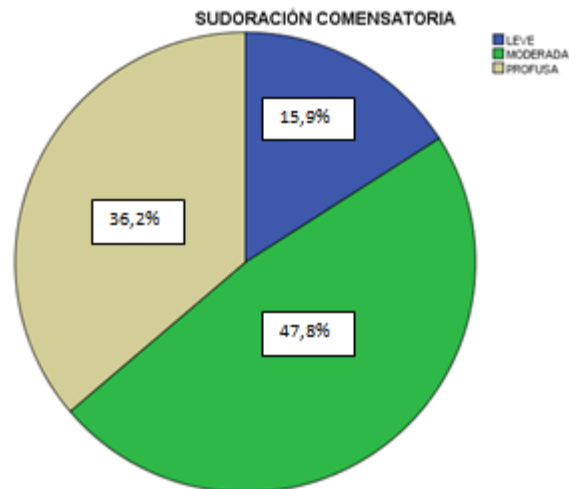
El área que menor cambio tuvo en los pacientes fue bajo circunstancias especiales representando el 46,8%.

Tabla 15. Cambios posteriores después de la simpatectomía videotoracoscópica que presentaron los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.



En el gráfico anterior evidenciamos que 69 (71,8%) pacientes refirieron presentar sudoración compensatoria como mayor complicación postquirúrgica, como siguiente complicación se encontró la hiperhidrosis plantar donde 45 (46,8%) pacientes manifestaron presentarla en cuanto al tercer inconveniente postoperatorio se encontró la neuritis que la presentaron 34 (35,4%) pacientes. El Síndrome de Horner no se presentó en ninguno de los pacientes, solo una variación de éste como es la ptosis palpebral fue manifestada por tan solo 4 (4,1%) pacientes..

Tabla 16. Grado de sudoración compensatoria postquirúrgica que presentaron los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Cardiorácica del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.



Se muestra que de los 69 pacientes que presentaron sudoración compensatoria, el 47,8% mostraron sudoración moderada, el 36,2% mostró sudoración profusa y sólo en el 15,9% de los pacientes fue leve. Siendo este efecto postquirúrgico muy frecuente en los pacientes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la investigación fue determinar la mejora de la autoestima y calidad de vida mediante la aplicación de dos cuestionarios en pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis primaria que fueron sometidos a simpatectomía en el hospital de especialidades de las fuerzas armadas N°1 durante el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2013.

El estudio realizado fue un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, no randomizado, con una muestra representativa de 96 sujetos, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión, para ser integrados a esta investigación.

Los cuestionarios utilizados fueron el cuestionario de calidad de vida de Ribas Milanez (2003), el cual es específico para medir la calidad de vida de los pacientes con hiperhidrosis primaria y la escala de autoestima de Rosenberg que es un cuestionario de autoestima para todo tipo de pacientes, ambos validados internacionalmente.^{17,22,38,39,41,42}

En el presente estudio se evidenció que el rango de edad que predominó en el momento de la intervención quirúrgica fue de 20-29 años que corresponde al 52,1% de la población seguido del grupo de 10-19 años con un 19,8%. Lo que coincide con la literatura que indica que la población joven (por lo general menor de 25 años) es la más intervenida.²⁸

Con respecto al sexo numerosos estudios indican que no existe diferencia entre ellos, solo se encontró una publicación la cual menciona que el género femenino es ligeramente el más afectado.²² En este estudio se encontró que existió un ligero predominio del sexo masculino con un 54,2%, que puede corresponder a que el personal que ingresa a las Fuerzas Armadas es predominantemente masculino. En cuanto al servicio militar al que correspondían, el

grupo mayoritario fueron los familiares de militares en servicio pasivo que corresponde al 47,9% y activo correspondiente al 18,8%. Este hecho es importante ya que la hiperhidrosis tiene un 50% de herencia autosómica dominante,²¹ con lo que se respaldaría que la familia es la más afectada.

