



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA.

TEMA:

**FACTORES RELACIONADOS CON URGENCIAS
OTORRINOLARINGOLÓGICAS FRECUENTES DEL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO**

CARBO AÑO 2014-2015.

AUTOR:

CRUZ BAJAÑA LUIS ENRIQUE.

TUTOR:

DR. HOMERO DELGADO.

AÑO 2015-2016.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Factores relacionados con urgencias otorrinolaringológicas frecuentes, estudio a realizarse en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo año 2014-2015.		
AUTOR/ES: Cruz Bajaña Luis Enrique.		REVISORES:
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil		FACULTAD:
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION:		Nº DE PÁGS:
RESUMEN: El propósito de esta investigación fue establecer los factores relacionados a urgencias otorrinolaringológicas frecuentes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2014- 2015. El presente estudio fue de tipo analítico, observacional de corte transversal y retrospectivo. Se analizó una muestra de 100 pacientes, atendidos en el Servicio de emergencia de otorrinolaringología periodo 2014 - 2015 donde el mayor número de pacientes con urgencias otorinolarinologicas fue de sexo masculino con un 57%. El grupo etario más frecuente fue de 15-40 años con un 53%. Los motivos de consulta más frecuente fueron: patologías oticas (46%), nasales (26%), sinusales (11%), en menor frecuencia la otomiosis (5%), patologías facial (5%), bucofaríngea con (4%), laríngeas (2%) y cervicales (1%). De manera individual los diagnosticos más frecuentes registrado son otitis externa(25%), epistaxis (12%), sinusitis aguda (11%), otitis media(10%), los cuerpos extraños nasal (8%),otomiosis(7%), faringoamigdalitis aguda (5%), trauma nasal (4%), las patologías de cuerpo extraño otico (4%), trauma facial (3%), laringitis aguda (3%), parálisis facial con (2%), y cervical (1%).los principales factores de riesgo relacionado a urgencias otorinolarinologicas son biológicos (78%), consumo de medicamentos (12%), hábitos de higiene (5%)..De la población total de estudio el (59%) tuvieron factores de riesgo relacionados.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI X	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989041309	E-mail: cruzenrique@gmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Nombre: Universidad de Guayaquil- Facultad de Ciencias Médicas	
	Teléfono: 0422390311	
	E-mail: http://www.ug.edu.ec	

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Prometeo, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 250-9054.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR
EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

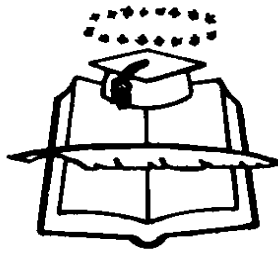
CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN
DE GRADO PRESENTADO POR EL SR. CRUZ BAJAÑA LUIS ENRIQUE C.I. #
0927236745.

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES **FACTORES RELACIONADOS
CON URGENCIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS FRECUENTES ESTUDIO A
REALIZARCE EN EL HOPSITAL TEODORO MALDONADO CARBO AÑO 2014-
2015.**

REVISADA Y CORREGIDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU
TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. HOMERO DELGADO

TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al Sr Cruz Bajaña Luis Enrique, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

A Dios por haberme guiado cada día de mi carrera y ayudado de manera incondicional en todos mis días y noches de esfuerzos.

A mi madre por haberme ayudado y apoyado tanto económicamente como moralmente y permitirme obtener mi título profesional ya que sin su apoyo no habría logrado nada.

A mi familia que aportaron con su esfuerzo para brindarme su ayuda cuando más lo necesitaba.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme guiado cada día de mi carrera y ayudado de manera incondicional en todos mis días y noches de esfuerzos.

A mi madre por haberme ayudado y apoyado tanto económicamente como moralmente y permitirme obtener mi título profesional ya que sin su apoyo no habría logrado nada.

A mi familia que aportaron con su esfuerzo para brindarme su ayuda cuando más lo necesitaba.

A mi tutor y amigo el Dr. Homero delgado que gracias a sus consejos y apoyo me ha guiado en esta carrera.

Por último y no menos importante a la anatomía que me ha servido tanto intelectual como económicamente en el transcurso de toda mi carrera.

RESUMEN

RESUMEN:

El propósito de esta investigación fue establecer los factores relacionados a urgencias otorrinolaringológicas frecuentes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2014- 2015. El presente estudio fue de tipo analítico, observacional de corte transversal y retrospectivo. Se analizó una muestra de 100 pacientes, atendidos en el Servicio de emergencia de otorrinolaringología periodo 2014 - 2015 donde el mayor número de pacientes con urgencias otorinolarinologicas fue de sexo masculino con un 57%. El grupo etario más frecuente fue de 15-40 años con un 53%. Los motivos de consulta más frecuente fueron: patologías oticas (46%), nasales (26%), sinusales (11%), en menor frecuencia la otomicosis (5%), patologías facial (5%), bucofaríngea con (4%), laríngeas (2%) y cervicales (1%).

De manera individual los diagnosticos más frecuentes registrado son otitis externa(25%), epistaxis (12%), sinusitis aguda (11%), otitis media(10%), los cuerpos extraños nasal (8%),otomicosis(7%), faringoamigdalitis aguda (5%), trauma nasal (4%), las patologías de cuerpo extraño otico (4%), trauma facial (3%), laringitis aguda (3%), parálisis facial con (2%), y cervical (1%).los principales factores de riesgo relacionado a urgencias otorinolarinologicas son biológicos (78%), consumo de medicamentos (12%), hábitos de higiene (5%)..De la población total de estudio el (59%) tuvieron factores de riesgo relacionados.

Palabras Claves: Patologías Factores, Frecuencias, Población.

ABSTRACT

The purpose of this research was to establish the factors related to frequent emergency department ENT Hospital Teodoro Maldonado Carbo in the period 2014- 2015. This study was analytical, observational and retrospective cross-cutting. 2015 where the largest number of patients with emergency otorinolaringologicas male was 57% - a sample of 100 patients, treated at the emergency otolaryngology 2014 period was analyzed. The most frequent age group was 15-40 years with 53%. The most frequent reason for consultation were: otic pathologies (46%), nasal (26%), sinus (11%), less frequently Otomycosis (5%), facial pathologies (5%), bucofaríngeas with (4%) laryngeal (2%) and cervical (1%).

Individually the most frequent diagnoses recorded are external otitis (25%), epistaxis (12%), acute sinusitis (11%), otitis media (10%), the nasal foreign bodies (8%), Otomycosis (7%) , acute tonsillitis (5%), nasal trauma (4%), the pathologies of foreign body otico (4%), facial trauma (3%), acute laryngitis (3%), facial paralysis (2%), and cervical (1%). the main risk factors are related to biological otorinolaringologicas urgencies (78%), drug use (12%), hygiene (5%) .. of the total study population (59%) had related risk factors

Keywords: Pathologies Factors, Frequencies, Poblacion

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT.....	IV
ÍNDICE GENERAL	V
Índice De Tablas	VII
Índice de Ilustraciones.	VIII
INTRODUCCION.	1
CAPITULO I	2
1. EL PROBLEMA	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	2
1.2 JUSTIFICACION.	3
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA.....	4
1.5 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
2 CAPITULO II	6
2.1 MARCO TEORICO.....	6
2.2 ANTECEDENTE CIENTIFICOS.	6
2.3 BASES TEORICAS.....	8
2.3.1 ANATOMÍA DE LA PIRÁMIDE NASAL.....	8
2.3.2 HEMORRAGIA NASAL	9
2.3.3 CUERPO EXTRAÑO NASAL.	11
2.3.4 TRAUMATISMO NASAL.....	13
2.3.5 RINITIS VASOMOTORA	13
2.3.6 TRAUMA FACIAL.....	16
2.3.7 PARALISIS FACIAL.....	18
2.3.8 ANATOMÍA DEL OÍDO.	19
2.3.9 LA OTITIS EXTERNA NECROTIZANTE.....	21
2.3.10 MASTOIDITIS AGUDA.....	22
2.3.11 LA OTITIS MEDIA AGUDA	23
2.3.12 CUERPO EXTRAÑO DE OIDO	24

2.3.13	MENIERE (OTONEUROLOGICO).....	25
2.3.14	LARINGE	27
2.3.15	EL LARINGOESPASMO.	28
2.3.16	PARÁLISIS EN LAS CUERDAS VOCALES.....	30
2.3.17	LARINGITIS AGUDA.....	31
2.3.18	LARINGITIS AGUDAS EN EL ADULTO	34
2.3.19	OPINION DEL AUTOR.....	38
2.3.20	HIPÓTESIS.....	39
2.3.21	2.5 VARIABLES	39
3	CAPÍTULO III	40
3.1	MATERIALES Y MÉTODOS	40
3.1.1	CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	40
3.2	UNIVERSO Y MUESTRA	41
3.2.1	UNIVERSO	41
3.2.2	MUESTRA	41
3.3	VIABILIDAD	41
3.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	42
3.4.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	42
3.4.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
3.5	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACION	43
3.6	OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN 44	
3.7	TIPO DE INVESTIGACION	45
3.8	CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	45
3.9	CRONOLOGIA DE ACTIVIDADES	46
3.10	RECURSOS	46
3.10.1	RECURSOS HUMANOS.....	46
3.11	RECURSOS FÍSICOS	47
3.12	INTRUMENTO DE LA EVALUACION	47
3.13	METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	47
4	CAPÍTULO IV	48
4.1	RESULTADOS.....	48
	OBJETIVO N° 1:	49

OBJETIVO N° 2	51
OBJETIVO N° 3	54
OBJETIVO N° 4	56
4.2 DISCUSIÓN	58
5 CAPÍTULO V	60
5.1 5. CONCLUSIONES	60
6 CAPÍTULO VI.....	61
6.1 6. RECOMENDACIONES	61
Bibliografía	62
7 ANEXOS	70
7.1.1 Anexo 1. Formulario de Recolección de datos	70

Índice De Tablas

Tabla 1 poblacion total (100) pacientes con urgencias otorinolarongologicas en el hospital regional iess teodoro maldonado carbo de guayaquil. 2014-2015, según: motivo de consulta.	49
TABLA 2 POBLACION TOTAL (100) CON URGENCIAS OTORINOLARONGOLOGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO DE GUAYAQUIL. 2014-2015, SEGÚN: DIAGNOSTICO MAS FRECUENTES REGISTRADOS	50
Tabla 3 Distribución De Pacientes(100) Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. Año 2014-2015, Según: el sexo.....	51
Tabla 4 Distribución De 100 Pacientes Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. 2014-2015, Según: Lugar de procedencia	52
Tabla 5 Distribución De Pacientes (100) Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. Año 2014-2015, Según: Grupos Etarios.	53
Tabla 6 distribución de factores de riesgo en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Año 2014-2015, según: factores de riesgo	54
Tabla 7 distribución de factores de riesgo en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Año 2014-2015, según: tipos de factores.	55
TABLA 8 POBLACION TOTAL (100) CON URGENCIAS OTORINOLARONGOLOGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO DE	

GUAYAQUIL. 2014-2015, SEGÚN: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A URGENCIAS FRECUENTES	56
---	----

Índice de Ilustraciones.

Ilustración 1 poblacion total (100) pacientes con urgencias otorinolarongologicas en el hospital regional iess teodoro maldonado carbo de guayaquil. 2014-2015, según: motivo de consulta.	49
Ilustración 2 poblacion total (100) con urgencias otorinolarongologicas en el hospital regional iess teodoro maldonado carbo de guayaquil. 2014-2015, según: diagnostico mas frecuentes registrados.	50
Ilustración 3 Distribución De Pacientes (100) Con Urgencias Otorinolarongologicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil.año 2014-2015, Según: el sexo.	51
Ilustración 4 Distribución De 100 Pacientes Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. 2014-2015, Según: Lugar de procedencia.	52
Ilustración 5 Distribución De Pacientes (100) Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. Año 2014-2015, Según: Grupos Etarios.	53
Ilustración 6 distribución de factores de riesgo en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Año 2014-2015, según: factores de riesgo	54
Ilustración 7 distribución de factores de riesgo en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Año 2014-2015, según: tipos de factores.	55
Ilustración 8 POBLACION TOTAL (100) CON URGENCIAS OTORINOLARONGOLOGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO DE GUAYAQUIL. 2014-2015, SEGÚN: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A URGENCIAS FRECUENTES	57

INTRODUCCION.

Es frecuente que los pacientes acudan a un centro hospitalario por un problema de salud que en numerosas ocasiones son urgencia médica, Se considera una urgencia otorrinolaringológica a la situación clínica que afecta al área ORL del paciente, caracterizada por su presentación aguda y la necesidad de atención médica no diferible más de 4 horas por motivos de riesgo de la vida del paciente, para evitar el agravamiento y lograr solucionar situaciones álgicas o de trastorno funcional importante, estas actuaciones delimita la clasificación en urgencia/no urgencia. (Sociedad Otorrinolaringologica Andaluz., 2012)

El análisis de estos problemas de salud en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas y sus factores relacionados se debe considerar de gran importancia debido a que presenta una alta incidencia y prevalencia de patologías otorrinolaringológicas que afectan a la sociedad a nivel mundial colectivo e individual. (Pulveth, 2009 - 2011)

Los estudios de las urgencias en otorrinolaringología son numerosas y variadas, entre las más frecuentes: hemorragia nasal que debe ser considerada como un síntoma al cual se debe investigar su causa, hemorragia ótica, hemorragia faríngea que se debe a diversos factores que serán estudiados y relacionados entre sí, otalgia, Faringodinea, dolor de nariz, cuerpo extraño en nariz, en oído, traumatismo de nariz, de paladar y de faringe. (Chinski, 2014).

El propósito de este estudio es analizar la influencia de los factores de riesgo frecuentes de urgencias, comparar estos factores de riesgo relacionados a patologías frecuentes otorrinolaringológicas atendidas.

Determinar la relación entre los factores de riesgo y las patologías otorrinolaringológicas que causan mayor ausentismo laboral o discapacidad.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La patología de los órganos que abarca la Otorrinolaringología ocupa uno de los principales motivos de consulta en los servicios de emergencia por lo que se debe considerar de gran importancia la alta incidencia y prevalencia de estas patologías que afectan a la salud de la sociedad a nivel mundial colectivo e individual produciendo un aumento en el ausentismo laboral. (Pulveth, 2009 - 2011).

Por lo que es importante considerar los factores de riesgo en las patologías de la voz en docentes, la hemorragia nasal asociadas frecuentemente a la edad, los traumatismos nasales, faríngeos y óticos, que serán dependientes del riesgo laboral en el que se encuentren los paciente (TRUJILLO, 2010).

Las enfermedades otorrinolaringológicas se presentan con frecuencia en nuestro país por lo que se observa un gran porcentaje en el número de dotación normal de camas hospitalarias para los servicios de otorrinolaringología. (INEC, 2013).

Actualmente es controversia la adecuada clasificación de las urgencias orl que necesitan atención prioritaria en el servicio de emergencia y que afectan la calidad de vida de forma importante, con repercusión en el medio laboral, que sumado al aumento de la población de pacientes que consultan esta institución y los diagnósticos más frecuentes en las unidades de Emergencia del país, son las principales motivaciones para realizar el estudio.

En el hospital Teodoro Maldonado Carbo se observan un gran número de patologías de oído nariz y garganta en el servicio de emergencias, pero se desconoce su relación con los factores de riesgo al no precisa de la prevalencia ni las causas de este incremento, es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada determinar su frecuencia por lo que se determinara en forma documentada los factores relacionados con urgencias otorrinolaringológicas frecuentes que provocan a los pacientes un impacto a nivel laboral.

1.2 JUSTIFICACION.

El presente estudio permite investigar los factores de riesgo que causan patologías correspondientes a otorrinolaringología, que no han sido atendidos en un centro de salud de atención primaria por su presentación aguda y estado de gravedad el cual requiere atención de urgencia.

Es de vital importancia implementar formas de evaluación en el hospital que permitan documentar los factores de riesgo y cuantificar los resultados en pacientes predispuestos a sufrir patologías otorinolaringológicas, de esta forma se espera que ayuden a determinar si las medidas preventivas planteadas por organismos internacionales a emplear son adecuados y que permitir la toma de decisiones para reducir la incidencia de patologías en la emergencia.

En el instituto ecuatoriano de seguridad social Hospital Teodoro Maldonado Carbo no hay estudios actualizados en los últimos años que demuestren información estadística y actualizada sobre la asociación de las urgencias otorinolaringológicas y factores de riesgo, mi interés es reportar los factores de riesgo que causan patologías otorrinolaringológicas consideradas urgencias médicas, estadificar datos relevantes de los pacientes más propensos a estos factores y prevenir afecciones a la salud a nivel social y laboral.

Este estudio es conveniente para contribuir con información actualizada relevante, práctica y útil sobre factores relacionados a urgencias otorinolaringológicas en la población de pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2014-2015, a través de una investigación descriptiva y observacional, que identifique los factores de riesgo y determine su relación con las urgencias otorinolaringológicas frecuentes, que puedan ser usadas en futuras investigaciones y plantear medidas preventivas de los factores que predisponen a padecer urgencias otorrinolaringológicas.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores relacionados con las urgencias otorrinolaringológicas en pacientes atendidos en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2014-2015?

1.4 DETERMINACION DEL PROBLEMA.

Campo: Salud publica

Área: Emergencia de otorrinolaringología

Aspecto: Patologías otorrinolaringológicas.

Tema de investigación: Factores relacionados con urgencias otorrinolaringológicas frecuentes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo año 2014-2015.

