

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MEDICA



TESIS

“Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en
pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, 2022”

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGIA
MEDICA – ESPECIALIDAD DE RADIOLOGIA

Autor

Gonzales Meza, Sergio Enrique

Asesor

Mg. Morales Barrera, Galo

CÓDIGO ORCID: (0000-0002-0709-0104)

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Integral Humana

CHICLAYO – PERU

2024



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN


Yo, MG. GALO MORALES BARRERA , asesor (a) del Programa/Escuela de TECNOLOGÍA MÉDICA - RADIOLOGIA ; he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado/posgrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe cuyo Título es: FRECUENCIA DE HIPERTROFIA ADENOIDEA MEDIANTE RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL POLICIAL, 2022 ; presentado por el (la) estudiante

GONZALES MEZA SERGIO ENRIQUE

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del 29 %, verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud TURNITIN de la Universidad Particular de Chiclayo.

Por lo que se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Pimentel, 9 de julio del 2024



Galo G. Morales Barrera
TECNOLOGO MEDICO - ESP RADIOLOGIA
CTMP 1973



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISION DE GRADOS Y TITULOS



ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA TITULO PROFESIONAL

En Chiclayo, a los veintitrés días del mes de agosto del año dos mil veinticuatro, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE : **DR. JOSE GERARDO CHANCAFE RODRIGUEZ**
SECRETARIO : **MG. ENVER GONZALES RADO**
VOCAL : **MG. FELIX TORRES CHANAME**

El Graduado : **GONZALES MEZA SERGIO ENRIQUE**

El título de la Tesis a sustentar es: **FRECUENCIA DE HIPERTROFIA ADENOIDEA MEDIANTE RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL POLICIAL DE CHICLAYO, 2022.**

Para optar el Título de Licenciado en **TECNOLOGIA MEDICA – ESPECIALIDAD DE RADIOLOGIA**, obteniendo el siguiente calificativo: aprobado por **UNANIMIDAD**

DR. JOSE GERARDO CHANCAFE RODRIGUEZ
Presidente

MG. ENVER GONZALES RADO
Secretario

MG. FELIX TORRES CHANAME
Vocal

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. DESARROLLO.	10
III. METODOLOGÍA:.....	17
IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	21
V. CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo.....	21
Tabla 2. Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, en ambos sexos.	22
Tabla 3. Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grupo etario.	23
Tabla 4. Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grado de severidad.	24

RESUMEN

EL presente trabajo de investigación tuvo como objeto determinar la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo. La investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental, transversal. La población estuvo conformada por 53 historias clínicas. El instrumento fue una ficha de recolección de datos. Como resultado se obtuvo que la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, fue de 83%(44); según sexo, se ha logrado determinar que, el sexo masculino presentó una frecuencia del 55%(29) en relación al sexo femenino que presentaron una frecuencia de hipertrofia adenoidea del 45%(24); según grupo etario, se ha logrado calcular que, en el grupo etario de 3 – 6 años existió mayor prevalencia de hipertrofia adenoidea, con el 43%; concerniente al grado de severidad, se logró determinar que el 17%(9) paciente obtuvieron un grado 0, el grado 2 presentó la mayor frecuencia con el 40% (21), seguido del grado 1 con el 26% (14), por último, el grado 3 con el 17%.

PALABRAS CLAVES: Hipertrofia adenoidea, signos radiológicos, Rayos X.

ABSTRACT

The aim of this research work was to determine the frequency of adenoid hypertrophy by means of pharyngeal cavum radiography in patients attended at a Police Hospital in Chiclayo. The research was quantitative, non-experimental, retrospective. The population was made up of 53 medical records. The instrument was a data collection form. As a result, it was obtained that the frequency of adenoid hypertrophy by means of pharyngeal cavum radiography in patients attended in a Police Hospital in Chiclayo was 83%(44); according to sex, it has been determined that the male sex presented a frequency of 55%(29) in relation to the female sex who presented a frequency of adenoid hypertrophy of 45%(24); According to age group, it has been calculated that in the age group 3 - 6 years there was a higher prevalence of adenoid hypertrophy, with 43%; concerning the degree of severity, it was determined that 17% (9) patients had a grade 0, grade 2 presented the highest frequency with 40% (21), followed by grade 1 with 26% (14), and finally, grade 3 with 17%.

KEY WORDS: Adenoid hypertrophy, radiological signs, X-ray.

I. INTRODUCCIÓN.

Los adenoides también llamado amígdalas nasofaríngeas, forman parte del anillo de Waldeyer, son masas de tejido linfoide ubicadas en la unión del techo y la pared posterior de la nasofaringe. Estas estructuras juegan un papel importante en el desarrollo del sistema inmunológico y sirven como defensa contra las infecciones, siendo los primeros órganos que entran en contacto con los antígenos respiratorios y digestivos. Las causas de la hipertrofia adenoidea no se conocen completamente (1). Lo más probable es que estén asociados con reacciones inmunes, infecciones, exposiciones ambientales y factores hormonales o genéticos (2).

La obstrucción nasal por tejido adenoideo hipertrófico puede hacer que el paciente presente rinorrea, dificultad para respirar por la nariz, tos crónica, ronquidos y/o trastornos respiratorios del sueño en niños. Si la obstrucción nasal es significativa, el paciente puede sufrir sinusitis como resultado y puede quejarse de dolor o presión facial (3). La obstrucción de la trompa de Eustaquio es otra complicación que puede provocar síntomas compatibles con la disfunción de esta estructura anatómica, como audición amortiguada, otalgia, crujidos o chasquidos en el oído y/o infecciones recurrentes del oído medio (4).