Al analizar la localización de la Hiperhidrosis en los pacientes se encontró que las áreas asociadas palmar y axilar fueron las más afectada representadas con el 69,8%, el área axilar por sí sola se vió afectada en un 9,4%, la asociación palmar, axilar y facial corresponde al 7,3%, el conjunto axilar, palmar y plantar fue de 5,2% y la asociación de zonas menos afectación fueron la palmar y facial siendo únicamente 1%. Estos datos presentan una ligera variación en cuanto a la asociación palmar, axilar y plantar, pues en la literatura indica que éstas se presentan en un porcentaje mayor correspondiente al 30%.²⁵ Una posible explicación para esto es que en la mayoría de trabajos se estudiaron en grupos de edad de adolescentes y adultos jóvenes, por el contrario en el actual estudio existió un grupo poblacional muy variable, en cuanto al grupo de edad y servicio militar al que correspondían. En relación a la hiperhidrosis facial o craneal, la presentación aislada es bastante inusual siendo que en nuestro estudio se presentó únicamente en el 1% y la literatura indica una presentación del 2,5%.

El actual estudio muestra que la CDV preoperatoria de los pacientes con HP se encontraba entre buena (40,6%), muy buena (26,0%) y mala (22,9%), tan solo un 4,2% presentó una excelente calidad de vida, pero después de la cirugía estos datos se muestran positivos pues el 66,7% manifestó presentar una calidad de vida mucho mejor y el 32,3% presentó algo mejor, sólo hubo 1 paciente (1%) empeoró, operado por hiperhidrosis palmar y axilar, quien desarrollo sudoración compensatoria profusa.

Haciendo una comparación preoperatoria y postoperatoria en cuanto a la calidad de vida, se analizó que después de la cirugía el 69,5% de los pacientes mejoraron presentando una calidad de vida mucho mejor y el 30,5% mejoró presentando una calidad de vida algo mejor, siendo estos datos estadísticamente significativos ($p \leq 0,005$). Por lo tanto la mejoría de la calidad de vida con la simpatectomía se ve en todas las categorías y es concordante con lo reportado en la literatura donde se muestra que los pacientes se sienten mejor después de la cirugía y su enfermedad ya no es más una limitación en su vida.^{5,17,22,43}

Las áreas en las cuales los pacientes después de la simpatectomía tuvieron más satisfacción fueron: el área personal con un 86,4%, el área emocional con un 78,1% y el área funcional/social con un 69,7% tal como lo muestra el trabajo de Rúa N. e Hinestroza J.³⁹

Si comparamos la calidad de vida preoperatoria con la autoestima, se observa que de los pacientes que presentaban una mala calidad de vida prequirúrgica, el 22,7% tenían una autoestima baja y la población que tenían una buena CDV la mitad (50,0%) presentaba una autoestima baja. Por el contrario después de la cirugía los pacientes que se sentían mucho mejor, el 68,9% presentaron una autoestima adecuada y de los que opinaban tener una vida algo mejor el 31,1% obtuvo una buena autoestima, de los datos obtenidos vemos que existe una tendencia a la baja autoestima antes de la cirugía y una mejor autoestima postoperatoria.

En cuanto a la relación de la autoestima preoperatoria y postoperatoria, los datos demuestran que hubo un cambio significativo, pues el 84,3% de los pacientes manifestaron una autoestima adecuada, el 9% obtuvo una autoestima media y únicamente el 6,7% presentó autoestima baja después de la cirugía. Vemos que los pacientes después de la

cirugía muestran en general una buena autoestima la cual es requisito para una vida plena y saludable.

Todo lo mencionado anteriormente concuerda con el estudio realizado en Brazil por Ribas J. et al⁴¹ donde se indica que después de la simpatectomía el paciente hiperhidrótico normaliza su ansiedad social y presenta una significativa mejora en la autoestima.

Al analizar la variable cambios posteriores se encontró que la sudoración compensatoria fue el efecto secundario más reportado, pues 69 (71,8%) pacientes manifestaron desarrollarla, de ellos en el 47,8% fue moderada en su mayoría. Este hecho coincide con la literatura mundial la cual indica que este problema oscila entre el 60 al 90% de los pacientes.^{5,21,28}

Otro efecto adverso menor que llama la atención es la Neuritis (dolores como latigazos constantes en alguna región del tórax o brazo) pues el 35,4% la manifestó, el mismo que cede con analgésicos de 3 a 5 días después de la intervención. En la revisión bibliográfica de este trabajo se encontró un estudio publicado por Zhu L. et al.¹² en donde explican como novedad que una nueva técnica quirúrgica, ha sido desarrollada para evitar el dolor postoperatorio neurítico causado por la lesión del nervio intercostal, que podría ser mediante el abordaje transumbilical . En un futuro esta técnica sería una alternativa aunque el abordaje con toracoscópios cada vez más pequeños evitaría las neuritis y cicatrices en el sitio de abordaje.

