



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: SELENY DOMINGO CARDENAS.

TEMA: UNIDAD 3 Y 4.

PARCIAL: I.

MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA 2.

NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA.

LICENCIATURA: ENFERMERIA.

CUATRIMESTRE: 6TO CUATRIMESTRE.

5 DE JUNIO 2023.

UNIDAD 3
CUIDADOS A
PACIENTES CON
ALTERACIONES
DEL MUSCULO Y
TEJIDO
CONJUNTIVO.

Partes del
aparato musculo
esquelético.

Huesos de la cabeza, esqueleto del tronco, huesos de la caja torácica, huesos de la cintura escapular y miembros superiores, cintura pélvica y miembros inferiores.

Funciones de los huesos: Los huesos cumplen varias funciones: Dan forma al cuerpo, Soportan y protegen los tejidos blandos, Sirven de punto de inserción a músculos, ligamentos y tendones, Les dan estabilidad a las articulaciones, Constituyen un depósito de reserva de minerales que el organismo retira o aporta según sus necesidades, En ellos se producen los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas, Intervienen en la regulación del metabolismo del calcio y el fósforo plasmático.

Osteoporosis y osteomielitis: (hueso poroso) es una enfermedad caracterizada por la pérdida de masa ósea, con lo que el hueso se vuelve más delgado y frágil, resiste peor los golpes y se rompe con facilidad.

Manifestaciones clínicas: es asintomática, Las principales se deben a sus complicaciones, las fracturas. Las fracturas por fragilidad más frecuentes se localizan en columna vertebral, muñeca y cadera. Suelen clasificarse de modo más general como vertebral y no vertebral. El agente causal más frecuentemente asociado a la osteomielitis es el Staphylococcus aureus, las infecciones producidas por el Staphylococcus epidermidis (Staphylococcus coagulasa negativo) se observan principalmente en pacientes expuestos a la colocación de implantes corporales.

Factores de riesgo: Factores de riesgo sistémicos: uso de nicotina (es el factor de riesgo sistémico más importante para la adquisición de la enfermedad), obesidad, desnutrición, diabetes mellitus, artritis reumatoide, úlceras por presión, alergias contra los componentes del implante, edad y grado de inmunidad del paciente, uso de drogas intravenosas, hipoxia crónica, alcoholismo, procesos cancerosos, falla renal o hepática.

Factores de riesgo locales: traumatismo, hipoperfusión del área donde ocurre el traumatismo (arteriopatía oclusiva), estasis venosa, linfaedema crónico, arteritis, fibrosis, cicatrización severa de una cirugía previa, colocación de implantes quirúrgicos.

Tratamiento: En los casos de osteomielitis producida por Staphylococcus aureus, se recomienda el uso de linezolid, daptomicina o vancomicina. Tanto el linezolid como la daptomicina presentan una alta penetración y concentración ósea; por su parte, si se opta por el uso de la vancomicina se recomienda la administración de dosis altas debido a la baja penetración y concentración ósea que alcanza a nivel tisular. Si se sospecha de osteomielitis hematógena, posttraumática o postquirúrgica está aconsejado el uso de fármacos que cubran bacilos gram negativos y estafilococos, dentro de los más recomendados se encuentran las cefalosporinas de tercera y cuarta generación, así como también de fluoroquinolonas.

Lesiones del
miembro
superior.

Luxación de hombro: El hombro es una articulación compleja del cuerpo humano que está formada por tres huesos: escápula, clavícula y húmero. Le da gran movimiento al cuerpo, pero es la que mas se lesiona.

Las causas mas comunes son: o son los traumatismos, mientras que las laxitudes y las alteraciones ligamentarias congénitas son las menos comunes.

La luxación de hombro es una lesión muy dolorosa que ocurre cuando el húmero proximal o “cabeza” se sale de lugar, o sea, de la glena. Esto ocurre por causa de una caída o golpe con otro objeto o persona en una posición determinada. La persona siente fuerte dolor y incapacidad en el brazo.