Las radiografías de tejidos blandos laterales (cavum faríngeo) es una técnica de ayuda al diagnóstico, que es confiable, no invasiva y que puede detectar el agrandamiento de los adenoides con o sin obstrucción de las vías respiratorias (5). La prevalencia estimada de esta afección en la población pediátrica es del 34%. A muchos pacientes se les práctica anualmente el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia adenoidea. Para ilustrar este hecho, en 2006 se realizaron aproximadamente 129540 adenoidectomías en los Estados Unidos (6).

En Latinoamérica, según algunos estudios que fueron realizados en República Dominicana, la hipertrofia adenoidea, presentó una mayor frecuencia en el sexo masculino con el 57% en relación al sexo femenino con el 43%; por otro lado, en Brasil durante el año 2008, la prevalencia adenoides fue del 79% y en Cuba se

encontró que el 31.87% de niños diagnosticados con algún trastorno respiratorio que está asociado a hipertrofia adenoidea (7).

Por otro lado, en Perú se realizó una investigación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 2013 al 2015, demostrando que el 38% de la población estudiada (61 Niños) padece de hipertrofia adenoidea, seguido de un 30% de la población (48 Niños) que sufren de Hipertrofia Amigdalina. La Hipertrofia Adenoidea es más recurrente en niños (21%) que en niñas (18%) (8). Por lo antes expuesto, en el presente trabajo se formuló el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, 2022?

Este estudio es relevante teóricamente dado que como se mencionó líneas arriba, existe una elevada prevalencia de niños y niñas que presentan hipertrofia adenoidea, por lo tanto, es de importancia precisar en nuestro contexto, cual es la frecuencia de esta patología mediante la técnica radiográfica de cavum faríngeo, a fin de consolidar la base teórica relacionada a esta técnica. En la práctica clínica, La radiografía de cavum faríngeo es económica, de fácil disponibilidad, no invasiva y cómoda para el niño. Esta es una de las mejores herramientas para evaluar el tamaño de los adenoides en países en desarrollo donde no se dispone de instalaciones avanzadas. Socialmente se logrará ofertar a la población exámenes con elevada precisión diagnóstica y de bajo costo económico.

Se plantea como objetivo general, determinar la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo.

En calidad de objetivos específicos se considera, calcular la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, en ambos sexos; identificar la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grupo etario; estimar la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grado de severidad.

II. DESARROLLO.

En el contexto internacional se han efectuado diferentes estudios previos vinculados con las variables, entre los cuales destacan:

En estados unidos, Egambaram et al (2023) se formularon un trabajo de investigación a fin de determinar el papel de la radiografía de cuello de tejidos blandos (STN-XR) en la evaluación de la hipertrofia del tejido adenoideo recurrente/residual. Este fue un estudio retrospectivo. El estudio incluyó a 160 participantes con una mediana de edad de 10 años. El estudio dio como resultado que, mediante las radiografías, más de la mitad de los niños eran varones (59,4%). fue normal en el 39,4% y mostró obliteración nasofaríngea leve, moderada y completa en el 20,6%, 32,5% y 7,5% de los participantes, respectivamente (9).

En la india, Nayanijoti et al (2019) realizaron un trabajo a fin de comparar la radiografía y endoscopia nasal en el diagnóstico de adenoides hipertrofiadas. El estudio se realizó en 50 pacientes, el estudio fue de tipo descriptivo, correlacional. Se obtuvo como resultado que 28 de los participantes eran hombres y el resto mujeres. La distribución por edades de los pacientes fue de 3 a 14 años.

La mayoría de los pacientes (76%) tenían entre 6 y 10 años de edad, 4 pacientes fueron detectados como adenoides de Grado I por rayos X. El número de pacientes que mostraron adenoides de Grado II en las radiografías fue de 16 (32%). El número de pacientes que mostraron adenoides hipertrofiadas de grado III en la radiografía simple fue de 24 (48%). Por otro lado, el número de pacientes que mostraron adenoides de Grado IV mediante radiografías fueron sólo 6 (12%) (10).

En la india Kshitija et al (2019) realizo un estudio a fin de comparar la eficacia diagnóstica de la vista lateral de la nasofaringe con rayos X de tejidos blandos y la nasoendoscopia en la evaluación del tamaño de los adenoides en pacientes con adenoiditis crónica. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional. la muestra estuvo determinada por 50 pacientes. Como resultado se obtuvo que de los 50 casos, 19 tenían adenoides pequeñas (38%), 21 casos (42%) tenían un

agrandamiento de grado moderado y 10 casos (20%) tenían adenoides grandes en la radiografía (11).

En la India, Yuyun Yueniwati et al (2019) realizaron un estudio con la finalidad de evaluar el valor diagnóstico de la radiografía de los tejidos blandos laterales del cráneo para evaluar el agrandamiento de los adenoides utilizando los métodos de Kurien, Cohen y Konak, Fujioka y McNamara en comparación con la nasoendoscopia. El estudio fue de tipo observacional transversal. La muestra fue de 24 pacientes. Se obtuvo como resultado que el agrandamiento de los adenoides lo sufren principalmente pacientes de 10 a 12 años (45,8%), y rara vez ocurre en pacientes de 13 a 15 años (4,1%). La proporción de sujetos de investigación según el género muestra que los pacientes masculinos (75%) tienen más posibilidades de sufrir agrandamiento de las adenoides en comparación con las mujeres (25%) (12)

En Nigeria, Auwal (2020), realizó una investigación con el propósito de comparar el método tradicional de evaluación de la hipertrofia adenoidea (radiografía simple) con la nasofaringoscopia flexible más nueva. La metodología empleada fue un estudio de tipo transversal correlacional. La muestra fue dada por 140 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se obtuvo como resultado que el 20.7% presentó obstrucción leve, el 55.0% presentó obstrucción moderada y el 24.3% presentó obstrucción severa (13).

