

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENFERMEDADES DEL OIDO EN LA COMUNIDAD DE SAN
VICENTE CABANAS, ZACAPA

Prevalencia de enfermedades del oído, en pacientes que consultaron al Puesto de Salud
de la Aldea San Vicente, Cabañas, Zacapa, 1990 - 1994, Guatemala.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

ANTONIO CORTEZ ENRIQUEZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 7 de junio de 1995
DIF-054-95

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis


Se informa que el: PERITO CONTADOR ANTONIO
Titulo o diploma de diversificado, Nombres y ape-

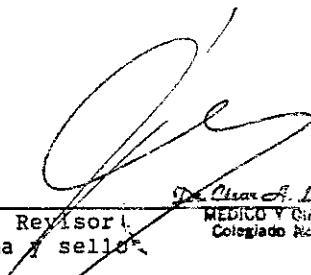
CORTEZ ENRIQUEZ Carnet No. 86-13550
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
ENFERMEDADES DEL OIDO

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Dr. César A. Morales
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2824
ASESOR
Firma y sello personal


Dr. César A. Lambore
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2541
Revisor
Firma y sello
Registro Personal 7174

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

(La) Bachiller: ANTONIO CORTEZ ENRIQUEZ

net Universitario No. 86-13550

presentado para su Examen General Publico, previo a optar al
ulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:
ENFERMEDADES DEL OIDO

bajo asesorado por: DR. CESAR A. MORATAYA

evisado por: DR. CESAR A. LAMBOUR

enes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
ma y sella la presente

R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 9 de junio de 1995

EDGAR DE LEON BARILLAS
Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE :

DR. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO



I N D I C E

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION DE EL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACION.....	3
IV.	OBJETIVOS.....	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI.	METODOLOGIA.....	39
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	44
VIII.	ANALISIS O INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	55
IX.	CONCLUSIONES.....	58
X.	RESUMEN.....	60
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	61
XIII.	ANEXOS.....	62

I.- INTRODUCCION

En Guatemala, como en los países subdesarrollados, encontramos que las enfermedades infectocontagiosas son las que más predominan; pero no podemos dejar pasar por alto las enfermedades del oído, las cuales constituyen un número significativo de consulta por parte de los pacientes que acuden en este caso al puesto de salud de San Vicente Cabañas.

Por atender un buen número de consulta por afección del oído se decidió realizar un estudio sobre la prevalencia de enfermedades del oído, así como su distribución en grupo de edad, sexo, zona anatómica más afectada, tratamiento utilizado, duración del tratamiento. El estudio se realizó durante el periodo de 1990 a 1994.

La metodología que se utilizó fué la revisión de formas F-4 e historias clínicas, de los cuales se realizaron cuadros estadísticos, entre los resultados encontrados tenemos: Una prevalencia e 2.4 % en 1990, 44 % 0 en 1991, 25.5 % en 1992, 41 % 0 en 1993, y un 31.4 % 0 en 1994; todo esto es por 1.000 habitantes que consultaron al puesto de salud. El grupo etáreo más afectado es de 15 a 44 años, el sexo más afectado es el masculino, la enfermedad más encontrada fué la otitis media aguda, y el tratamiento más utilizado fue el trimetropin sulfametoxazole.

II. DEFINICION DE EL PROBLEMA

En el servicio de otorrinolaringología del Hospital de San José de Bogotá, en donde se atiende un promedio de 7000 consultas al año, el 25% corresponde a lesiones del oído medio (membrana timpánica y de la trompa de Eustaquio).

La otitis media aguda y la otitis media crónica, constituyen una de las causas más frecuentes de consulta, no sólo de el otólogo, Médico General y Pediatra. (4,5)

En Guatemala como uno de los países subdesarrollados se encuentra una alta prevalencia de desnutrición, enfermedades prevenibles con vacunas (Sarampión, rubéola, paperas, tosferina), enfermedades del tracto respiratorio superior; la falta de agua potable, el trauma, la contaminación ambiental contribuyen a que el oído se afecte por todo este sin número de factores y quedan a veces secuelas irreversibles en las estructuras anatómicas del órgano auditivo con sorderas profundas.

Actualmente la aldea de San Vicente, Cabañas, Zacapa; es una de las zonas rurales del nororiente de el país, la cual cuenta con una población de 4004 habitantes, de raza ladina, de recursos económicos muy bajos, la fuente económica es la agricultura y crianza de ganado. Aquí se pudo observar en la estancia de la práctica de EPM rural una alta prevalencia de enfermedades de el oído.

Debido a los múltiples factores predisponentes que se observaron y el descuido de parte de las autoridades de salud y a revisar que no existe ningún estudio de investigación sobre este tema, nos interesa conocer la prevalencia sobre las enfermedades de el oído en dicha comunidad.

III.- JUSTIFICACION

Sabemos que el Médico general en las áreas rurales, no le brindado la debida atención a los problemas de el oido, este es uno de los problemas de suma importancia debido a que el paciente puede llegar a tener complicaciones como: meningitis, y abscesos cerebrales. El paciente puede ser afectado no sólo en el aspecto salud, si no que también en los ingresos económicos al hogar retraso en las actividades de la agricultura. (4,5,6,7)

En la estancia de la práctica de EPS rural en la comunidad La Aldea de San Vicente, del municipio de Cabañas, departamento Zacapa, durante el periodo de 1 de febrero de 1993 al 31 de julio de mismo año, nos dimos cuenta que las diferentes patologías del órgano de el oido son cada vez más frecuentes, debido a que en esta aldea existen múltiples factores que predisponen a los habitantes, por que si justificamos la elaboración del presente estudio.

Entre los factores predisponentes tenemos:
Desnutrición, traumatismos, falta de agua potable, enfermedades prevenibles con las vacunas (Sarampión, Roseola, Parotiditis, T. ferina), enfermedades de el tracto respiratorio superior.

La población de la aldea de San Vicente es de 4004 habitante de raza ladina, su ocupacion es un 100% agrícola, entre los cultivos que más se obtienen son: Maiz, frijol, melón, tabaco.

IV.- OBJETIVOS

GENERALES:

Determinar la prevalencia de enfermedad del oído en la Aldea San Vicente, Cabañas, Zacapa, en pacientes que consultaron al pue de Salud; durante los años de 1990 - 1994.

ESPECIFICOS:

1. Identificar cual es el grupo etario con más prevalencia enfermedad de el oído.
2. Describir que región anatómica fue la más afectada.
3. Determinar cual es el sexo que más consultó por enfermedad oído.
4. Verificar el tipo de tratamiento utilizado en la enfermedad oído.
5. Establecer los días de tratamiento recibidos por los pacientes para resolver la enfermedad.

V.- REVISION BIBLIOGRAFICA

EL OIDO:

ASPECTOS GENERALES:

El sentido de el oído es el órgano encargado de la percepción de las ondas sonoras así como de transmitir a los centros superiores las impresiones del equilibrio.

Fisiológicamente, por lo tanto comprende el aparato auditivo propiamente dicho y el órgano del sentido estático, que es la parte encargada de recibir las impresiones del equilibrio y que está colocado anexo a la parte profunda o laberinto del sentido de la audición propiamente dicho.

Desde el punto de vista anatómico, el aparato auditivo y su profundo órgano del sentido estático se divide en tres porciones distintas. La parte externa constituida por el pabellón de la oreja y el conducto auditivo externo, que capta las ondas sonoras y las transmite hacia el oído medio que se halla constituido por una cavidad central llamada caja del tímpano, en cuyo interior se encuentra una cadena de pequeños huesos que transmiten las vibraciones captadas por el oído externo hacia la parte profunda ó laberinto que es una serie de cavidades ahuecadas en el espesor de la hipófisis mastoides por detrás de la caja del tímpano, así como la trompa de Eustaquio, que pone en comunicación la caja timpánica con la faringe, constituyendo anexos importantes del oído medio. (3,4)

El oído interno ó parte profunda del aparato auditivo, está formado por una serie de cavidades dentro de las cuales se encuentran vesículas membranosas, en cuyo interior se disponen las terminales de las ramas cocleares y vestibular del nervio auditivo; constituyen para el aparato de el oído y el órgano del sentido estático las partes más importantes. (3,4).

ENFERMEDADES DEL PABELLON AURICULAR Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

PATOLOGIA DEL PABELLON AURICULAR

Frecuentemente ocurren traumatismos, heridas, hematomas, laceraciones o contusiones sobre el pabellón, por accidentes del hogar, violencia o vehículos automotores. En niños se presentan por mordeduras de animales o por convivir con ellos (perros, gatos, loros, ratas, etc.) Los deportes como el fútbol, el esquí acuático, y otros pueden producir traumas que lesionan el pabellón y el conducto. En los casos leves, el tratamiento consiste en drenar los hematomas, colocar vendajes compresivos y evitar las estenosis del conducto mediante mechas impregnadas con antibióticos. En los casos severos se debe realizar cirugía reconstructiva.

Una complicación frecuente en estos accidentes traumáticos, más cuando el hematoma se infecta y supura, es la pericondritis. Si ésta ocurre se debe considerar como una emergencia médica que puede llegar a necrosis cartilaginosa y pérdida total del pabellón, con grave anomalía estética y funcional. Esta complicación exige administrar antibioticoterapia de amplio espectro acompañada de drenaje de hematoma. La garamicina está indicada como antibiótico de elección.

Los cáusticos, las radiaciones o las explosiones producen quemaduras y son frecuentes en las industrias y en el hogar, desde el eritema simple hasta la destrucción total con necrosis y estenosis cicatrizales del conducto. Se recomienda rigurosa asepsia y antibióticos por vía sistémica. El Bacilo picocianico (*Pseudomonas Aeruginosa*), es el principal agente etiológico de la pericondritis.

Conviene mencionar la eripipela del pabellón, la lepra, la sífilis, la tuberculosis y la lesmaniasis como patologías que se

presentan en el pabellón, lo mismo que el exema. Igualmente se considera el carcinoma escamocelular presentes en pacientes de raza blanca por exposición al sol. (4,5,6)

OTITIS EXTERNA DIFUSA

Es frecuente, especialmente en meses de verano o en temporadas turísticas, por baños en el mar o en piscinas contaminadas, siendo el calor y la humedad los factores predisponentes. Los paciente con cerumen o con dermatitis seborréica son los más susceptibles a la infección. También se presentan después de traumatismos del conducto producidos con ganchos, palillos, alfileres, o aplicadores. Los traumas y el cerumen favorecen la contaminación, que se acentúa al contacto con el agua. Los gérmenes más frecuentes son: La pseudomona aeruginosa, el bacilo coli, el proteus o el Staphilococcus.