Después evalúan con una resonancia magnética y dependiendo del tipo de lesión ligamentaria, a la edad y actividad del paciente se planifica el tratamiento definitivo. Como regla general, el tratamiento quirúrgico (reparación artroscópica de ligamentos del hombro) es la opción recomendada cuanto más joven y activo es el paciente.

Tratamiento: El médico especialista será quién volverá a colocar el hombro en su lugar. Muchas veces, esto se realiza en el consultorio. pero, existen casos en que la gravedad de la situación obliga a que esto se realice en un quirófano con anestesia general.

Bursitis: es la hinchazón e irritación de una bursa (bolsa). Una bursa es un saco lleno de líquido que actúa como amortiguador entre los músculos, los tendones y los huesos. La bursitis es a menudo el resultado de la sobrecarga. También puede ser causada por un cambio en el nivel de actividad, como el entrenamiento para una maratón, o el sobrepeso, también por traumatismo, artritis reumatoidea, gota o infecciones.

Dislocación
de hombro.

Un hombro dislocado es una lesión en la que el hueso del brazo superior se sale de la cavidad con forma de taza que forma parte del omóplato. El hombro es la parte con mayor movilidad en el cuerpo.

La dislocación de hombro también puede provocar entumecimiento, debilidad u hormigueo cerca de la lesión, por ejemplo, en el cuello o brazo. Los músculos del hombro pueden sufrir espasmos por la alteración, lo que a menudo aumenta la intensidad del dolor.

La dislocación de hombro también puede provocar entumecimiento, debilidad u hormigueo cerca de la lesión, por ejemplo, en el cuello o brazo. Los músculos del hombro pueden sufrir espasmos por la alteración, lo que a menudo aumenta la intensidad del dolor.

UNIDAD 3
CUIDADOS A
PACIENTES
CON
ALTERACIONES
DEL MUSCULO
Y TEJIDO
CONJUNTIVO.

Lesiones
del
miembro
inferior
(pélvico).

Heridas: Es la pérdida de la continuidad de la piel secundaria a un traumatismo. Como consecuencia, existe un riesgo de infección y la posibilidad de lesiones en órganos o tejidos adyacentes como músculos, nervios o vasos sanguíneos. La gravedad de las heridas se evalúa en función de la profundidad, extensión, localización, evidencias de suciedad, presencia de cuerpos extraños o signos de infección.

Traumatismos óseos: las fracturas son lesiones traumáticas con pérdida de continuidad en el hueso, hay dolor intenso, deformidad, desdibujo, acortamiento, inflamación, aparición de hematoma y marcada impotencia funcional.

En caso de que se tenga que socorrer a un accidentado en el que se sospeche este tipo de lesión se tienen que tener en cuenta algunas consideraciones: *No movilizar al accidentado si no es estrictamente necesario.

*Retirar cualquier elemento compresivo (calzado, elementos de joyería).

*Explorar la movilidad, sensibilidad y pulso distales.

***Inmovilizar el foco de la fractura (sin intentar reducirla), incluyendo las articulaciones contiguas, con férulas rígidas y evitando los movimientos de la zona afectada o moviéndola si es preciso en bloque y bajo tracción.**

***Si se trata de una fractura abierta, debe cubrirse la herida con apósitos estériles antes de proceder a la inmovilización.**

Traumatismos
cartilaginosos

Los meniscos son estructuras cartilaginosas con función amortiguadora (del choque entre fémur y tibia) localizadas en el interior de la rodilla, tanto en la cara interna (menisco interno) como en la externa (menisco externo). Aunque este cartilago presenta una elevada resistencia, con los años se va debilitando y no es infrecuente que se produzcan en él pequeños rasguños que acaban provocando su desplazamiento parcial que se puede traducir en la aparición de simples molestias o acabar incluso bloqueando la articulación.

Otro traumatismo cartilaginoso frecuente es la llamada «rótula de condromalacia» que es la rotura o reblandecimiento del cartilago situado en la parte inferior de la rótula. Los síntomas observados incluyen dolor en la parte anterior de la rodilla (más manifiesto al subir o bajar escaleras, o levantarse tras haber permanecido largo tiempo sentado) y una sensación de crujido cuando se mueve la articulación.