En el contexto peruano se han realizado las siguientes investigaciones vinculadas con las variables:

En Arequipa, Mayca (2023) objeto determinar el grado de obstrucción de vías aéreas superiores por hipertrofia adenoidea evaluada en radiografías laterales de cráneo. El trabajo fue de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal y documental. La muestra fue dada por 163 radiografías. Los resultados demostraron que el 89.6% de los pacientes presentaba un grado I de hipertrofia, por otro lado, el 10.4% presentaba un grado II, en este estudio no se reportaron casos de grado III para hipertrofia adenoidea. En cuanto a la distribución por edad y sexo, no se

demonstraron diferencias significativas en la prevalencia del grado de hipertrofia adenoidea (14).

En Lima, Loyola (2019) realizó una investigación para determinar la frecuencia del grado de hipertrofia adenoidea en pacientes pediátricos visualizados por radiografía digital en el Hospital de la Solidaridad de Ate. El estudio fue descriptivo retrospectivo de corte transversal. La muestra fue determinada por 510 pacientes. Como resultado se pudo demostrar que el grupo de edad con mayor afectación fue de 4 a 6 años con el 34.3%, asimismo, con relación al sexo, presentó mayor frecuencia el sexo masculino con el 63,3% donde en relación al sexo femenino con el 36,7%. Asimismo, el grado II (37,8%), presentó mayor frecuencia (15).

En Lima, Espinoza (2021) efectuó una investigación con el objetivo de describir la evaluación radiográfica de Cavum faríngeo según la medición estándar y de Linder-Aronson ad2 en niños entre 4 a 10 años. La metodología empleada fue de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. En este trabajo de investigación se pudo identificar que la distancia del espacio aéreo nasofaríngeo según la medición de Linder – Aronson ad2 fue, en promedio, 14.98 milímetros en el rango de 7 a 10 años, aunque los niños tuvieron distancias mayores que las niñas. En cuanto al grado de obstrucción moderado fue más prevalente en el rango de edad de 4 a 6 años, pero se dio más en niños que niñas (16).

En La Libertad, Vélez (2023) efectuó un estudio para determinar la existencia de asociación entre el grado de hipertrofia de adenoides y la presencia de otitis media secretora, Se emplearon 75 historias clínicas, el estudio fue de tipo observacional, analítico, de casos y controles, del tipo transversal retrospectivo, el instrumento fue una ficha de recolección de datos, se halló que, de 32 casos con radiografía de cavum menor al 25%, solo 4 presentó ausencia de signos clínicos de otitis media secretora. El grado con menor número de casos de otitis media secretora con presencia de signos clínicos fue el grado IV (solo 9 casos) mientras que el grado con mayor cantidad de signos clínicos fue el grado I (28 casos). Así mismo el grado II no presentó casos con ausencia de signos clínicos (11 casos en total de los cuales ninguno estuvo ausente de signos clínicos) (17).

La base teórica indica que la hipertrofia adenoidea es un agrandamiento del adenoide (amígdala faríngea) y se asocia con obstrucción mecánica y/o procesos inflamatorios crónicos en la nasofaringe. La hipertrofia adenoidea puede provocar una variedad de cambios y secuelas locales (nariz, oído) y sistémicos. Dado que los adenoides se reducen de forma natural durante la adolescencia, los niños de entre 1 y 6 años son los más afectados por enfermedades adenoides y afecciones patológicas (18).

La adenoides o amígdala faríngea se encuentran en el techo faríngeo a la entrada de la nasofaringe y, por tanto, forma parte del anillo linfático de Waldeyer, que está formado por tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) y contribuye a la respuesta inmunitaria en una región de la faringe y del sistema respiratorio, tracto que está altamente expuesto a antígenos (19). La presencia de pliegues sagitales aumenta considerablemente la superficie de la mucosa, que consta de varias filas de epitelio ciliado con islas de epitelio escamoso. El área está irrigada por pequeñas ramas arteriales, la mayoría de las cuales surgen de la arteria faríngea ascendente, que es una rama de la arteria carótida externa (20).

El aumento de tamaño de los centros germinales del tejido linfoide y de los folículos linfoides es la base patológica y anatómica de la hipertrofia. Se supone que la causa subyacente es un círculo vicioso que consiste en inflamación, hipertrofia y/o hiperplasia, retención de secreciones e inflamación recurrente. Las alergias u otros tipos de exposición a antígenos también pueden influir (21). La hipertrofia de la amígdala faríngea debe considerarse una enfermedad si un paciente experimenta signos y síntomas causados por una obstrucción mecánica y/o una inflamación nasofaríngea crónica. La hipertrofia adenoidea puede causar ronquidos y síndrome de apnea obstructiva del sueño (22).

La obstrucción de las vías respiratorias nasales puede provocar maloclusión y respiración bucal. La inflamación crónica del tracto respiratorio superior y la bronquitis crónica pueden ser secuelas de la obstrucción de las vías respiratorias nasales. Además, la hiperplasia adenoidea puede inducir una disfunción crónica de

la trompa de Eustaquio y sus implicaciones (23). La disfunción de la trompa de Eustaquio puede causar una variedad de afecciones del oído medio con el tiempo. Estos incluyen retracción (epi)timpánica, pérdida auditiva conductiva e incluso colesteatoma (24).

Con relación a los signos y síntomas típicos de la hiperplasia de las amígdalas faríngeas, son obstrucción de las vías respiratorias nasales, respiración bucal crónica, rinorrea mucopurulenta, mayor susceptibilidad a las infecciones, infecciones recurrentes de las vías respiratorias superiores, ronquidos, pérdida auditiva conductiva, otitis media recurrente (y colesteatoma) y, en ocasiones, malposición dental. La anamnesis debe incluir una evaluación de la apnea nocturna, los trastornos del sueño, la somnolencia diurna, el desarrollo anormal del habla y el lenguaje y la bronquitis crónica (25).

