

Programa de preparación de la asignatura Otorrinolaringología

1. Objetivos generales educativos:

Estos objetivos contribuirán a que:

1. 1. Una vez egresado el educando podrá desarrollar su trabajo en el sistema de salud con base científico-técnicas adecuadas, contribuyendo ésta manera a mejorar la salud de nuestro pueblo.

1. 2. El educando enfrente las patologías otorrinolaringológicas con un pensamiento dialéctico y materialista, pudiendo enfocar la realidad objetiva y penetrar la esencia de dichos fenómenos.

1. 3. El educando de comprender la incidencia de los fenómenos socio-económicos en la alteración y mantenimiento del estado de salud y en el origen de distintas enfermedades otorrinolaringológicas, que tienen como etiología las inadecuadas condiciones de alimentación, vivienda, trabajo, sanidad, propios de los países explotados por el capitalismo.

1. 4. El educando conozca los fenómenos socioeconómicos interrelacionados con la biología humana, y su importantísimo papel en el proceso docente salud-enfermedad, pudiendo detectar estos factores dondequiera que preste sus servicios de acuerdo con el principio del internacionalismo socialista.

1. 5. El educando sea consciente en todo momento de su responsabilidad para con los pacientes que necesitan de su servicio y especial de la esfera otorrinolaringológica.

1. 6. El educando sea consciente de su gran responsabilidad ante la emisión de documentos médico-legales certificativos.

1. 7. El educando comprenda la importancia económica que tiene su actividad, evitando el uso superfluo de los métodos de investigación diagnóstica, así como la polifarmacia.

1. 8. El educando demuestre en cada momento una actitud relevante consecuentes con la ética socialista en sus relaciones con los pacientes, familiares y compañeros de trabajo y profesión.

1. 9. El educando sea en todo momento un educador de la salud, aconsejando con vocabularios simples para mejorar los hábitos de vida de la población.

1. 10. El educando de comprender lo que representa para su autodesarrollo el dominio del idioma inglés.

1. 11. El educando pueda apropiarse del método clínico, abordando la realidad objetiva en su práctica como estudiante, haciéndolo habitual para su futura actividad profesional.

1. 12. El educando podrá redactar certificados laborales en las afecciones más comunes del área otorrinolaringológicas.

2. Objetivo generales instructivos:

2. 1. El educando dominará un nivel de aplicación de las técnicas que le permitirán llevar a cabo el examen físico otorrinolaringológico:

-Rinoscopía anterior.

-Orofaringoscopia

-Otoscopía.

-Rinoscopía posterior.

-Laringoscopia indirecta.

2. 2. El estudiante podrá identificar los síndromes otorrinolaringológicos más frecuentes, podrá ser los diagnósticos nosológicos de las afecciones otorrinolaringológicas más frecuentes en la población sobre todo las afecciones agudas y podrá llevar a cabo la conducta terapéutica más adecuada, pero teniendo siempre en cuenta el criterio de remisión.

2. 3. El educando se encontrará familiarizado desde el punto de vista sensorial, con la imagen radiológica normal y patológica de las fosas nasales y senos paranasales, así como la radiografía de las apófisis mastoides, normales y patológicas. A nivel reproductivo, en qué consisten los métodos de tratamiento de las afecciones otorrinolaringológicas más frecuentes, sobre todo las afecciones de urgencia.

2. 4. El educando podrá llevar a cabo a nivel de aplicación:

-Extracción de cuerpos extraños en la orofaringe.

-Extracción de cuerpos extraños inanimados en las fosas nasales.

-Extracción de cuerpos extraños en conducto auditivo externo.

Colocar drenaje en conducto auditivo externo en las otitis externas agudas.

-Lavado de oídos

-Ducha de aire de Politzer.

-Realizar el tratamiento inicial, de urgencia, de las afecciones dentales y paradentales más frecuentes.

2. 5. El educando podrá manifestar a nivel reproductivo el cuadro clínico en las complicaciones otorrinolaringológicas, teniendo muy en cuenta el criterio de remisión.