Traumatismos musculares: Los desgarros musculares no son más que roturas de las fibras constitutivas de los músculos que se producen básicamente durante las prácticas deportivas por dos razones: preparación física inadecuada (falta de elongación y precalentamiento antes de empezar la actividad deportiva) y sobreexigencia. Los músculos más frecuentemente afectados son los de la pantorrilla (gemelos) y el muslo (cuadriceps y abductores).

Traumatismos articulares: aquí se incluyen traumatismos, luxaciones y esguinces. Puesto que un esguince es una lesión de ligamentos, se puede producir en casi todas las articulaciones.

Las luxaciones son separaciones permanentes de las superficies articulares (el hueso se ha separado de su articulación). Cursan con dolor intenso y agudo, deformidad debida a la pérdida de las relaciones normales articulares (y que es claramente identificable comparando su aspecto con el de la articulación paralela en el miembro sano) e impotencia funcional muy acusada.

Traumatismos
articulares.

Los esguinces son las lesiones de los ligamentos que se producen cuando una articulación realiza un movimiento más amplio de lo normal, forzando uno o varios ligamentos hasta que resultan dañados. Los esguinces más frecuentes son, sin lugar a dudas, los de tobillo (de los cinco ligamentos que sostienen el tobillo el que se lesiona más a menudo es el talofibular anterior, seguido del calcaneofibular) y rodilla (siendo aquí el cruzado anterior y el colateral medio los más comúnmente afectados por esguinces).

Dentro de los esguinces se habla de: *Grado I o leve. Ligera elongación del ligamento que no afecta a la estabilidad de la articulación.

*Grado II o moderado. Se produce un desgarramiento parcial del ligamento. Cursa con marcada hinchazón y dolor moderado a fuerte.

*Grado III o grave. El ligamento se desgarramiento totalmente o se rompe. La lesión se acompaña de dolor e hinchazón intensos.

Tratamiento RICE: El tratamiento más habitual de los esguinces y desgarramientos meniscales y musculares leves es el llamado RICE, acrónimo formado a partir de las iniciales anglosajonas de las palabras: reposo, hielo, compresión y elevación. Cuando alguien presenta una de estas lesiones debe guardar unos días de reposo (total o el máximo posible durante las 48 horas posteriores al accidente). Aunque el dolor no sea tan intenso como para obligar a interrumpir la práctica deportiva, cuando se sospeche que se ha producido un daño es importante no seguir ejercitando el miembro afectado, ya que en caso contrario puede agravarse la lesión y aumentar el tiempo de recuperación necesario.

Unidad 4
 CUIDADO A
 PACIENTES CON
 PROBLEMAS EN
 LOS ORGANOS
 DE LOS
 SENTIDOS.

Anatomofisiología
 de la vista.

El ojo está protegido de la suciedad y los cuerpos extraños por las cejas, las pestañas y los párpados. La conjuntiva es una delgada membrana que cubre los párpados y la mayor parte de la superficie anterior del ojo excepto la pupila. La glándula lacrimal segrega las lágrimas que humidifican y lubrican la córnea. El globo ocular está formado por tres capas: esclerótica, coroides y retina.

*Los fotorreceptores son de dos clases (conos y bastones) que captan los colores.

*El iris es una membrana coloreada, en forma de anillo, con músculos que controlan el tamaño de la pupila que es el espacio central del iris.

*El cristalino es una estructura biconvexa y transparente situada detrás del iris y que separa las cámaras anterior y posterior.

*La agudeza visual disminuye rápidamente a partir de los 50 años. A partir de los 70 la mayoría de las personas necesitan ayudas para poder ver.

*la edad y las secreciones también disminuyen, produciéndose menos lágrimas que además tienden a evaporarse más rápidamente. A pesar de esto, si hay una obstrucción de los conductos lacrimales se producirá un lagrimeo constante y molesto.

El interior del ojo está formado por el humor acuoso, el humor vítreo y el cristalino: □ El Humor acuoso es un líquido que da presión al ojo y nutre la córnea y el cristalino. □ El Humor vítreo es una gelatina que ocupa dos terceras partes del interior del globo ocular. Aquí se localizan los síntomas de las moscas volantes.