Como se evidenció anteriormente, los adenoides desempeñan un papel importante en la obstrucción del tracto respiratorio superior(26). En relación a ello, se han desarrollado muchos estudios con el objetivo de revelar herramientas de diagnóstico confiables para la detección de adenoides hipertróficas y obstrucción nasofaríngea, incluida la radiografía de cavum, esta técnica proporciona una medida del tamaño absoluto de las adenoides y también una evaluación de su relación con el tamaño de las vías respiratorias. Esto se logra con la proyección radiográfica de cavum o lateral de cuello, la cual está centrada en la nasofaringe (27).

Esta imagen radiográfica se debe obtener con el paciente en inspiración profunda por lo cual debe respirar por la nariz dado que, mediante la respiración bucal hace retroceder el paladar blando hasta ubicarlo muy próximo a la parte posterior de la nasofaringe, por lo que el aire tomado no atraviesa la nasofaringe al pasar a la laringe (28).

El posicionamiento del paciente puede ser en bipedestación o sedestación, pidiéndole que ubique los hombros a la misma altura a fin de evitar rotación del cuello o la cabeza, se debe centrar el rayo incidente a la altura de la laringe o por

debajo de ella, seguido, se extiende la cabeza del paciente, por último, el rayo central debe estar ubicado a 2.5 cm por debajo de los meatos auditivos externos para poder visualizar adecuadamente la nasofaringe (29).

El tejido linfoide empieza a desarrollarse a los 9 meses de vida en recién nacidos, a los 3 años resalta y predomina el crecimiento, cuando llega al quinto año empieza el retroceso de la magnitud del proceso en mención. Entre los 3 y 6 años de edad es el periodo de mayor crecimiento del adenoides o tejido linfoide, pero existen excepciones no frecuentes cuando se observa la presencia de tejido adenoideo hiperplásico grado de obstructivo en los lactantes y adolescentes, una vez llegado a la etapa de pubertad desaparece generalmente (30).

Es muy importante realizar un buen diagnóstico midiendo la magnitud y tamaño de los estadios o grados conocidos como: 0, I, II, III de las vías respiratorias superiores afectados por la hipertrofia adenoidea. Las mediciones en las radiografías obtenidas bajo criterios de calidad se realizan de la siguiente manera: la primera línea se trazará tangente al borde inferior del hueso esfenoides, la segunda línea se ejecuta paralela a la primera línea, de inmediato se traza guiándose del borde posterior del paladar blando, luego se obtiene la demarcación del tejido adenoideo y por consiguiente el porcentaje del área que ocupa el tejido entre estas dos líneas es donde se reconoce el grado de obstrucción (31).

El hallazgo de normalidad o grado 0, Las mediciones se realizan de la siguiente manera: la primera línea se trazará tangente al borde inferior del hueso esfenoides, la segunda línea se ejecuta paralela a la primera línea, de inmediato se traza guiándose del borde posterior del paladar blando, luego se obtiene la demarcación del tejido adenoideo y por consiguiente el porcentaje del área que ocupa el tejido entre estas dos líneas es donde se reconoce el grado de obstrucción.

Con relación al grado I, Aquí se valora el índice adenoides-nasofaringe que frecuentemente es igual a 0.48, el grado es considerado normal o con una hipertrofia leve equivalente a 48% de obstrucción. Para comprobar un 33% de obstrucción en el grado I o hiperplasia no obstructiva se traza dos líneas, aplicando

la técnica de medición ya señalado anteriormente, donde el tejido va ocupar menos de la mitad del espacio que existe entre estas líneas siendo habitual este resultado en niños normales que tienen adenoides, pero sin una marcada obstrucción además le permite tener un nivel de defensa sin alterar la vía respiratoria del niño.

En el grado II o moderado, Cuando el índice de adenoides – nasofaringe es igual a 0.62 se denomina hipertrofia moderada equivalente a 62% de obstrucción. Generalmente es ocasionada por virus u otros agentes. En el grado III o severo, se valora el índice de adenoides – nasofaringe que es igual a 0.73 equivalente a 73% y se puede cuantificar al 100% donde se ve la obstrucción completa. Existen un conjunto de agentes que la hipertrofia adenoidea de Grado III como, por ejemplo: estreptococos, haenophylus, influenza, peptstreptococos, amigdalitis criptica que está formado por acumulo de células descamadas, linfocitos, bacterias y restos (32).

III.METODOLOGÍA:

3.1. Tipo de investigación:

La actual investigación estuvo enmarcada en estudios de tipo cuantitativos, ya que para llegar a identificar el comportamiento del fenómeno de estudio, se adquieren datos de tipo cuantitativo que fueron analizados por intermedio de métodos estadísticos, asimismo, fue descriptiva, debido a que el propósito de estas investigaciones es señalar ciertas situaciones o circunstancias para poder describir determinados fenómenos, pretendiendo especificar las propiedades más resaltantes de las personas o grupos a estudiar. El estudio fue transversal, dado que, el proceso de recolección de datos se realizó en un momento único (Hernández et al. 2019) (33).

3.2. Diseño de Investigación:

Se empleó el diseño de investigación no experimental debido que, en estas investigaciones no se pretenden manipular o variar intencionalmente las variables de estudio, en este tipo de investigaciones solo se pretende observar los fenómenos como se encuentren en su medio natural y posteriormente ser analizados. (33)

3.3. Variables de Estudio:

La investigación estuvo conformada por una variable, hipertrofia adenoidea, la misma que está definida como una condición obstructiva relacionada con un aumento de tamaño de los adenoides. La condición puede ocurrir con o sin una infección aguda o crónica. A continuación, se detalla el cuadro de operacionalización de las variables (34).