Lugar: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

1.5 OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores de riesgo relacionados con patologías otorrinolaringológicas, frecuentes en el servicio de emergencia del hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2014-2015 mediante la revisión estadística para diseñar propuestas de prevención.

1.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar las patologías frecuentes de la población de pacientes con urgencias otorrinolaringológicas del hospital Teodoro Maldonado Carbo.
2. Determinar las características epidemiológicas de la población en estudio.
3. Establecer los factores de riesgo de la población en estudio.
4. Definir la relación de factores de riesgo con urgencias otorinolarinologicas frecuentes de la población en estudio, para pplantear medidas preventivas que contribuyen a disminuir el índice de urgencias otorrinolaringológicas

2 CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO.

2.2 ANTECEDENTE CIENTIFICOS.

Según la guía ABE la otitis externa o también conocida como otitis del nadador es la principal causa de otalgia, que puede ser muy intensa. Suele ser unilateral, aunque hasta un 10% de los casos son bilaterales. Los casos más graves pueden constituir una verdadera celulitis. Un 10% de la población la padece en algún momento de su vida, con un pico de incidencia entre los 7 y los 12 años, sin diferencias entre sexos. En países de clima templado, como **España**, es más frecuente en verano. (Irene Maté Cano, Olga Ordóñez Sáez, Gala López González., 2010).

Estudios de la news-medical.net, indica que la parálisis de Bell es la causa más común de la parálisis facial unilateral aguda, explicando aproximadamente 60-75% , el derecho se afecta generalmente más a menudo, es decir el 63% del tiempo. Aunque la parálisis facial bilateral pueda también ocurrir, el tipo del acontecimiento es menos del 1% cuando está comparado a la parálisis de Bell unilateral, la mayoría de estudios de población grandes revela una incidencia anual de 15-30 casos por 100,000 personas. La incidencia anual de la parálisis de Bell en los **Estados Unidos** es aproximadamente 23 casos por 100,000 personas, y en el **Reino Unido** 20 casos por 100,000 personas. Sin Embargo, ciertos países muestran mayor variabilidad en la incidencia de esta condición; el número más elevado de casos fue encontrado en un estudio conducto en la Prefectura de Ehime en **Japón**, mientras que Suecia tenía la incidencia señalada más inferior. La condición es más característica para la estación del invierno, en gran parte porque temperaturas más bajas se asocian a un riesgo más alto total. (Meštrović, 2014).

Amplias y exhaustivas revisiones publicadas, sobre cuerpos extraños en cavidad nasal muestran una mayor incidencia del problema en edades tempranas, generalmente por debajo de los 5 años y sobre todo en menores de 2 años, con predominio en varones. Sin embargo, algunos autores han mostrado un segundo pico de incidencia a los 11 años, con características algo diferentes. La mayor parte de los episodios de atragantamiento en **España** ocurren cuando el niño está comiendo o jugando, y en presencia de otra

persona. Entre un 60-80% de los casos los cuerpos extraños suelen corresponder a vegetales, llama la atención los globos, se adhieren y toman la forma de las vías respiratorias pudiendo provocar una obstrucción completa (el 29% de las muertes por aspiración de cuerpo extraño no alimentario lo son por globos), algo que también puede ocurrir con los guantes de látex. (Javier Korta Murua, Olaia Sardón Prado, 2010)

según estudios reportados en **Costa Rica** la epistaxis anterior o posterior, de origen endonasales, retronasal o extra nasal, causada por la ruptura de los elementos vasculares de las fosas nasales, senos paranasales y la nasofaringe, tiene una prevalencia de 15% en la población general y en la mayoría de los casos se presenta en escasa cuantía y resuelve de manera espontánea, sin embargo en ocasiones estos episodios pueden alcanzar mayor gravedad poniendo en riesgo la vida del paciente el cual es un motivo de consulta extremadamente frecuente en los servicios de urgencias y atención primaria, pudiendo presentarse tanto en niños como en adultos, con una incidencia de distribución bimodal, mayormente en niños y jóvenes, y en adultos mayores (45-65 años). (Morera, 2014)

En el servicio cirugía del Hospital Regional Docente **Ambato**. Utilizaron métodos teóricos como el analítico – sintético, inducción – deducción y métodos para recolección de datos como el cuestionario, mediante los cuales se constata que el agente causal de mayor incidencia en los pacientes son los accidentes de tránsito (55%), además la mitad de los pacientes estudiados (55%) presentan trauma nasal moderado (clasificación Stranc 2) y 12,5% se clasifica en trauma nasal grave; los cuales requerían tratamiento quirúrgico que no fue ofertado por mal manejo médico. (Navarrete Idrovo, Cristina Margarita, 2012)

2.3 BASES TEORICAS.

2.3.1 ANATOMÍA DE LA PIRÁMIDE NASAL

La anatomía nasal está formado de elementos óseos, cartilaginosos y fibrosos, los huesos propios o nasales se articulan con la porción nasal del hueso frontal y con las apófisis ascendentes del hueso maxilar, en su cara interna se articulan con la lámina perpendicular del etmoides y el cartílago septal en una proporción variable.

Los cartílago lateral superior son dos y de aspecto rectangular, se articulan con los huesos nasales, también se insertan en la apófisis frontal del maxilar y prácticamente se fusionan con las expansiones o procesos posterolateral del cartílago septal de manera que prácticamente se hace indistinguible los límites de cada cartílago, el borde inferior del cartílago lateral superior rebasa también a modo de teja, por debajo, al borde superior del cartílago alar o lateral inferior.

A más de las estructuras óseas y cartilaginosas existe elemento de sostén que es el tejido fibroconectivo formado a partir del pericondrio y periostio de dichas estructuras, y que rellena, por así decirlo, los espacios vacíos de contenido, directamente debajo de este tejido encontraremos la mucosa nasal.

Las fosas nasales tiene forma trapezoidal con una puerta de entrada, la ventana nasal o narina, limitada por la columela y el ala nasal, otra de salida hacia las fosas nasales propiamente dichas, denominada válvula nasal, la piel se transforma en mucosa nasal en este trayecto.

Los músculos de la pirámide nasal identificamos al músculo procerus o piramidal, situado en la raíz nasal; el músculo nasal con sus dos porciones, alar (músculo mirtiforme) y transversa, que cubre a los huesos nasales, parte del cartílago lateral superior. El músculo elevador común del labio superior y del ala de la nariz, ocupa los surcos naso palpebral y naso geniano, en el ala se encuentra el músculo dilatador nasal.

La vascularización de la pirámide nasal localizamos cuatro ramas arteriales: la arteria dorsal, rama de la arteria oftálmica, que se anastomosa con su homónima contralateral en su trayecto descendente y con la arteria transversa del ala nasal, rama de la arteria facial; la arteria angular, continuación de la facial, y que discurre por el ángulo naso palpebral. Finalmente la propia arteria facial puede no ascender más y dar sus ramas terminales en forma de arterias labiales superiores y del subtabique, que se anastomosan con las de la arteria infraorbitaria.

El techo de las fosas nasales está formada por la porción nasal del hueso frontal denominada espina nasal superior y la lámina cribosa del etmoides, a cada lado de la Crista Galli el bulbo olfatorio recoge el sentido del olfato a través de los filetes olfatorios que perforan la lámina cribosa y se distribuyen por el techo y el cornete superior. Las fosas nasales están limitado lateralmente por los cornetes y medialmente por el tabique, el suelo está formado por las apófisis horizontales o palatinas del maxilar superior y el hueso palatino, que al articularse forman además la espina nasal anterior y posterior respectivamente, la vascularización de las fosas nasales depende fundamentalmente de la arteria etmoidal anterior, arteria etmoidal posterior, arteria esfenopalatina y la arteria palatina descendente. (ORL, 2005)

2.3.2 HEMORRAGIA NASAL

2.3.2.1 Epistaxis

La epistaxis es un signo clínico que se caracteriza por un proceso hemorrágico que se produce en las fosas nasales, suele ser bastante frecuente en la parte anterior de las fosas nasales debido a que esta zona es de gran vascularización. Por general se considera que estos suelen ser de carácter benigno y fácil manejo. También suelen existir casos con más severidad o graves en la que pueden apreciarse sangrados de forma abundante e incontrolables comprometiendo el riesgo vital del paciente por lo que requerirá de un tratamiento más preciso o agresivo estas por lo general son de ubicación en las fosas nasales posterior que suelen estar asociadas a otros trastornos o alteraciones del organismo entre esas alteraciones tenemos como por ejemplo la hipertensión arterial en el adulto. Siempre es necesario establecer un estudio clínico completo de laboratorio para buscar la causa de la afectación.

Epidemiología

La población en general puede verse afectada por este signo clínico de alarma el 10%-13% de la población puede presentar un episodio de epistaxis. En pediatría es motivo de consulta frecuente, en la edades de la pubertad que pueden estar relacionada a traumatismos, formaciones tumorales, enfermedades de origen hematológicas considerándose como un primer pico comprendidas en tres las edades entre 15-25 años y en las edades más adultas se considerándose un segundo pico entre 45 y 65 años

relacionada a enfermedades sistémicas como por ejemplo cardiovasculares (hipertensión arterial).

La epistaxis anterior se presenta en el 90 % de los casos irrigada por el plexo de Kiesselbach; mientras la epistaxis posterior representa el 10%.

Fisiología de las fosas nasales

Las fosas nasales cumple cuatro funciones principales.

- 1) Función respiratoria que sirve como canal al paso de aire que va y viene a los pulmones.
- 2) sirve como filtro de partículas
- 3) función olfatoria
- 4) función acondicionadora: humedeciendo y calentando el aire para que llegue en mejor condición a los alveolos.

La vascularización de las fosas nasales se desprenden de las arterias carótida interna oftálmica que da la etmoidal anterior y la etmoidal posterior las cuales irrigan la parte superior de las fosas nasales.

La carótida externa (encargada de irrigar la parte inferior de las fosas nasales, cornetes y senos paranasales del sistema carótida externa surge la arteria facial que da lugar a la arteria labial superior que se anastomosa con su homóloga. La maxilar interna da lugar a la arteria esfeno palatina que a su vez da dos ramas, rama medial o arteria nasal posteroseptal, que da una rama para el cornete superior, la rama lateral o posterolateral para el meato medio y una rama nasal inferior para el cornete inferior.

Clasificación de las epistaxis

De acuerdo al punto del sangrado

Anterior: se origina en la zona conocida como plexo de Kiesselbach en la fosa anterior

Posteriores: sangrado en el troco esfeno palatina o alguna de su ramas

Superiores: compromiso de la arteria etmoidal o alguna de su ramas. (FABA, 2010)

La hemorragia es una de las primeras causas de morbilidad, en la práctica médica otorrinolaringológica es causada por una crisis hipertensiva.

Estudios realizados en Europa y algunos países de América (Chile, Panamá, Brasil) demostraron que la epistaxis es frecuente motivo de consulta en los servicios de

urgencias de otorrinolaringología, asociada generalmente a elevación de la presión arterial, lo cual constituye una de las urgencias más aparatosas.

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20 % de la población adulta de la mayoría de los países, número que se corresponde con la estadística cubana., Estudios en Chile plantean tener entre 18 y 19 %, en México la incidencia es muy superior (30,05 %).

Ante la presentación de un cuadro de epistaxis grave, es indispensable el tratamiento de urgencia, sin precisar más que el lado afectado y orientado a lograr hemostasia rápida, tratar el origen y pasar a un estudio más preciso.

En general es posible plantear unos lineamientos de atención básicos y obtener los datos necesarios para establecer un diagnóstico y aplicar tratamiento. (Dra. Mariela Rafaela Benítez Serrano I; MsC. Caridad Santana Serrano, 2011)

En un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, en pacientes con sangramiento nasal tratados en el Hospital Universitario Martín Chang Puga, Nuevitás, Camagüey desde el 2006 hasta el año 2007. Con un universo de 12 pacientes; de ellos nueve se relacionaron a crisis hipertensiva, correspondiendo al 75 % de los pacientes estudiados, cuyo grupo más afectado se relaciona con los adultos mayores, el sexo más frecuente fue el masculino con un total de ocho pacientes, los sangramientos producidos por urgencia hipertensiva se comportaron con una intensidad entre moderado a severo, los moderados ascendieron a seis enfermos y dos pacientes se comportaron como severos.

En este estudio el número mayor de pacientes con epistaxis se observó en el adulto mayor del sexo masculino, la crisis hipertensiva fue el factor general más frecuente de sangramiento nasal, la mayoría presentaron epistaxis moderada a los cuales se les realizó taponamiento, la complicación presentada fue la anemia. (Dra. Mariela Rafaela Benítez Serrano I; MsC. Caridad Santana Serrano, mayojun.2011)

2.3.3 CUERPO EXTRAÑO NASAL.

Los adultos y los niños mayores no implican problemas mayores en orientar el diagnóstico de cuerpo extraño nasal, ya que ellos mismos informan de la introducción de un objeto extraño en la nariz y no se ha observado gran demora de tiempo en orientarnos frente a un cuadro del cuerpo extraño.

La situación es diferente en niños pequeños, en pacientes con enfermedades mentales, con alteración de la conciencia de la personalidad debido a que ellos no son capaces

De expresar de manera correcta lo que les sucede y en muchas ocasiones incluso pretenden ocultar o simular estos hechos.

La demora en el episodio de introducción del cuerpo extraño y la consulta médica puede ser importante, de varios días e incluso meses, la manifestación clínica de un cuerpo extraño alojado en el interior de una fosa nasal es muy típica: Rinorrea purulenta unilateral, secreción de moco-pus muy espeso y maloliente procedente de una sola fosa nasal.

Aunque son varias las patologías que pueden cursar con este síntoma (sinusitis, tumores nasosinusales, alergia nasal, rinitis crónica, etc.), siempre se debe considerar la probabilidad de que se trate de un cuerpo extraño nasal, la verificación se realiza mediante la rinoscopia. En ciertas circunstancias esta Rinorrea adopta una coloración sonrosada o francamente Sanguinolenta debido a irritación de la mucosa nasal, con granulaciones friables que sangran con facilidad. Un cuerpo extraño alojado durante un periodo de tiempo en la nariz llega a producir un olor nauseabundo. Mediante la rinoscopia se pone en evidencia el cuerpo extraño.

Hay que recabar la información suficiente del paciente con respecto a la característica del olor y consistencia de la secreción para poder identificarlo con rapidez, pero en otras ocasiones se desconoce la naturaleza del cuerpo extraño.

La ubicación del cuerpo extraño suele estar en el exterior en comparación con la longitud total de la fosa nasal, el lugar de enclavamiento del cuerpo extraño se encuentra prácticamente a la entrada de la fosa nasal, sobre el resalte que ofrece la cabeza del cornete inferior. En este nivel se produce un estrechamiento importante de la fosa nasal, es muy raro encontrar un cuerpo extraño a mayor profundidad, excepto si se han realizado maniobras o manipulaciones incorrectas dentro de la fosa nasal. Transcurridas varias horas de permanencia del cuerpo extraño dentro de la nariz se produce hipersecreción de moco que envuelve el cuerpo extraño y a veces dificulta su identificación.

La complicación más frecuente es la epistaxis que en pocas veces precisa la práctica de un taponamiento. Se puede producir lesión de las estructuras nasales o abrasión de la mucosa por liberación de material cáustico, al manipular una pila de botón. (Sociedad Otorrinolaringologica Andaluz., 2012)

2.3.4 TRAUMATISMO NASAL

Las fracturas de huesos nasales se definen como la pérdida de continuidad ósea, que ocurre como resultado de las fuerzas transmitidas por un trauma facial directo en la pirámide nasal.

Clasificar las fracturas de huesos nasales en los siguientes grupos:

Grupo 1: fracturas de huesos nasales no relacionadas con desplazamiento de los fragmentos ni con deformidad septal

Grupo 2: Fracturas de huesos nasales con deformidad septal, desplazamiento de los fragmentos y evolución no mayor de los cinco días

Grupo 3: Fracturas de huesos nasales con deformidad septal importante o fracturas que exceden los cinco días de evolución (clínica, 2012)

Los traumatismos nasales, en función de la energía se asocian a luxaciones de la base además produce lesión cartilaginosa con luxación septovomeriana, del tabique.

Los síntomas más frecuentes son dolor, eritema inflamación, hematoma, epistaxis como resultado de la agresión externa, que será de mayor o menor intensidad, en función del tipo de impacto recibido (bajo-medio-alta energía).

Una hemorragia localizada en el cartílago originará un cúmulo de sangre que impide la normal nutrición del mismo, con la consiguiente necrosis. Por lo que se debe incluir la información sobre la fecha y hora del traumatismo, tipo de lesión, epíxtasis, lesiones o intervenciones previas, posible Rinorrea y obstrucción nasal. Se debe tener en cuenta los antecedentes personales del paciente, así como hábitos, ocupación laboral y aficiones. (José Luis Crespo Escudero, 2006)

2.3.5 RINITIS VASOMOTORA

Esta es una enfermedad que tiene una alta prevalencia en pacientes que día a día son afectados en su forma de calidad de vida, al igual que en costos que les representa un valor sustancioso, su forma de vida del trabajo, e incluso representa un obstáculo en la carrera estudiantil de muchos pacientes jóvenes

Esta patología representa un diagnostico especial ya que no es causada por una patología infecciosa y tampoco la causa aquellas que representan las alergias comunes, es decir esta incluso se piensa que es idiopática.