En último lugar una variante del Síndrome de Claude-Bernard-Horner, como fue la ptosis palpebral en el grupo estudiado se presentó en penas un 4% de pacientes siendo ésta transitoria y que remitió a los pocos días.

La limitación más importante de este estudio fue la falta de información epidemiológica y estadística en el Ecuador del grupo de pacientes afectados con esta patología, por lo que se tomó como referencia, estadísticas mundiales. Por lo tanto este trabajo es pionero en cuanto a datos epidemiológicos de Hiperhidrosis Primaria en el Ecuador, lo cual será de gran utilidad para futuros estudios.

CONCLUSIONES

1. El género que predominó fue el masculino, mientras que los adultos jóvenes y familiares de militares fueron la población más intervenida quirúrgicamente
2. Al ser la hiperhidrosis una patología crónica que afecta a la población adolescente y adulta joven en su mayoría y que los pacientes buscan otros tratamientos temporales, la calidad de vida se vió afectada medianamente en la población estudiada del servicio de cirugía cardiorácica del hospital de especialidades de las fuerzas armadas N°1 observándose que los pacientes en su mayoría presentaban una buena calidad de vida que es un estado intermedio de bienestar.
3. La simpatectomía sin duda conllevó a que los pacientes se sintieran mucho mejor en su vida sin mayor riesgo de morbilidad, de aquí su tan comentada eficacia y seguridad.
4. La autoestima prequirúrgica tuvo tendencia a ser baja por el contrario la autoestima postquirúrgica mejoró indudablemente, salvo en los pacientes que después de la cirugía no sintieron gran mejoría donde la autoestima media - baja predominó.
5. Las áreas con mayor cambio fueron la personal, seguida de la emocional y el desempeño físico/social. Esferas de gran relevancia en la plenitud de la vida.

6. La sudoración compensatoria fue la más frecuente molestia que presentaron los pacientes, en la cual recayó una poca satisfacción en un pequeño número de pacientes.

7. Por lo expuesto en este trabajo y como conclusión final puedo manifestar que la simpatectomía videotoracosópica asistida definitivamente es el mejor tratamiento definitivo para la hiperhidrosis primaria ya que de esta manera ayuda a los pacientes a tener una mejor calidad de vida y una mejor autoestima.

RECOMENDACIONES

1. En el Ecuador no se dispone de datos estadísticos ni epidemiológicos, de esta patología tan común como es la hiperhidrosis primaria, por lo que se recomienda iniciar investigación enfocada sobre este tema en nuestro medio.
2. En todos los niveles de atención de salud, principalmente en el tercer nivel, es importante la valoración de la calidad de vida, principalmente en pacientes con enfermedades crónicas que tienen gran repercusión en la vida diaria como la hiperhidrosis localizada, de ahí la necesidad de un manejo que abarque tanto molestias físicas como psicológicas.
3. La inseguridad que presenta el paciente con hiperhidrosis es una gran limitación para la búsqueda de un tratamiento definitivo, por lo que mi recomendación es promocionar la simpatectomía, pues la población está más enterada de tratamientos cosméticos temporales.
4. Para la realización de nuevas investigaciones espero que este estudio sirva como herramienta de referencia en nuestra población.
5. Invito a difundir y dar a conocer tanto a médicos como a pacientes, este tipo de herramientas para valoración de calidad de vida y autoestima, permitiendo así un manejo integral del paciente.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento Informado para participar en la investigación

Tema: “Mejora de la Autoestima y Calidad de Vida del Paciente Sometido a Simpatectomía Videotorascópica por Hiperhidrosis Primaria en el Hospital de Especialidades de Las Fuerzas Armadas N°1 durante el periodo de Enero de 2008 a Diciembre de 2013 en la ciudad de Quito”