La sensación del oído tapado, depresión auditiva de dolor a la tracción del pabellón o presión sobre el tragus son síntomas muy característicos y aumentan si no se instituye el tratamiento de inmediato. Generalmente es unilateral y si se deja evolucionar se puede acompañar de otorrea.

Al inspeccionar, el conducto se observa inflamado y edematoso, en ocasiones completamente obstruidos, y no es posible introducir el otoscopio. El dolor se acentúa con la masticación y la palpación. Todo esto es importante para establecer el diagnóstico diferencial con una mastoiditis o con una otitis media aguda. La estenosis de canal produce hipoacucia. La inspección y palpación se define el diagnóstico.

En la mastoiditis no hay dolor en el pabellón o en el tragus, y es muy exquisito al presionar la mastoides. El estudio radiológico es negativo en la otitis externa.

El prurito ótico sugiere una otomicosis, especialmente en climas tropicales; esta infección se confirma por el aspecto de canal a la otoscopia o con el cultivo de la secreción. La terapia indicada son gotas óticas de ácido salicílico, soluciones yodadas, toques de merthiolate y aplicaciones locales de violeta de genciana (4.6.7)

PERICONDRITIS

Es una infección grave que puede dejar secuelas deformantes sobre el pabellón. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con una otitis externa. Se presenta como secuela de un trauma, hematoma auricular, de una otitis externa o en el postoperatorio de una tímpano plastia o de una otoplastia. Se debe suministrar una antibioticoterapia intensiva, hacer lavado, aplicar gotas óticas especialmente drenar el hematoma por punción o incisión amplia del cartilago. Se colocan drenes y si no hay mejoría, antes de que presente necrosis deformante de pabellón, se realizará tratamiento más radical y específico. Se debe colocar tubos polietileno y practicar irrigaciones diarias de suero fisiológico con isodine o ácido acético. (4.8,9)

FURUNCULOSIS

Las otalgias por furúnculos presentan un cuadro clínico similar al de una otitis externa. La otoscopia permite definir diagnóstico y localizar el furúnculo, generalmente en el tercio externo del conducto, en las glándulas o en los folículos pilosos. La palpación y la presión sobre el tragus son muy dolorosas.

Usualmente la membrana timpánica es normal. Se debe diferenciar el edema del conducto con los osteomas, que si bien tienen el mismo aspecto, no son dolorosos ni rojos. El tratamiento es muy similar al de la otitis externa, y en algunos casos el

quirúrgico está indicado por punción y drenajes. La antibioticoterapia debe estar dirigida contra el Staphilococcus. Los pacientes con otitis externa y forúnculos a repetición pueden ser diabéticos, y si congénitamente el conducto es muy estrecho, se favorece la otitis a repetición. El otólogo debe considerar el tratamiento quirúrgico para ensanchar el canal por meatoplastia, eliminar la piel del conducto y colocar injertos libres. (4,8,9)

OTITIS EXTERNA MALIGNA

Es una seria y grave entidad patológica de alta mortalidad que se presenta especialmente en pacientes diabéticos de edad avanzada. Esta enfermedad se presume cuando la otitis o la forúnculosis no mejora a los tratamientos convencionales. El agente responsable es la pseudomona aeruginosa.

Se ha descrito casos en pacientes jóvenes no diabéticos, el cuadro es similar a la otitis externa, pero se observan cambios de color en la piel, zonas de necrosis y secreciones purulentas y prurito severo que persiste a pesar del tratamiento por semanas o meses.

Se debe administrar inmediatamente antibioticoterapia intensiva específica contra pseudomonas (gentamicina + Carbenicilina, o tobramicina + Tricaricilina), lavar el pabellón con suero o con solución de ácido acético al 2%, limpiar las secreciones y la descamación epitelial, pero si el cuadro persiste se deberá consultar al otólogo quién decidirá el tratamiento quirúrgico, que consiste en eliminar los tejidos necrosados, la plastia del pabellón o la mastoidectomia radical, previamente realizada una cuidadosa evaluación radiológica que incluye tomografía del temporal. (4,5,8)

CERUMEN EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

En causa frecuente de consulta, que el Médico General y el pediatra deben atender sin referir al otólogo, que en muchas comunidades no ésta a disposición del paciente. Es normal encontrar cerumen en el conducto auditivo externo, pues actúa como protector y lubricante de la piel. Normalmente, el cerumen se elimina y migra sin acumularse y sin obstruir el canal; pero hay enfermos que secretan mucha cera, y periódicamente ésta se acumula y obstruye la luz del conducto y produce sordera y otalgia, que se agrava en pacientes que tienen la pésima costumbre de usar ganchos, palillos o aplicadores en el intento de extraerla. (4-6)

CUERPOS EXTRANOS EN EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

Ante un paciente que consulta por sordera súbita, sensación de presión auditiva, prurito y otalgia, se debe pensar en cerumen o en un cuerpo extraño y se puede dar tratamiento sin referir a un centro especializado. La simple inspección, la historia clínica o la otoscopia define el diagnóstico.

Los cuerpos extraños pueden ser inertes o animados; los primeros son muy frecuentes en la industria; cuerpos metálicos, partículas carbón en mineros o fogoneros, granos vegetales en campesinos, fragmentos de lana o de algodón usados como protección contra el ruido o el frijol; también palillos, fósforos, puntas de lápiz, los copitos de algodón tan anunciados en la TV.

En zonas cafetaleras, en épocas de cosechas, es habitual encontrar granos de café en niños y en adultos, lo mismo que semillas de frutas, maíz, etc. Es importante sospechar su presencia en niños, no sólo en el oído, sino en la nariz, que se pueden infectar y producir secreción purulenta. A veces, estos elementos permanecen por años asintomáticos y sólo se descubren en la otoscopia; la infección puede producir una otitis externa con

edema, dolor severo y otorrea, y si obstruyen el conducto sordera, zumbidos y sensación de presión en el oído. (4,5,7)

QUERATOSIS OBTURANTE (COLESTEATOMA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO)

Es una afección rara que se debe diferenciar de la pericondritis y la otitis seborreicas, se caracteriza por la acumulación periódica y repetida de capas de descamación epitelial y escamosa, que llenan la luz del conducto auditivo, formando masas con aspectos de colesteatoma. Los pacientes con este problema acuden periódicamente a la consulta, en donde los lavados los mejoran temporalmente, pero la descamación persiste y es resistente a todo tratamiento local. El tratamiento es similar al del colesteatoma por cirugía y reemplazo de la piel del conducto con injertos libres.

Se debe presumir queratosis obturante en pacientes que no mejoran con los tratamientos convencionales de lavados y de gotas, cuando a la otoscopia se observan masas blancas de aspecto colesteatomatoso que llenan el canal. Es necesario ordenar estudio radiológico para descartar lesiones óseas del conducto o de las mastoides. (4,6)

TUMORES DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

Se confirman por otoscopia, que se debe practicar después de lavar y limpiar el conducto.

Los hemos visto en pacientes que visitan al médico para solicitarle lavados periódicos por acumulación frecuente del cerumen. En estos casos, se trata de conductos estenóticos y estrechos, que muchas veces requieren tratamiento quirúrgico. (4,7,8,9)

OSTEOMA

Es el tumor más frecuente; obstruye el canal y produce sensación de sordera y oído tapado. Es un tumor duro liso, redondo, generalmente localizado en el tercio externo del conducto auditivo óseo y puede llegar a la estenosis total. (4,5,6)

EXOSTOSIS

Son tumores óseos múltiples del tercio interno que a veces hacen contacto con la membrana timpánica. Se les debe diferenciar de un adenoma, de un pólipo o de un carcinoma basocelular. El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Si la biopsia confirma una lesión maligna, la cirugía debe ser radical y amplia; en algunos casos, se considera la radioterapia. No se debe olvidar que pueden existir tumores malignos en el pabellón y en el conducto auditivo externo; entre ellos, los más frecuentes son los carcinomas basocelular y escamocelular.

La biopsia define el diagnóstico, pero se debe sospechar una lesión maligna, cuando los procesos infecciosos aparentes mejoran con los tratamientos convencionales. Estos tumores pueden invadir la mastoidea y el pabellón auricular, y en algunos casos requiere practicar cirugías radicales del hueso temporal, si están asociados a vaciamientos ganglionares del cuello. La radioterapia está indicada en algunos pacientes.

Muchas personas nos consultan por prurito ótico evidente en la otoscopia. Se observa la piel seca y a veces ligera descamación. El tratamiento consiste en lubricar el conducto con ungüentos de aceite, vaselina y vitamina A, y descartar patología sistémica, como diabetes o hipotiroidismo. Es un síntoma frecuente en mayores de 40 años por queratosis y pérdida de secreción glandular de la piel del conducto. (4,5,6,7)

ENFERMEDADES DEL OIDO MEDIO

INFLAMACIONES AGUDAS DEL OIDO MEDIO

La mayoría de las inflamaciones del oído medio ocurren por diseminación de patologías nasales, nasofaríngeas y los senos paranasales a través de la Trompa de Eustaquio. Los gérmenes (estreptococos, estafilococos, bacilos piocianicos o colibacilos) pasan de la nariz hacia la trompa y de ésta hacia la mucosa que tapiza la cavidad timpánica. A esto se añaden los traumatismos del pabellón descritos y que por vecindad pueden pasar a afectar la membrana timpánica o el oído medio. La más frecuente de estas entidades es la otitis media aguda serosa, mucosa o purulenta. (4,5,6)

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

Se define como la inflamación aguda serosa, catarral o purulenta de la mucosa del oído medio. En los niños se pueden presentar hasta tres episodios en un año, sin que existan causas que se puedan identificar. La inflamación se presenta generalmente acompañada de un estado gripal con tos, obstrucción nasal y fiebre. Usualmente es de origen microbiano o viral, pero se puede producir por causas físicas, alérgicas, inmunológicas o mecánicas. Es más frecuente en niños, pero pueden afectar a individuos de cualquier edad y en perfecto estado de salud. Su evolución varía desde la curación espontánea hasta las secuelas severas con otorreas crónicas persistentes o hasta la muerte debido a una meningitis o a un absceso cerebral. Si la inflamación mucosa se extiende, puede llegar a la osteitis, a la mastoiditis o al colesteatoma, y desencadenar una otitis crónica supurada.