Enumeración de temas:

1. Nariz, fosas nasales y senos paranasales.
2. Faringe y laringe.
3. Cuello.
4. Oído.

Objetivos de temas:

Tema No. 1.

Nariz, fosas nasales y senos paranasales:

al terminar esta actividad el M. G. B podrá:

-Realizar una anamnesis y exploración de la nariz, fosas nasales y senos paranasales, haciendo el examen físico de la pirámide nasal; Rinoscopía anterior; Rinoscopía posterior y la interpretación de los exámenes radiológicos de los senos paranasales.

-Hacer el diagnóstico de las distintas patologías de la región, basándose en la anamnesis, examen físico, cuadro clínico y exámenes complementarios.

-Instituir tratamiento adecuado a las patologías tratables a nivel del M. G. B, y/o orientar y remitir el resto de las otras patologías.

Tema No. 2.

Faringe y laringe:

al terminar ésta actividad el M. G. M. B podrá:

-Realizar una anamnesis y una exploración concienzuda de la faringe y la laringe, haciendo el examen físico de la orofaringe, la Laringoscopia indirecta y la interpretación de los exámenes complementarios.

-Hacer el diagnóstico de las distintas patologías de las regiones motivo de estudio basándose en la anamnesis, examen físico, cuadro clínico y exámenes complementarios.

-Instituir tratamiento adecuado a las patologías tratables a nivel de M. G. B y/o orientar y remitir el resto de las otras patologías.

Tema No. 3.

Cuello:

-al terminar ésta actividad el M. G. B podrá:

-Realizar una anamnesis y exploración concienzuda del cuello, de la orofaringe, nasofaringe e hipofaringe, haciendo el examen físico de la región, e interpretar los exámenes complementarios.

-Orientar y remitir de acuerdo a las circunstancias con la urgencia o no, que merezca el caso.

Tema No. 4.

Oído:

-al terminar ésta actividad el M. G. B podrá:

-Realizar una anamnesis y exploración concienzuda del del órgano auditivo, haciendo el examen físico del pabellón auricular, del conducto auditivo externo y la membrana timpánica; interpretando las pruebas Acumétricas y los exámenes radiológicos.

-Hacer el diagnóstico de distintas patologías de la región, basándose en la anamnesis, examen físico, cuadro clínico y exámenes complementarios.

-Instituir tratamiento de adecuado a las patologías tratables a nivel del M. G. B y/o orientar y remitir el resto de las otras patologías.

Objetivos de clases:

1. 1. Síndrome hemorrágico nasal:

-Realizar la anamnesis, buscando antecedentes traumatismos, hipertensión arterial, hemopatías, tumoración; precisar cantidad de sangre tendida; así como la frecuencia con que el paciente ha tenido sangramiento nasal.

-Realizar el examen físico: Rinoscopia anterior, Rinoscopia posterior y faringoscopia, localizando el punto sangrante o la región nasal de donde sangre el enfermo (anterior como posterior).

Basado en lo anterior, y conociendo el concepto, etiología, cuadro clínico, signos y pronósticos del saneamiento nasal, establecer el diagnóstico positivo y diferencial de la causa del saneamiento (traumatismos, hipertensión arterial, hemopatías y tumoraciones) para tratar de urgencia u orientar y remitir al paciente en caso necesario.

-De reconocer el uso de agentes químicos, su posología y formas de aplicación.

-Agentes físicos y su uso.

-Técnica de los distintos tipos de taponamientos.

-Antibióticos a usar y su posología.

Para realizar la acción terapéutica correspondiente al caso, debe saber:

-Desalojar los coágulos de las fosas nasales, haciendo el paciente se soplé la nariz inutilizar un hisopo de algodón.

-Cauteriza física o químicamente el punto sangrante, si el punto y atresia visible.

-Hace taponamiento anterior.

-Indica antibióticoterapia.

-Indica tratamiento de la hipertensión arterial si está fuera la causa.

-Orienta y remite.

1. 2. Síndrome obstructivo nasal:

-Realizar la anamnesis, recogiendo la evolución de la enfermedad, antecedentes de coriza y/o asma, secreciones nasales, localizaciones de desviaciones del septum nasal, vegetaciones adenoideas, tumoraciones, atresia coanal.