Respuesta fisiológica.

Esta patología nos causa una respuesta fisiológica que debemos conocer mediante la anatomía de la vasculatura que encontramos en la región nasal es decir arterias pequeñas, arteriolas y las uniones arteriovenoso que son más conocidos en la forma vascular como vasos de resistencia, de modo que en la nariz todo esta mucosa rica en vasculatura predomina el manejo de la regulación por constricción y dilatación de la misma.

Al producirse una congestión vascular de la parte en donde cuya formación son los sinusoides venosos genera que los cornetes se agranden de su tamaño normal, la anatomía y fisiología normal también nos recuerda que la mucosa nasal cuenta con la inervación simpática que llega por el ganglio cervical superior, N. vidiano y trigémino además que el neurotransmisor por excelencia es la noradrenalina.

Fisiopatología.

En esta actúa la anatomía nasal, esta es una causa fundamental ya que si existe un estrechamiento causado por cornetes medio e inferior causa una hipertrofia del lado contralateral e incluso la indemnidad del tabique también tiene relevancia ante la aparición de la rinitis idiopática; la entropía referente a la atopia nasal no evidente; disfunción nociceptora donde hay gran envío de señales neurológicas sobre las sensaciones de la mucosa nasal; disfunción autonómica

Sintomatología.

Debemos entender que estos no son fijos de esta patología más sin embargo al tener nuestra sospecha clínica la podemos diagnosticar fijamente. Entre los síntomas principales que normalmente aparecen presentan un factor ambiental desencadenante de fondo en la cual influye la atmósfera que rodea a la persona, la contaminación y polución del aire, el factor psicológico emocional, las comidas con exceso de condimento y picante, bebidas alcohólicas e incluso cambios bruscos de temperatura, olores fuertes que la persona no tolere sea natural o no natural, cambios de concentraciones hormonales, diferencias de presiones barométricas

Las principales manifestaciones son la congestión nasal, goteo nasal y postnatal, sibilancias, tos, escurrimiento retronal, Hiposmia, Rinorrea

Se logra una alta sospecha del diagnóstico una vez que las pruebas tipo Prick nos ha salido negativa. (México, Jose Sacre Revista alergia, 2012).

Patologías más comúnmente conocida como rinitis idiopática y caracterizada por ser un diagnóstico de exclusión después de haber realizado una amplia historia clínica e incluso pruebas en el paciente que nos ayudan a tener la sospecha clínica de este diagnóstico.

Los síntomas principales son la obstrucción y congestión nasal acompañado de la Rinorrea, tenemos que dejar claro que estos a veces pueden agravarse debido a una excesiva exposición ante el agente que lo desencadena

Factores desencadenantes y síntomas.

En caso de las rinitis vasomotoras está comprobado que ciertos factores de tipo social como el alcohol, humo de cigarrillo, olores de fragancias o naturales como de una flor puede ser suficiente desencadenante de los síntomas previamente mencionados; otros factores son los ambientales relacionados con el cambio brusco de temperaturas, contaminación del entorno, comidas con condimentos o picantes, emociones que representa el aspecto emocional y psicológico, causas fisiológicas del cuerpo como los cambios hormonales también son enmarcadas en las teorías que nos denotan que estos pueden tener gran relevancia para el desencadenar de los síntomas.

Pruebas de laboratorio.

Las pruebas a realizar van dirigido primero hacia la búsqueda del factor desencadenante de la rinitis, esto incluye a las pruebas específicas e IgE para descartar alergias acompañado del conteo de eosinófilos en pruebas hemáticas de laboratorio. Y es que estas pruebas no son específicos demandan de alta sospecha del clínico para que pueda establecerse que tenga este diagnóstico ya que existe falta de sensibilidad y especificada para que las pruebas nos indiquen con certeza esta patología. (Patricia W. Wheeler, 2015).

2.3.6 TRAUMA FACIAL.

Una fractura maxilofacial es la discontinuidad en el hueso, que es causada tanto por un agente traumático o puede ocurrir de manera espontánea, tienden a depender de las circunstancias intrínsecas debilitantes o por contracciones musculares violentas. Tiene en menor o mayor grado comprometida la vía aérea que tendrá consecuencias en el manejo, pueden ir desde fracturas simples hasta disrupciones del tejido laríngeo. Se tiene que diferenciar si estamos enfrente de una emergencia, urgencia o procedimiento diferible. Hay que realizar una evaluación tanto de la vía aérea como de otros órganos porque puede haber compromiso de ellos.

Su etiología se ha modificado durante treinta años. En la última década se pudo ver el aumento del traumatismo en el tercio medio facial por accidentes en casa por la creciente subida de los adultos mayores, en cambio los de causas deportivas se dan mayormente en jóvenes. (Holtmann, 2016)

Este tipo de lesiones se encuentran en un porcentaje de 63%, con una predominancia en los hombres frente a las mujeres en una edad aproximada de entre los 20 a 30 años. Los accidentes deportivos son menos frecuentes que los accidentes de tránsito. En el 43% de los atendidos se puede observar las alteraciones de los nervios craneales, tenemos alteraciones de la sensibilidad del nervio infraorbitario con más frecuencia frente al facial.

Entre los factores de riesgo que tenemos que nombrar para estas fracturas podemos destacar la edad avanzada, baja masa ósea, pacientes que toman corticoides de manera prolongada, tendencia a las caídas, baja ingesta de calcio entre otras.

La anamnesis debe ser realizada cuidadosamente tomando en cuenta ciertos puntos como: objeto injuriante, condiciones generales en que ocurrió el accidente, ubicación en caso de accidente automovilístico, uso de cinturón de seguridad, presencia de otros heridos o fallecidos, condiciones de la extracción.

Es así como en pacientes añosos, con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, cardiopatías, etc., las posibilidades de resistir un trauma importante son menores. También juegan un rol muy importante las discrasias sanguíneas, el uso de fármacos, antecedentes familiares, y otros. Con respecto a la sintomatología, es importante preguntar por: sensaciones disestesias o anestésicas faciales, características del dolor,

alteraciones subjetivas de la oclusión alteración de la visión, obstrucción nasal, epifora, alteraciones auditivas, entre otras.

El examen físico facial tiene que ser muy meticuloso y tener en cuenta la presencia de abrasiones, al igual que las equimosis, orientan hacia la zona del impacto. Muy importante es identificar asimetrías, falta de fuerza, deformidades. En la palpación recomendamos de cefálico a caudal, de posterior a anterior, terminando con una palpación de la mandíbula y de las regiones de las articulaciones temporomandibulares. En la inspección se hace un examen intraoral: identificar hematomas, equimosis, cuerpos extraños, ausencias dentarias, escalones óseos, y la relación ocluser que es de importancia y la palpación de columna cervical terminando con una especuloscopía nasal.

La fractura debe ser atendida dentro de las 2 primeras semanas porque luego la reabsorción ósea tiende a empezar en las superficies con la aparición del callo óseo que dificulta enormemente una posición anatómica adecuada. Si tarda más de 2 semanas se considera un tratamiento postraumático retardado. La principal traba para darle una excelente y rápida atención primaria al paciente es en si el estado general del mismo.

Los cimientos del éxito de la terapia de este tipo de fracturas es la restauración del pilar de soporte de la media de la cara, las cavidades Oseas, las prominencias óseas, y correcta oclusión. La terapia quirúrgica concluyente va a dirigirse a la reconstrucción tridimensional exactamente igual a las estructuras Oseas con el fin de restaurar su antiguo rostro en anchura, longitud y diámetro sagital.

Ahora las fracturas se dividen principalmente de acuerdo a como se presentan imagen lógicamente, a su importancia clínicas intentamos abarcar más, podemos tomar en cuenta el compromiso de las regiones vecinas como son las fracturas frontobasal, de la nariz y el complejo naso-etmoidal, de la órbita y el hueso cigomático y el arco cigomático y fracturas del tercio medio facial estas son las fracturas de Le Fort que es la clasificación más conocida.

En el contexto de sus estudios, René Le Fort identificó líneas de fractura típicos de la zona del tercio medio facial y maxilar, Las observaciones que el realizo llevo a la posibilidad de clasificar de una manera más amplia las fracturas medio faciales.

Así podemos hablar de cada una de las fracturas de Le Fort: Le Fort I en la cual el maxilar se separa en un plano horizontal por encima de los ápices de los dientes y

paladar duro. Le Fort II Se trata de una dislocación del maxilar, huesos nasales y tabique nasal del cráneo y media cara lateral. Le Fort III El esqueleto facial está separado del cráneo. (Kyung-Pil Park, 2015)

En el contexto de Le Fort II y III fracturas, la placa cribiforme podría resultar lesionado a causa de fracturas en la zona del hueso etmoidal que conduce a una posible fuga de LCR. Los huesos frontales y esfenoidales también pueden verse afectadas. Radiológicamente los estudios más utilizados son TC, radiografía de Wáter, radiografía posteroanterior de cara, radiografía submentovertex y radiografía oclusal. Los signos radiológicos, tenemos tanto directos e indirectos: Los directos pueden ser: luminosis lineales no anatómicas, defectos corticales o diastasis de suturas, fragmentos de hueso superpuestos produciendo "doble densidad" y asimetría facial. Los indirectos son: aumento de partes blandas, aire intracraneal o peri orbital y ocupación de senos paranasales.

En un estudio prospectivo de 2.262 pacientes (Yadav et al.), se investigó el valor predictivo de 6 síntomas para poder enviar a un diagnóstico por TC. Entre los síntomas tenemos: RIM flexible de la órbita, enfisema peri orbitario, hemorragia subconjuntival, dolor al mover el ojo, por deterioro de la motilidad, y epistaxis. (Thomas S. Kühnel, 2015)

Podemos concluir que iniciar el tratamiento del trauma facial es fundamental para poder evitar secuelas morfofuncionales graves de la cara, manejar las lesiones faciales que amenazan la vida y priorizar en forma adecuada el manejo definitivo de estos pacientes. (N., 2010)

2.3.7 PARÁLISIS FACIAL.

La parálisis facial es una lesión neuromuscular causada por lesión del nervio facial, que causa una disociación del movimiento en los músculos del rostro, en la secreción de saliva, lágrimas, Los signos y síntomas de la parálisis facial dependen del lugar de la lesión en el nervio facial si la lesión es más periférica se puede apreciar pérdida de movimiento del lado afectado de la cara, el párpado superior, inferior, mejillas y comisura de la boca se ven caídas.

Entre las causas de parálisis facial secundaria se encuentran: traumatismos, problemas vasculares como aneurisma de la arteria basilar, lesiones vasculares pontinas o

hipertensión; así como tumores, procesos inflamatorios óticos, también se deben a cuadros neurológicos como polirradiculoneuropatías periféricas tipo Guillain–Barré, multineuritis, sífilis, lepra, cuadros meningo infecciosos o encefalitis; asociadas a padecimientos como síndrome de Ramsay–Hunt, de Heerfordt, de Melkersson–Rossenthal o de StevensJohnson; enfermedades óseas; por ejemplo la enfermedad de Paget; enfermedades granulomatosas y del tejido conectivo como sarcoidosis; malformaciones congénitas del oído, problemas endócrinos como hipotiroidismo, esclerosis múltiple y en menores casos VIH.

El diagnóstica correcto se realiza con una cuidadosa evaluación clínica y exploración física, El estudio de conducción periférica del nervio por medio de la velocidad de conducción motora o sensorial del nervio, y amplitudes compuestas del potencial de acción del músculo usando electrodos de superficie. (Rodríguez-Ortiz1, 2011)

2.3.8 ANATOMÍA DEL OÍDO.

El oído externo está compuesto por el pabellón auricular (oreja) y por el canal auditivo, terminando en la membrana timpánica. Después del tímpano, comienza la región del oído medio, la inflamación en cualquier parte del oído externo se llama otitis externa, cuando la inflamación ocurre después del tímpano, se define otitis media.

El canal auditivo externo es un ducto cilíndrico con más o menos 2,5 cm de longitud y 1 cm de diámetro, comienza en la oreja y termina en la membrana timpánica, la parte más externa del canal auditivo es recubierta por una piel más gruesa con numerosas estructuras, como glándulas que producen cerumen, glándulas sebáceas y folículos pilosos, la parte interna del canal, más próxima al tímpano, contiene una piel fina y frágil, sin tejido subcutáneo, la piel en esta área está en contacto directo con el hueso subyacente. De este modo, inflamaciones mínimas o manipulación del canal con el uso de utensilios o hisopos para limpiar el oído pueden producir dolor significativo y/o heridas.

Nuestro canal auditivo posee algunos mecanismos de defensa intrínsecos que dificultan la irrupción de infecciones. La propia anatomía de la oreja es una protección, pues cubre parcialmente el canal auditivo, dificultado la entrada de objetos extraños, otro factor que

bloquea la entrada de cuerpos extraños es el hecho de que el canal auditivo presenta un área más afinada, lo que impide, por ejemplo, que el dedo llegue hasta el tímpano, la presencia de pelos en la región más externa del canal auditivo también funciona como barrera.

La producción de cerumen también es esencial, pues además de la barrera física, causa una disminución del pH del canal auditivo, inhibiendo el crecimiento de hongos y bacterias, el cerumen también es una sustancia hidrofóbica, lo que ayuda a disminuir la humedad dentro del oído.

Factores de riesgo para la otitis externa

La otitis externa suele surgir cuando alguno de los sistemas de protección citados arriba es quebrantado, la exposición al agua es un factor de riesgo bien documentado respecto a la otitis externa, el exceso de humedad conlleva a la maceración de la piel y a la ruptura de la barrera de cerumen, cambiando la micro flora del canal del oído, favoreciendo el crecimiento de bacterias que causan la otitis, la otitis externa es también conocida como la otitis del nadador.

Traumas, tales como limpieza excesiva (o agresiva) del oído, no sólo remueven el cerumen, sino también pueden crear excoriaciones a lo largo de la fina capa de piel del canal auditivo, permitiendo que las bacterias tengan acceso a los tejidos más profundos. Además, una parte de un hisopo puede soltarse o un pequeño pedazo de papel tejido puede quedar detrás del canal del oído; esos resquicios pueden causar una reacción cutánea grave, produciendo infección.

El uso de hisopos empuja más el cerumen hacia adentro del canal, en lugar de removerlo. Ese cerumen comprimido puede actuar como un tapón y solo sale con la ayuda de un otorrinolaringólogo. Como ya se ha dicho, el oído no necesita limpiarse, él mismo es capaz de expulsar el cerumen y las impurezas. El hisopo además de poder herir el canal auditivo, impide incluso la «auto limpieza» del oído.

Uso frecuente de dispositivos que obstruyen el canal del oído, como aparatos auditivos, auriculares o tapones de natación también predisponen a la otitis externa.

La dermatitis de contacto alérgica puede conducir a la otitis externa (por ejemplo, alergia a los juguetes o productos químicos en cosméticos o champús), así como otras condiciones dermatológicas, como por ejemplo psoriasis o dermatitis atópica.

Síntomas de la otitis externa

Los síntomas más comunes de la otitis externa son dolor, comezón, sensación de tapamiento y corrimiento de líquido de oído. El dolor de oído en la otitis externa suele ser muy fuerte y empeora cuando se aprieta o se tira de la oreja. Es posible que surjan algunos linfonodos palpables en el cuello del lado del oído afectado.

Al examinar con el otoscopio es posible notar el canal auditivo muy irritado y enrojecido, señales típicas de inflamación, la fiebre sólo suele surgir en los casos más graves. (Dr. Pedro Pinheiro , 2015)

2.3.9 LA OTITIS EXTERNA NECROTIZANTE.

Otitis externa maligna, también llamada de otitis externa necrotizante, es una complicación grave y potencialmente fatal de la otitis externa bacteriana aguda. Más común en pacientes diabéticos, ancianos e inmunocomprometidos, ocurre cuando la infección se esparce a partir de la piel hacia los huesos y espacios de la médula de la base del cráneo (también envolviendo tejidos blandos y de cartílago de la región temporal).

Los pacientes con otitis externa necrotizante normalmente tienen dolor fuerte y corrimiento purulento. Edema, enrojecimiento y franca necrosis de la piel del canal auditivo pueden ser evidentes al examinar con el otoscopio. Las parálisis de nervios craneales son una señal de mal pronóstico, la otitis externa maligna puede conducir al absceso cerebral y a la meningitis bacteriana. El diagnóstico es auxiliado por la resonancia magnética o tomografía computarizada, mostrando progresión de la infección para las estructuras óseas. Los pacientes con sospecha de tener otitis externa maligna deben ser inmediatamente remitidos a un otorrinolaringólogo. (CLINICA, 2011)

2.3.10 MASTOIDITIS AGUDA

Es la infección de las celdillas mastoideas ocasionada por la inflamación procedente de una otitis media aguda (OMA). Es la complicación más frecuente secundaria a una OMA principalmente en niños de 6 a 24 meses

En los últimos años ha aumentado la incidencia y prevalencia en múltiples países especialmente en niños de 2 años. Es una enfermedad que afecta el pabellón retro auricular con aparición de celulitis; tan grave que cursa con despegamiento del pabellón mencionado anteriormente.

Casi siempre se presenta con síntomas asociados a síntomas de OMA o hiperestesia, fiebre y cefalea, esta enfermedad tiene múltiples complicaciones a pesar de las innovaciones en tratamientos con antibióticos, los cuales avanzan rápidamente y pueden conllevar a amenazar la vida del paciente, como resultado presentando complicaciones intra y extra craneales como el absceso periostico cuyo tratamiento en la mayoría es una mastoidectomía.