CUADRO CLINICO. Es causa común de sordera infantil. Los síntomas varían; esto depende del grado de inflamación y de la virulencia del germen. El más clásico y frecuente es el dolor de oídos que puede llegar a ser muy severo.

En otro caso es leve, y el paciente consulta más por sensación de hipoacusia y de llenura en el oído que por otalgia. El niño tiene la costumbre de tocarse el oído enfermo y se muestra irritable o sin apetito. En los adultos la temperatura está menos elevada y a veces no hay fiebre. La otitis puede aparecer como una complicación de un estado infeccioso, sin secreción o puede prestar otorrea. Esta secreción varía y puede ser serosa, mucosa o purulenta acompañada o no de perforación timpánica o de algún simple derrame de líquido en el oído medio. Algunas veces el paciente dice que al reventarse el oído se calmó el dolor. (4,7,9)

EXAMEN OTOLOGICO. Después del interrogatorio y del examen clínico general se practica una cuidadosa rinoscopia y faringoscopia para descartar infecciones de la nariz, los senos y la faringe. Luego se procede a la otoscopia previa palpación e inspección de las mastoides, el pabellón y el tragus. La piel puede parecer eritematosa, descamativa o con presencia de vesículas (herpes zoster). La manipulación del pabellón auricular y la presión sobre el tragus puede aumentar el dolor, pero esto no es lo frecuente. (4,5,6)

OTOSCOPIA. Para la otoscopia se usa el otoscopio eléctrico con buena iluminación o con un espejo corriente con luz frontal. El médico general y el pediatra debe tener en su consulta un estuche completo para examen de oído, nariz y garganta, laringe, y en todo examen clínico se debe incluir de rutina la exploración de estos órganos.

La madre debe sujetar al niño si no colabora, para luego practicar una cuidadosa limpieza del canal pues el cerumen impide

igualizar la membrana. La otoscopia debe ser cuidadosa y se debe ovilizar el otoscopio en distintas posiciones para identificar todas las estructuras anatómicas de la membrana. El cuadro clínico varía desde la simple congestión, hasta un tímpano rojo, abombado yulsátil. El oído medio presenta secreción serosa o purulenta y a veces burbujas de aire.

Al encontrar la perforación timpánica, es importante saber si es del cuadrante anterior o posterior. La otoscopia confirma el diagnóstico, y debe ser bilateral o comparativo entre los dos oídos. En las otitis virales si hay vesículas en el tímpano, se debe identificar. La secreción puede ser clara, serosa o mucosa y purulenta.

La otitis es más frecuente en niños por que tienen la trompa de Eustaquio más corta y horizontal y se pueden presentar en un recién nacido por vómito o por alimentación con biberón. Es menos frecuente en niños alimentados con leche materna, como se comprobó en el estudio epidemiológico efectuado por los especialistas de nuestro servicio, en donde se pudo demostrar la baja incidencia de otitis en las comunidades indígenas (menos del 1%); posiblemente esto se debe a que estos niños son alimentados con leche materna durante los dos primeros años de la vida. En los niños de las comunidades urbanas la incidencia de la otitis llegó a 20% (4,6).

COMPLICACIONES DE LA OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

La estrecha relación entre el oído medio y las estructuras endocraneanas facilita la diseminación bacterias, por comunicación directa o con mayor frecuencia por vía vascular. Los pacientes con fracturas del hueso temporal bien recientes o antiguas representan un grupo de riesgo para la propagación fácil de los microorganismos infecciosos. La presencia de enfermedades sistémicas, los tratamientos inadecuados y la virulencia de los microorganismos

implicados, son factores que influyen directamente en el desarrollo de complicaciones postotíticas.

Las complicaciones pueden ser otológicas o intracraneales. El manejo de estos pacientes es siempre especializada y requiere de trabajo de equipo entre el neurólogo y el otólogo. inician antibioticoterapia endovenosa que cubra los gérmenes implicados.

COMPLICACIONES OTOLOGICAS

1. Petrositis
2. Parálisis facial
3. Laberintitis
4. Sordera
5. Vértigo

COMPLICACIONES INTRACRANEALES

1. Abscesos
 - a) Extradural
 - b) Cerebral
2. Meningitis
3. Trombosis del seno

MASTOIDITIS AGUDA

Anatomopatológicamente, la mastoidea y sus estructuras celulares es el órgano más afectado por la inflamación postótica, que el ático y el antro comunican la cavidad mastoidea con el oído medio. Los síntomas de la mastoiditis aguda se manifiestan por dolor retrosuricular, que se confirma a la palpación y se acompaña de otorrea y fiebre. A la otoscopia hay secreción purulenta pulsátil y la membrana roja, opaca y edematosa. Por lo general la perforación es posterosuperior y la presión sobre la mastoidea acentúa el dolor; se puede presentar edema y rubor de la piel retroauricular por osteitis. En algunos casos puede haber abscesos mastoideos; el estudio radiológico confirma el diagnóstico y muestra opacidad de las celdillas mastoideas y a veces descalcificación de zonas necrotizadas.

Antes de que ocurra una complicación endocraneana se debe iniciar una terapia de antibioticos, con penicilina cristalina, por vía endovenosa, acompañada de una amplia paracentesis timpánica. Se recomienda hospitalizar a estos pacientes y prepararlos para tratamiento quirúrgico, que se puede limitar a una simple mastoidectomía y drenaje retroauricular o a una mastoidectomía radical para eliminar toda la patología y prevenir una complicación endocraneana. (4,5,6,7)

TUBOTIMPANITIS AGUDA CATARRAL

La tubotimpanitis aguda catarral presenta un cuadro similar al de la otitis media aguda; consiste en la inflamación aguda del trayecto endotemporal de la trompa de Eustaquí; puede ocurrir sin infección o patología del oído medio, y la otoscopia puede ser normal con sensación de presión auditiva, hipoacusia o sensación de llenura del oído.

El tratamiento se dirige a restablecer la permeabilidad tubárica con gotas nasales y antihistamínicos. Generalmente es consecutiva a estados gripales. Las insuflaciones de la trompa de Eustaquio o las maniobras de Politzar y Valsalva mejoran el cuadro clínico, y si hay infección ótica los antibióticos tienen indicación. Es frecuente encontrar en estos pacientes patología nasal que produce mala ventilación, como desviaciones del tabique o hipertrofia obstructiva de los cornetes o de la adenoides. (4,6,8)

BAROTRAUMA (AEROTITIS AGUDA)

En nuestro país de montañas, un alto porcentaje de pacientes consulta por otalgias o por hipoacusia después de viajar por vía aérea o terrestre. Estos cambios bruscos de presión conducen a una entidad frecuente que es la aerotitis aguda o barotrauma. Se presenta especialmente en pacientes que viajan en estado gripal o con mala ventilación nasal, por desviaciones del tabique o por

hacia el diagnóstico. El tratamiento está dirigido primariamente hacia el manejo de los factores predisponentes. Aunque es causa de controversia, los antihistamínicos están indicados por períodos cortos no mayores de cuatro semanas. Las maniobras de insuflación de la trompa, el suelo fisiológico nasal y en general la humidificación son de mucha ayuda. La persistencia de efusiones en el oído medio por más de ocho semanas requiere de un tratamiento quirúrgico colocando en la membrana timpánica tubos equalizadores de presión (diabólicos). En estos casos es muy importante evitar la entrada de agua al conducto, utilizando protectores con el conducto auditivo externo. Una vez restablecida la permeabilidad tubárica al eliminar los factores predisponentes, es el otólogo quien decidirá el momento oportuno para retirar los diabólicos. Esto se realiza ambulatoriamente y, muchas veces con anestesia local, en consultorio. (4,7,8)

OTITIS MEDIA CRONICA (OMC)

Cuando ocurren cambios irreversibles en la mucosa del oído medio el proceso se denomina OMC. Esta inflamación puede estar asociada a un colesteatoma, implicando una entidad agresiva o puede tomar un curso crónico benigno. El colesteatoma compuesto de queratina se sobreinfecta y progresivamente invade el oído medio destruyendo la cadena osicular, provocando fistulas perlingüicas y complicaciones endocraneanas. Aunque se desconoce la fisiopatología del proceso, su presencia anómala en el oído medio se puede deber a una metaplasia del epitelio, secundario a la infección crónica, o a una migración epitelial a través de perforaciones timpánicas. El tratamiento del colesteatoma es quirúrgico.

OTOSCLEROSIS

Aunque su incidencia es baja en nuestro medio, se deberá tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las hipoacusias conductivas. Es una enfermedad primaria del laberinto óseo (cápsula)

ótica), de etiología desconocida, en el cual existen uno o más focos de reabsorción y redeposición ósea. Es más frecuente en las mujeres y algunos pacientes que tienen antecedentes heredofamiliares de la enfermedad, caracterizada por hipoacusia conductiva uni o bilateral, progresiva, que aparece usualmente en pacientes jóvenes (20 a 30 años).

El foco otosclerótico se localiza con mayor frecuencia en la región anterior de la ventana oval (fissula ante fenestram), produciendo una fijación de la platina del estribo y, por consiguiente, fijación de la cadena osicular. Como mencionábamos por la multifocalidad de la enfermedad en el laberinto óseo se podrá comprometer en algunos pacientes la cóclea, y encontrarse hipoacusias mixtas o neurosensoriales. Aunque la etiología de este proceso se desconoce se postula que los focos inmaduros otoscleróticos producen enzimas que lesionan el órgano de Corti. La otoscopia es normal, aunque excepcionalmente se pueden observar, a través de la membrana timpánica transparente, una mancha rosada - rojiza en el promontorio, conocida como el signo de SCHWARTZE. Los diapasones clásicamente muestran una hipoacusia conductiva, los estudios complementarios como la audiometría y la impedanciometría, precisan el diagnóstico, así como el porcentaje de pérdida auditiva y el componente neurosensorial que puede existir.

El tratamiento es quirúrgico en los casos de hipoacusias conductivas, reemplazándose el estribo por una prótesis (estapedectomía) existen varios materiales y modelos en el comercio pero se prefiere prótesis de acero inoxidable. (4,8,9).