Vascularización del globo ocular.

*Arteria central de la retina: Penetra a través del Nervio óptico y es una rama terminal. Nutre las capas más internas de la retina, excepto la zona de los fotorreceptores, que es nutrida por la coroides.

*Arterias ciliares posteriores: Atravesan la esclerótica alrededor de la lámina cribosa. Existen dos tipos: cortas y largas.

*Arterias ciliares anteriores: Son ramas terminales de las arterias de los músculos rectos.

Músculos extraoculares: *Recto superior: Elevador, aductor (hacia dentro) e inciclotorsor.

*Recto lateral: Abductor (hacia fuera).

*Recto medio: Aductor.

*Recto inferior: Depresor aductor y exciclotorsor.

*Oblicuo superior: Depresor, abductor e inciclotorsor.

*Oblicuo inferior: Elevador, abductor y exciclotorsor.

Inervación: *III PAR (MOC): Rectos superior, medio e inferior. Oblicuo inferior y elevador del párpado superior.

*IV PAR (PATÉTICO): Oblicuo superior.

*VI PAR (MOE): Recto lateral.

*Simpático: Músculo de Muller (ayuda al elevador).

Hay otras estructuras imprescindibles en los ojos que ayudan a protegerlo y tener mejor calidad visual: *Cada ojo tiene músculos para poder girar en todas las direcciones.

* Sistema lagrimal. La superficie del ojo, para nutrirse y tener calidad está bañado por lágrimas.

* Se producen en las Glándulas lagrimales, forman una película muy fina sobre el ojo ("película lagrimal") y desaparecen por unos conductos hacia la nariz.

* Párpados. Son como dos persianas de protección contra la luz, golpes, cuerpos extraños y distribuye las lágrimas por el ojo.

* La órbita es el conjunto de huesos que forman un hueco para cobijar el ojo. Están más sobresalidos que el ojo para amortiguar los posibles golpes.

Proceso inflamatorio e infecciones oftálmicas.

Glaucoma: presión intraocular, con alteración en el nervio óptico, La PIO está determinada por la velocidad de producción del humor acuoso en el epitelio del cuerpo ciliar y por la resistencia y dificultad en su drenaje.

Existen numerosas clasificaciones, pero a efectos prácticos distinguiremos:

*Glaucoma crónico simple o Glaucoma de ángulo abierto.

*Glaucoma agudo o de ángulo cerrado.

*Glaucomas mixtos.

*Glaucomas secundarios.

El glaucoma crónico simple es una enfermedad muy frecuente, con una incidencia cercana al 4% de la población mayor de 40 años. Su tratamiento es médico en principio, precisando tratamiento quirúrgico cuando el primero no basta para mantener los valores de PIO o cuando los campos visuales del paciente se deterioran.

UNIDAD 4
CUIDADO A
PACIENTES
CON
PROBLEMAS
EN LOS
ORGANOS
DE LOS
SENTIDOS.

colera

***Enfermedad infecciosa originada por la bacteria Vibrio cholerae que se multiplica en el intestino.**
***Esta enfermedad se adquiere a través de alimentos y agua contaminados. No es una enfermedad contagiosa.**

Se calcula que 1 de cada 20 personas infectadas puede desarrollar la enfermedad de manera grave.

- Sintomas:**
- *vómitos
 - *diarrea
 - *deshidratación
 - *riesgo de muerte

Tratamiento: Los casos graves requieren reposición de líquidos por vía intravenosa. Los antibióticos ayudan a abreviar el curso de la enfermedad y la gravedad de la misma. Debido a la pérdida de líquidos y sales.

Queratoconjuntivitis sicca.

Se define el ojo seco como una alteración en la película lagrimal que motivaría el daño en la superficie interpalpebral ocular suficiente para producir molestias y discomfort ocular. El ojo seco es una de las patologías más frecuentes en las consultas de oftalmología.

Hasta un 30% de las personas que acuden a la consulta lo hacen por este motivo, sobre todo personas mayores, si bien se manifiesta con gravedad en un porcentaje mucho menor. Es muy importante averiguar si esta molestia de sequedad está asociada únicamente al ojo o es un problema más general, un síntoma de una enfermedad que puede ser más extensa y más grave (Síndrome de Sjögren, agentes físicos, hiposecreción por fármacos, infecciones, etc.).