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Hipertrofia adenoidea	Definida conceptualmente como una condición obstructiva relacionada con un aumento de tamaño de los adenoides. La condición puede ocurrir con o sin una infección aguda o crónica	Definido operacionalmente por intermedio el análisis de informes imagenológicos que serán interpretados por el personal sanitario especializado, en dichos informes se indicarán los hallazgos de relevancia para el estudio de la patología de interés.	<ul style="list-style-type: none"> – Grado I – Grado II – Grado III 	Ordinal

3.4. Población y Muestra de Estudio:

La población se conformó por 53 historias clínicas de pacientes que se atendieron en el servicio de Rayos X del Hospital Regional Policial Chiclayo, y que acudieron a dicho servicio con solicitud de examen de radiografía de cavum faríngeo, de manera explícita, los usuarios con diagnóstico presuntivo de hipertrofia adenoidea (Cie 10 J35.3). Con mención a la muestra, fue integrada por toda la población, ya que, para efectos de la presente investigación, el nosocomio nombrado líneas arriba, proporcionó los 53 informes de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Se incluyen a historias clínicas de usuarios que asisten al servicio de Rayos X con presunción diagnóstica de hipertrofia adenoidea.
- Historias clínicas de usuarios de edades entre 2 a 15 años.
- Historias clínicas de pacientes que provienen de emergencia y consultorio externo (ambulatorios).

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes confirmados o con sospecha de COVID.
- Historias clínicas de pacientes que no presentan una condición psicossomática adecuada para la realización del estudio.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica a utilizar será la revisión documental, toda vez que el encargado de la investigación, a través, de instrumento del Anexo 1, donde se observarán los hallazgos o signos radiológicos que sugieren algún grado de afectación o hipertrofia adenoidea, los mismos que son de importancia para la realización del estudio, por otro lado, en la ficha de recolección de datos se van a incluir, edad y sexo, así como, el grado de afectación de la patología en estudio.

3.6. Procedimiento de recolección de datos e informaciones:

Para el recojo de la información, primero se solicitó por intermedio de documento el permiso para el empleo de los informes imagenológicos de los

pacientes que presenten presunción diagnóstica de hipertrofia adenoidea, al director o el que haga sus veces, del Hospital Regional Policial Chiclayo, luego se realizarán las coordinaciones respectivas con el encargado del servicio de Rayos X, a fin de establecer un horario para llevar a cabo el recojo de información.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

La técnica que se empleará para poder llevar a cabo el proceso y análisis de datos será la recabar todos los datos plasmados en los informes radiográficos que luego serán plasmados en las fichas de recolección de datos, para que luego sean digitalizados en el programa Microsoft Excel 2019, el cual se empleará para la interpretación estadística a nivel descriptivo e inferencial, con la finalidad de poder realizar su procesamiento. Los resultados encontrados serán graficados y tabulados para lograr su interpretación.

IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo.

HIPERTROFIA ADENOIDEA	FRECUENCIA	%
CON HALLAZGO	44	83%
SIN HALLAZGO	9	17%
TOTAL	53	100%

En la tabla N° 1, frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, se ha logrado identificar, mediante radiografía de cavum faríngeo, una frecuencia de hallazgos radiológicos compatible con hipertrofia adenoidea del 83%(44); solo el 17%(9) de la población estudiada no presentó signos radiológicos asociados a dicha patología

Tabla 2. Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, en ambos sexos.

HIPERTROFIA ADENOIDEA	SEXO		
	MASCULINO	FEMENINO	
GRADO 0	4	5	9
%	8%	9%	17%
GRADO 1	9	5	14
	17%	9%	26%
GRADO 2	10	11	21
	19%	21%	40%
GRADO 3	6	3	9
	11%	6%	17%
TOTAL	29	24	53
	55%	45%	100%

En la tabla N°2, frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, en ambos sexos, se ha logrado determinar que, el sexo masculino presento una frecuencia del 55%(29), distribuidos en grado 0, 1, 2 y 3(8%, 17%, 19% y 11% respectivamente); respecto al sexo femenino, presentaron una frecuencia de hipertrofia adenoidea del 45%(24), distribuidos en grado 0, 1, 2 y 3 (9%, 9%, 21% y 6% respectivamente)

Tabla 3. Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grupo etario.

	EDAD			%
	3 - 6 años	7-9 años	9 -12 años	
GRADO 0	4	2	3	9
%	8%	4%	6%	17%
GRADO 1	7	4	3	14
%	13%	8%	6%	26%
GRADO 2	7	9	5	21
%	13%	17%	9%	40%
GRADO 3	5	2	2	9
%	9%	4%	4%	17%
TOTAL	23	17	13	53
	43%	32%	25%	100%

En la Tabla N°3, frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grupo etario, se ha logrado calcular que, en el grupo etario de 3 – 6 años existió mayor prevalencia de hipertrofia adenoidea, con el 43%, seguido del grupo etario de 7-9 años con el 32%, por último, el rango de edad de 9-12 años con el 25%.

Tabla 4. Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grado de severidad.

HIPERTROFIA ADENOIDEA		
	FRECUENCIA	%
GRADO 0	9	17%
GRADO 1	14	26%
GRADO 2	21	40%
GRADO 3	9	17%
Total	53	100%

En la tabla N°4, frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grado de severidad, se pudo determinar que el 17%(9) pacientes obtuvieron un grado 0, vale recalcar que no presentaron hipertrofia adenoidea mediante la radiografía de cavum faríngeo, por otro lado, la mayor prevalencia de casos presentó el grado 2, con el 40% (21), seguido del grado 1 con el 26% (14), por último, el grado 3 con el 17% (9).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación, se pretendió evaluar la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiología digital en un Hospital Policial de Chiclayo, por lo cual se empleó una muestra tipo censal que incluyó a toda la población de estudio, haciendo un total de 53 pacientes. Al respecto, se utilizó una ficha de recolección de datos a fin de recoger los hallazgos radiológicos sugerentes de la enfermedad, asimismo, edad, sexo y el grado de efectuación.