TRAUMA OTOLOGICO

Las fracturas longitudinales del hueso temporal y el trauma directo sobre el conducto auditivo pueden producir lesiones de la cadena osicular y, secundariamente hipoacusias conductivas, la separación de la articulación incudostapedial o la separación

completa del yunque se observan con mayor frecuencia, también se presentan fracturas del estribo. El homotimpano postraumático es siempre de manejo conservador. El tratamiento de estas lesiones es quirúrgico, mediante técnicas microquirúrgicas, bien sea utilizando el yunque e interponiéndolo o usando prótesis de reemplazo total o parcial de la cadena osicular (Torp-Torp). (4,5,6).

TUMORES DEL OIDO MEDIO

Algunos tumores malignos, como el carcinoma escamocelular o basocelular, pueden comprometer el oído medio, primariamente o por invasión de las estructuras adyacentes. La otalgia y la supuración persistente son síntomas que sugieren el diagnóstico.

Entre las lesiones benignas están los pólipos, secundarios a procesos infecciosos crónicos, y se observan protruyendo generalmente a través de la perforación timpánica, asociados a supuración.

También existen quemodectomas, originados en la célula paraganglionales del plexo timpánico; en este caso se dice que hay al glomus timpánico. Cuando estos tumores benignos se originan en el bulbo de la yugular se habla de glomus yugular. Estas masas producen hipoacusia y característicamente, un acufeno pulsátil. A la otoscopia se observa un apilotamiento azulado a través de la membrana timpánica.

En su diagnóstico ayudan los exámenes paraclínicos, como la impedanciometría en donde se observa una curva timpanométrica característica y los estudios radiológicos angiográficos y la escanografía. El tratamiento quirúrgico es altamente especializado. (4,5,6)

INFLAMACIONES CRONICAS DEL OIDO MEDIO

OTITIS CRONICA SUPURADA

Las infecciones repetidas del oído medio y de las celdillas mastoideas conducen al cuadro clínico denominado otomastoiditis crónica y se comporta de manera muy diferente en cada paciente. Hemos visto casos con otorreas crónicas por más de 20 años que han evolucionado sin ninguna complicación, pero tenemos pacientes otorreicos que han muerto de una complicación endocraneana postótica. En algunos casos la infección crónica es necrosante y destructiva y en otros puede curar espontáneamente.

Se debe considerar factores anatómicos, nutricionales, raciales o inmunológicos, porque tienen relación con la evolución del proceso inflamatorio o infeccioso. Por regla general una otitis media aguda debe curar con el tratamiento adecuado en cuatro semanas. Las otorreas persistentes lesionan generalmente las estructuras del oído medio, dejando secuelas con hipoacusias. El otólogo define el tratamiento quirúrgico antes de que aparezcan complicaciones, como parálisis facial o vértigo con sorderas neurosensoriales irreversibles.

Algunos casos requieren cirugía, pues consideramos que la otitis crónica supurada de más de 2 meses de evolución y que a la otoscopia se identifica una amplia perforación timpánica y a los diapasones se confirma sordera, es de dominio del otocirujano.

En la otorrea activa con secreción purulenta y de mal olor, se debe pensar en el colesteatoma cuyo tratamiento es inminentemente quirúrgico por mastoidectomía o timpanoplastia, pero el médico general o el pediatra pueden ordenar un estudio radiológico de las mastoides que confirme la lesión ósea o el colesteatoma, referir y orientar a estos pacientes para tratamiento quirúrgico sin pérdida.

tiempo en terapias médicas conservadoras. Si existe un absceso mastoideo subperiostico, la intervención es urgente.

Los microorganismos más comunmente cultivados en las otorreas crónicas son *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus proteus*, *Staphilococcus Aureus* y *Ec*, y se pueden presentar por contaminación de hongos en las zonas tropicales. Es frecuente encontrar anaerobios.

Son múltiples los factores que perpetúan un proceso crónico de oído medio. Los gérmenes penetran generalmente a través de la trompa de Eustaquio, ante un cuadro de otitis crónica se debe siempre pensar en restablecer la permeabilidad tubárica y eliminar toda la patología nasosinusal y faríngea. Cuando sea controlada la infección con un tratamiento adecuado, la mucosa del oído medio puede regresar a la normalidad, pero persiste la perforación timpánica que favorece la recurrencia del proceso, y la otorrea es el síntoma más frecuente.

La madre informa que el niño le supura el oído y mancha almohada durante la noche con secreción que puede ser mucosa inodora o purulenta y fétida si hay *pseudomonas*. Esta secreción aumenta en los estados gripales, en infecciones de las vías respiratorias o después de algún baño con inmersión.

La otitis puede ser de tipo benigno con secreción mucosa y perforación central y sin lesión de estructuras óseas de los mastoides, pero puede evolucionar a la otitis severa, peligrosa y necrosante con invasión de los mastoides, caracterizada por secreción purulenta a veces fétida, asociada a perforación de la parte flácida de la membrana y lesión de los mastoides, que se confirma por estudio radiológico, y puede evolucionar al colesteatoma por crecimiento del epitelio escamoso hacia las estructuras óseas con zonas de necrosis.

demostradas fácilmente por radiografía en proyección de Towne o Stenvers.

La otorrea puede ser permanente o intermitente y el oído puede permanecer seco por años, pero potencialmente expuesto a que supure si hay perforación. La otorrea va acompañada de hipoacusia que varía entre 20 y 60 dB, esto se confirma por audiometría. La sordera es de tipo conductivo, pero la infección puede lesionar el órgano de Corti y los canales

semicirculares, produciendo estados de vértigos e hipoacusia neurosensorial o mixta.

El tratamiento que se recomienda es preventivo y conservador y al alcance del médico general. Los lavados se pueden practicar suavemente con una pera de caucho o con suero fisiológico, previa aplicación de gotas en el oído. Se pueden hacer diariamente, secando luego el oído con un copo de algodón. Se deben usar con cautela las gotas óticas, por que si la perforación es grande y causan dolor se deben suspender. Deben ser de antibióticos y de corticoides. El paciente se las instila tres a cuatro veces al día durante 10 días. Si el médico cuenta con estas facilidades, el tratamiento más efectivo es limpiar diariamente las secreciones con cánulas de succión, en la consulta, y aplicar polvos antibióticos con ácido bórico sulfas y clorafenicol en partes iguales.

Los pacientes con otorreas crónicas y perforación del tímpano se deben proteger el oído durante los baños en regadera o en piscinas para evitar que penetre el agua; para esto deben usar algodón con vaselina o tapones de caucho. Si la otorrea persiste a pesar de los tratamientos locales de consulta se debe considerar la cirugía reconstructiva para eliminar la infección mastoidea y reconstruir por tímpanoplastia el tímpano y la cadena osicular.

En otorreas crónicas persistentes se recomienda tomar muestras para estudio bacteriológico de la secreción y es importante en una lesión tuberculosa. Se debe mejorar el estado general y nutricional de estos pacientes y practicar una química sanguínea para descartar enfermedades sistémicas.

La otorrea crónica característica de la OMC no es dolorosa. El dolor intenso puede indicar agudización del proceso crónico y alertar al médico para pensar en complicaciones otológicas, como laberintitis purulenta o endocraneana. Estos pacientes requieren hospitalización y antibioticoterapia sistémica a las dosis adecuadas (penicilina cristalina, cloranfenicol). Una vez resuelto el proceso agudo se considera el tratamiento quirúrgico. (4,7,8)

ENFERMEDADES DEL OIDO INTERNO

Los accidentes de trabajo, el ruido por tecnología obsoleta de la maquinaria industrial, el consumo de alcohol, el café, el cigarrillo, las enfermedades degenerativas, la diabetes y la hipertensión, la sífilis, la tuberculosis, la lepra, el paludismo, la automedicación, etc., lesionan las finas estructuras del oído interno y del aparato vestibular, produciendo sordera, vértigo, torrea, y acufenos.

Las enfermedades inmuno prevenibles (sarampión, polio, paperas, tuseola, escarlatina), aún no han desaparecido en América Latina, y miles de niños están sin vacunar. Estas virosis afectan gravemente a la madre y al niño y les dejan secuelas irreversibles en el oído interno y sorderas que llegan a la anacusia y a la sordomudez.

En resumen, las delicadas estructuras del órgano de Corti son víctimas de las enfermedades de la civilización, del subdesarrollo. A ellas estamos expuestos los 500 millones de latinoamericanos y los 30 millones de colombianos, dejando como secuelas permanentes a los sordos que necesitan rehabilitación, la mayoría (70%) quedan con lesiones neurosensoriales, y sólo el uso de costosos audífonos les permiten incorporarse a la sociedad de oyentes. La medicina preventiva puede evitar estas secuelas.

Lo expuesto da una idea de la alta incidencia de estas patologías. Algunas, a pesar de estar protegidas por el macizo óseo del hueso temporal, se ven permanentemente atacados por procesos infecciosos o virales degenerativos o traumáticos que deben ser evitados mediante cuidadosa historia, cuando el paciente consulta por pérdida auditiva o por síntomas relacionados con el aparato vestibular.

La sordera es un síntoma y no una enfermedad. No es una invalidez aparentemente, y por esto el sordo pasa desapercibido a la sociedad. Puede ser leve, mediana o profunda y llegar a una pérdida total de la audición, que se denomina anacusia o cofosis o severos trastornos en el desarrollo del lenguaje.

Las enfermedades del oído interno se diagnostican con historia clínica, con los diapasones y con la audimetría. La otoscopia generalmente es normal cuando no están asociados a una sordera del oído medio. Gracias a los progresos de la audiológica a los experimentos en animales, el funcionamiento del oído se conoce con exactitud, y se sabe donde se localizan las lesiones histológicas producidas en la cóclea por las causas que hemos enumerado; lamentablemente estas lesiones son irreversibles y aún existen drogas o tratamientos que puedan recuperar las estructuras nerviosas lastimadas. De ahí la importancia del tratamiento preventivo.

Es necesario evitar durante el parto, mediante medidas preventivas y adecuada atención médica, el trauma obstétrico causa de la sordera neonatal, ya que compromete la vida del órgano auditivo. Las virosis de la madre y del niño se pueden prevenir muchas con la vacunación contra las causas de sorderas congénitas (viruela, rubéola, sarampión, tos ferina, y paperas); las causas tóxicas en su mayoría, se puede evitar, lo mismo se puede decir de cigarrillo en la mujer embarazada, la sífilis, la tuberculosis, el diabétes, o la toxicidad medicamentosa.