Al principio hay edema de mucosa de la apófisis mastoides, luego se produce la destrucción de las celdillas y esto puede desarrollar abscesos mastoides que se podría extender hacia áreas contiguas, como factores de riesgo tenemos la inmunología de la mucosa, anatomía del hueso temporal y la inmunidad del paciente frente a factores externos o cepas invasivas. La apófisis mastoides se relaciona con la fosa craneal posterior y media, en canal del nervio facial, los senos laterales y sigmoides y la punta del peñasco.

Clasificación

Para su estudio tenemos 3 estadios: mastoiditis simple, mastoiditis con periostitis y mastoiditis con osteítis. La mastoiditis simple, se caracteriza por de mucosa, consecuente de OMA, sin signos inflamatorios retro auriculares.

Mastoiditis Bilateral:

Encontramos bultos inflamados en la parte posterior de la cabeza. Paciente cursa con obstrucción del oído medio sin ningún dolor evidente.

La mastoiditis coalescente:

Se produce cuando se propaga a la mucosa del periostio del hueso mastoideo; esto lleva a una reabsorción de los septos que normalmente separa una cámara de aire mastoides del otro.

Mastoiditis Enmascarado:

Es una simple complicación de la mastoiditis aguda que no llega a resolverse completamente con antibióticos, y conduce al desarrollo de la osteítis granular en el hueso mastoides. Suele ser asintomática y terminar en formación de abscesos.

Clínica:

Fiebre, supuración, hipoacusia, aumento de la otalgia en región temporal y occipital, inflamación mastoides: eritema dolor a la palpación velamiento del surco retro auricular y pabellón auricular desplazado debido al absceso. Se debe buscar asistencia médica por interconsulta a otorrinolaringología para prevenir complicaciones a futuro como la sordera. Puede haber recidiva tras un excelente tratamiento por lo tanto siempre debe seguirse un control chequeo. (Anderson K, 2009;)

2.3.11 LA OTITIS MEDIA AGUDA

Es un diagnóstico frecuente en pediatría. *Streptococcus pneumoniae* continúa siendo el germen más prevalente a nivel mundial, seguido de *Haemophilus influenzae*. Sin embargo, la introducción de vacunas contra el neumococo ha venido cambiando la microbiología de la OMA. Objetivo. Establecer la prevalencia del neumococo, sus serotipos y la prevalencia de otros gérmenes comunes en niños latinoamericanos con OMA. Fuente de los datos. Se realizó una búsqueda sistemática de artículos originales en siete bases de datos, limitada a publicaciones entre 1999 y 2010, a menores de 18 años y a idiomas inglés y castellano. Se completó la búsqueda por estrategia de “bola de nieve”. Métodos de revisión. Los criterios de elegibilidad incluyeron artículos originales de prevalencia de corte transversal, realizados en población pediátrica latinoamericana y con criterios de inclusión y exclusión homogéneos. Se extrajo la información pertinente de los artículos seleccionados. Resultados. Once artículos cumplieron los criterios de elegibilidad. En Latinoamérica, específicamente en Costa Rica, Chile, Brasil

y Argentina, el germen más prevalente fue *Streptococcus pneumoniae* (43,5%), (el serotipo más frecuente es el 19F, excepto en Argentina, donde es el 14) seguido por *Haemophilus influenzae* (30%) y *Moraxella catarrhalis* (6,4%). Conclusiones. El germen más prevalente en OMA en niños latinoamericanos es *Streptococcus pneumoniae*, hallazgo concordante con lo registrado en Europa y Estados Unidos. Se requieren más estudios en los otros países de la región y su población pediátrica vacunada contra el neumococo, con el fin de establecer un perfil epidemiológico y microbiológico actualizado de Latinoamérica. Palabras clave: niño, Latinoamérica, prevalencia, microbiología, otitis media. (Viracacháa, 2011)

2.3.12 CUERPO EXTRAÑO DE OIDO

Esta patología es muy frecuentes en la urgencia de otorrinolaringología, los pacientes más afectos suele estar entre 2–5 años, pero pueden producirse a cualquier edad, incluso en adultos en la que se puede hallar todo tipo de cuerpos extraños, como pequeños juguetes, lápices, plastilinas, semillas, trozos de comida y hasta insectos, estas situaciones pueden ser atendidas en un medio de salud primaria pero ciertos casos más difíciles llegan a la emergencia del servicio de otorrinolaringología por lo que el conocimiento de la anatomía de estas zonas es primordial, conocer el material ideal con el que se debe trabajar, las técnicas y las alternativas de extracción, y los cuidados pos extracción para provocar el menor traumatismo posible y no provocar secuelas a corto ni a largo plazo.

Los objetos extraños pueden ser de tipo orgánico o inorgánico, el tipo orgánico, los más frecuentes son las semillas, las migas de pan, los trozos de alimentos y los trozos de papel, los inorgánico como , los juguetes pequeños, las pequeñas piedras, los trozos de goma, las plastilinas, los tornillos de pendientes y los trozos de esponja son los más vistos.

Es inhabitual que hallemos objetos peligrosos como pilas de reloj, pero es importante reconocerlos debido a que pueden dejar secuelas de difícil manejo. Los objetos cortantes, los insectos vivos o muertos, o las larvas de insectos es más común hallarlas en pacientes de edad adulta.

El diagnostico mediante historia clínica la podemos obtener de algún adulto u otro niño mayor lo haya visto, o el mismo niño señale que algo le molesta en la nariz o el oído, además debemos asociar la sintomatología aunque en el oído es más escasa no habiendo

supuración habitualmente, y rara vez una otorragia; los niños mayores pueden referir hipoacusia, la introducción de CE en el CAE pasa desapercibida y solo consultan por los síntomas antes mencionados, teniendo nosotros que sospechar la existencia de un CE.

Existen situaciones más inhabituales en que no hay ninguna sintomatología y en que en una exploración por otro motivo nos encontremos con el CE. En los oídos, los CE de mucho tiempo de evolución se encuentran rodeados de cera, haciéndonos pensar que es un tapón de cerumen, y solo nos daremos cuenta de lo contrario al extraerlo, por lo que es muy útil el asa de alambre, ya que al ser tan fina nos permite introducirla entre la pared del conducto auditivo externo (CAE) y el CE para después arrastrar el CE al exterior, debido a que nos da muy pocas posibilidades de maniobrar cuando los CE son oclusivos o casi oclusivos, y el asa de Alambre es ideal. (C. ArtigasSapiain, 2010).

2.3.13 MENIERE (OTONEUROLOGICO).

La Enfermedad de Ménière (EM) constituye, sin duda el proceso vertiginoso periférico más conocido y mejor estudiado aunque no el más frecuente. Se considera un síndrome idiopático de hidrops endolinfático definido clínicamente por episodios espontáneos de vértigo recurrente, hipoacusia, plenitud ótica y acufenos. Cuando el síndrome no es atribuible a una causa específica (ej. sífilis), es comúnmente llamado enfermedad de Ménière. Aparece más frecuentemente en mujeres, entre la tercera y la cuarta década de vida.

Esta patología fue descrita por primera vez por el médico francés Prospera Ménière en el año 1861.

Es una patología que aparece más frecuentemente en mujeres, entre la tercera y la cuarta década de vida, siendo poco frecuente en niños y adolescentes. La prevalencia de esta enfermedad varía en distintos estudios y en diferentes partes del mundo, pudiendo adjudicarse a factores geográficos. Así, Finlandia presenta una prevalencia de 43.2/100.00 habitantes; España 75/100.000 habitantes y Japón 38/100.000 habitantes, sólo por nombrar algunos resultados.

“El Comité de Hearing and Equilibrium de la Academia Americana de Otorrinolaringología Head and Neck Surgery (AAO-HNS) considera la EM como un síndrome idiopático de hidrops endolinfático definido clínicamente por episodios espontáneos de vértigo recurrente, hipoacusia, plenitud ótica y acúfenos. Esta sintomatología debe cumplir los siguientes requisitos” **Fuente especificada no válida.**

Sintomatología:

VÉRTIGO:

El vértigo domina el cuadro clínico en la fase aguda de la EM y es el que generalmente motiva la consulta del paciente. Se trata de una auténtica sensación rotatoria, sin posturas ni movimientos desencadenantes, acompañada de síntomas vegetativos. La duración de los ataques puede oscilar entre 20 minutos y varias horas. La frecuencia de los ataques disminuye cuando progresa la enfermedad.

HIPOACUSIA:

Se trata de una hipoacusia neurosensorial, en ocasiones con un reclutamiento intenso. Ésta puede aparecer simultáneamente con el vértigo o precederla en años. La hipoacusia de los tonos graves en las fases iniciales de la EM es muy propensa a la recuperación, de modo que la audición se recupera tras la crisis. Esta fluctuación puede mantenerse durante cierto tiempo hasta que inexorablemente, se instaura un deterioro progresivo de la audición. Los casos de larga evolución acaban con una hipoacusia severa y escasas o nulas fluctuaciones.

ACÚFENOS:

Pueden aparecer en las crisis o estar presentes durante meses o años antes de la misma, al igual que la hipoacusia. Lo habitual es que exista un ruido de tonalidad más o menos grave y continua al que se superpone otro de tonalidad aguda en las crisis. Éste puede convertirse en el síntoma más molesto y principal de la enfermedad.

PLENITUD ÓTICA:

Casi todos los pacientes se quejan de sensación de plenitud y presión en el oído afectado. Esta sensación puede ser constante y su intensidad puede aumentar como aura que precede al ataque de vértigo.

Etiología y patogénesis:

Alteraciones del laberinto membranoso, generando hidrops endolinfático: base para la patogénesis de la enfermedad de Ménière. La expansión del espacio endolinfático es el resultado de una sobreproducción o falla en la adecuada reabsorción de la endolinfa, fluido rico en potasio del oído interno. **Fuente especificada no válida..**

Diagnóstico:

La Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello han publicado guías para el diagnóstico de enfermedad de Ménière:

Dos o más episodios espontáneos de vértigo cada uno de duración de 20 minutos o más, hipoacusia documentada con audiometría en al menos una oportunidad.

Tinnitus, Sensación de plenitud aural en el oído afectado, Y la exclusión de otras causas (típicamente con resonancia magnética nuclear de cráneo con gadolinio).

Fuente especificada no válida. “Los síntomas pueden no presentarse de manera simultánea o con el mismo patrón, especialmente en las fases tempranas de la enfermedad. En un estudio se observó que el 50% de los pacientes se presentaron con vértigo e hipoacusia, 19% sólo con vértigo, y un 26% solamente con hipoacusia.”

2.3.14 LARINGE

La Laringe, es una estructura móvil, que forma parte de la vía aérea, actuando normalmente como una válvula que impide el paso de los elementos deglutidos y cuerpos extraños hacia el tracto respiratorio inferior. Además permite el mecanismo de la fonación diseñado específicamente para la producción de la voz.

La emisión de sonidos está condicionada al movimiento de las cuerdas vocales. Son los movimientos de los cartílagos de la laringe los que permiten variar el grado de apertura entre las cuerdas y una depresión o una elevación de la estructura laríngea, con lo que varía el tono de los sonidos producidos por el paso del aire a través de ellos. Esto junto a la disposición de los otros elementos de la cavidad oral (labios, lengua y boca) permite determinar los diferentes sonidos que emitimos.

Se encuentra situada en la porción anterior del cuello y mide aproximadamente 5 cm de longitud, siendo más corta y cefálica en las mujeres y especialmente en los niños. Ella se relaciona con los cuerpos vertebrales C3-C6.

Su estructura está constituida por un esqueleto cartilaginoso al cual se unen un grupo importante de estructuras musculares y en donde la mucosa adquiere características particulares. (P. Céruse, 2010)

2.3.15 EL LARINGOESPASMO.

Es una respuesta en la cual la laringe se cierra o se bloquea de manera exagerada obstruyendo el paso de aire a la vía aérea inferior. El cual persiste más allá del factor que lo desarrollo. (Presentándose casi recurrentemente) llevando a hipoxemia, aumento de los niveles de CO₂ sanguíneos, edema pulmonar, paro cardiaco, aspiración gastroesofágica y muerte.

Fuente especificada no válida.

Fisiopatología

Receptores Sensoriales en Laringe.

- Estructuras sensoriales.
- Terminaciones nerviosas.
- Papilas gustativas.
- Husos musculares.
- Receptores corpusculares y glomerulares.

Estos reflejos pueden ser:

Reflejos de apnea, reflejos de espiración, reflejo de presión (-), tos y cierre laríngeo.

Estos reflejos dependen del lugar donde se estimule y son modificados por factores como: sueño, sedantes, analgésico y ventilación. (Dra. Olga lidia Otero Cruz I, Dra. Noelia Fonseca Montoya I, Dra. Xiomara Rubinos Vega I, Dra. Sucimil Fonseca Montoya I, 2013) (8).

La sensibilidad del aparato respiratorio es > a nivel de tráquea y laringe. Hay mecano receptores laríngeos de aire, temperatura, presión que también presentan gran actividad

en la estimulación muscular. Los quimiorreceptores que se encuentran superficialmente en la laringe tendrían q ver con la respuesta aductora que se presenta en el laringoespasmo.

Existe un sistema que regula la información que es enviada al SNC. De esta manera se sabe la situación en que la laringe se encuentra, este se encarga del tono muscular y de la función de la laringe. Esto indica que hay un sistema que regula la función basal por medio de vías aferentes y eferentes que van a dar una respuesta específica para cada estímulo que se presente.

En ciertas circunstancias el estado de normalidad basal se altera y provoca cambios de acuerdo al factor o causa que desencadene dicho espasmo y que es percibido por receptores laríngeos. Esto ocasiona una alteración en las vías aferentes que van al SNC provocando hiperexcitabilidad o hiperfunción.

La plasticidad neuronal altera la vía central de la laringe y por ende su control y a si la información sensorial de la misma. En respuesta a un daño o injuria tisular se desarrolla un daño a nivel de la sinapsis en forma transitoria que al final se recupera, pero en esta situación la respuesta es > a la original. La respuesta que se repite y se mantiene ante la estímulo de un agente extraño altera el mecanismo de neurotransmisión que hace que la respuesta a dicho estímulo sea diferente al que lo inicio.

Para otros autores es producto del cierre de las repliegues vocales verdaderos, o de estas y los repliegues vocales falsos. Este reflejo de cierre glótico esta mediado por el N recurrente y el mismo que persiste una vez terminado el estímulo.

Roy manifiesta que este cierre afecta las estructuras supra glóticas, los repliegues vocales verdaderos y falsos. Otros autores manifiestan que la mayoría de casos de laringoespasmo se ve en la administración de anestesia superficial crea un estado de desinhibición central.

Fink en 1956 propone dos tipos de presentación..

- 1) De válvula causada por el tejido supra glótico y repliegues vocales falsos, el primero por acortamiento del tiroideo y del musculo tiroides. Este se lo puede ver durante la aplicación de anestesia.

- 2) De obturación: causado por los repliegues vocales verdaderos.

El laringo espasmo se presenta en la fase de espiración, con pCO_2 baja, y pO_2 > de 50mmHg y se soluciona cuando está severamente hipoxémico (pO_2 < de 50 mmHg) o hipercápnico. (Dra. Olga lidia Otero Cruz I, Dra. Noelia Fonseca Montoya I, Dra. Xiomara Rubinos Vega I, Dra. Sucimil Fonseca Montoya I, 2013)

Diagnóstico.

El diagnóstico se lo realiza excluyendo otras patologías con los exámenes respectivos como: examen laríngeo normal y no evidencia de enfermedad maligna (NEO), ausencia de enfermedades neurológicas identificables o problema psicológico demostrable.

Se lo confirma con laringoscopia directa e indirecta y fibroscopía.

Criterios de dx definitivo.

- 1) Video laringoscopia: en la cual se puede ver el movimiento paradójico.
- 2) Gap posterior en forma de diamante, no es patognomónico. Espiometria. (Chinski, 2014)

2.3.16 PARÁLISIS EN LAS CUERDAS VOCALES.

Las parálisis de las cuerdas vocales pueden existir de diferentes tipos. Llamándose bilateral cuando ambos pliegues permanecen fijos en una posición para medial (media entre abiertos y cerrados) y no ejercen movimientos en ninguna dirección.

Siendo esta posición con frecuencia la que crea una necesidad de traqueotomía, con su finalidad de ayudar a proteger las vías respiratorias al momento de ingerir alimentos. (Una apertura que permite el paso del aire a las vías respiratorias).

En cambio cuando un solo lado es afecto por estar paralizado, en una posición para medial o teniendo un movimiento muy limitado es una parálisis unilateral, siendo mucho más frecuente que la bilateral. Ocurre cuando la cuerda vocal esta inmóvil y no se mueve para vibrar en conjunto con la otra cuerda vocal, sino que lo hace de una manera errónea o no vibra. La persona afecta no podrá hablar con claridad y el aire se le agotara con mucha facilidad.

Factores de riesgo de parálisis de las cuerdas vocales

Existen ciertos factores que incrementan el desarrollo de la parálisis en las cuerdas vocales, pueden ser:

Son diferentes causas lo que puede provocar una parálisis en las cuerdas vocales, puede ser por lesiones a nivel superior del cuerpo, cabeza, cuello, tórax, tumores en la base del cráneo, infecciones virales, cáncer en los pulmones o tiroides.