Investigadora: Stefany López

Lugar: Hospital de Especialidades de Las Fuerzas Armadas N°1. Quito, Ecuador 2014.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que ponga su nombre en esta ficha de consentimiento.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. Demostrar la mejora de la calidad de vida y de la autoestima en los pacientes con hiperhidrosis que fueron sometidos a simpatectomía videotorascópica.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO. Determinar la mejora de la autoestima y calidad de vida del paciente sometido a simpatectomía videotorascópica por hiperhidrosis en el hospital de especialidades de las fuerzas armadas N°1.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO. Este estudio pretende evaluar si existe mejora de la calidad de vida y la autoestima en los pacientes con hiperhidrosis que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico como es la simpatectomía videotorascópica, a fin de tener datos positivos y así recomendar a la población un tratamiento definitivo para esta patología.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO. Si accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta virtual, la cual será enviada a su correo electrónico y usted tendrá un máximo de 3 días para responderla.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO. Usted no será sometido a ningún riesgo al participar en este estudio

6. ACLARACIONES.

- Su participación en el estudio es voluntaria.
- La información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.
- No habrá ningún perjuicio para usted en caso de no participar.
- Si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee.
- Usted puede pedir información al investigador sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido

Desde ya se agradece su participación.

7. PARTICIPACIÓN

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

ANEXO 2

ENCUESTA PRE Y POSTQUIRÚRGICA PARA PACIENTES CON HIPERHIDROSIS

*Obligatorio

Sexo *

- Masculino
- Femenino

Edad *

Servicio Militar al que pertenece *

Este estudio está COMPLETAMENTE RESTRINGIDO A CUESTIONES QUE VERSAN SOBRE SU BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA PREVIA Y POSTERIOR A LA CIRUGIA PARA LA CORRECCION DE SU HIPERHIDROSIS (SUDOR EXCESIVO). Toda información que nos suministre resultará en su favor ya que queremos conocer cómo se siente actualmente y en qué grado mejoro al realizar sus actividades cotidianas. Por favor responda a cada pregunta escogiendo la opción que mejor se ajuste. Si tuviese alguna duda sobre la respuesta, lea de nuevo la pregunta e intente responderla del modo que más se aproxime a su opinión (lo mejor que pueda).

1. En términos generales, ¿Cómo calificaría su calidad de vida previa a la intervención quirúrgica? *

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Mala
- Muy Mala

2. Comparado con el periodo previo a la intervención. ¿Cómo calificaría su calidad de después de la intervención? *

- Mucho Mejor
- Algo Mejor
- Prácticamente Igual
- Algo Peor
- Mucho Peor

3. Campo o área de estudio: ÁREA FUNCIONAL/SOCIAL. En relación a los siguientes aspectos, ¿Cómo calificaría su calidad de vida? *

ANTES DE LA CIRUGÍA

	Excelente	Muy Buena	Buena	Mala	Muy Mala
Para escribir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para trabajos manuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para su entretenimiento favorito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para la práctica de deportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para dar la mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para estar con amigos (lugares públicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para coger objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para bailar en sociedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Opcional) Para conducir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

	Mucho Mejor	Algo Mejor	Prácticamente Igual	Algo Peor	Mucho Peor
Para escribir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para trabajos manuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Mucho Mejor	Algo Mejor	Prácticamente Igual	Algo Peor	Mucho Peor
Para su entretenimiento favorito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para la práctica de deportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para dar la mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para estar con amigos (lugares públicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para coger objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para bailar en sociedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Opcional) Para conducir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Campo o área de estudio: ÁREA PERSONAL. Con su pareja o cónyuge, ¿Cómo calificaría su calidad de vida? *

ANTES DE LA CIRUGÍA

	Excelente	Muy Buena	Buena	Mala	Muy Mala
Para cogerse de la mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para caricias íntimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para relaciones íntimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

	Mucho Mejor	Algo Mejor	Prácticamente Igual	Algo Peor	Mucho Peor
Para cogerse de la mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para caricias íntimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para relaciones íntimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Campo o área de estudio: ÁREA EMOCIONAL PROPIA/EMOCIONAL AJENA. ¿Cómo calificaría el hecho que tras sudar excesivamente... *

ANTES DE LA CIRUGÍA

	Excelente	Muy Buena	Buena	Mala	Muy Mala
...Siempre tuvo que sincerarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Le rechazan sutilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