En tal sentido, respecto a la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, se ha logrado identificar, que mediante radiografía de cavum faríngeo, existió una frecuencia de hipertrofia adenoidea del 83%(44); solo el 17%(9) de la población estudiada no presentó signos radiológicos asociados a dicha patología. Estos datos son congruentes con la investigación realizada por Mayca (2023), quien encontró que más del 50% de su población objetivo presentó presencia de hipertrofia adenoidea, asimismo, Loyola (2019), encontró datos similares con el 82.75% de su población con presencia de hipertrofia adenoidea. Estos datos pueden estar asociados a que la radiografía digital presenta un gran valor diagnóstico en la evaluación de la hipertrofia adenoidea, dado a que proporciona medidas que pueden sugerir algún grado de hipertrofia adenoidea, esto siguiendo con protocolos de adquisición y post proceso de la imagen radiológica.

Respecto a la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, en ambos sexos, se ha logrado determinar que, el sexo masculino presento una frecuencia del 55%(29), distribuidos en grado 0, 1, 2 y 3(8%, 17%, 19% y 11% respectivamente); respecto al sexo femenino, presentaron una frecuencia de hipertrofia adenoidea del 45%(24), distribuidos en grado 0, 1, 2 y 3 (9%, 9%, 21% y 6% respectivamente). Dichos resultados son congruentes con la investigación realizada por Espinoza (2021) quien demostró que el grado de obstrucción más prevalente se dio más en niños que en niñas. Estos resultados son respaldados por varias investigaciones, lo que denota que el sexo masculino podría ser un factor de riesgo de la hipertrofia adenoidea, sin embargo, la población de este estudio es muy pequeña por lo que se sugiere que en investigaciones posteriores se incluya a una mayor cantidad de pacientes.

En relación a la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grupo etario, se ha logrado calcular que, en el grupo etario de 3 – 6 años existió mayor prevalencia de hipertrofia adenoidea, con el 43%, seguido del grupo etario de 7-9 años con el 32%, por último, el rango de edad de 9-12 años con el 25%. Estos datos resultan concordantes con los hallazgos obtenidos por Loyola (2019), quien encontró que, en el rango de edad de 4 a 6 años, presentó mayor prevalencia de hipertrofia adenoidea. Esto se puede fundamentar en que, la edad del niño se asocia a un mayor riesgo de presentar la enfermedad, por otro lado, al tener su sistema inmune muy activo, los adenoides se pueden volver hipertróficos.

Concerniente a la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grado de severidad, se logró determinar que el 17%(9) paciente obtuvieron un grado 0, quiere decir que no presentaron algún grado de hipertrofia adenoidea, por otro lado, la mayor prevalencia de casos se presentó en el grado 2, con el 40% (21), seguido del grado 1 con el 26% (14), por último, el grado 3 con el 17% (9). Estos datos son concordantes con los resultados de Loyola (2019), quien determinó que el grado II presentó mayor cantidad de casos con el 37.8%, sin embargo, discordantes con Mayca (2023), quien demostró que en su investigación prevaleció el grado I con el 89.6%. Estos hallazgos pueden estar relacionados a que el grado de afectación está relacionado con los factores de riesgo del progreso de la enfermedad, como la exposición a alérgenos, humo de cigarrillo, la edad, entre otros factores, por lo que el grado de afectación puede ser muy variable entre poblaciones de estudio.

V. CONCLUSIONES

La investigación determinó que la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, fue de 83%(44); solo el 17%(9) de la población estudiada no presentó signos radiológicos asociados a dicha patología.

Respecto a la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, en ambos sexos, se ha logrado determinar que, el sexo masculino presento una frecuencia del 55%(29) en relación al sexo femenino que presentaron una frecuencia de hipertrofia adenoidea del 45%(24).

En relación a la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grupo etario, se ha logrado calcular que, en el grupo etario de 3 – 6 años existió mayor prevalencia de hipertrofia adenoidea, con el 43%, seguido del grupo etario de 7-9 años con el 32%, por último, el rango de edad de 9-12 años con el 25%.

Concerniente a la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grado de severidad, se logró determinar que el 17%(9) paciente obtuvieron un grado 0, el grado 2 presentó la mayor frecuencia con el 40% (21), seguido del grado 1 con el 26% (14), por último, el grado 3 con el 17%

RECOMENDACIONES

En pacientes con sospecha o signos y síntomas asociados a hipertrofia adenoides, considerar a la radiografía de cavum faríngeo como herramienta de ayuda al diagnóstico por presentar elevado valor diagnóstico.

Se recomienda a las instituciones prestadores de servicios de salud, considerar a la radiografía de cavum faríngeo como herramienta para evaluar la severidad de la enfermedad.

Difundir a los padres de familia, que signos compatibles con la presencia de la hipertrofia adenoidea, con la finalidad de realizar un diagnóstico precoz y abordaje oportuno .

REFERENCIAS.