Se ha encontrado en pacientes con ciertos trastornos a nivel neurológico como Parkinson, miastenia, esclerosis múltiple, que podrían experimentar parálisis en las cuerdas vocales, los cuales los hacen más propensos a desarrollar debilidad o parálisis de las mismas.

Sexo femenino, son más propensas a incrementar el riesgo.

Procedimientos quirúrgicos que incluye garganta, tórax. Personas que deban someterse a cirugía de tiroides tienen riesgo de lesionar el nervio de la cuerda vocal, inclusive los tubos de respiración lesionan también estos nervios.

Diagnóstico

Podemos examinar las cuerdas vocales, insertando un endoscopio que lo introducimos desde la nariz o la boca, este posee una luz que el médico que efectuó el procedimiento ayudara a ver las cuerdas vocales y sus movimientos durante la fonación. El fonoaudiólogo, y el otorrinolaringólogo revisaran minuciosamente la evaluación de la voz. (Noriyuki Ohta a, 2010)

2.3.17 LARINGITIS AGUDA

Es un síndrome de etiología mayoritariamente vírica, producido por la inflamación y obstrucción de la laringe y cuerdas vocales, se caracteriza por presentar una triada clásica de tos perruna y estridor inspiratorio, con o sin dificultad respiratoria y disfonía.

Es conocido también como crup por asemejarse con el sonido característico que emiten los pacientes al toser, siempre hay un antecedente de un cuadro gripal uno a tres días antes de aparecer los síntomas característicos.

Existe también un Crup espasmódico o un pseudocrup, que no es más que la aparición abrupta de todos los síntomas del crup en las noches, se da en los niños que no tienen un cuadro catarral previo.

Epidemiología:

El Crup se presenta sobre todo en época de invierno, es muy frecuente y se presenta a toda edad, pero el porcentaje en niños es mayor por la diferencia anatómica de la laringe, se ha observado que el Crup es más frecuente en varones

Etiopatogenia y fisiopatogenia:

Su etiología suele ser vírica, el virus más común es de la gripe, tipo 1, la infección se transmite por micro gotas en el ambiente.

La infección comienza en la nasofaringe y se disemina hacia el epitelio respiratorio de la laringe y tráquea, en casos graves puede continuar hasta el árbol respiratorio.

Otros agentes causales son el virus de la gripe A y B y el virus sincitial respiratorio, también puede aparecer en el curso de otras patologías virales como en el sarampión y la varicela.

Se puede sobre infectar y se le atribuye los agentes: *Haemophilus influenzae* y *Mycoplasma pneumoniae* y estafilococos áureos. En inmunodeprimidos debe considerarse la *Candida albicans* y en niños no vacunados el *Corynebacterium diphtheriae*, actualmente es muy raro a causa del esquema de vacunación.

Hay un antecedente de cuadros catarral días previos a la aparición de los síntomas, la infección progresa de forma insidiosa, ocasiona inflamación y edema difuso, eritema en las paredes de la tráquea y laringe, aumento de secreciones y espasmos, provocando pérdida de las cuerdas vocales, lo que causa la afonía.

Se produce un estrechamiento de la luz de la laringe, lo que provoca dificultad respiratoria, produciendo un ruido ronco inspiratorio llamado estridor. En esta fase se produce hipoxemia, y si la inflamación se extiende hacia los bronquios se denomina laringotraqueitis aguda bacteriana.

En el crup espasmódico, la obstrucción se debe a la aparición abrupta del edema, aun no se sabe la causa pero se le atribuye a una hiperreactividad alérgica,

Clínica

Se manifiesta con una triada clásica de: disfonía, tos perruna y estridor inspiratorio con o sin disnea, más un antecedente de cuadro gripal uno o tres días antes combinada con tos leve, febrícula y Rinorrea lo cual evoluciona hasta instalarse los síntomas típicos del Crup.

La tos será disfonía, seca a modo de ladrido, el estridor será inspiratorio o bifásico, al inicio los síntomas se presentaran con agitación o llanto (niños) pero al aumentar el grado de obstrucción también se presentara en reposo, los síntomas suelen empeorar en la noche y en decúbito, lo que sugiere un mal pronóstico en la severidad del crup.

Puede observarse según su intensidad, una dificultad respiratoria progresiva con tiraje supra esternal, el intercambio gaseoso será anormal y se presentara hipoxia.

Los signos sutiles de la hipoxia en el niño pueden ser la ansiedad o inquietud, palidez y cianosis excesiva con alteración de la conciencia lo cual precisa una intervención inmediata y adecuada.

Al momento de la exploración física se debe tranquilizar al paciente dejar que elija una postura cómoda para él y en un ambiente tranquilo. A la observación se apreciara una faringe congestiva, a la auscultación se escucharan en algunos pacientes sibilancias además del estridor inspiratorio, generalmente los síntomas desaparecen en menos de una semana si no hay complicaciones

Diagnostico

El diagnóstico es clínico y no se requiere de exámenes complementarios, se pueden utilizar escalas de puntuación para valorar su gravedad aunque no es de mucha utilidad ya que varía según la interpretación del observador. Se utilizan comúnmente la escala de taussing y de westley que establecen puntuaciones de 0 a 7, estos valores si son mayores a 7 indican gravedad. (Dan L. Longo D. L., 2012)

2.3.18 LARINGITIS AGUDAS EN EL ADULTO

Laringitis agudas infecciosas

Laringitis catarral

Es la causa más habitual. Siendo el rinovirus, el más frecuente; otros agentes: myxovirus, paramyxovirus, adenovirus, picornavirus, coronavirus. Presenta una sintomatología similar al resfriado común o coriza: astenia, hipertermia, Rinorrea, disfonía sin disnea y tos. La mucosa laríngea se encuentra eritematosa y edematosa. Se trata de manera sintomática con antipiréticos, desinflamatorios, reposo vocal e hidratación.

Laringitis gripal

La etiología viral es la Influenza (tipos A y B). Presenta un cuadro clínico y tratamiento similar al anterior.

Laringitis herpética

Su etiología es el HSV (tipo 1 y 2). Se presenta principalmente en pacientes inmunodeprimidos. Su cuadro clínico presenta vesículas o ulceraciones en la laringe que causan dolor. Se trata con antirretrovirales tipo Aciclovir. El Virus de Ebstein-Barr causante (Mononucleosis infecciosa), también puede afectar la laringe. Se trata de manera sintomática.

Laringitis agudas de etiología bacteriana

Laringitis diftérica.

También conocida como CRUP LARINGEO, su agente etiológico es el *Corynebacterium diphtheriae*, por medio de su toxina. Debido a las campañas de inmunización, la incidencia de la enfermedad disminuyó y por lo tanto, es una patología rara en nuestro medio. Su cuadro clínico se caracteriza por incluir hipertermia, tos, rinitis mucosa y angina; la laringe y faringe pueden presentarse eritematosa y edematizada.

Una vez ya establecido los síntomas, después de las veinticuatro y cuarenta y ocho horas, se observa una membrana grisácea adherente, que junto al edema de la mucosa laríngea, puede ocasionar un bloqueo parcial o completo de la vía aérea. Suele presentar una importante reacción ganglionar cervical. El diagnóstico ante su sospecha se hace por microbiología. Su tratamiento de elección es la Penicilina y además las medidas generales.

Laringitis por mycoplasma.

Causado por el *Mycoplasma pneumoniae*, que puede producir una laringotraqueitis asociada, aparte de producir neumonías. Presenta un cuadro clínico con hipertermia, Odinofagia, tos no productiva, disfonía o afonía. La mucosa laríngea se encuentra hiperemia y edematosa. La antibioticoterapia consiste en el uso de eritromicina, claritromicina o azitromicina, siendo eficaces en el tratamiento; aunque su cuadro clínico suele ser de un periodo autolimitado, y su tratamiento por lo tanto es sintomático.

Otras bacterias.

Sus agentes etiológicos suelen ser estafilococos, neumococos, estreptococos y *Haemophilus influenza B* (debido a las campañas de vacunación su incidencia ha disminuido considerablemente, pero en el adulto su incidencia ha ido en aumento). Otros agentes etiológicos son: *Pseudomonas aeruginosa*, *Actinomyces*, *Vulgaris* y *Proteus mirabilis* y *Moraxella Catarrhalis*.

Laringitis agudas de etiología fúngica

Las laringitis de etiología fúngicas se presentan principalmente en pacientes inmunodeprimidos, y su forma de presentación es subaguda. En ocasiones su diagnóstico es tardío por presentar una clínica e histología similar con la leucoplasia (diferencial).

Laringitis candidiásica.

Ocasionalmente con frecuencia las especies: *C. albicans* y *C. tropicalis*. Este cuadro clínico es raro en pacientes que no presentan factores predisponentes, entre

cuales tenemos el uso crónico de corticoides, el uso de antibióticos que actúan contra una amplia gama de bacterias patógenas, alcoholismo, DM, también en pacientes con ventilación mecánica prolongada y el antecedente de agresión o lesión laríngea por cáusticos, y especialmente en paciente inmunodeprimidos. También puede presentarse en pacientes con candidiasis cutáneo mucosa crónica, candidiasis a nivel esofágico o diseminado, y no necesariamente debe ser paciente con infección por *Candida*, a nivel oral. Al observar la mucosa laríngea observamos una capa blanquecina y desmenuzable, localizada especialmente sobre las cuerdas vocales, la cual se puede despegar con facilidad.

La infección fúngica de la laringe por vecindad con el esófago o al resto de las vías respiratorias superior puede contaminar. En algunos pacientes con SIDA o en tratamiento con quimioterapia, predisponen a cuadros invasivos asociados. El paciente presentará un cuadro clínico de fiebre, disfonía, disfagia e incluso dificultad respiratoria. Las complicaciones como septicemia, obstrucción laríngea o sangrado pueden comprometer la vida del paciente.

Laringitis por aspergillus.

En la aspergilosis, las especies de *Aspergillus* más frecuentes son *A. fumigatus* y *A. flavus*. Su grado de agresión y complicación del cuadro clínico dependerá del compromiso del sistema inmune del paciente.

Laringitis por histoplasma.

Su agente etiológico es el *Histoplasma capsulatum*, que causa una infección de tipo generalizada o sistémica, en ocasiones compromete la laringe, dando un aspecto de induraciones submucosas y exofíticas, que llegan a ulcerarse y cursar con mucho dolor.

Laringitis agudas de tipo granulomatosas.

Laringitis tuberculosa.

La enfermedad de tipo granulomatosa más frecuente es la laringitis tuberculosa. En general, su causa debe por propagación broncogénica, es decir, causa infección directa de la mucosa laríngea, por medio del esputo contaminado.

Epiglotitis aguda del adulto o laringitis supraglótica vestibular

Se la denomina como laringitis supraglótica vestibular, ya que afecta a la epiglotis, cuerdas vocales falsas, pliegues aritenopiglóticos y aritenoides, siendo estos elementos los que conforman dicha área. Su prevalencia es mayor en la edad pediátrica (su incidencia ha disminuido considerablemente debido a las amplias campañas de vacunación antiHaemophilus), y es la presentación más complicada en la vida adulta (de cada cien mil habitantes por año, existe un caso en promedio). Tiene mayor predilección hacia el sexo masculino en una proporción 2:1 y sus casos se presentan en la época fría del año (verano en el Ecuador). El Haemophilus influenzae tipo B, es el agente etiológico más frecuente; le sigue el neumococo y el estreptococo β hemolítico. Y de causa viral se ha aislado principalmente los HSV tipo 1 y 2, y con menor frecuencia son alergias, tumores o pos radioterapia.

Pericondritis

Los pacientes que se exponen a radiación laríngea, o con compromiso del sistema inmunitario, o pacientes con ventilación mecánica invasiva; suelen presentar este cuadro clínico no muy frecuente. Su clínica se presenta con disfagia intensa y al examen físico en palpación del cuello presenta dolor a nivel de los cartílagos tiroideos y cricoides. También puede presentar a nivel de la región cervical anterior, congestión de la piel y al movilizar de forma activa o pasivamente la laringe, presenta sensación de dolor agudo.

Absceso epiglótico.

La complicación de la epiglotitis y de las Pericondritis es el absceso epiglótico. Su cuadro clínico es similar al de la epiglotitis. A menudo afecta a la cara lingual de la epiglotis. Su tratamiento de elección es la incisión y drenaje mediante microcirugía endolaringea. (Ramón Terre Falcón, 2014)

2.3.19 OPINION DEL AUTOR

Las urgencias en otorrinolaringología son muy variadas, los paciente requieren en general un tiempo prudencial no diferible de más de 4 horas por aumentar el margen de riesgo de la vida del paciente, para evitar el agravamiento y lograr solucionar situaciones álgicas, entre las urgencias más frecuentes que afectan la salud de la población activa y tienen relación entre si son ; la hemorragia nasal que muchas veces se ven relacionado la edad o patologías de base como la hipertensión arterial, o por causas traumáticas sea por accidentes de tránsito, manipulación de las fosas nasales de manera incorrecta al momento de intentar extraer un cuerpo extraño, la patologías óticos presentan menor manifestaciones clínicas cuando se habla de cuerpos extraños.

Sin embargo los traumatismos óticos son frecuentes en politraumatismos y fracturas de base de cranes en las cuales es necesario recabar información necesaria por medio de una adecuada historia clínica directa o indirecta si el paciente no se haya despierto y orientado.

La presencia de patologías en la vía aérea son patologías que necesitan atención inmediata debido al compromiso vital para el paciente, a pesar de que la tasa de letalidad ha disminuido con el tiempo, la tasa de complicaciones en la población general para esta enfermedades se ha mantenido sin cambios, lo cual influyen mucho a nivel laboral generando un problema sanitario de interés en las instituciones de salud.

2.3.20 HIPÓTESIS

H₀: La frecuencia de urgencia otorrinolaringológicas no están relacionado con la presencia de factores de riesgo.

H₁: La frecuencia de urgencia otorrinolaringológicas si están relacionado con la presencia de factores de riesgo.

Se trabajará con un valor alfa del 5% (0,5) y un nivel de confianza del 95%, se utilizará la prueba de independencia del Chi cuadrado para estimar la existencia de asociación entre variables cualitativas. Se utilizó Odds Ratio para tener una estimación relativa del riesgo asociado a una variable independiente.

Nuestra regla de decisión será:

- Si la probabilidad obtenida del p-valor es $< 0,05$ se rechaza la H₀.
- Si la probabilidad obtenida del p-valor es $> 0,05$ se acepta la H₁.

2.3.21 2.5 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: urgencias otorrinolaringológicas.

VARIABLE DEPENDIENTE: Factores de riesgo.

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Edad.
- Sexo.
- Procedencia.
- Residencia.
- Raza
- Actividad laboral.
- Manifestaciones clínicas
- Etiología.
- Factores de riesgo.
- Pronóstico.

3 CAPÍTULO III

3.1 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La ciudad de Guayaquil se encuentra en la región litoral o costa de Ecuador, cercana al Océano Pacífico por medio del Golfo de Guayaquil. Se localiza en la margen derecho del río Guayas, bordea al oeste con el Estero Salado y los cerros Azul y Blanco. Por el sur con el estuario de la Puntilla de Guayaquil que llega hasta la isla Puná (Muy Ilustre Municipalidad de Guayaquil, 2013).

El Hospital Regional de Guayaquil El Hospital Teodoro Maldonado Carbo es un hospital de tercer nivel, es decir con subespecialidades, es la unidad médica de mayor complejidad, de referencia zonal, que presta atención médica de hospitalización y ambulatoria de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Atiende afiliados a la seguridad social, por lo tanto el primer objeto de estudio es la dinámica poblacional de los afiliados al IESS. Está constituido por un edificio vertical de hormigón armado y cemento que consta de un pabellón de 120 m de longitud, consta de 5 pisos, en el ala norte se encuentra los servicios de consulta externa (Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2013).

La política institucional es el mejoramiento del nivel de vida de los afiliados, proporcionando servicios y prestaciones, incrementando la cobertura y ampliando constantemente el número de afiliados en beneficio de la población. Su misión es ser una Unidad de Salud del III Nivel, que preste servicios integrales y especializados, enmarcados en la calidez humana y el sentido social de la Seguridad social (Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2013).

Tiene como visión ser una Unidad Médica Líder del Seguro de Salud del IESS, cumpliendo con la responsabilidad social en materia de prestación de servicios de salud oportunos, con calidez y eficiencia. El Hospital IESS otorga servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano.

Impulsando la Investigación científica y el desarrollo tecnológico dentro de las políticas de Mejoramiento continuo. Presta servicios en todas las especialidades tanto en consulta externa como de hospitalización (Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo, 2013).

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 UNIVERSO

Todos los pacientes atendidos en la emergencia del servicio de otorrinolaringología en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, en el periodo 2014 - 2015.

3.2.2 MUESTRA

De tipo no probabilística cuantitativa, incluyó a 100 pacientes con diagnósticos de urgencias otorrinolaringológicas que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación y que tuvieron tratamiento médico en el Servicio de emergencia del área de otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de estudio.

3.3 VIABILIDAD

Este trabajo de titulación es un estudio viable porque tiene la aprobación del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, que permitió el acceso a las historias clínicas.

El hospital cuenta con el área de emergencia de otorrinolaringología, donde son atendidos e ingresados diariamente pacientes con patologías otorrinolaringológicas, Del mismo modo, cuentan con el personal de salud (residente pos graditas de otorrinolaringología, especialistas, enfermeras e internos), equipos, tratamientos y materiales necesarios para dicha investigación. Además laboré en la institución en calidad de Interno de medicina.