	Mucho Mejor	Algo Mejor	Prácticamente Igual	Algo Peor	Mucho Peor
...Siempre tuvo que sincerarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Le rechazan sutilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Campo o área de estudio: BAJO CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES. ¿Cómo calificaría su calidad de vida cuando se encuentra... *

ANTES DE LA CIRUGÍA

	Excelente	Muy Buena	Buena	Mala	Muy Mala
... en un ambiente cerrado o muy caluroso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tenso o preocupado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...pensando en su enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...antes de una prueba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...caminando descalzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...calzando sandalias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...con ropa de color?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...con ropa de trabajo, cuero o guantes de goma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hablando en público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...al tener problemas laborales o académicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

	Mucho Mejor	Algo Mejor	Prácticamente Igual	Algo Peor	Mucho Peor
... en un ambiente cerrado o muy caluroso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tenso o preocupado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...pensando en su enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...antes de una prueba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...caminando descalzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...calzando sandalias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...con ropa de color?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...con ropa de trabajo, cuero o guantes de goma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hablando en público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...al tener problemas laborales o académicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Campo o área de estudio: CAMBIOS POSTERIORES (DESPUÉS DE LA CIRUGÍA) *

¿Ha notado alguna alteración corporal de las que exponemos...

	SI	NO
...hiperhidrosis axilar (sudoración en axilas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hiperhidrosis plantar (sudoración en plantas de pies)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sudoración compensatoria (en otra zona)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sudoración gustatoria (al comer o ir a comer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sudoración phantom (persistencia de la misma sensación que solía tener antes de empezar a sudar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...disminución del número de pulsaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...neuritis (dolores como latigazos o constantes en alguna región del tórax o el brazo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sequedad facial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Sd. de Horner (caída del párpado, ojo metido hacia adentro o pupila pequeña en comparación con la otra)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Cuál fue el grado de afectación corporal?

Por favor responda en las opciones en las cuales haya respondido SI en la pregunta anterior

	Leve	Moderada	Profusa
...hiperhidrosis axilar (sudoración en axilas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hiperhidrosis plantar (sudoración en plantas de pies)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sudoración compensatoria (en otra zona)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sudoración gustatoria (al comer o ir a comer)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sudoración phantom (persistencia le la misma sensación que solía tener antes de empezar a sudar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...disminución del número de pulsaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...neuritis (dolores como latigazos o constantes en alguna región del tórax o el brazo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Leve	Moderada	Profusa
...sequedad facial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Sd de Horner (caída del párpado, ojo metido hacia adentro o pupila pequeña en comparación con la otra)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Elija tres áreas o campos de estudio en las cuales hayan mejorado su calidad de vida. *

- FUNCIONAL/SOCIAL
- PERSONAL
- EMOCIONAL PROPIO
- EMOCIONAL AJENO
- CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

10. Indique las zonas de sudor excesivo previo a la cirugía *

- Manos
- Axilas
- Cara
- Pies

ANEXO 3

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

11. Las siguientes preguntas evaluarán el grado de satisfacción consigo mismo *
ANTES DE LA CIRUGIA

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que no tengo mucho de lo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
que estar orgulloso.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo creo que no soy una buena persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy convencido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
de que tengo buenas cualidades.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay veces que realmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en
desacuerdo

pienso que
soy un
inútil.

A menudo
creo que no
soy una
buena
persona.



Enviar

BIBLIOGRAFÍA

1. Villagra P, Ribas J. Tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis: simpatectomía torácica endoscópica bilateral. *Folia dermatol Perú*. 2004; 15 (2): 115-120.
2. González FM. Apuntes sobre la hiperhidrosis primaria desde la Psicología. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*. 2012. 9(1).
3. Padilla MA. [Página en Internet]. México: Cirugía de tórax; (C)2009 [actualizada en 2009; acceso 14 agosto 2013]. Hiperhidrosis; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.cirugiadetorax.com/v9/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=4&Itemid=1
4. Sociedad Internacional de Hiperhidrosis [Página en internet]. EE.UU.: Sociedad Internacional de Hiperhidrosis; (C) 2003-2014 [actualizada en 2013; consultado 12 diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.sweathelp.org/en/>
5. Zamarín J, Egaña J, Berríos R. Calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis primaria sometidos a simpatectomía videotoracoscópica. *Rev. Chilena de Cirugía*. Oct 2011; 63(5): 498.
6. Benson R, Palin R, Holt P. Diagnóstico y tratamiento de la hiperhidrosis. *BMJ*. 2013 Nov 25; 347: f6800.
7. Vorkamp T, Foo J, Khan S, Schmitto J, Wilson P. Hyperhidrosis: Evolving concepts and a comprehensive review. *Surgeon*. Oct 2010; 8(5):287–292.