1. Cao C, Xu Y. [The correlation between adenoid hypertrophy and allergic rhinitis]. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. abril de 2019;33(4):381-4.
2. Pereira L, Monyror J, Almeida FT, Almeida FR, Guerra E, Flores-Mir C, et al. Prevalence of adenoid hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. abril de 2018;38:101-12.
3. Geiger Z, Gupta N. Adenoid Hypertrophy. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536984/>
4. Shen Y, Li X, Liang X, Xu H, Li C, Yu Y, et al. A deep-learning-based approach for adenoid hypertrophy diagnosis. *Med Phys*. junio de 2020;47(5):2171-81.
5. Baldassari CM, Choi S. Assessing adenoid hypertrophy in children: X-ray or nasal endoscopy? *Laryngoscope*. julio de 2014;124(7):1509-10.
6. Adenoid hypertrophy in children: a narrative review of pathogenesis and clinical relevance | *BMJ Paediatrics Open* [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/7/1/e001710>
7. Relación entre el grado de hipertrofia adenoidea y patrón esquelético en pacientes niños de 5 a 12 años | *Dominio de las Ciencias* [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3367>
8. Romero Pajuelo GF. Hipertrofia amigdalina e hipertrofia adenoidea en niños del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2013 - 2015. Universidad Privada San Juan Bautista [Internet]. 2017 [citado 20 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/796>
9. Role of neck radiography in assessing recurrent/residual adenoid hypertrophy in children with OSA and history of adenotonsillectomy: a sleep physician perspective

| Journal of Clinical Sleep Medicine [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.10468>

- 10.Sarma N, Khaund G. A Comparative Study of Radiograph and Nasal Endoscopy in Diagnosis of Hypertrophied Adenoids. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. noviembre de 2019;71(Suppl 3):1793-5.
- 11.Pathak K, Ankale NR, Harugop AS. Comparison Between Radiological Versus Endoscopic Assessment of Adenoid Tissue in Patients of Chronic Adenoiditis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. octubre de 2019;71(Suppl 1):981-5.
- 12.Yueniwati Y, Halim N. Diagnostic Test Value of Assessment Adenoid Enlargement with and Without Airway Obstruction Using Lateral Soft Tissues X-ray Compared to Nasoendoscopy. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. noviembre de 2019;71(Suppl 3):1739-44.
- 13.Adamu A, Jibril YN, Hasheem MG, Abdullahi H, Salisu AD, Nwaorgu OGB. Comparison of Flexible Nasopharyngoscopy with Plain Radiograph in the Assessment of Children with Adenoid Hypertrophy. J West Afr Coll Surg. 2020;10(4):6-10.
- 14.Mayca Delgado DM. Prevalencia de obstrucción de vías aéreas superiores por hipertrofia adenoidea de acuerdo al sexo y edad halladas en radiografías laterales de cráneo del Centro de Radiología Odontológica Oral RX Arequipa 2022. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 22 de junio de 2023 [citado 20 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12710>
- 15.Hipertrofia adenoidea visualizada por radiografía digital -hospital de La Solidaridad de Ate; año 2017 [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/8747>
- 16.Espinoza Peralta JD. Evaluación radiográfica del Cavum faríngeo según la medición estándar y de Linder-Aronson ad2 en niños entre 4 a 10 años- Año 2020. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2021 [citado 20 de

septiembre de 2023]; Disponible en:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/18703>

17. Cordova Curi M. Hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum rinofaríngeo en pacientes del servicio radiológico de la Clínica Ricardo Palma durante el año 2016. 2017 [citado 20 de septiembre de 2023]; Disponible en:
<https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/2259>
18. Feres MFN, Hermann JS, Cappellette M, Pignatari SSN. Lateral X-ray view of the skull for the diagnosis of adenoid hypertrophy: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 1 de enero de 2011;75(1):1-11.
19. Zhu Y, Wang S, Yang Y, Shen B, Wang A, Zhang X, et al. Adenoid lymphocyte heterogeneity in pediatric adenoid hypertrophy and obstructive sleep apnea. *Front Immunol*. 2023;14:1186258.
20. Hipertrofia adenoamigdalares y alteraciones maxilofaciales en niños con trastornos respiratorios asociados al sueño [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812017000200003&script=sci_arttext
21. Poddębniak J, Zieliński-Jurkiewicz B. Impact of adenoid hypertrophy on the open bite in children. *Otolaryngol Pol*. 5 de abril de 2019;73(4):8-13.
22. Visbal Caicedo MC, Macías Cedeño ZP, Chacha Moreira SP, Suárez Tapia RD. Hipertrofia adenoidea. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*. 2022;6(3):62-9.
23. Durgut O, Dikici O. The effect of adenoid hypertrophy on hearing thresholds in children with otitis media with effusion. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. septiembre de 2019;124:116-9.
24. Santamaría Vélez A, Vásquez Vélez LG, Vélez Villegas JF. Asociación de hipertrofia adenoidea y otitis media serosa. *Revista CES Medicina*. 1990;4(1):47-51.

25. Paredes DÁ, Raquel LA. Comparación de la precisión entre la endoscopia nasal y el cefalograma lateral para la valoración del grado de obstrucción de la hipertrofia adenoidea en niños: Una revisión sistemática. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2021 [citado 20 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7608>
26. Jana M, Gupta AK. Novel Use of Ultrasound in Evaluation of Adenoid Hypertrophy in Children. *Indian J Pediatr.* noviembre de 2020;87(11):885-6.
27. Cruz MAGD la, Castillo-Ventura BB, Prado-Calleros HM, Cárdenas-Lailson E. La nasofaringoscopia y la radiografía lateral de cuello como métodos diagnósticos para la valoración preoperatoria de pacientes con hipertrofia adenoidea y su correlación con la palpación quirúrgica. *Otorrinolaringología.* 2015;60(1):44-50.
28. Frank ED, Long BW, Smith BJ. MERRILL. Atlas de Posiciones Radiográficas y Procedimientos Radiológicos, 3 vols.+ evolve. Elsevier España; 2010. 1646 p.
29. Bontrager K, Lampignano J. MANUAL DE POSICIONES Y TÉCNICAS RADIOLÓGICAS [Internet]. octava edición. Elsevier; 2014. Disponible en: https://www.academia.edu/44208650/MANUAL_DE_POSICIONES_Y_T%C3%89CNICAS_RADIOL%C3%93GICAS
30. Navarro López JSA, Valdovinos Zaputovich BM, González MM. Amígdalas y adenoides: defensa ante agentes patógenos y su implicancia estomatológica. *Revista del Ateneo Argentino de Odontología*, 2020, vol 63, no 2, p 55-64 [Internet]. 2020 [citado 20 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unne.edu.ar/xmlui/handle/123456789/48019>
31. Monago Jurado C. Proporciones verticales del perfil facial en niños con hipertrofia adenoidea. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2006 [citado 20 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2378>
32. Vélez Saravia GE. Asociación entre el grado de hipertrofia adenoidea y la presencia de otitis media secretora en pacientes pediátricos del Hospital de especialidades básicas La Noria. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet].