Las sorderas por otitis o laberintitis se pueden tratar antes de que afecten el oído interno. El trauma del hueso temporal, fracturas, golpes, también se pueden prevenir y evitar.

Creemos en resumen, que las sorderas del oído interno se debe diagnosticar en su etapa encipiente y proceder de inmediato a un tratamiento preventivo y específico una vez identificada la causa.

Si la sordera interfiere con el lenguaje y produce alguna incapacidad social, se debe considerar, previo estudio lógico, la adaptación de un audifono y la rehabilitación del lenguaje por labiolectura bajo la dirección de una fonocaudióloga.

El otólogo puede operar algunos casos, eliminando la lesión tumoral si existe en el oído interno, o colocando un implante coclear si hay sorderas profundas, pero estos implantes tienen hoy indicaciones muy limitadas y su alto costo impiden su aplicación en nuestro medio.

La sordera del anciano es frecuente después de los 65 años, y no existe tratamiento médico específico. El audifono tiene en estos pacientes una indicación muy definida.

Es muy importante valorar la historia familiar de la sordera, el carácter de la herencia puede ser dominante, recesiva o asociado a otras anomalías, como retinitis pigmentosa, enfermedad renal, diabetes o deficiencia tiroidea. La esclerosis múltiple, la patología desmielinizante y la otosclerosis coclear son causa de sordera neurosensoriales, que se deben investigar; lo mismo se debe hacer con la patología tumoral del ángulo pontocerebeloso. (4,6,7,8)

ACUFENOS O ZUMBIDOS DE OIDO.

Los zumbidos de oído son uno de los síntomas más molestos e incapacitantes, y se pueden presentar en pacientes con audición normal y sin causa que los pueda producir. Su presencia se acentúa con la edad y generalmente es el síntoma con el que se inicia la presbiacucia o sordera de la vejez. Su tratamiento sigue siendo empírico y hasta la fecha no existe la droga específica que pueda curar a estos pacientes.

Muchas enfermedades del SNC pueden causar acúfenos. Una lesión del ángulo pontocerebeloso que afecte el VIII par produce acúfenos de tonos agudos, lo mismo la patología en áreas corticales y subcorticales. La arteriosclerosis cerebral es causa común de acúfenos; de ahí la importancia de un estudio neurológico completo y de la química sanguínea.

Los pacientes con acúfenos pulsátiles deben ser sometidos a una valoración otoneurológica muy completa, incluyendo arteriografía y TAC para descartar patología arterial o tumoral. Enumeramos algunas entidades que se pueden manifestar con acúfenos pulsátiles.

Malformaciones arteriovenosas, enfermedad de PAGET, anomalías congénitas arteriovenosas, malformaciones de la carótida, vertebral o meninges. malformación del seno petroso superior, angiomas cerebrales, fistula del seno cavernoso.

En la patología no arterial se deben tener en cuenta las siguientes entidades: Aumento de la presión intracranéana. Patología de la columna cervical, glomus, angiomas o meningiomas. (4,5,6,7)

TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ACUFENOS

Son enfermos difíciles, angustiados y desconfiados de todo tratamiento, por que los que han ensayado; se les debe dedicar mucho tiempo para elaborar la historia clínica, y en un 80% de los casos hemos encontrado la causa que al ser eliminada les permite mejorar. En nuestra experiencia, la patología otológica es la más importante, sobre todo la del mecanismo de conducción, cerumen, osteatomas, otitis seromucosa y enfermedades de la trompa de Eustaquio; y en el oído interno presbiacusis, lo mismo que toxicosis medicamentosas, café, y cigarrillos.

En los casos especiales, pueden tener indicación una dieta para bajar de peso, ejercicios físicos, marchas, natación, tenis, golf, dietas bajas en colesterol, fluoruro de sodio y sulfato de cinc.

Con estos pacientes se debe ser siempre muy claros y honestos, hay que informarles que no existe tratamiento curativo y que se deben adaptar a vivir con el zumbido, así como el obrero se acostumbra a dormir al lado de una máquina o motor de compresión, los vigilantes de plantas ruidosas concilian el sueño al lado de la máquina. En la misma forma se pueden acostumbrar a dormir con el escúfeno. Se les debe decir que ésta no es una enfermedad grave o mortal, para tranquilizarlos. Se obtiene buenos resultados recomendándoles oír televisión o radio con un auricular en el oído enfermo. Esto les enmascara el ruido y en muchos casos lo hace desaparecer.

En pacientes sordos puede ser recomendable usar una prótesis auditiva. La estabilidad emocional, evitar estados tensionales, la relajación y los ejercicios físicos son la base del tratamiento. En casos graves hemos apelado al tratamiento psiquiátrico; los sedantes y tranquilizantes también tienen indicación. (4,7,8)

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL OIDO INTERNO

La prevención es lo más importante, si un paciente es sordo por ruido o por drogas ototóxicas, deberá evitar estas causas.

Todos los niños deben ser vacunados contra las enfermedades inmunoprevenibles y estar bien nutridos. Las aguas no deben estar contaminadas, la otitis se debe tratar para evitar secuelas irreversibles, los procesos tumorales se pueden operar, las madres embarazadas deben evitar enfermedades que pueden evitar lesiones de el órgano de CORTI del feto.

El neonatólogo, el ginecoobstetra y el pediatra, a quienes le corresponde detectar la sordera en el recién nacido. Nuestra experiencia es desalentadora, usualmente ha sido la madre qui sospecha sordera en el niño a los 3 a 5 años de edad, y ha sido maestra de la escuela quien se da cuenta que el niño no atiende a clase o tiene trastornos del lenguaje.

El pediatra o el obstetra pueden diagnosticar la sordera en el recién nacido con simples juguetes que emitan ruidos (reflejo MORO), reflejos palpebrales, llanto, sueño, etc. La madre que investiga si durante el sueño se despierta con el ruido y si desarrolla un lenguaje normal, debe sospechar sordera y consultar otólogo, quien hoy cuenta con potenciales evocados, impedanciometría, reflejos estapediales, que pueden detectar sordera del recién nacido.

En el adulto el interrogatorio confirma la sordera. Se pregunta si oye el teléfono, la televisión, si pierde conversación si tiene síntomas auditivos; los diapasones y las pruebas de reloj con voz baja y cuchicheada serán suficientes para establecer diagnóstico y el grado de hipoacusia. Nuestros pediatras pueden disponer actualmente del audiómetro y del impedanciómetro instrumentos muy valiosos de diagnósticos. El tratamiento lo define el otólogo y será médico, quirúrgico o de rehabilitación con el uso de una prótesis auditiva. (4,6,8,9)

SORDERA SÚBITA.

La sordera súbita es una emergencia médica; generalmente unilateral y se puede presentar en pacientes jóvenes que gozan perfecta salud; produce pérdida grave y profunda de la audición ocurre sin causa aparente, sin antecedentes de patología ótica.

El paciente dice que amaneció sordo, que sintió súbitamente oído tapado, acompañado de zumbido y sin otalgias. Es indispensable

Investigar todas las causas por medio de un interrogatorio detallado y descartar patologías virales; herpes, paperas, encefalitis, sífilis, otitis. Determinar si hubo algún antecedente traumático o cambios bruscos de altitud (vuelos, ruidos, explosiones), la historia vascular es importante (embolismos, coagulopatías, accidentes cerebrovasculares, discracias sanguíneas). Hemos tenido casos de sordera súbita en mujeres que toman anticonceptivos. En mujeres jóvenes se deberán descartar procesos autoinmunes, la sordera es el síntoma primordial que en la mayoría de los casos se acompaña de acúfenos y estado vertiginoso. Ante cuadro clínico se procede a un estudio otoneurológico completo, incluyendo electronistagmografía y en algunos casos, escanografía, para descartar un neurinoma del acústico. En las historias clínicas se han hecho diagnósticos de neurinomas acústicos cuya sintomatología inicial fue una sordera súbita. En estos casos se recomienda examen completo de laboratorio que incluye el recuento globular, sedimentación, examen de orina, colesterol y triglicéridos, T3, T4, curva de glicemia y un estudio alérgico e inmunológico. (4,5,6,7)

TRATAMIENTO

En la gran mayoría de pacientes no es posible establecer la etiología. Aunque cerca del 60% se recuperan espontáneamente, el tratamiento inicial de urgencia se realiza con corticoides (prednisona), dosis iniciales de 50 a 60 mg. que luego se disminuyen en un período de 15 a 20 días. Si bien el manejo con histemina endovenosa es controvertido, está indicado en casos seleccionados. Señales de mal pronóstico: Presencia de vértigo, velocidad de sedimentación globular aumentada e hipoacusias severas que comprometen las frecuencias altas. Es importante recomendarle al paciente suspender el café, el cigarrillo y mantener reposo.

Como cualquier entidad en la que se desconoce la fisiopatogenia, existen múltiples tratamientos poco efectivos,

procaina endovenosa, bloqueos del ganglio estrellado, inhalación, de dióxido de carbono, etc.

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando se encuentra o se comprueba un neurinoma, del acústico y en las fistulas perilinfáticas. La ruptura de la membrana de la ventana redonda puede producir sordera súbita. Esta lesión se sospecha en pacientes que han estado sometidos a cambios bruscos de presión atmosférica o trauma. En estos casos, el otólogo debe practicar timpanotomía, localizar la fistula y colocar sobre ella un gelfoma y un injerto de pericondrio o aponeurosis. (4,5,6,7)

ENFERMEDAD DE MENIERE

Denominada también hidropesía laberintica, fue descrita por Prospero Meniere (1861), y presenta un cuadro clínico caracterizado por acúfenos, hipacusis fluctuante y crisis vertiginosas acompañada de náuseas y vómito.

Las crisis de vértigo, de tipo rotatorio, se acentúan con cambios de posición que entre las crisis dejan sensaciones de mareos e inestabilidad. El ataque es súbito y brusco y puede persistir varias horas.

La sordera es perceptiva y más acentuada en las frecuencias graves; generalmente es unilateral y fluctuante, y si no se instituye tratamiento se hace progresiva y llega a la sordera profunda con pérdida de discriminación del lenguaje. La audiometría y las pruebas de reclutamiento definen el diagnóstico. En estos casos es necesario realizar un estudio vestibular completo que comprenda pruebas de marcha, nistagmos posicional y espontáneo, pruebas calóricas y fotoelectronistagnográficas. El acúfeno es usualmente fluctuante, entemitente, de tonalidad grave y se acentúa la crisis de vértigo.