Enfermedad alérgica ocular: Las enfermedades alérgicas oculares son uno de los problemas oftalmológicos más frecuentes en todo el mundo y abarcan desde reacciones leves o moderadas como conjuntivitis alérgica estacional o perenne hasta secreciones mucosas de la queratoconjuntivitis primaveral o los problemas corneales con afectación de la visión en la queratoconjuntivitis atópica.

La conjuntivitis alérgica perenne estacional y la conjuntivitis atópica constituyen el 50% de todas las conjuntivitis alérgicas y son las que más frecuentemente se asocian con la fiebre del heno. El polen, el polvo y otros contaminantes constituyen los principales antígenos exógenos de estas alteraciones. Los fármacos oftálmicos no son causa frecuente de conjuntivitis alérgica aunque sí pueden producirla la neomicina, sulfonamidas, atropina y tiomerosal. La conjuntivitis primaveral es habitualmente una inflamación bilateral que afecta principalmente a los adolescentes.

Infecciones oculares.

La mayoría de infecciones oculares son producidas por bacterias y con menor frecuencia por virus. Por el contrario, las infecciones por hongos son raras y en la mayoría de los casos son debidas a gérmenes oportunistas. Dentro del amplio capítulo de las infecciones oculares incluiremos las externas y anteriores, internas y posteriores, perioculares y orbitarias.

Conjuntivitis: Es toda afección conjuntival originada tanto por microorganismos infecciosos como también por causas inflamatorias (alergias, toxinas, traumatismo, enfermedades sistémicas, etc.). Las conjuntivitis bacterianas agudas (catarral) puede tener diferente etiología siendo los gérmenes los más frecuentes Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes y Haemophilus influenzae. Por último, Moraxella lacunata es la causa más frecuente de blefaroconjuntivitis angular en adolescentes.

Queratitis: La queratitis bacteriana es la invasión microbiana de la córnea que conduce, según su virulencia y patogenicidad, a formar un absceso estromal asociado a signos y síntomas de inflamación. A diferencia de las conjuntivitis bacterianas, son de extrema gravedad conduciendo en ocasiones a la afectación de toda la córnea a incluso perforación y pérdida del ojo. Se debe tener una confirmación clínica correcta, tratamiento antibiótico que puede ser múltiple y por diferentes vías de administración y, determinar el agente etiológico. Los gérmenes más frecuentes son: neumococo, S. aureus, S. epidermidis, Pseudomonas aeruginosa, Moraxella, enterobacterias y estreptococo beta hemolítico. La rotura de epitelio de la córnea facilita la adherencia bacteriana y la invasión del estroma corneal.

UNIDAD 4

CUIDADO A PACIENTES CON PROBLEMAS EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS.

Uveítis anterior.

Las uveítis se clasifican en anteriores y posteriores. La anterior se refiere a inflamación del iris (iritis) y el cuerpo ciliar (iridociclitis). La posterior es una inflamación de la coroides (coroiditis), retina (retinitis), ambas (coriorretinitis, retinocoroiditis) e incluso del humor vítreo (vitritis). El virus herpes simple tipo I es el principal causante de la uveítis anterior.

Generalmente se acompaña de queratitis dendrítica. La tuberculosis también puede causar una iridociclitis de tipo granulomatoso. Entre los hongos, *C. albicans* es un patógeno oportunista que, en sujetos inmunodeprimidos, puede causar uveítis anterior.

Ambliopía: es la reducción uni o bilateral de la AV a pesar de una corrección óptica apropiada. Aunque en algunas ocasiones puede producirse en ambos ojos, generalmente sólo se presenta en uno. ésta ocasionalmente puede alternar de un ojo a otro durante el transcurso del tratamiento, pero, lo que es más importante, con frecuencia recurre cuando el tratamiento se suspende. La ambliopía se clasifica en:

*Ambliopía estrábica, caracterizada por la pérdida unilateral de la visión, como resultado de una fijación exclusiva con el ojo dominante de modo prolongado y supresión de las imágenes en el ojo desviado.