Es de interés de la institución que existan datos estadísticos que demuestren la prevalencia de urgencia otorrinolaringológicas y sus factores de riesgo relacionados. Además se cuenta con el apoyo de los representantes de la Universidad de Guayaquil y existen las correspondientes autorizaciones para su ejecución.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes atendidos en el servicio de emergencias, pertenecientes a la especialidad de otorrinolaringología durante el periodo 2014-2015.
- Pacientes valorados por triage considerados urgencias otorrinolaringológicas
- Patologías emergentes que afecten oído, nariz o garganta.
- Pacientes con factores de riesgo a sufrir urgencias orl.
- Pacientes con historia clínica completa.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historia clínica e informes incompletos.
- Pacientes que no pertenezcan al servicio de emergencias otorrinolaringología.
- Pacientes que no poseen derecho a la atención por no ser afiliados al iess.
- Pacientes del servicio de consulta externa.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACION

VARIABLES	DEFINICON	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
V. IDEPENDIENTE	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo, que aumente su probabilidad de desarrollar una evolución desfavorable de una enfermedad.	sexo	Masculino/femenino	Historia clínica
		Edad	>1 año	Historia clínica
Factores de riesgo		Actividad laboral	Activo /jubilado	Historia clínica
		Comorbilidad	Traumatismo, infecciones bacterianas, micótica y virales, hta, cuerpo extraños	Historia clínica
V. DEPENDIENTE	Son aquellas patologías cuya presentación es aguda y requiere atención inmediata por comprometer la vida del paciente	Hemorragia nasal	Examen físico, examen endonasales, exámenes complementarios	Historia clínica
Urgencias otorrinolaringológicas		Cuerpo extraño nasal, otico y faríngeo	Rx, TAC, examen físico, endoscopia.	Historia clínica
		Traumatismo nasal, otico, facial	Rx, TAC, RM	Historia clínica
		Otitis externa, otitis media,	Otoscopia, exploración semiológica	Historia clínica
		Laringitis aguda, laringo español, parálisis de cuerdas vocales.	Examen físico, laringoscopia, electro diagnóstico.	Historia clínica

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó las historias clínicas de los pacientes del Servicio de emergencia de otorrinolaringología, como el instrumento principal para la recolección de datos. En las historias clínicas donde se describen los antecedentes clínicos, clasificación, métodos de diagnóstico, evolución y protocolo clínico utilizados en el Hospital IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Técnica de selección de los pacientes: Se evaluaron las historias clínicas de todos los pacientes que atendidos durante el periodo del 1 de enero del 2014 hasta el 31 de diciembre del 2014 con diagnóstico de pancreatitis aguda, ingresados con la denominación CIE-10:

- (J38.0) Parálisis De Las Cuerdas Vocales Y La Laringe
- (T17) Cuerpo Extraño En Las Vías Respiratorias
- (T17.1) Cuerpo Extraño En El Orificio Nasal
- (T17.0) Cuerpo Extraño En Seno Paranasal
- (T17.2) Cuerpo Extraño En La Faringe
- (T17.3) Cuerpo Extraño En La Laringe
- (T16) Cuerpo Extraño En El Oído
- (J38.5) Espasmo De La Laringe
- (H81.0) Enfermedad De Ménière
- (J30.0) Rinitis Vasomotora
- (G51.0) Parálisis De Bell
- (J04.0) Laringitis Aguda
- (H60.9) Otitis Externa
- (H66.9) Otitis Media
- (R04.0) Epistaxis

Recolección de datos: Se utilizó los formularios 008 y 003 de las historias clínicas y el sistema informático AS-400 para analizar los datos de anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio y de imagen. Recabando información sobre factores de riesgo y complicaciones en pacientes con Urgencias Otorrinolaringológicas.

Se elaboró una hoja de recolección de datos, que se aplicó a todos los pacientes en el momento de ingreso a la unidad hospitalaria. Los equipos médicos utilizados por parte del investigador fueron la libreta de apuntes, cuaderno, laptop, utilitarios de Windows, guías de atención médica y la hoja de recolección de datos (Anexo 1).

3.7 TIPO DE INVESTIGACION

Según el enfoque: Cualitativo.

Según el diseño de investigación: no experimental

Según el tipo de investigación: corte retrospectivo

Según el método de investigación teórico: analítico, observacional y correlacional.

3.8 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente trabajo de titulación respeto la confidencialidad y anonimato de los pacientes, considerándose una investigación sin riesgo, ya que la información recogida se utilizó solo con finales de investigación y será almacenada en los archivos de la Jefatura de Medicina Interna, Gastroenterología y en el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo.

3.9 CRONOLOGIA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	NOMB	DIC	ENE	FEB	MAR	ABRI	RESPONSABLE
ELABORACIÓN DE HOJA RECOLECCIÓN DATOS	X						INVESTIGADOR
ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO	X	X					INVESTIGADOR
IDENTIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS	X						INVESTIGADOR
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO REFERECIAL	X	X	X				INVESTIGADOR
RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS	X	X	X				INVESTIGADOR
ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS		X	X	X			INVESTIGADOR
REVISIÓN DE BORRADOR DE ANTEPROYECTO				X	X		TUTOR
CORRECCIONES					X		INVESTIGADOR
REVISIÓN DE ANTEPROYECTO					X		TUTOR
BORRADOR DE TESIS					X		INVESTIGADOR
REDACCIÓN TESIS						X	INVESTIGADOR
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN						X	INVESTIGADOR

3.10 RECURSOS

3.10.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigador.
- Tutor de tesis.
- Revisor de tesis.

3.11 RECURSOS FÍSICOS

- Libros de otorrinolaringología.
- Revistas de medicina.
- Laptop.
- Scanner.
- Impresora.
- Cuadernos y carpetas
- Otoscopio
- Especulo nasal
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Hoja de recolección de datos

3.12 INSTRUMENTO DE LA EVALUACION

La información necesaria se obtuvo del departamento de archivo clínico y estadística del Hospital IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo que proporcionó el número de historia clínica de todos los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de emergencia con diagnóstico de patologías otorrinolaringológicas de urgencias.

La información se almacenó en el formulario de recolección y se conformó una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y de SPSS 21.

3.13 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizará en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, donde todos los datos se expresaran como frecuencia absoluta y porcentaje. Posteriormente la información será ingresada en el programa estadístico IBM SPSS 19.0.

Se utilizará estadística descriptiva y pruebas no paramétricas para el análisis de los datos. Para la descripción de las variables se emplearan frecuencias simples, porcentajes, promedios, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%. Para la determinar la relación entre variables cualitativas se empleará la prueba de Chi cuadrado considerándose significativos valores de $P < 0.05$. Se utilizará Odds Ratio y riesgo relativo para establecer los factores de riesgo de las enfermedades.

4 CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

La presente investigación ha sido planteada con el objetivo de establecer los factores relacionados a urgencias otorrinolaringológicas en pacientes atendidos en la emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2014-2015, a través de la información obtenida en recolecciones de datos de historias clínicas y del sistema AS-400.

La información obtenida se la procedió a tabular y representar gráficamente los resultados de la investigación de campo, en forma de tablas y gráficos en Excel. En función de los objetivos y de la hipótesis se procedió al análisis e interpretación de resultados.

OBJETIVO N° 1:

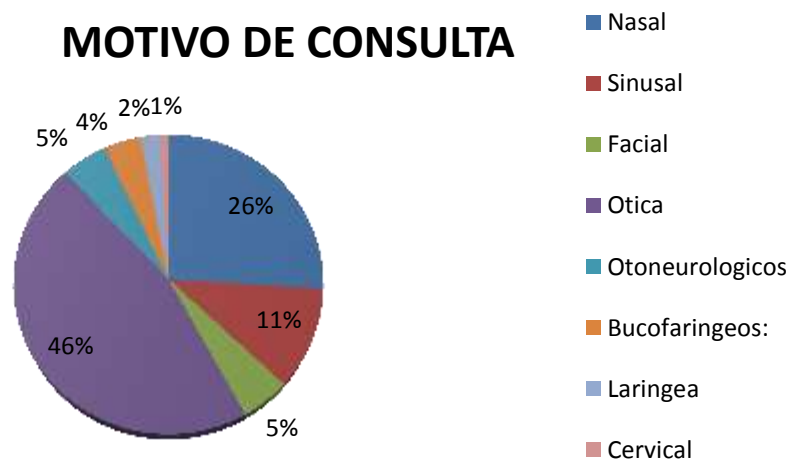
IDENTIFICAR LAS PATOLOGÍAS FRECUENTES DE LA POBLACION DE PACIENTES CON URGENCIAS OTORINOLARINGOLOGICAS DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO.

Tabla 1 distribución de (100) pacientes con urgencias otorinolaringologicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2014-2015, según: motivo de consulta.

POBLACION TOTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nasal	26	26%
Sinusal	11	11%
Facial	5	5%
Otica	46	46%
Otoneurologicos	5	5%
Bucofaringeos:	4	4%
Laringea	2	2%
Cervical	1	1%
Total	100	100%

Fuente 1 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

Ilustración 1 distribución de (100) pacientes con urgencias otorinolaringologicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2014-2015, según: motivo de consulta.



Fuente 2 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

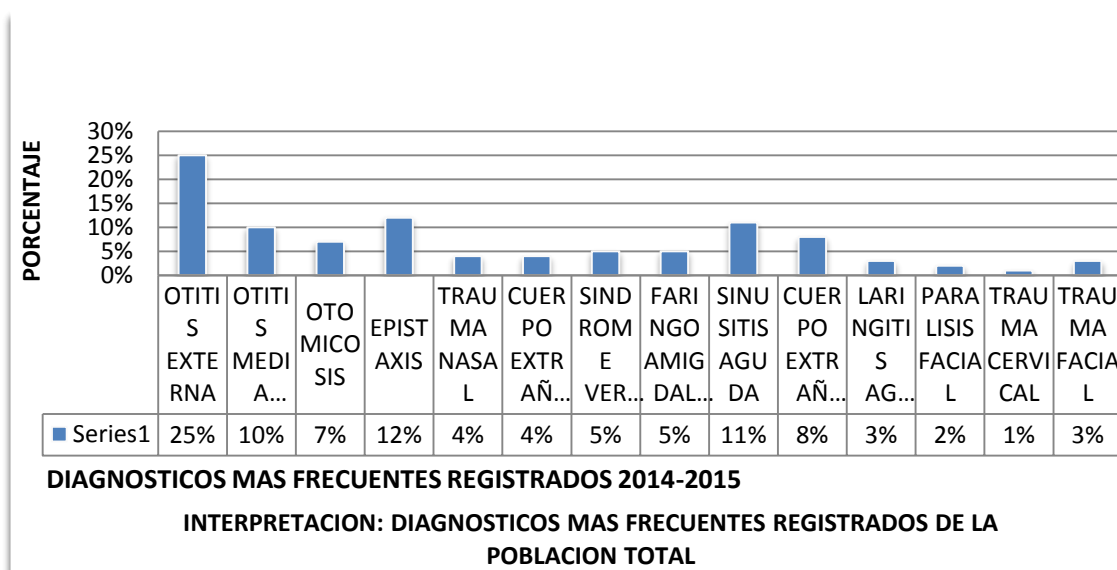
Interpretación: total de la población de estudio (100), en el año 2014-2015 (46%) presentó patologías de oído, (26%) nasales, (11%) Sinusal, (5%) Otoneurologicos, (4%) Bucofaringeos, (3%) Laringea, (5%) facial, (1%) cervical, (0.01%) enfermedades sistémicas.

TABLA 2 DISTRIBUCION DE (100) CON URGENCIAS OTORINOLARONGOLOGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO DE GUAYAQUIL. 2014-2015, SEGÚN: DIAGNOSTICO MAS FRECUENTES REGISTRADOS

DIAGNOSTICOS FRECUENTES REGISTRADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OTITIS EXTERNA	25	25%
OTITIS MEDIA AGUDA	10	10%
OTOMICOSIS	7	7%
EPISTAXIS	12	12%
TRAUMA NASAL	4	4%
CUERPO EXTRAÑO OTICO	4	4%
SINDROME VERTIGINOSO	5	5%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	5	5%
SINUSITIS AGUDA	11	11%
CUERPO EXTRAÑO NASAL	8	8%
LARINGITIS AGUDA	3	3%
PARALISIS FACIAL	2	2%
TRAUMA CERVICAL	1	1%
TRAUMA FACIAL	3	3%
TOTAL	100	100%

Fuente 3 Hospital Teodoro Maldonado Carbo Autor: Luis Enrique Cruz Bajaña

Ilustración 2 distribución de (100) con urgencias otorinolaringologicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2014-2015, según: diagnóstico más frecuentes registrados.



Fuente 4 Hospital Teodoro Maldonado Carbo Autor: Luis Enrique Cruz Bajaña

OBJETIVO N° 2

DETERMINAR LAS CARACTERISITICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

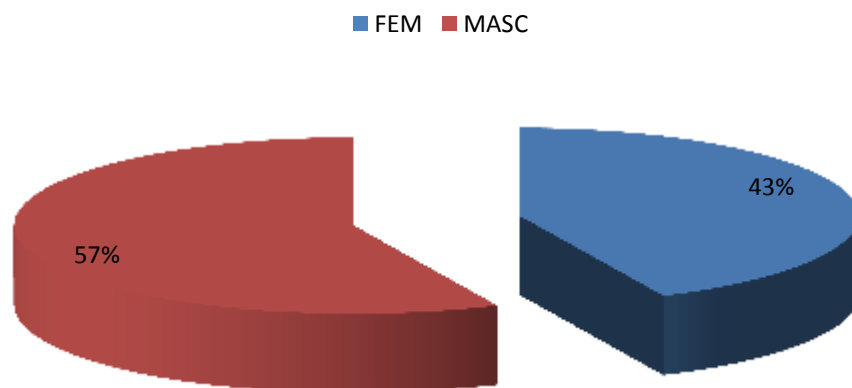
Tabla 3 Distribución De Pacientes (100) Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. Año 2014-2015, Según: el sexo.

Grupo Por Sexo	HOMBRES
HOMBRES	57%
MUJERES	43%
TOTAL	100%

Fuente 5 Hospital Teodoro Maldonado Carbo Autor: Luis Enrique Cruz Bajaña

Ilustración 3 Distribución De Pacientes (100) Con Urgencias Otorinolarongologicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil.año 2014-2015, Según: el sexo.

POR SEXO.



Fuente 6 Hospital Teodoro Maldonado Carbo Autor: Luis Enrique Cruz Bajaña

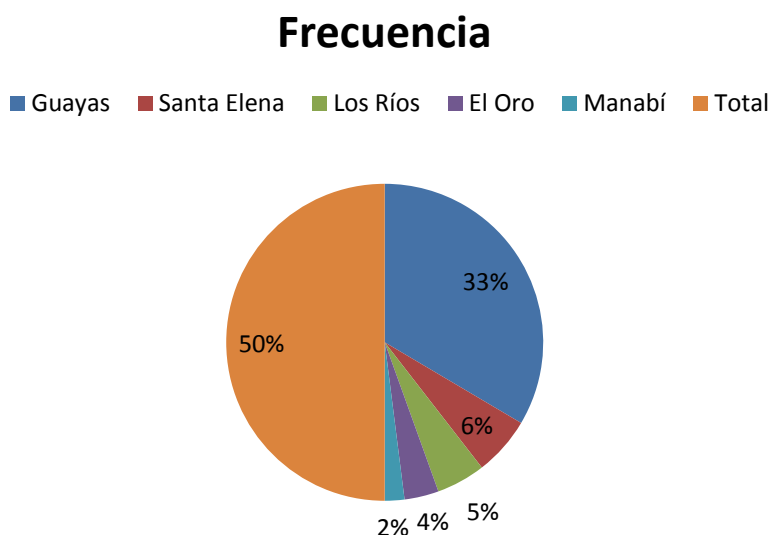
Interpretación: Del total de la muestra de estudio, el sexo masculino fue el de mayor afectación con el 57%, el sexo femenino representó el 43%.

Tabla 4 Distribución De 100 Pacientes Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. 2014-2015, Según: Lugar de procedencia

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Guayas	67	67%
Santa Elena	12	12%
Los Ríos	10	10%
El Oro	7	7%
Manabí	4	4%
Total	100	100%

Fuente 7 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

Ilustración 4 Distribución De 100 Pacientes Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. 2014-2015, Según: Lugar de procedencia.



Fuente 8 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

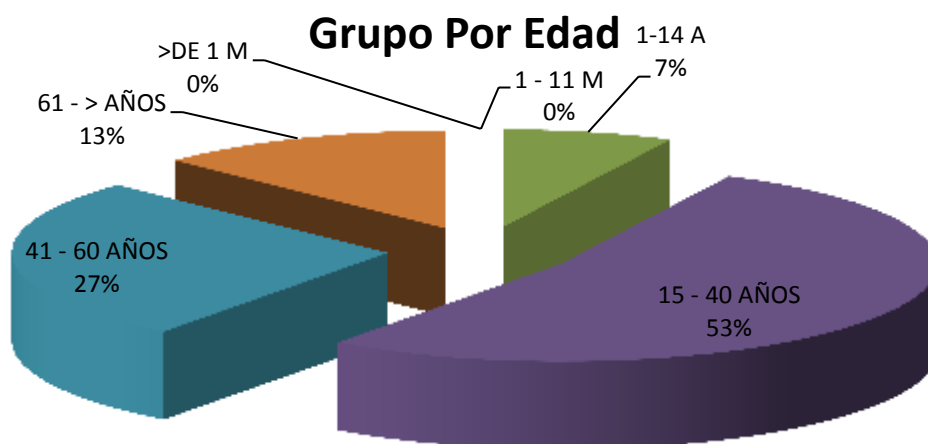
Interpretación: La provincia del Guayas (67%) y de Santa Elena (12%) presentaron la mayor cantidad de pacientes, en menor frecuencia estuvieron Los Ríos (10%), El Oro (7%) y Manabí (4%).