-Realizar técnicas de Rinoscopia anterior, Rinoscopia posterior y faringoscopia.

Basado en anterior debe conocer:

-concepto, etiología, cuadro clínico, complicaciones, diagnóstico positivo y diferencial de la sinusitis aguda y adenoiditis aguda con sus complicaciones; cuerpos extraños animados, cuadro clínico y complicaciones, cuerpos extraños inanimados, cuadro clínico y complicaciones, rinitis y tumoraciones.

-Debe conocer la posología de las gotas nasales; fórmulas de las gotas nasales; posología de las inhalaciones y modo de hacerlas; posología de los antibióticos, posología de los analgésicos y posología de los antipiréticos; posología de los antihistamínicos; tratar el cuerpo extraño nasal haciendo su extracción; tratar sintomáticamente el resto de las patologías prescribiendo analgésicos, antipiréticos, inhalaciones y antibióticos, expedir certificado de alta.

1. 3. Síndrome tumoral nasal:

-realizar la anamnesis conociendo así los síntomas de obstrucción nasal y saneamiento, dolor y tumoración de la pirámide nasal.

-Realizar técnica de Rinoscopia anterior, Rinoscopia posterior y faringoscopia. Palpación del cuello (ganglio metastásico).

-Prescribir radiografías de fosas nasales y senos paranasales para llegar a diagnóstico positivo y diferencial del síndrome tumoral nasal, conociendo su concepto, etiopatogenia, cuadro clínico y complicaciones para poder orientar y remitir inteligentemente al paciente.

Objetivos de clases:

2. 1. Síndrome linfóideo faríngeo:

-Realizar anamnesis estableciendo la agudeza o cronicidad del proceso, así como los síntomas locales y regionales y la síntomas Colombia a distancia si la hubiera.

-Realizar la técnica de la faringoscopia y constata la imagen ofrece las amígdalas palatinas: tamaño, color, asimetrías, consistencia.

-Realiza la rinoscopía posterior y detecta la presencia de vegetaciones adenoideas y secreciones.

-Realiza la técnica de Laringoscopia indirecta, constatando las imágenes que presentan las amígdalas linguales.

-Conoce el concepto, etiología, cuadro clínico, complicaciones, diagnóstico positivo, diagnóstico diferencial, diagnóstico tecnológico del síndrome linfóideo: adenoiditis aguda, faringitis aguda, amigdalitis aguda, amigdalitis lingual aguda y absceso periamigdalino.

-Indica e interpreta hemograma y exudado faríngeo para realizar el diagnóstico positivo diferencial y etiológico las infecciones del anillo de Waldeyer.

-Conoce la posología de los gargarismos; posología de los quimioterápicos tóxicos; posología de los antibacterianos locales (tirotricina); posología de analgésicos y antipiréticos, posología de antibióticos y quimioterápicos sistémicos.

-Tiempo de reposo por enfermedad.

-Podrá tratar prescribiendo gargarismos y otros medicamentos de acción superficial; analgésicos y antipiréticos; antibacterianos y quimioterápicos.

-Dar certificado de enfermedad y de alta y/o remitir en caso de complicación y en el caso del absceso periamigdalino.

2. 2. Síndrome disfónico:

-Realizar la anamnesis para conocer el tiempo evolución de la afección, forma de instalación, brusca o progresiva. Profesión del paciente. Estado emocional. Tabaquismo. Trauma laríngeo. Operación de tiroides. Tuberculosis pulmonar. Averiguar si el paciente ha padecido de tumoraciones, parálisis o paresias laríngeas, malformaciones, inflamaciones.

-Realiza el examen físico mediante la técnica de la Laringoscopia indirecta.

-Basándose en el concepto, etiología, patogenia y cuadro clínico de las entidades del síndrome disfónico, realizará el diagnóstico positivo y diferencial, para orientar y remitir el paciente al especializado.