8. Yuncu G, Turk F, Ozturk G, Atinkaya C. Comparison of only T3 and T3–T4 sympathectomy for axillary hyperhidrosis regarding treatment effect and compensatory sweating. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2013 May 3; 17(2):263-267.
9. Bejarano B, Manrique M. Simpatectomía toracoscópica: una revisión de la literatura. *Neurocirugía*. 2010; 21:5-13.
10. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. [Revista en línea] 2003 [Consultado 12 diciembre 2013]; 35(2):161-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>.
11. Peralta FJ, Sánchez MD. Relaciones entre el autoconcepto y el rendimiento académico, en alumnos de educación primaria. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*. [Revista en línea] 2003 [Consultado 12 diciembre 2013]; 1(1): 95-120. Disponible en: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/1/espanol/Art_1_7.pdf
12. Zhu L, Du Q, Chen L, Yang S, Tu Y, Chen S, et al. One-year follow-up period after transumbilical thoracic sympathectomy for hyperhidrosis: Outcomes and consequences. *J Thorac Cardiovasc Surg*. Jan 2014; 147(1):25-29.
13. Tetteh HA, Groth SS, Kast T, Whitson BA, Radosevich DM, Klopp AC, et al. Primary palmoplantar hyperhidrosis and thoracoscopic sympathectomy: a new objective assessment method. *Ann Thorac Surg*. Jan 2009; 87(1):267-74.

14. Schneier FR, Heimberg RG, Liebowitz MR, Blanco C, Gorenstein LA. Social anxiety and functional impairment in patients seeking surgical evaluation for hyperhidrosis. *Compr Psychiatry*. Nov 2012; 53(8):1181-1186.
15. Kuijpers M, Klinkenberg T, Bouma W, DeJongste M, Mariani M et al. Single-port one-stage bilateral thoracoscopic sympathectomy for severe hyperhidrosis: prospective analysis of a standardized approach. *J Cardiothorac Surg*. 2013 Nov 26; 8:216.
16. Ibrahim M, Menna C, Andreetti C, Ciccone A, D'Andrilli A, Maurizi G, et al. Bilateral Single-Port Sympathectomy: Long-Term Results and Quality of Life. *BioMed research international*. 2013; Article ID 348017, 6 pages.
17. Milanez J, Kauffman P, De Campos E, Andrade L, Kusniek, Wolosker N, et al. Quality of life, before and after thoracic sympathectomy: report on 378 operated patients. *Ann Thorac Surg*. Sep 2003; 76(3):886–891.
18. Albo J, Núñez J, Navarro J, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *Span J Psycho*. 2007; 10(2):458-467.
19. Vázquez J, Jiménez R, Vázquez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psico*. 2004; 22(2):247-255. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL22_2_6.pdf
20. Lwanga S, Lemeshow S. Sample size determination in health studies [libro electrónico]. England: World Health Organization; 2000 [Consultado 20 diciembre 2014]. Disponible en: http://www.tbrieder.org/publications/books_english/lemeshow_samplesize.pdf