Tabla 5 Distribución De Pacientes (100) Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. Año 2014-2015, Según: Grupos Etarios.

Grupo por edad	porcentaje
>1M	0%
1-11 M	0%
1-14 A	7%
15-40 A	53%
41-60 A	27%
>61 A	13%

Fuente 9 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

Ilustración 5 Distribución De Pacientes (100) Con Urgencias Otorrinolaringológicas En El Hospital Regional Iess Teodoro Maldonado Carbo De Guayaquil. Año 2014-2015, Según: Grupos Etarios.



Fuente 10 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

Interpretación: La edad promedio del grupo de estudio fue de 40 años, el grupo de 15-40 años predominó con el 53%, el grupo de 41-60 representó el 27%, el grupo > 61 representó el 13%, en menor frecuencia estuvieron los grupos etarios de 1-14 años (7%) y los >1-11m meses de edad (0%).

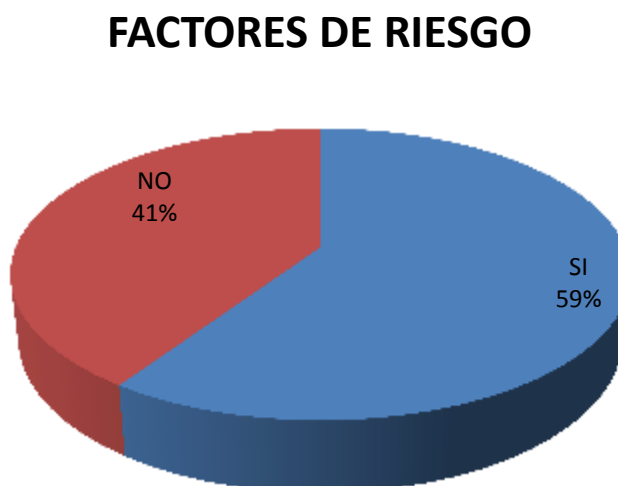
OBJETIVO N° 3
ESTABLECER LOS FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACION EN ESTUDIO

Tabla 6 distribución de factores de riesgo en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Año 2014-2015, según: factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO	FECUENCIA	PORCENTAJE
SI	59	59%
NO	41	41%
TOTAL	4800	100%

Fuente 11 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

Ilustración 6 distribución de factores de riesgo en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Año 2014-2015, según: factores de riesgo



Fuente 12 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

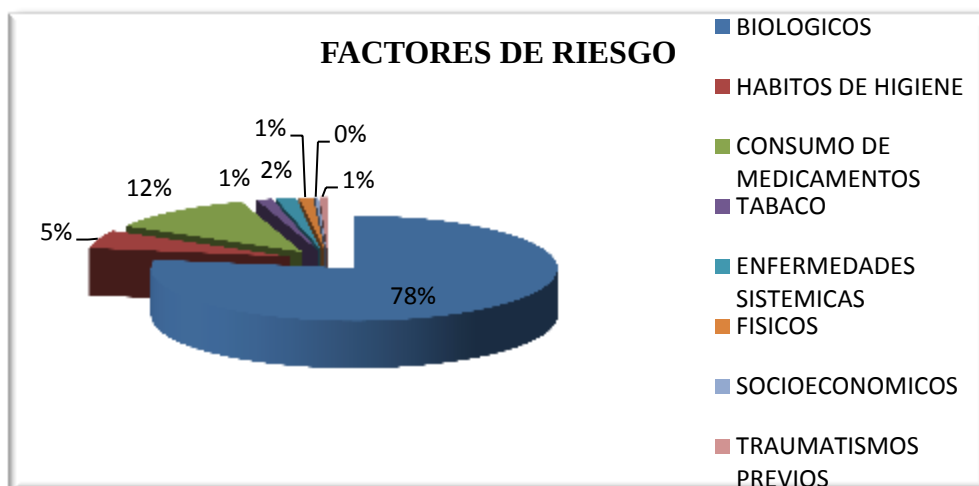
Interpretación: el total de la población estudiada (100), si presento factores de riesgo el 59 % (59).

Tabla 7 distribución de factores de riesgo en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Año 2014-2015, según: tipos de factores.

TIPOS DE FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BIOLOGICOS	78	78%
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	12	12%
HABITOS DE HIGIENE	5	5%
ENFERMEDADES SISTEMICAS	2	2%
TABACO	1	1%
FISICOS	1	1%
SOCIOECONOMICOS	1	1%

Fuente 13 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

Ilustración 7 distribución de factores de riesgo en pacientes con urgencias otorrinolaringológicas en el hospital regional iess Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Año 2014-2015, según: tipos de factores.



Fuente 14 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

Interpretación: los principales factores de riesgo fueron: biológicos (78%), consumo de medicamentos (12%), hábitos de higiene (5%).

OBJETIVO N° 4

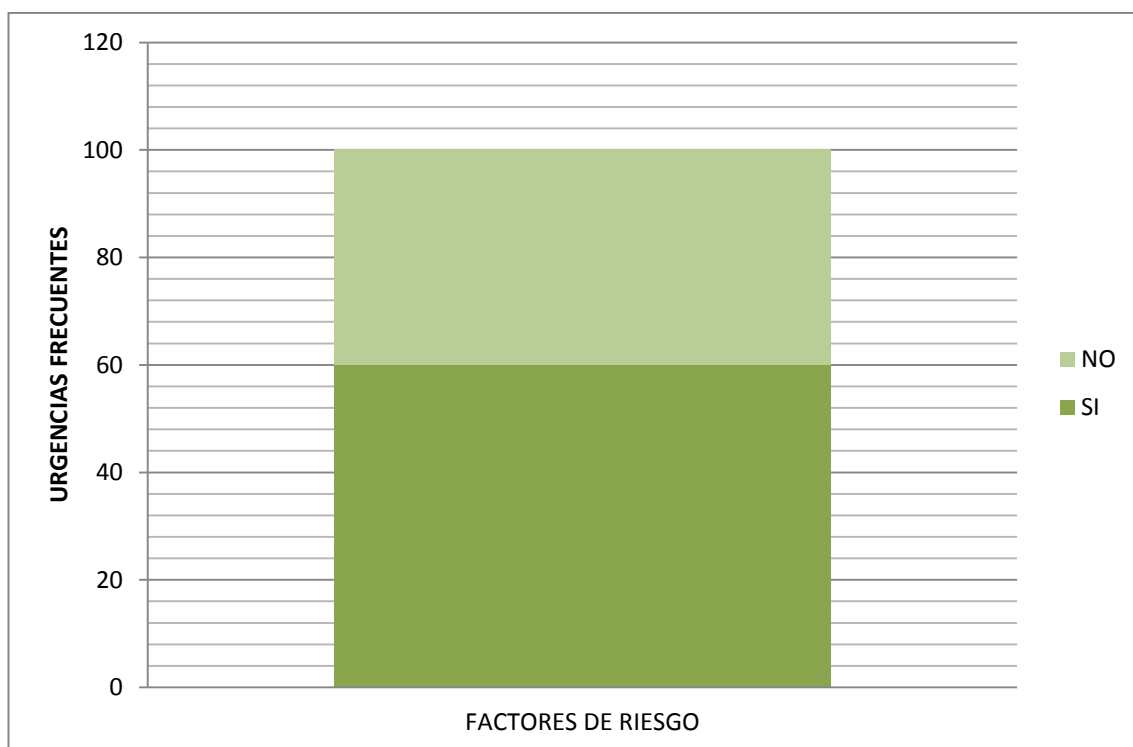
DEFINIR LA RELACION DE FACTORES DE RIESGO CON URGENCIAS OTORINOLARINGOLOGICAS FRECUENTES DE LA POBLACION EN ESTUDIO

TABLA 8 DISTRIBUCION DE (100) CON URGENCIAS OTORINOLARONGOLOGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO DE GUAYAQUIL. 2014-2015, SEGÚN: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A URGENCIAS FRECUENTES

RELACION SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO Y URGECIAS ORL.	FACTORES DE RIESGO		
URGENCIAS FRECUENTES	SI	NO	TOTAL
OTITIS EXTERNA	15	10	25
OTITIS MEDIA AGUDA	6	4	10
OTOMICOSIS	4	3	7
EPISTAXIS	8	4	12
TRAUMA NASAL	3	1	4
CUERPO EXTRAÑO OTICO	2	2	4
SINDROME VERTIGINOSO	2	3	5
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	4	1	5
SINUSITIS AGUDA	6	5	11
CUERPO EXTRAÑO NASAL	5	3	8
LARINGITIS AGUDA	2	1	3
PARALISIS FACIAL	1	1	2
TRAUMA FACIAL	1	1	2
TRAUMA CERVICAL	1	1	2
TOTAL	60	40	100
PORCENTAJE	60%	40%	100%
Chi cuadrado de Pearson	40,0926278/ gl 10		P0,05

Fuente 15 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bazaña

ILUSTRACIÓN 8 DISTRIBUCION DE (100) CON URGENCIAS OTORINOLARONGOLOGICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL IESS TEODORO MALDONADO CARBO DE GUAYAQUIL. 2014-2015, SEGÚN: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A URGENCIAS FRECUENTES



Fuente 16 Hospital Teodoro Maldonado Carbo **Autor:** Luis Enrique Cruz Bajaña

INTERPRETACION: De los 100 pacientes de la población total de estudio el (59%) tuvieron factores de riesgo relacionados. Se obtuvo el **Chi-cuadrado** con un valor de 40,0926278 y un valor para **p** de **0,005** que nos indica que si existe asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y las urgencias otorrinolaringológicas frecuentes.

4.2 DISCUSIÓN

Las urgencias otorrinolaringológicas son muy variadas y se presentan frecuentemente en el servicio de emergencia, lo que implica un aumento en su incidencia que se asocian a factores de riesgo. El presente estudio se centró en determinar la relación entre los factores de riesgo y las urgencias otorrinolaringológicas frecuentes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2014-2015

Los estudios de consideraciones sobre urgencias otorinolaringologicas de M. Marcos Garcias, T. Keituqwa Yanez, sobre el análisis de 30.000 pacientes atendidos en 10 años reportaron que la consuntal en orden de frecuencia fueron patologías ótica (36,37%), segues de las pathologies nasosinusales (27,04%), le siguieron la patología faríngea y laringea (casi un 19 %) y la traqueocervicoesofagica, el 8% restante no correspondio a ninguna patología ORL, Entre los diagnosticos más frecuentes registrado Ocuparon el primer lugar la epistaxis con un 12.98% , los traumatismos un 10,26% seguidos de la otitis externa circunscrita o difusa 6,92%, seis diagnosticos mas superaron el 3% y fueron cuerpos extraños oro-hipofaríngeos (5,77%), otitis media aguda (4,75%), otitis media (4,73%), tapones de cerumen (3,97), otomicosis(3,58%), y otitis seromucosa(3,02%).. (M.MARCOS GARCIA, 2010)

En los resultados de la presente investigación la frecuencia de las urgencias otorinolaringologicas fueron: patologías oticas (46%), nasales (26%), sinusales (11%), en menor frecuencia la otomicosis (5%), facial (5%), bucofaríngeas con (4%), laríngeas /2%) y cervicales (1%).

De manera individual los diagnosticos más frecuentes registrado son otitis externa(25%), epistaxis (12%), sinusitis aguda (11%), otitis media(10%), los cuerpos extraños nasal (8%),otomicosis(7%), faringoamigdalitis aguda (5%), trauma nasal (4%), las patologías de cuerpo extraño otico (4%), trauma facial (3%), laringitis aguda (3%), parálisis facial con (2%), y cervical (1%).

La limitación que se encontró en la realización de esta investigación fue que los registros médicos son deficientes debido a que no cuentan con la información requerida para evaluar los resultados clínicos del manejo de este grupo de pacientes, sobretodo en el registro de los antecedentes patológicos de los pacientes. Encontramos durante la entrevista directa, que la mayoría de los pacientes tenían factores de riesgo

coexistentes que no estaban en las notas de evolución de las historias clínicas, lo cual hizo difícil la recolección de la información. Se realizó entrevista por redes sociales, telefónica y fueron citados a la emergencia de otorrinolaringología para control de sus patologías y culminar la recolección de datos y el examen físico.

Mientras se realizó el presente estudio se presentaron algunas pérdidas en el seguimiento de los pacientes, sin embargo, estas pérdidas ocurrieron principalmente en el control y tratamiento de las pacientes, lo cual no fue investigado en nuestro estudio, a diferencia de los factores de riesgo relacionados y las urgencias más frecuentes consultadas que fueron nuestros principales objetivos. Para la interpretación de las demás variables, se contó con los datos completos de cada uno de los pacientes.

5 CAPÍTULO V

5.1 5. CONCLUSIONES

En la emergencia de otorrinolaringología año 2014 -2015, de una muestra de población total de estudio (100), el mayor número de pacientes con urgencias otorinolaringológicas fue de sexo masculino con un 57%.

El grupo etario más frecuente fue de 15-40 años con un 53%. El motivo de consulta más frecuente fueron: patologías óticas (46%), nasales (26%), sinusales (11%), en menor frecuencia la otomicosis (5%), facial (5%), bucofaríngeas con (4%), laríngeas (2%) y cervicales (1%).

De manera individual los diagnosticos más frecuentes registrado son otitis externa(25%), epistaxis (12%), sinusitis aguda (11%), otitis media(10%), los cuerpos extraños nasal (8%),otomicosis(7%), faringoamigdalitis aguda (5%), trauma nasal (4%), las patologías de cuerpo extraño otico (4%), trauma facial (3%), laringitis aguda (3%), parálisis facial con (2%), y cervical (1%).

Los principales factores de riesgo fueron: biológicos (78%), consumo de medicamentos (12%), hábitos de higiene (5%).

De la población total (100) durante el periodo 2014-2015, el (59%) presento factores de riesgo relacionados con la urgencia otorinolaringológicas.

6 CAPÍTULO VI

6.1 6. RECOMENDACIONES

Identificar las características epidemiológicas de las patologías frecuentes para disminuir la incidencia de urgencias, mediante la identificación oportuna de los factores de riesgo, con una anamnesis, examen físico adecuado y medidas de prevención...

Clasificar a las pacientes en grupos de riesgo a través de la identificación de factores predisponentes, que permitirá descubrir nuevas líneas de investigación para optimizar la prevención y mejorar la atención en urgencias médica.

Realizar medidas de prevención basadas en guías internacionales publicadas en centros de salud primario y en la comunidad para disminuir la alta incidencia de consultas en el servicio de emergencias ajustando a la realidad del Hospital Teodoro Maldonado Carbo...

Crear un formato de registro de epidemiológico y factores de riesgo, para evitar pérdida de información en el seguimiento de los pacientes, que permitirá una evaluación más precisión las patologías más consultadas.

Desarrollar en el servicio de urgencias otorinolaringologicas sistemas de investigación relacionada al proceso de formación de estudiantes, internos y residentes de posgrado, además de la continuidad del presente trabajo de investigación a los médicos.

Bibliografía

- Patricia W. Wheeler. (18 de 01 de 2015). *Vasomotor Rhinitis*. Obtenido de Vasomotor Rhinitis. Patricia W. Wheeler: <http://www.aafp.org/afp/2005/0915/p1057.html>
- Aguirre, M. (2010). *Enfermedad hepática por alcohol en pacientes de 25 a 65 años. Hospital General Docente de Riobamba 2010*. Tesis de grado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba.
- Alcaldia de Guayaquil. (11 de Jan de 2012). *Geografía de Guayaquil*. Recuperado el 17 de Oct de 2014, de <http://www.guayaquil.gov.ec/guayaquil/la-ciudad/geografia>
- Anderson K, A. H. (2009;). Mastoiditis. *Pediatr Rev*, 233-4.
- Argente T, A. H. (2010). *Semiología Médica: Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente* (3ª edición ed.). Colombia: Panamericana.
- Ayala V, M. A. (2014). *Diferencias clínico-demográficas entre la pancreatitis aguda leve y severa en una cohorte histórica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito Ecuador, durante el año 2008 al 2013*. Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina. Carrera de Medicina, Quito, Ecuador.
- British Society of Gastroenterology. (2010 йил 29-Apr). UK guidelines for the management of acute pancreatitis. . *Gut*, 54(3), iii1–iii9.
- C. ArtigasSapiain, P. S. (2010). Manejo de cuerpos extraños nasales y óticos en niños. *ELSEVIER*, VOL.36.
- Canadian Digestive Health Foundation. (2 de Aug de 2014). Recuperado el 2 de Jan de 2016, de Canadian Digestive Health Foundation: Pancreatitis. Overview: <http://www.cdhf.ca/en/disorders/details/id/15>
- Candia, R. e. (2011). Manejo de Várices gastroesofágicas: Revisión de la evidencia y consenso. *Gastro Latinoam*, 22(1), 8-27.
- Castellanos L, L. K. (2012). *Perfil clínico-epidemiológico de pacientes con pancreatitis aguda. Estudio retrospectivo-descriptivo realizado en los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios, Pedro Bethancourt de Antigua Guatemala e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de Enfermedad Común enero 2005 a diciembre de 2010*. Universidad de San Carlos de Guatemala , Centro Universitario Metropolitano (CUM). Unidad de Trabajos de Graduación. Guatemala: Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8916.pdf .
- Cerini et al. (12 de Mar de 2015). Impact of anticoagulation on upper-gastrointestinal-bleeding in cirrhosis. a retrospective multicenter study. *Hepatology*, 47(2), 45-51.