2. 3. Síndrome disneico laríngeo:

-Realizar la anamnesis para conocer el tiempo evolución de la afección, forma instalación: brusca o progresiva. Hábitos tóxicos. Reacciones a medicamentos y otras elecciones alérgicas. Profesión. Antecedentes de tumoraciones laríngeas. A examen físico constata si existe bradípnea inspiratoria, cianosis, tiraje y cornaje. Realizará la técnica de la Laringoscopia indirecta.

-Debe conocer el concepto, etiología, patogenia, cuadro clínico, complicaciones tanto del enfermedad como tal y de las acciones terapéuticas de las entidades de éste síndrome para llegar a realizar un diagnóstico diferencial y positivo.

-Debe conocer la técnica de la traqueostomía de urgencia. Orientar y remitir según el caso.

2.4. Cuerpos extraños laringo bronquio esofágicos:

-Realizar la anamnesis: que ingería o que aspiró el paciente. Tiempo de evolución. Molestias o dolor: a qué nivel las percibe. Realiza las técnicas de faringoscopia y Laringoscopia indirecta.

Realiza diagnóstico presuntivo, orienta y remite al especializado.

Objetivos de clases:

3. 1. Síndrome tumoral del cuello:

-Realizar anamnesis, investigando la evolución del enfermedad.

-Hace inspección y palpación del cuello conociendo las características de la tumoración.

-Realizar técnica de Rinoscopia anterior, Rinoscopia posterior, faringoscopia y Laringoscopia indirecta, buscando la tumoración primitiva.

-Prescribe rayos X de tórax buscando tumoración primitiva metastásica.

-Conocer el concepto, etiología, patogenia, cuadro clínico y complicaciones de las tumoraciones del cuello a realizar un diagnóstico positivo.

-Orienta y remite al especializado.

Objetivos de clases:

4.1. Inflamación del pabellón auricular.

-Realizar una anamnesis buscando antecedentes de trauma, picaduras de insectos, contacto con sus tasas irritantes a nivel del pabellón auricular.

-Realizar inspección y palpación del pabellón auricular, así como otoscopia.

-Conocer el concepto, etiología, cuadro clínico y complicaciones de las entidades tributarias de producir inflamación del pabellón auricular.

-Realizar el diagnóstico positivo de: celulitis del pabellón auricular, hematoma del pabellón auricular, Absceso del pabellón auricular, Pericondritis del pabellón auricular.

-Orientar y remitir al especializado.

4. 2. Síndrome hipoacúsico conductivo:

-Realizar una anamnesis examen físico eficiente.

-Realizar técnica de otoscopia, pruebas Acumétricas e identificar: acumulación de cerumen, cuerpo extraño en conducto auditivo externo, forúnculo en conducto auditivo externo, inflamación difusa del conducto auditivo externo; perforación timpánica, calcificación timpánica, cambios decoloración de la piel del conducto auditivo externo y de la membrana timpánica, así como cicatrices, abombamiento o depresión de la membrana timpánica.

-Técnica de las pruebas Acumétricas.

-A realizar el diagnóstico nosológico de los cuerpos extraños en el conducto auditivo externo, las otitis externas agudas, las otitis media es, conociendo el concepto, etiología, cuadro clínico, complicaciones, diagnóstico positivo y diferencial con la hipoacusia perceptiva.

-Indica e interpreta exudado bacteriológico y/o micológico de oídos.

-Realizar pruebas Acumétricas para llegar a diagnóstico positivo, diferencial y causal del síndrome hipoacúsico conductivo.

-Realizar técnica del lavado de oído.

-Aplicar la técnica del lavado de oído en el tapón de cerumen y el tapón epidérmico.

-Técnica de la neutralización del cuerpo extraño animado en el conducto auditivo externo.

-Técnica de la de deshidratación del cuerpo extraño inanimado (vegetales).

-Técnica de la extracción del cuerpo extraño.

-Conocer la posología de gotas óticas y su técnica de administración. Posología de los analgésicos.

-Tratar otitis externas agudas: difusa o circunscrita.

-Hacer certificado enfermedad y de alta.

-Orientar y remitir si hubiera complicaciones.