HALLPIKE (1938), describe las lesiones anatomopatológicas inducidas por la hipertensión laberíntica, demostrada anteriormente por otros autores en estudios post mortem, donde se encontraron distinción del sistema endolinfático y degeneración de las estructuras neurales cocleobestibulares.

La etiología del Meniere no se ha definido aún y continúa siendo motivo de estudio y de especulación.

Podemos decir que no se conoce la causa, se atribuye a un número de factores etiológicos; alérgicos, vasculares, tóxicos, funcionales, sistémicos, endocrinos y todos los que pueden alterar el sistema endolinfático y producir la hipertensión. (4,5,6,7)

OTOTOXICIDAD

Se ha considerado de especial interés enumerar los agentes químicos y los medicamentos que pueden producir lesiones cocleares y vestibulares y que deben ser muy bien conocidos por los médicos. Los pacientes con problemas vasculares o renales son los más susceptibles a la ototoxicidad, lo mismo los sometidos a terapéutica oncológica con radiación, perfusiones corpóreas y agentes quimioterápicos, y que presentan hipoacusias neurosensoriales por lesiones cocleares progresivas, con pérdida de las células ciliadas de las espiras basales de la cóclea. El acúfeno es el síntoma de alarma, y se recomienda vigilancia otológica periódica con estudios audiométricos, para detectar lesiones tempranas. El monitoreo otológico frecuente está indicado en pacientes sometidos a estos tratamientos, lo mismo en los que por indicaciones muy definidas reciben antibióticos de aminoglucósidos o las drogas ototóxicas mencionadas.

QUÍMICOS: Monóxido de carbono, fungicidas, herbicidas, nicotina, arsénico, anilinas, alcohol, plomo.

2. ANTIBIOTICOS:

Aminoglucósidos.

Estreptomina, Gentamicina, Neomicina, Kanamic
Tobramicina, Amikacina, Sisomicina.

OTROS:

Vacomicina, Eritromicina, Cloranfenicol, Ampicil

3. DIURETICOS: Furosemide, Acido etacrinico, Manitol,
Acetazolamide.

4. ANTINEOPLASICOS: Bleomicina, Cisplatino, Mostaza
nitrogenada.

5. ANALGESICOS: Salicilatos, Acido mefenámico.

6. MISCELANEOS: Cloroquina, pentobarbital, quinina,
mandalamine.

MONOGRAFIA DE SAN VICENTE CABAÑAS

1. HISTORIA

La población de la aldea de San Vicente Cabañas, fue organizada durante los años de 1850 a 1880, siendo sus primeros pobladores originarios de la región, principalmente de los municipios de Cabañas y Estanzuela; y de los departamentos de Chiquimula, el progreso Guastatoya, y Zacapa.

Según narración de los pobladores que el General Justo Rufino Barrios visitó el lugar de asentamiento en el año de 1884, siendo en ese entonces presidente de la república, en dicha visita dejó instituida la escuela de educación primaria, en la cual presto sus servicios de enseñanza hasta la administración del General Jorge Ubico en el año de 1930, y no fue sino, hasta el año de 1936 en el que se inician las labores escolares gracias a la iniciativa de dos maestros particulares iniciando sus actividades con un total de 50 alumnos.

En el año de 1954, fue instituido el servicio de telégrafos; contando además con el servicio de agua entubada, inaugurado en el año de 1967, en 1970, fue inaugurado el servicio de energía eléctrica; 1978 el servicio de drenajes y alcantarillados, con el patrocinio de (AID) la comunidad construyó el puesto de salud en un predio municipal; siendo inaugurado el 14 de junio de 1978, iniciando sus labores de servicio a la comunidad el 27 de junio del mismo año, contando con un enfermero auxiliar como primer recurso. 1979 se incorpora un médico EPS por parte de USAC, y en el año de 1981 se incorpora un técnico en salud rural. (1,2)

2. CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS

Esta aldea se encuentra localizada en el departamento de Zacapa, en el municipio de Cabañas, en la región nor-oriental aproximadamente a una distancia de 153 kilómetros de la ciudad capital; específicamente la aldea fue ubicada en la ladera del Cerro Piedra de Cal, así denominado, hacia su lado sur, el terreno es plano en mínima parte puesto que la mayoría es sumamente accidentado; en la parte oriente de la aldea corre el río de San Vicente, con dirección de sur a norte, desembocando en el río Motagua. Se encuentra a 300 mts., sobre el nivel del mar; a una latitud de 14 grados 53 minutos 42 segundos. Su clima es bastante cálido la mayor parte del año. (1,2)

3. POBLACION:

Cuenta actualmente con 4004 habitantes, por lo que justificamos la elaboración del presente estudio entre mujeres, hombres y niños, la mayoría de sus pobladores son de raza ladina. (1,2)

4. AGRICULTURA:

La mayoría de la población dedican a la agricultura y al comercio en general; siendo el tabaco, melón, limón, plátano, tomate, chile pimiento, maíz, frijól, son de las cosechas mas importantes para la aldea y además para su subsistencia, así como también de la crianza de ganado. (1,2)

5. SERVICIOS:

Cuenta con los servicios de luz eléctrica, agua potable, drenajes. Cuenta con iglesia católica, como evangélica. También cuenta con un puesto de salud el cual es atendido por un Médico EPS, enfermero auxiliar, y un técnico en salud rural. (1,2)

AUTORIDADES:

Dentro de las autoridades tenemos, alcalde auxiliar, misionado militar, comité pro-mejoramiento de la Iglesia Católica, comité pro-mejoramiento de la aldea, comité de contingencia del área. (1,2)

VI.- METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio es descriptivo retrospectivo no experimental que describe la prevalencia de enfermedades del oído que decidieron los pobladores que acudieron a consultar al puesto de salud de la aldea de San Vicente, Cabañas, durante los años de 1990 - 1994.

SELECCION DE LA MUESTRA:

Se incluirá el 100% de los pacientes que acudieron a la consulta general del puesto de salud de la aldea de San Vicente Cabañas, en los años de 1990 a 1994.

TAMANO DE LA MUESTRA:

Se tomará el 100% de pacientes con enfermedad de el oído que consultaron al puesto de salud de San Vicente, Cabañas, Zacapa. En los años de 1990 - 1994.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluirán a todos los pacientes que consultaron al puesto de salud por enfermedad del oído y que pertenecen a la jurisdicción de la aldea de San Vicente Cabañas, y que además se encontraron durante el período de estudio.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluirá a todos los pacientes que no consultaron enfermedad del oído y además que no pertenecen a la jurisdicción la aldea de San Vicente Cabañas.

F. VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION	UNIDAD DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
Diagnóstico.	Juicio clínico emitido después de ser evaluado el paciente.	diferenciación clínica	Forma F-4 Historias Clínicas
Prevalencia.	Número total de casos de enfermos, en una población específica, sin distinción de casos antiguos y nuevos.	Número de casos por población en riesgo por 1,000.	Forma F-4
EDAD.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la evaluación clínica.	Años cumplidos	Forma F-4 Historias Clínicas.
SEXO.	Diferenciación física y constitutiva de hombre y mujer.	Masculino y femenino	Forma F-4 Historias Clínicas

LOCALIZACION

ANATOMICA.	Parte del oido afectado	Parte del oido afectado	Forma F-4 Historias Clinicas
------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------------

G. RECURSOS:

1. MATERIALES:

A) Económicos

Pasajes.	Q. 80.00
Materiales de escritorio	Q. 40.00
Impresión de Tesis	Q.800.00
	=====
TOTAL	Q.960.00

B) Físicos:

Instalaciones del puesto de salud de San Vicente.

Mobiliario y equipo del puesto de salud.

Formas F-4.

Historias Clínicas.

Fichas de recolección de datos.

2. HUMANOS:

A) Auxiliar de enfermería

B) Técnico en salud rural

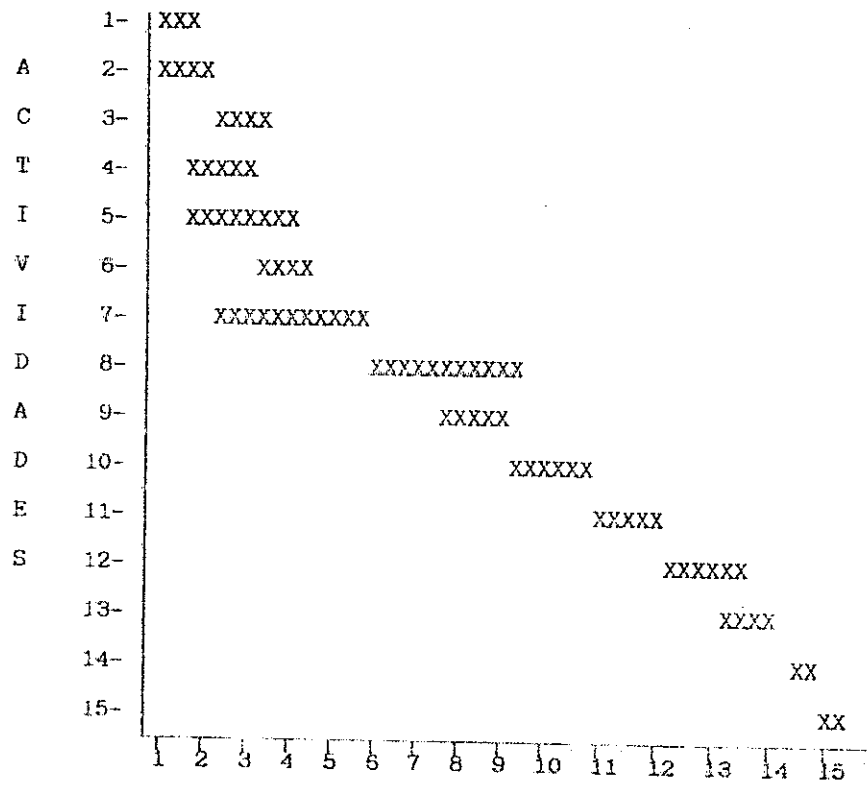
C) Personal de biblioteca central de la USAC y de la facultad de Ciencias Médicas.