*Ambliopía por anisometropía (refracción desigual), que ocurre en pacientes con miopía unilateral intensa o con astigmatismo grave, como resultado de recibir constantemente imagen borrosa de un objeto.

*Ambliopía por privación de estímulo que ocurre en un lactante que nace con una opacidad macular congénita, ptosis unilateral completa, cicatriz corneal, o catarata, que impiden que la imagen visual adecuada alcance la retina.

Estrabismo.

es la pérdida de paralelismo de los ejes visuales con alteración de la visión binocular. es la pérdida de paralelismo de los ejes visuales con alteración de la visión binocular. Para tener visión binocular es necesario que las imágenes percibidas con cada ojo sean semejantes en tamaño, forma, color e intensidad y que el equilibrio del sistema sensorial y motor sea perfecto.

La fovea se termina de desarrollara asta los 6 meses de vida y la agudeza visual aumenta hasta los 10 años.

Laceraciones conjuntivales: Las heridas que afectan a la conjuntiva ocular producen dolor, ojo rojo y sensación de cuerpo extraño tras un traumatismo ocular. A la exploración podemos observar una herida que deja ver la esclera blanca subyacente y que tiñe con fluoresceína.

Las laceraciones conjuntivales deben ser exploradas extensamente para descartar la presencia asociada de una ruptura escleral y un cuerpo extraño intraocular. Las trataremos con pomada antibiótica de aureomicina (tetraciclina) cada 8 horas durante 4-7 días.

Blefaritis.

Es la inflamación/infección de los bordes palpebrales: **Blefaritis seborreica:** Existe clínicamente un enrojecimiento del borde de los párpados, que presentan una descamación de las pestañas causada por un exceso de la secreción grasa de las glándulas sebáceas.

Blefaritis estafilocócica: Se sospecha que el origen es estafilocócico cuando las escamas son amarillentas y dejan lesiones ulcerativas al ser retiradas. Responden al tratamiento antibiótico con pomadas de gentamicina o eritromicina sobre el borde palpebral.

Orzuelo: Infección aguda de las glándulas sebáceas palpebrales. Se presenta como un nódulo doloroso con punto de pus amarillento centrado por una pestaña. Su tratamiento incluye calor local (3 veces al día durante 5 minutos) y antibiótico tópico (eritromicina pomada 3 veces al día, 1 semana).

Dacrioadenitis: Infección de la glándula lagrimal principal. Se asocia a parotiditis, mononucleosis u otras enfermedades víricas. Clínicamente presentan una tumoración inflamatoria unilateral y dolorosa en el tercio externo del párpado superior (signo de la S), y edema de la zona súperotemporal del mismo que provoca una pseudoptosis. Pueden acompañarse de adenopatía preauricular y fiebre.

Cataratas congénitas:

Se denomina catarata cualquier opacidad en el cristalino, que puede originar un descenso de la AV. Pese a los avances en el tratamiento de las cataratas congénitas, éstas siguen siendo la causa principal de disminución de visión y ceguera en los niños, y de ambliopía irreversible a pesar de la cirugía.

Los primeros meses de vida representan el periodo crítico de desarrollo visual, cuando las áreas visuales del cerebro se están desarrollando rápidamente estimuladas por la impresión de imágenes claras sobre la retina, de tal forma que una imagen deficiente

Si un niño con una catarata congénita completa, se opera a los 7 años de edad, no hay recuperación alguna, permaneciendo definitivamente ciego. Se presenta clínicamente con leucocoria o nistagmus. El diagnóstico diferencial de la leucocoria es amplio: retinoblastoma, toxoplasmosis, toxocariasis, persistencia primaria de vítreo hiperplásico, retinopatía del prematuro..., y el pronóstico grave.

Retinoblastoma: La edad de presentación es alrededor de los 18 meses, siendo raro su descubrimiento más allá de los 7 años. El 6% es hereditario. Se sospecha por leucocoria en 50-60%, estrabismo en 20% o signos irritativos en el segmento anterior por invasión de la cámara anterior, con exoftalmos si alcanza la órbita. En la oftalmoscopia se observa una masa blanquecina que, según su forma de crecimiento, puede acompañarse de desprendimiento de retina (crecimiento exofítico) o endoftalmitis (crecimiento endofítico).