2023 [citado 20 de septiembre de 2023]; Disponible en:
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/10971>

33.Hernandez S, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta Edición. México; 2014.

34.Agudelo Jiménez G, Millán Díaz JG. Estudios de investigación sobre hipertrofia adenoidea y alteraciones craneofaciales. Scoping Review. instname:Universidad Antonio Nariño [Internet]. 30 de septiembre de 2022 [citado 20 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/7014>

ANEXOS

Anexo 1

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Gonzales Meza, Sergio Enrique Identificado con D.N.I 70054874, alumno de pregrado de la FCS-UDCH, autor(a/es) de la Tesis titulada:

“Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, 2022”. DECLARO LO SIGUIENTE:

1. El presente trabajo de investigación, tema de la tesis presentada para la obtención del Título de Licenciado en Tecnología médica es original, resultado de mi trabajo personal, no contiene copia de otro trabajo de investigación, no usa ideas, fórmulas, ni citas completas “stricto sensu”; ni ilustraciones diversas, sacadas de cualquier tesis, obra, artículo, memoria, etc., provenientes de versión digital o impresa. Caso contrario, menciono de forma clara su origen o autor.
2. Declaro que el trabajo de investigación que pongo en consideración para evaluación no ha sido presentado con anterioridad para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno.

Declaro lo anterior consciente de que el hecho de no respetar los derechos de autor y realizar plagio, es objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumo cualquier responsabilidad producto de irregularidades en la tesis, así como de los derechos sobre la obra presentada.

Asimismo, de identificarse falsificación, plagio, fraude, o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que amerite tal acción, responsabilizándome por las cargas pecuniarias o legales sometiéndome a las normas establecidas por la UDCH.

Chiclayo, 14 de mayo 2024

Anexo 02.

Declaratoria de autenticidad del Asesor


Yo, Mg Morales Barrera Galo, de la Universidad Particular de Chiclayo, informo que he sido nombrado y he asesorado el Trabajo de Investigación presentado por el Bachiller Gonzales Meza, Sergio Enrique.

"Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, 2022"

Declaro bajo juramento que he asesorado esta investigación durante todo su desarrollo, el cual ha sido realizado íntegramente por el autor que lo suscribe y firma, y que ha sido expuesto a los filtros correspondientes en la Universidad Particular de Chiclayo.

Además, el trabajo de investigación reúne ya las condiciones necesarias para que continúe con el proceso correspondiente, por lo que declaro su autenticidad.

Chiclayo 14 de mayo del 2024.



Galo G. Morales Barrera
TECNOLOGO MEDICO - ESP RADIOLOGIA
CTMP 1973

Mag.

ASESOR

Anexo 03.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Número: _____

Fecha: ____/____/2023

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES
1.- Hipertrofia Adenoidea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
2.-Sexo	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
3 -. Edad : _____ años	<input type="radio"/> 3-6 años <input type="radio"/> 7-9 años <input type="radio"/> 9- 12 años
4. - Grado de severidad	<input type="radio"/> 0 (Normal) <input type="radio"/> I (leve) <input type="radio"/> II (Moderado) <input type="radio"/> III (Severo)
Observaciones	

ANEXO 4



POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ
DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIAL
II MACRO REGIÓN SANIDAD POLICIAL
LAMBAYEQUE
HOSPITAL REGIONAL POLICIAL
CHICLAYO

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE TESIS

Quien suscribe, la jefa del Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Regional Policial Chiclayo.

Hace constar que:

El Sr. Gonzales Meza Sergio Enrique, Identificado con D.N.I 70054874, perteneciente a la escuela profesional de Tecnología Médica en especialidad de Radiología de la Universidad Particular de Chiclayo, ha realizado la recolección de datos y el estudio correspondiente para la elaboración de la tesis titulada "Frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, 2022", en el Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Regional Policial Chiclayo, cumpliendo con las normas y estándares académicos, además de haber demostrado profesionalismo y elevadas cualidades personales.

OS - 356095
Catherine L. PICCONE VARGAS
MAYOR SPNP
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE
DIAGNOSTICO POR IMAGENES HRP CH

Anexo 5

Matriz de consistencia

Tabla

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVO OBJETIVO GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo, 2022?	Determinar la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo en pacientes atendidos en un Hospital Policial de Chiclayo.	Hipertrofia adenoidea	<p>Enfoque de investigación Cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación: Descriptivo</p> <p>Tipo: Observacional, retrospectivo</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental</p> <p>Análisis: Univariado</p> <p>Población: La población se conformó por 53 historias clínicas de pacientes que se atendieron en el servicio de Rayos X del Hospital Regional Policial Chiclayo</p> <p>Muestra: Tipo censal por lo que se tomó como muestra a toda la población</p> <p>Método: inductivo-deductivo</p>
	ESPECÍFICOS		
	<p>Calcular la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, en ambos sexos.</p> <p>Identificar la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grupo etario.</p> <p>Estimar la frecuencia de hipertrofia adenoidea mediante radiografía de cavum faríngeo, según grado de severidad.</p>		

Matriz de consistencia

Nota. Elaboración propia