D) Estudiante Investigador.

3. TIEMPO:

Ver gráfica de Gantt.

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Aprobación de la investigación por el Jefe de Area.
4. Recopilación de material bibliográfico.
5. Elaboración del proyecto.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Recopilación de la información
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficos.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación de informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final.
14. Trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de tesis.

VII.- PRESENTACION DE RESULTADOS

Tasa de Prevalencia = $\frac{\text{No. total de casos} \times 1000}{\text{Población total}}$

$$1.990 = \text{Tasa de prevalencia} = \frac{98 \times 1000}{3.968} = 2.4\%$$

$$1.991 = \text{Tasa de prevalencia} = \frac{175 \times 1000}{3.974} = 44\%$$

$$1.992 = \text{Tasa de prevalencia} = \frac{102 \times 1000}{3.986} = 25.5\%$$

$$1.993 = \text{Tasa de prevalencia} = \frac{164 \times 1000}{3.991} = 41\%$$

$$1.994 = \text{Tasa de prevalencia} = \frac{126 \times 1000}{4.004} = 31.4\%$$

COBERTURA DE EL PUESTO DE SALUD DE SAN VICENTE CABANAS
POR CADA AÑO

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{Primeras Consultas} \times 1000}{\text{Población total}}$$

$$1.990 = \text{Cobertura} = \frac{45 \times 1000}{3.968} \text{ R} = 11.3\%$$

$$1.991 = \text{Cobertura} = \frac{92 \times 1000}{3.974} \text{ R} = 23.1\%$$

$$1.992 = \text{Cobertura} = \frac{46 \times 1000}{3.986} \text{ R} = 12.3\%$$

$$1.993 = \text{Cobertura} = \frac{63 \times 1000}{3.991} \text{ R} = 17\%$$

$$1.994 = \text{Cobertura} = \frac{68 \times 1000}{4.004} \text{ R} = 16.98\%$$

CUADRO No. 3

Pacientes que consultaron al Puesto de Salud de San Vicente Cabañas, por enfermedad del oído, según sexo, primeras consultas y reconsultas en los años 1, 990 - 1, 994

Año	No. de Casos		Total	Primera Consulta	Recon-sultas	%	
	M	F				M	F
1990	55	43	98	45	53	56.1	43.9
1991	102	73	175	92	83	58.3	41.7
1992	60	42	102	48	54	58.8	41.2
1993	99	65	164	68	96	60.4	39.6
1994	76	50	126	68	58	60.3	39.7
TOTAL	392	273	665	321	344	50.4	49.6

Fuente: Formas F-4 e Historias Clínicas del Puesto de Salud de San Vicente.

M = Masculino

F = Femenino

CUADRO 4

Alteraciones del oído en pacientes que consultaron al Puesto de Salud de San Vicente Cabañas en los años 1, 990 - 1, 994

Diagnóstico	No. Casos 1990	No. Casos 1991	No. Casos 1992	No. Casos 1993	No. Casos 1994	Total	%
Trauma, Perforación Oreja	6	4	5	8	4	27	4.1
Herida, " "	3	2	1	2	1	9	1.3
Neuromas, " "	1	1	0	1	1	4	0.6
Dermatofilia Subconjuntiva "	5	8	11	7	6	37	5.6
Otitis Externa	4	9	6	4	5	28	4.2
Otitis Media, Pobre	12	15	18	21	16	82	
Cerumen en Conducto	28	42	14	22	23	134	20.2
Cuerpo Extraño	6	8	10	5	2	31	4.7
Otitis Media Aguda	31	95	34	93	63	306	46.0
Otitis Media Crónica	2	1	3	1	0	7	1.0
Total	98	175	102	164	126	665	87.7

Nota: Se basó en los registros de historias clínicas.

CUADRO No. 5

Tipo de tratamiento utilizado en las enfermedades del oído en pacientes que consultaron al Puesto de Salud de San Vicente Cabañas, durante los años 1, 990 - 1, 994.

Tipo de Tratamiento	No. de Caso 1990	No. de Caso 1991	No. de Caso 1992	No. de Caso 1993	No. de Caso 1994	Total	%
- Ampicilina	2	0	1	0	0	3	0.4
- Trimetoprim Sulfo	24	64	38	43	52	221	33.2
- Eritromicina	0	1	2	0	0	3	0.4
- Cefactor	0	2	1	3	0	6	0.9
- Amoxicilina	17	32	23	8	23	103	15.5
- Penicilina Procámica	8	5	4	27	6	50	7.5
- Neomicina + Dexometazo	15	17	13	11	12	68	10.2
- Merfinaolite	4	5	3	4	5	21	3.2
- Agua Oxigenada + Glicerol	28	45	14	62	26	175	26.4
- Violeta de Genciana	0	4	3	6	2	15	2.3
Total	98	175	102	164	126	665	100.0

Fuente: Formas F - 4 e Historias Clínicas del Puesto de Salud San vicente.

CUADRO No. 6

casos de enfermedad del oído con pacientes que consultaron al Puesto de Salud de San Vicente Cabañas, durante los años 1, 990 - 1, 994.

Mes	Año 1990	Año 1991	Año 1992	Año 1993	Año 1994	Total
.	7	5	10	12	8	43
.	3	4	5	5	11	29
.	9	12	5	8	7	41
.	5	18	9	14	5	51
.	14	21	13	16	12	76
.	8	17	8	21	16	70
.	12	14	7	13	13	59
.	8	25	12	17	15	79
.	6	21	5	11	10	53
.	11	15	14	12	14	66
.	8	8	6	15	9	46
.	7	13	7	20	5	52
Total	98	175	102	164	126	565

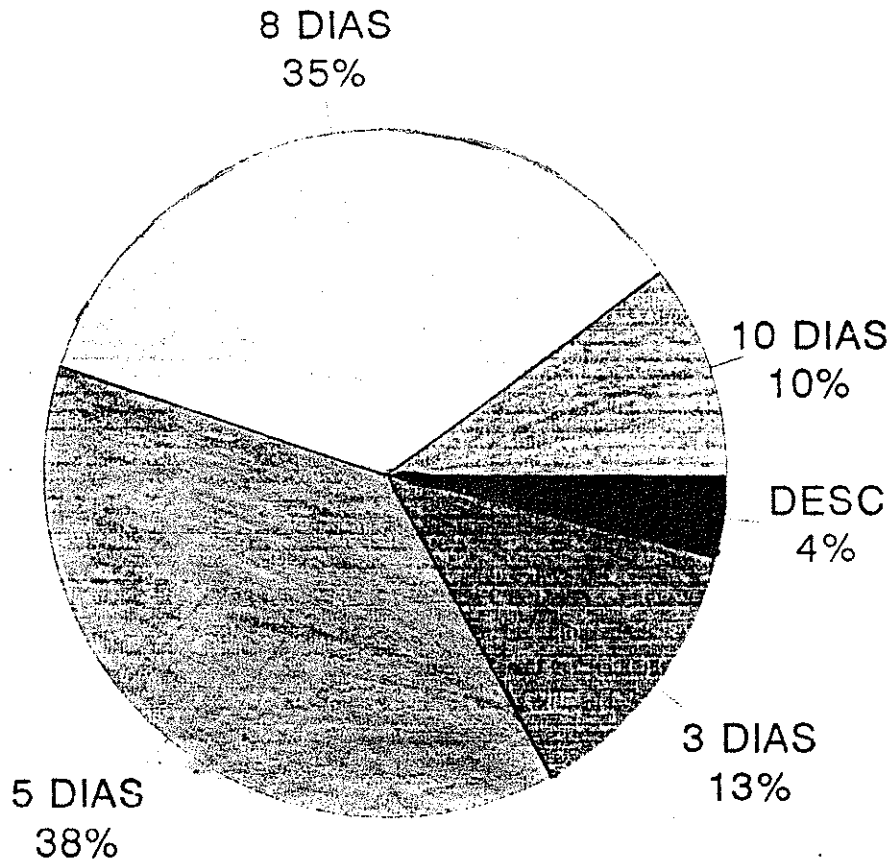
fuente: Formas F - 4 e Historias Clínicas.

CUADRO No. 7

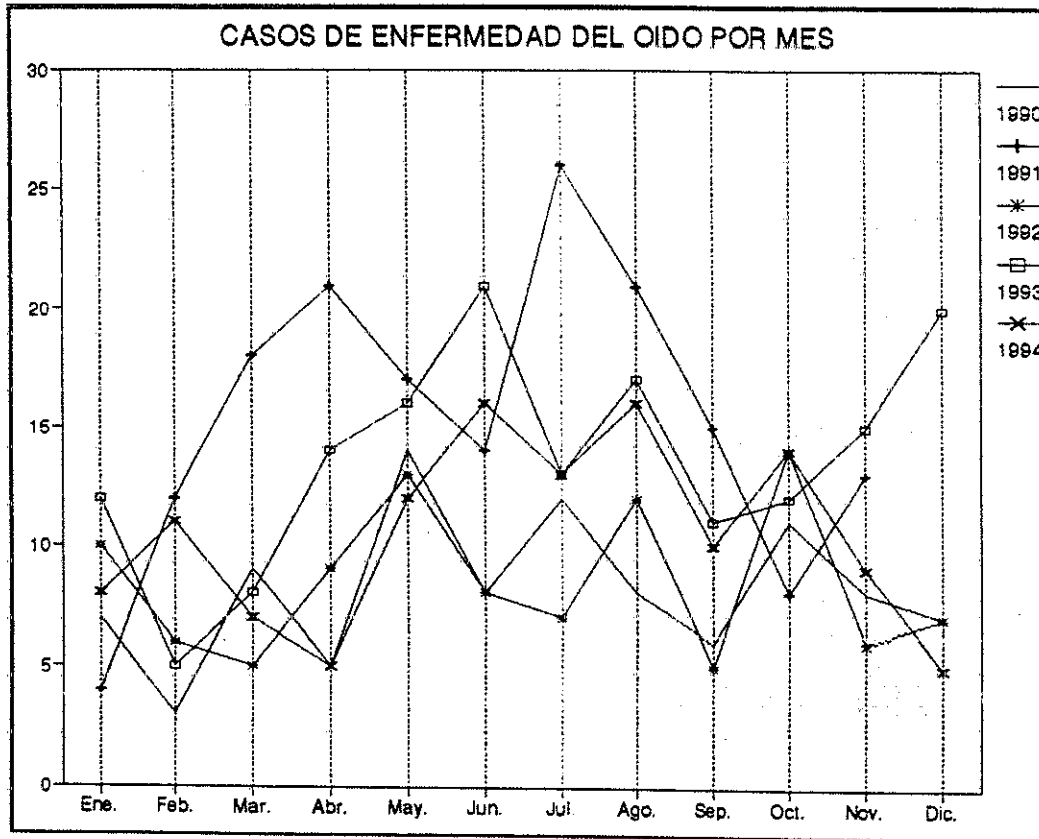
Días de tratamiento seguidos por los pacientes que consultaron al puesto de salud de San Vicente Cabañas, durante 1, 990 - 1, 994.