UNIDAD 4
CUIDADO A
PACIENTES CON
PROBLEMAS EN
LOS ORGANOS
DE LOS
SENTIDOS.

Alteraciones
otorrinolaringológicas:

Las prácticas en otorrinolaringología se remontan a la antigüedad, existen registros de cirugías otorrinolaringológicas (ORL) que datan de 2500 AC, sin embargo, sólo se constituyó como especialidad hacia los inicios del siglo XIX, acompañada de la aparición e implementación de la endoscopia.

Esta es una especialidad que comprende el manejo clínico y quirúrgico de las patologías de oído, fosas nasales, senos paranasales, faringe y laringe, con un enfoque basado en la prevención, diagnóstico y tratamiento.

Las enfermedades otorrinolaringológicas tienen una elevada incidencia en la población general, tanto en patologías agudas como crónicas; esto se refleja en la atención médica, primaria, donde alrededor del 40% de los motivos de consulta en la práctica clínica diaria se componen por problemas de oído, nariz y faringolaringe.

La otitis media aguda (OMA) es una enfermedad de presentación común en la población infantil, cerca del 90% de los niños la padecen en los primeros 5 años de vida. La etiopatogenia de esta afección se atribuye principalmente a procesos infecciosos, los cuales pueden convertirse en recurrentes y llevar a diversas complicaciones como ruptura de la membrana timpánica, sordera por conducción, déficit del lenguaje o problemas en el desarrollo educativo.

Otitis media aguda.

Puede ser secundaria a una complicación durante una infección respiratoria de vías superiores (URIP por sus siglas en inglés). Durante estas infecciones las citoquinas juegan un papel importante en la defensa, debido a su función, cuando se activan generan secreción nasal e inducen inflamación y la presencia de infecciones respiratorias severas.

El proceso inflamatorio desencadenado como respuesta al agente etiológico es característico en esta patología, este es un paso crítico que contribuye con la defensa del hospedero, sin embargo, este mismo en ocasiones se convierte en un proceso perjudicial para el ser humano, favoreciendo significativamente el desarrollo, la progresión de la otitis media (OM) y la presentación de las diferentes formas clínicas de la misma, entre las cuales se puede encontrar la OM con efusión, crónica purulenta y crónica con colesteatoma.

Rinitis alérgica: es la inflamación de la mucosa nasal que es inducida por alérgenos, ocasionando síntomas como: estornudos, congestión, secreción, prurito y obstrucción nasal. Es una enfermedad atópica, que se caracteriza por presentar niveles altos de inmunoglobulina E (IgE) sérica, sobreproducción de linfocitos T ayudadores, citoquinas y acumulación de eosinófilos en la mucosa nasal.

Los síntomas son muy poco específicos confundirse con un resfriado común de origen viral; es importante resaltar que solo 5 a 15% de los casos en la población adulta corresponden a etiología bacteriana (Streptococcus pyogenes), es decir, la mayoría de estas corresponden a cuadros virales que no requieren tratamiento antibiótico.

Otras alteraciones.

están relacionadas con las actividades de la vida diaria que ejercen los pacientes, por ejemplo, en algunas profesiones, la voz es el principal medio de trabajo, lo cual obliga a un sobre esfuerzo de la misma que paulatinamente se va convirtiendo en un hábito y consecuentemente se altera el mecanismo de producción vocal de forma prolongada llevando a condiciones conocidas como disfonías.

Dentro de estos factores antes mencionados se encuentran patologías como:

- *Laringitis aguda o por reflujo
- *Traumatismo laríngeo
- *Procesos alérgicos
- *Amigdalitis
- *sinusitis y faringitis.

Finalmente, otra patología que cobra importancia en el medio debido a sus consecuencias es la hipoacusia; alrededor del 50% de los niños con sordera profunda se pueden catalogar de origen genético en el cual están involucrados una gran cantidad de genes, que son la causa de la heterogeneidad en la sordera hereditaria.