- Chinski, D. H. (20 de 11 de 2014). *CECHIN Urgencias y Emergencias en ORL*. Obtenido de CECHIN Urgencias y Emergencias en ORL: <http://www.cechin.com.ar/urgencias-y-emergencias-en-otorrinolaringologia/>
- Clínica de la Universidad de Navarra. (3 de May de 2012). Recuperado el 15 de Dec de 2015, de Pancreatitis aguda. Departamento digestivo.: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pancreatitis-aguda>
- clínica, C. m. (2012). Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la fractura de los huesos propios. *GUÍA DE REFERENCIA RAPIDA*, 317.
- CLINICA, G. P. (2011). DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA OTITIS EXTERNA DEL ADULTO. *CATALOGO MAESTRO DE GUIS PRACTICA CLINICA*, 1-3.
- Cruz Bajaña, L. E. (2016). Fuente Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
- Dan L. Longo, D. L. (2012). *Harrison. Principios de Medicina Interna* (18ª edition ed.). McGraw-Hill.
- Dan L. Longo, D. L. (2012). *Harrison. Principios de Medicina Interna. Cap 502: Pancreatitis Aguda* (18ª edition ed.). McGraw-Hill.
- De la Cruz-Guillen, A., & Sánchez-Espinoza, J. (2013). Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. *Med Int Mex*, 29(5).
- Del Olmo J, P. A.-T. (2010). Hemorragia digestiva alta en la cirrosis hepática. *Rev Soc Val Pat Dig*, 18(1), 23-7.
- Dr. Pedro Pinheiro . (23 de noviembre de 2015). <http://www.mdsaude.com/es/2015/11/otitis-externa-dolor-de-oido.html>. Obtenido de <http://www.mdsaude.com/es/2015/11/otitis-externa-dolor-de-oido.html>.
- Dr.Botto, H., & Dra.Pérez , C. (2015). Diagnóstico y tratamiento de las estenosis subglóticas en pediatría . *Argentina Pediatría*, 368-372.
- Dr.Fernandez Ramos , H., & Dra.Rodríguez Pérez , Y. (2014). Estenosis subglotica adquirida en paciente quirúrgico pediátrico. *Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 176-181.
- Dra. Mariela Rafaela Benítez Serrano I; MsC. Caridad Santana Serrano. (2011). Revista Archivo Médico de Camagüey. *SCIELO, AMC* vol.15 no.3.
- Dra. Mariela Rafaela Benítez Serrano I; MsC. Caridad Santana Serrano. (mayojun.2011). Sangramiento nasal por crisis hipertensiva. *Revista Archivo Médico de Camagüey, scielo*, vol.15 no.3 Camagüey.

- Dra. Olga lidia Otero Cruz I, Dra. Noelia Fonseca Montoya I, Dra. Xiomara Rubinos Vega I, Dra. Sucimil Fonseca Montoya I. (2013). Epistaxis. Estado actual. *ARTÍCULO DE REVISIÓN* , vol 1.
- Dra.Cuestas, G., Dr.Urquizo, M., Dra.Demarchi, V., Dr.Zanetta, A., Dr.Lobos, P., & Dr.Razetti, J. (2013). Tratamiento de las estenosis laríngeas adquiridas en pediatría. *Argentina Pediatría*, 136-140.
- FABA, D. G. (2010). *escuela.med.puc*. Obtenido de escuela.med.puc.: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/otorrino/Otorrino_A008.html
- Fagenholz P et al. (2014). National study of United States emergency department visits for acute pancreatitis, 2009-2014. *BMC Emerg Med*, 7(1), 78-84.
- Friedman, S. K. (2012). *Handbook of Liver Disease* (3ª edición ed.). Philadelphia, EE.UU: Elsevier Saunders.
- García L, G. F.-O. (2012). Cirrosis hepática . *Medicine*, 11(1), 625-33.
- Gobierno Federal de México. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis aguda*. Guía de práctica clínica, Secretaría de salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, México.
- Gómez N. (2016). *Prevalencia y Perfil clínico en pacientes atendidos por pancreatitis aguda en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, periodo Enero- Julio del 2015*. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú: Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/469/1/Gómez_n.pdf.
- Gompertz M. (2012). Índice clínico de gravedad en pancreatitis aguda: BISAP (“Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis”). Dos años de experiencia en el Hospital Clínico Universidad de Chile. *Rev Med Chile* , 140(1), 977-983.
- Gompertz M et al. (May de 2013). Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile. *Rev Med Chil* , 141(5), 562-567.
- Guachilema A. (2012). *Litiasis biliar y su incidencia en pancreatitis aguda en pacientes de 30-65 años en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Ambato durante el año 2009 a julio del 2011*. Tesis de grado, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina, Ambato, Ecuador.
- Gullo L et al. (Apr de 2010). Acute pancreatitis in five European countries: etiology and mortality. *Pancreas*, 24(3), 223-7.
- Holtmann, H. E. (2016). Orbital floor fractures – short- and intermediate-term complications depending on treatment procedures. *Head & Face Medicine*, 2-6.

- Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo. (3 de Aug de 2013). *Reseña histórica*. Recuperado el 23 de Dec de 2015, de <http://www.htm.b.gob.ec>.
- Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (2013). *Reseña histórica*. Recuperado el 12 de Sep de 2014, de <http://www.htm.b.gob.ec>
- Hungarian Pancreatic Study Group. (15 de Febr de 2015). Acute pancreatitis. Evidence-based practice guidelines, prepared by the Hungarian Pancreatic Study Group. *Orv Hetil*, 156(7), 244-61.
- I, D. O., EscrichII, M. E., III, M. A., & Heredia, D. O. (2011). Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas. *SCIELO*, AMC v.14 n.3 .
- IESS. (s.f.). www.ies.b.gob.ec. Obtenido de www.ies.b.gob.ec: <http://www.ies.b.gob.ec/es/web/afiliado/noticias>
- Ileana Álvarez Lam, I. J. (2011). Caracterización clínico-epidemiológica de la otitis media aguda en pacientes pediátricos. *SCIELO*, Rev Cubana Pediatr vol.83 no.3.
- INEC. (2013). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos*. Obtenido de Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadísticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2013.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. (2012). Recuperado el 3 de Jan de 2016, de Ecuador-Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2010: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/258/datafile/F4/V166>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía de México. (11 de May de 2013). Recuperado el 20 de Dec de 2015, de Estadísticas. Banco de Datos: Pancreatitis aguda: <http://www.inegi.org.mx>
- Irene Maté Cano, Olga Ordóñez Sáez, Gala López González. (10 de 08 de 2010). *.guia-abe.es*. Obtenido de *.guia-abe.es*: <http://www.guia-abe.es>
- Javier Korta Murua, Olaia Sardón Prado. (2010). Cuerpos extraños en la vía respiratoria. *aeped*, 66-75.
- José Luis Crespo Escudero, G. S.-R. (2006). Fracturas nasales. *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, capítulo 11.
- Kyung-Pil Park, S.-U. L.-H. (2015). Fracture patterns in the maxillofacial region: a four-year retrospective study. *Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 306-316.
- Lankisch P, A. M. (2015 йил 4-Jul). Acute pancreatitis. *The Lancet*, 386(9988), 85-96.

- Larico, M. (2012). Características clínicas, complicaciones y evaluación de la sobrevida de los pacientes con cirrosis hepática del Hospital Hipolito UNANUE de TACNA 2010-2012. *Rev Gastroenterol Peru*, 31(1), 314-20.
- Li H et al. (Jun de 2010). Risk factor and outcome of acute renal failure in patients with severe acute pancreatitis. *J Crit Care*, 25(2), 225-9.
- López, K. (2013). *Prevalencia de cirrosis hepática más ascitis. Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Periodo 2012-2013*. Tesis de grado, Universidad Católica de Cuenca, Unidad Académica de Medicina, Enfermería y Ciencia de la Salud, Cuenca.
- López, A., & Lucero, M. (2010). Estudio comparativo entre la úlcera péptica gastroduodenal Vs las várices esofágicas en la incidencia de hemorragia digestiva alta, por medios de informes endoscópicos e historia clínica realizados en el Hospital IESS, de la ciudad de Riobamba en el periodo comprendido entre septiembre del 2009 hasta febrero del 2019. *Universidad Nacional de Chimborazo*.
- Lyles T, E. A. (Sep de 2014). A risk scoring system to predict in-hospital mortality in patients with cirrhosis presenting with upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol*, 48(8), 712-20.
- M. MARCOS GARCIA, T. K. (2010). CONSIDERACIONES SOBRE URGENCIAS ORL ANALISIS PACIENTES ATENDIDOS EN 10 AÑOS. *ACTA OTORINOLARINGOLOGICA*, 198-201.
- Maraví E et al. (2013). SEMICYUC 2012. Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. *Med Intensiva*, 37(3), 163-179.
- Marcela Hernández V, Carlos Hernández A, Juan Pedro Bergeret V. . (2005; 19: 54-59). Epistaxis. *ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN* , 54.
- Medscape. (29 de Sep de 2013). Recuperado el 14 de Mar de 2016, de Gardner T et al. News & Perspective. Acute Pancreatitis: <http://emedicine.medscape.com/article/181364-overview>
- Meštrović, D. T. (2014). Epidemiología de la Parálisis de Bell. *news-medical*.
- México, Jose Sacre Revista alergia. (2012). "Rinitis Crónica no alérgica". *Artículo de Revisión*, Pag 1 – 11.
- Moreno V. (2015). *Características clínicas y epidemiológicas de la Pancreatitis Aguda en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo: Experiencia de 5 años*. Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Centro de Ciencias de la Salud, Aguascalientes, México.
- Morera, D. C. (2014). Epistaxis:. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 220-222.

- Muy Ilustre Municipalidad de Guayaquil. (2013). Recuperado el 12 de Dec de 2015, de Alcaldía de Guayaquil. Geografía de la ciudad: <http://www.guayaquil.gob.ec/la-ciudad/geografia>
- N., D. R. (2010). MANEJO DEL TRAUMA FACIAL. *elsevier*, 31-39.
- Navarrete Idrovo, Cristina Margarita. (abril de 2012). *rraae.org.ec*. Obtenido de *rraae.org.ec*: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/102>
- Nivelo G, O. L. (2013). *Prevalencia y características clínicas de la Pancreatitis aguda en el Hospital "Vicente Corral Moscoso" durante el periodo 2007-2011, Cuenca*. Tesis de grado, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina, Cuenca, Ecuador.
- Noriyuki Ohta a, T. M. (2010). Anesthesiology, Osaka General Medical Center, 3-1-56 Bandai-higashi Sumiyoshi-ku, Osaka, Japón. *b Department of Anesthesiology, Osaka General Medical Center, 3-1-56 Bandai-higashi , 1-56.*
- Organización Mundial de Gastroenterología. (2010). *Manejo de Várices esofágicas*. San Francisco.
- ORL, L. v. (2005). ANATOMÍA Y EMBRIOLOGÍA DE LA NARIZ Y SENOS. En V. V. Iván Méndez-Benegassi Silva, *NARIZ Y SENOS PARANASALES* (págs. 1-34). madrid: SEORL-PCF.
- P. Céruse, A. L.-B. (2010). Anatomía descriptiva, endoscópica. *EMC OTORRINOLARINGOLOGIA*, VOL41.
- Parra V et al. (2013). Factores relacionados a resangrado y mortalidad en pacientes cirróticos con hemorragia varicial aguda en el Hospital Hipólito Unanue, Lima Perú. *Rev Gastroenterol Peru*, 33(4), 314-20.
- Peng Y, Q. X. (15 de Jan de 2015). Child-Pugh versus MELD score for predicting the in-hospital mortality of acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis. *Int J Clin Exp Med*, 8(1), 751-7.
- Peñarrocha Terés, J., & Hernández Gancedo, C. (2013). Malformaciones congénitas de la vía aérea superior. *Pedíatria Integral*.
- Portilla, G. (2010). *Factores de riesgo y causas de Hemorragia Digestiva Alrta el el Sericio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2009*. Tesis de Especialidad, Universidad de Cuenca, Facultad de Medicina-Escuela de Postgrado, Cuenca, Ecuador.
- Puente, A. (2014). *Optimización de la profilaxis de la Hemorragia Digestiva Alta: factores endoscópicos, farmacológicos y metabólicos*. Tesos doctoral, Universidad de Cantabria, Facultad de Medicina. Departamento de medicina y Psiquiatría, Santander.

Pulveth, D. I. (2009 - 2011). SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA. *Revista Acta Otorrinolaringologica* (pág. Acta Otorrinol • Vol. 22 • Nº 1 • 2010). caracas: INDIZADA EN LILACS · MIEMBRO DE ASEREME.

r. h. f. g, o.

Ramón Terre Falcón, I. A. (2014). LARINGITIS AGUDAS DEL ADULTO. *SEORL PCF*, CAPITULO 102.

Ramón, C. (2013). *Prevalencia de hiponatremia en pacientes de 19 a 89 años con cirrosis hepática más ascitis. Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo Periodo 1 de septiembre 2012 a 30 de abril de 2013*. Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Medicina.

Roberts S et al. (Sep de 2013). The incidence of acute pancreatitis: impact of social deprivation, alcohol consumption, seasonal and demographic factors. *Aliment Pharmacol Ther*, 38(5), 539-48.

Rodríguez-Ortiz1, M. D. (2011). Parálisis facial periférica. Tratamientos . *medigraphic*, vol-16.

Rozman C, C. F. (2012). *Medicina Interna. Cap. 341: Pancreatitis Aguda* (17ª edición ed.). Elsevier.

Scelza, A. B. (2011). Recuperado el 21 de Dec de 2015, de Pancreatitis aguda. Revisión de la literatura. *Revista Medica del Uruguay*. Vol 32(1):11-23: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/pa->

Sociedad Otorrinolaringologica Andaluz. (2012). OTORRINOLARINGOLOGÍA EN ATENCION PRIMARIA. *Guía práctica para el manejo de los procesos*, 1-10.

Stimac D et al. (2013). Epidemiology of Acute Pancreatitis in the North Adriatic Region of Croatia during the Last Ten Years. *Gastroenterology Research and Practice* , 23(6), ii1-ii5.

Suppiah A et al. (1 de Feb de 2013). The Prognostic Value of the Neutrophil-Lymphocyte Ratio (NLR) in Acute Pancreatitis: Identification of an Optimal NLR. *J Gastrointest Surg*, 112(43), 780-95.

Surós A, S. J. (2011). *Semiología médica y técnica exploratoria* (10ª edición ed., Vol. 2). Barcelona, España: Elsevier-Masson,.

Tenner S et al. (30 de July de 2013). Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 108(9), 1400-1415.

Tenner S et al. (30 de July de 2013). Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 108(9), 1400-1415.

Thomas S. Kühnel, T. (19 de Jan de 2015). *Trauma of the midface. GMS Current Topics in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*, . Obtenido de Trauma of the midface.

GMS Current Topics in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4702055>

- TRUJILLO, J. C. (2010). *Las enfermedades de la voz estudio sobre factores de riesgo predictivo*.
Obtenido de Las enfermedades de la voz estudio sobre factores de riesgo predictivo:
http://www.fe.ccoo.es/comunes/recursos/25/doc24140_Las_enfermedades_de_la_voz.-_estudio_sobre_factores_de_riesgo_predictivos_de_patologias_relacionadas_con_la_seguridad_y_la_salud_del_profesorado..pdf
- Velásquez, H. (2010). Hemorragia digestiva por várices esófago-gástricas. *Acta méd. peruana*, 23(3), 11-15.
- Vinueza, G. (2011). *Caracterización de los pacientes con cirrosis hepática hospitalizados en el hospital Eugenio Espejo en el periodo del años 2008-2011*. Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito.
- Viracacháa, D. N. (2011). Prevalencia de serotipos de Streptococcus. *SCIELO, Arch Argent Pediatr* 2011;109(3):204-212 / 204.
- Vizcaino A, D. G. (Mayo de 2012). Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las pancreatitis agudas en un Hospital de Mediana Complejidad. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 101(115), 34-41.
- Whitcomb DC, Y. D. (2010). Multicenter approach to recurrent acute and chronic pancreatitis in the United States: the North American Pancreatitis Study 2 (NAPS2). *Pancreatology*, 8(4-5), 520-31.
- Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. (Jul-Aug de 2013). IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*, 13(2), 1-15.
- Yokoe, M. e. (2015 йил Jun). Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 22(6), 405-32.

7 ANEXOS

7.1.1 Anexo 1. Formulario de Recolección de datos

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**SERVICIO DE EMERGENCIA OTORINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL N° 2 IESS TEODORO MALDONADO
CARBO DE GUAYAQUIL**

N°	NOMBRE	APELLIDO	HC	EDAD	SEXO	OCUPACION	MOTIVO DE CONSULTA	PATOLOGIA	DIAGNOSTICO	FECHA

Hoja De Recolección De Datos 1 Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Autor Cruz Bajaña Luis Enrique