Días de Tratamiento	No. de Casos	%
10 días	67	10
8 días	253	35
5 días	253	38
3 días	86	13
Desconocido	26	4
Total	665	100

Fuente: Formas F - 4 e Historias Clínicas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA



FUENTE: CUADRO No. 6

VIII.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente trabajo se incluyeron a todos los pacientes que consultaron por enfermedad del oído, al puesto de salud de San Mateo Cabañas, durante el periodo comprendido de el año de 1990 - 1994, encontrandose las siguientes tasas de prevalencia: 37.4 por 1.000 habitantes en 1990, 44 por 1.000 habitantes en 1991, 25.5 por 1.000 habitantes en 1992, 41 por 1.000 habitantes en 1993 y 31.4 por 1.000 habitantes en 1994.

Si tomamos en cuenta el promedio de las coberturas de los puestos de salud que es 39.05 por 1.000 habitantes, observamos que la consulta general es bastante baja. Esto puede ser por las distancias, malas vías de acceso y por negligencia.

Cuadro No. 1 En este cuadro podemos ver el número de consultas por diferentes patologías, lo cual corresponde al 91.4% del total de consultas en los 5 años (1.990-1.994).

En comparación con las enfermedades de el oído que tienen un 5% del total de los casos.

Podemos afirmar que es un porcentaje significativo en relación con otras patologías.

Cuadro No. 2 En este cuadro podemos apreciar que el grupo con más casos de afección del oído fue el de 15 a 44 años, con un 26.64%, como promedio de los 5 años de estudio; en segundo lugar tenemos el grupo de edad de 5 a 14 años con el 23.5% de promedio; el de 1 a 4 años con el 15.82% de promedio de los 5 años de estudio.

La razón por la cual el grupo de 15 a 44 años, se presenta con

más prevalencia de consultas por enfermedad del oído, es porque los que más están expuestos a los factores de riesgo, y por la costumbre de "limpiarse" los oídos con palos, ganchos o palillos fósforos. Es a esta edad en la que la mayoría de personas del rural inician con los hábitos de fumar o ingerir alcohol.

En lo que respecta a los del grupo de edad de 5 a 14 años podemos decir que éstos son los que con mayor frecuencia padecen infecciones del tracto respiratorio, y lo que acostumbran jugar en el río, por lo que se les encuentra mucha arena en los oídos que los predispone a las enfermedades del oído.

Cuadro No. 3 En este cuadro podemos observar el número de consultas por sexo, en los 5 años de estudio: en el primer año encontramos al sexo masculino con 50.4% del total de los casos y al sexo femenino con 49.6%, como se puede observar no existe gran diferencia; aunque la mujer es la que con más frecuencia consulta por diferentes patologías y aumentan el número de reconsultas, lo que respecta al sexo masculino tiene mayor contacto con factores que predispone a esta patología.

Cuadro No. 4 Nos damos cuenta a través de este cuadro que la región anatómica más afectada es el oído medio que se encuentra en un 46% del total de casos, seguido por taponamiento por serumen en un 20.2%; así como la furúnculois en el pabellón de la oreja, en un 12.3%. Esto nos confirma la mayor prevalencia de consultas al sexo masculino, porque el hombre deja mucho tiempo para consultar hasta que los problemas son más graves; por lo que observamos otitis media como la región anatómica más afectada, seguida de otitis externa.

Cuadro No. 5 En este cuadro podemos ver el tipo de tratamiento utilizado en las afecciones del oído durante los 5 años de estudio. Tenemos en primer lugar que el trimetoprim sulfametaxazole 6, es el medicamento más usado con un 33.2%

todos los casos: seguido del agua oxigenada más glicerina, con 26.4%. En tercer lugar tenemos a la amoxicilina. Esto es probablemente por el costo y la accesibilidad de los medicamentos.

Cuadro No. 6 En este cuadro podemos apreciar los casos de afecciones del oído que consultaron por mes durante el periodo de estudio (1.990 - 1.994). y nos damos cuenta que los meses de mayo, junio, julio y agosto, son los meses que más casos se diagnosticaron. Esto es porque en estos meses hay lluvias y aumenta el trabajo en el campo: así también aumenta el caudal de agua en el río y los vecinos se bañan en él; ésto también aumenta las enfermedades respiratorias.

Cuadro No. 7 En este cuadro podemos ver los días de tratamiento seguidos por los pacientes con enfermedad del oído: encontramos que el 10% de los pacientes completaron el tratamiento, el 35% sólo siguieron el tratamiento por 8 días, el 38% de los pacientes sólo siguieron con el tratamiento por 5 días; el 13% sólo tomaron el tratamiento por 3 días y 4% se desconoce.

Esto nos deja pensar en que por el alto costo de los medicamentos, los pacientes no continúan con el tratamiento indicado, ó por la mejoría de la sintomatología.

IX. - CONCLUSIONES

1. La tasa de prevalencia de enfermedad del oído en la consulta general, del puesto de salud de San Vicente Cabañas, en promedio en los 5 años de estudio es de 26.86 por 1,000 habitantes.
2. De las 7.780 consultas al puesto de salud en el periodo de 1990 - 1994, 665 consultas fueron de enfermedad del oído, un 8.55% del total de consultas.
3. El grupo etario con más casos de consulta por enfermedad del oído fue el grupo comprendido entre 15 a 44 años de edad, con 25.64%, en promedio de los 5 años de estudio del total de casos.
4. El sexo masculino fue el que más consultó por enfermedad del oído con un total de 50.4% del total de casos.
5. La región anatómica más afectada de los oídos es el oído medio, con un total de 46% del total de casos.
6. Entre las enfermedades del oído de consulta al puesto de salud, la que en más casos se diagnosticó fue la otitis media aguda, con 46%.
7. El tratamiento que más se utilizó en las afecciones del oído fue el trimetoprim sulfametoxazole.
8. El porcentaje de pacientes con enfermedad del oído que concluyó con el tratamiento fue de el 10% de el total de los casos.

X.- RECOMENDACIONES

Que el médico general que ejerce en el área rural conozca cuales son las afecciones del oído más comunes y su tratamiento, ya que son cuasa de consulta frecuente.

Dar un buen plan educacional a los pacientes con afección en los oídos para que conozcan las complicaciones, así como los síntomas para que consulten a tiempo.

Que el personal encargado de mantenimiento de los puestos de salud, mantengan el equipo adecuado para la evaluación del oído.

Que las autoridades sanitaria exijan la cloración de el agua en las aldea de San Vicente Cabañas.

Que el personal en salud evalúe cuidadosamente a los pacientes que consulten por enfermedad del oído, para evitar las complicaciones y brindar un tratamiento adecuado.

XI.- RESUMEN

El presente trabajo de tesis se realizó en el puesto de s de la Aldea de San vicente Cabañas, Zacapa, con el propósito determinar la prevalencia de enfermedades de el oído en d población.

Para ello se revisaron las formas F-4 e historias clínica los años de 1990 - 1994, encontrándose una prevalencia de 28.86 cada 1.000 habitantes de la población general.

Las enfermedades que más se encontraron fueron: otitis m aguda, con 46% de los casos encontrados, seguido por la obstruc por serumen en el conducto auditivo, con 20.2% del total de casos, así como las enfermedades del pabellón de la oreja, 1' (furunculosis en el pabellón de la oreja, dematitits seborreica.

El sexo masculino fue el más afectado por patologías en oído con un 50.4% del total de los casos y en cuanto a el g: etario más afectado tenemos al de 15 - 44 años con un 25.64% total de casos.

Como podemos darnos cuenta este importancia que el mé: conozca las enfermedades del oído más comunes y su manejo, y brinden un buen plan educacional a los pacientes para que padezcan esta enfermedad a repetición.

XII.- BIBLIOGRAFIA

1. Archila. L.J. Monografía del departamento de Zacapa 2da. edición. Guatemala. Topografía nacional 1928 pag. 211.
2. Gall. F. Diccionario Geográfico de Guatemala. Tipografía Nacional. 1960 pag. 610
3. Fernando. Q. G. Anatomía humana tomo III. México. D.F., 1987, vigésima séptima edición.
4. García. G.J. Fundamentos de otorrino laringología y patología. Cervicofacial. pag. 45
5. Bretlau, P. Causas, J. et al. Otospongiosis and Addium Fluoride. ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 94: 103-107, 1985.
6. Cannon, C.R. et al. temporal bone fractures. Arch. Otolaryngol. 285-289. 1983.
7. Thlough, J.V. Restoration of hearing loss after trauma. Ann Otol. Rhinol. Laryngol. 78: 263-279, 1969.
8. Lesser, R.W., Malignant tumors of the middle ear and external auditory canal. Otolang. Head and Neck Surg. 96; 43-46. 1987.
9. Tucker, W.N. Cancer del oído medio. Cáncer 18: 642-60. 1965.
10. Bluestone C.A. Reyna M.A Sheetz MD. Workshop on Chronic Suppurative. Otitis Media: Etiology and Management. Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology, Suppl 131.97 (2) 3-10, 1988.
11. Paparella M.M, Shumrick D.A. Otolaryngology Philadelphia, Pa, USA: W.B. Saunders Co. 14, 15: 426; 443-452, 1982.
12. Adams C.L., Boles, L.R. Paparella; M. Boies's. Fundamentals Of. Otolaryngology 3a. Ed. Philadelphia N.B. Saunders CA., 1978.
13. Conde J.F Chiossone Iares E. Otorrinolaringología. Barcelona: Editorial Científica Médica, 1972.
14. Farb, H.S Otorrinolaringología 3a. Edición. México. El Manual Moderno 1986.