21. Rubio MM. [Página en internet]. España: Jano.es; (C)2014 [actualizada en 2014; acceso 27 abril 2014]. Aproximación diagnóstica y terapéutica a la hiperhidrosis; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:
http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1758/51/00510055_LR.pdf
22. Loscertales J. et al. Tratamiento de la hiperhidrosis palmar por simpatectomía torácica. Resultados inmediatos y calidad de vida postoperatoria. Arch Bronconeumol. 2004; 40(2):67-71.
23. Grimalt R, Callejas M. Hiperhidrosis Diagnóstico y tratamientos actuales [libro electrónico]. Madrid: Panamericana; 2004 [Consultado 27 abril 2014]. Disponible en: books.google.com.ec/books?isbn=8479038853
24. Callejasa M, Grimaltb R, Cladellas E. Actualización en hiperhidrosis. Actas Dermosifiliogr. 2010; 101(2):8-110.
25. Macía I. Hiperhidrosis primaria. Situación actual de la cirugía del simpático. Cir Esp. 2010; 88(3):146–151.
26. Benson R, Palin R, Holt P, Loftus I. Diagnosis and management of hyperhidrosis. BMJ 2013; 347:f6800
27. Londoño A, Gómez L, Hernández C, Mendoza N. Evaluación de la técnica quirúrgica "curetaje" axilar para el tratamiento de la hiperhidrosis axilar, fase retrospectiva. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2012; 20(4):314-321
28. Cerfolio R. et al. The society of thoracic surgeons expert consensus for the surgical treatment of hyperhidrosis. Ann Thorac Surg. 2011 May; 91(5):1642-1648

29. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Rev Int Psicol Ter Psicol. 2012; 30(1):61-71

30. Fernández J, Fernández M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Revista Española de Salud Pública [Revista en línea] 2010 [Consultado 28 abril 2014]; 84(2): 169-184. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17012512005>> ISSN 1135-5727

31. Hurtado I. [Página en internet]. Chile: GestioPolis; (C)2014 [actualizada en 2014; acceso 29 abril 2014]. Autoestima: concepto, formación, desarrollo e indicaciones acerca de su diagnóstico; [aprox. 1 pantalla].

Disponible en:

<http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/3.6.%20AUTOESTIMA.pdf>

32. Massó F. ¡Ponte a vivir!: valores y autoestima [libro electrónico]. Madrid: Eneida; 2001 [Consultado 28 abril 2014]. Disponible en:

http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/IIguianorexia_4.pdf

33. Branden N. Como mejorar su autoestima [libro electrónico]. Paidós Iberica; 2010 [Consultado 29 abril 2014]. Disponible en:

http://www.amarseaunomismo.com/descargas/como-mejorar-su-autoestima_nathaniel-branden.pdf

34. Gatto G. et al. Evaluation of anxiety and depression prevalence in patients with primary severe hyperhidrosis. *An Bras Dermatol*. 2014; 89(2):230-235.
35. Gross K, Schote A, Schneider K, Schulz A, Meyer J. Elevated Social Stress Levels and Depressive Symptoms in Primary Hyperhidrosis. *PLoS One*. 2014; 9(3): e92412.
36. Crofford L. Nuevos conocimientos de la fisiopatología del síndrome de fibromialgia. *Medwave* [Revista en línea] 2005 [Consultado 29 abril 2014]; 5 Jun; 5(6):e1194. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1194>
37. Ramos R. et al. Hiperhidrosis primaria y ansiedad: Estudio prospectivo preoperatorio de 158 pacientes. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41(2):88-92.
38. Wolosker N, de Campos J, Kauffman P, de Oliveira L, Munia M, Jatene F. Evaluation of quality of life over time among 453 patients with hyperhidrosis submitted to endoscopic thoracic sympathectomy. *J Vasc Surg*. 2012 Jan; 55(1):154-156.
39. Rúa N, Gutiérrez, Hinestroza J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis sometidos a simpaticectomía por toracoscopia. *Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín, Colombia. MEDICINA UPB*. 2008; 27(2):96-100.
40. de Lima A, Das-Neves-Pereira J, de Campos J, Jatene F. Factors affecting long-term satisfaction after thoracic sympathectomy for palmar and plantar hyperhidrosis. Is the sudomotor reflex the only villain?. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011 Apr; 12(4):554-557.

41. Ribas J. et al. Questionnaire of quality of life in patients with primary hyperhidrosis. J Bras Pneumo. 2003 Jul; 29(4).
42. Rojas C, Zegers P, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev Med Chile Supl 2009 Jun; 137(6): 791-800.
43. Novoa E. La sudoración excesiva localizada es una enfermedad que si tiene solución. Revista InfoSanitas [Boletín electrónico en línea] 2014 [Consultado 29 abril 2014]; 25
Disponibile en: <http://drenovoa.com/noticias/#jp-carousel-720>
44. Sánchez OJ. Introducción a la estadística en las ciencias biológicas. 1ª ed. Ecuador: Diseño Reactivo Impresión Giro; 2014.