4.3. Complicaciones de las otitis medias:

- Realizar anamnesis averiguando antecedentes de padecer supuración de oído; olor y consistencia de dicha supuración. Detención rápida de la supuración ótica ausencias ostensible de la misma. Fiebre en agujas. obnubilación.
- Realizar otoscopía constatando la presencia de perforación timpánica y su localización, así como la supuración otógena.
- Realizar pruebas Acumétricas.
- Palpación de la región periauricular: comprobar dolor a la presión del antro mastoideo y la mastoides.
- Detectar el signo de Aureliano.
- Examen neurológico descartando parálisis facial.
- Detectar el síndrome meningoencefálico infeccioso.
- Conocer el concepto, etiología, patogenia, evolución de las distintas entidades que constituyen este síndrome, logrando el diagnóstico positivo de los signos de alarma de las complicaciones de las otitis medias, para orientar y remitir urgentemente al especializado.

4.4. Síndrome hipoacúsico perceptivo:

- Realizar anamnesis, para conocer antecedentes familiares de hipoacúsicos, edad del paciente, comienzo brusco o progresivo de la afección, utilización de drogas ototóxicas, exposición al ruido, antecedentes de parotiditis y sarampión.
- Otoscopía, detectando la normalidad de la membrana timpánica.
- Realizar pruebas Acumétricas.
- Examen neurológico (interpretación).
- Conocer el concepto, etiología, cuadro clínico y complicaciones del síndrome.
- Orientar y remitir el paciente al especializado.

4.5. Síndrome vertiginoso periférico:

- Realizar anamnesis para conocer el tiempo de comienzo de la afección. Características del vértigo: si se presenta en accesos, es permanente, aparece con los cambios de posición, hay nistagmo, diferentes tipos divertidos, trastornos de la estática.
- Realizar otoscopía: normalidad de la membrana timpánica.

- Examen clínico general.
- Prescribir rayos X. de cráneo.
- Realizar Acumetría.
- Conocer el concepto, etiología, cuadro clínico y complicaciones del síndrome vertiginoso periférico.
- Realiza diagnóstico diferencial con el síndrome vertiginoso central o de causa neurológica, así como de otras entidades extravestibulares de puedan producir vértigo.
- Tratar de urgencia prescribiendo medicamentos antivertiginosos por vía oral y endovenosa, conociendo la posología de éstos medicamentos.
- Expide certificación del síndrome.

4.6. Síndrome tumoral ótico:

- Anamnesis de la evolución del enfermedad: supuración ótica, hipoacusia, diabetes, sangramiento.
- Hace inspección y palpación de la región auricular, periauricular y cervical con la finalidad de conocer el tamaño, consistencia, fluctuación o no de la tumoración, así como los ganglios metastásica regionales si los hubiera.
- Realizar otoscopia para constatar la tumoración del conducto auditivo externo o del oído medio.
- Realizar acumetría.
- Conocer el concepto, etiología, patogenia, cuadro clínico y complicaciones de las entidades tumorales del oído.
- Realizar el diagnóstico positivo y diferencial orientando y remitiendo al paciente a la consulta del especializado.

Relación de temas con problemas:

Tema No.	Problema No
1 _____	144, 145, 151
2 _____	244, 149, 150, 154
3 _____	153
4 _____	146, 147, 148, 152, 155, 156

Contenido:

I. síndrome hemorrágico nasal:

-Epístaxis: concepto, clasificación, etiopatogenia, cuadro clínico. Anamnesis del sangramiento, antecedentes de hipertensión arterial, traumatismo en la región nasal y cráneo. Hemopatías. Tumoraciones. Cantidad de sangre perdido. Frecuencia del sangramiento. Lugar del sangramiento: nariz o coanas.

Limpiar de coágulos las fosas nasales, mandando a soplarse al paciente o limpieza de las fosas nasales por rinoscopía anterior. Realizar rinoscopía anterior y posterior para precisar, de ser posible el punto sangrante, aplicando previamente a la mucosa nasal un hisopo de algodón embebido en epinefrina o efedrina. Si el sangramiento es en el área de Kisselbach, hacer compresión de las dos alas de la nariz contra el tabique nasal durante diez minutos.

Si no resuelve, cauterizar con nitrato de plata al 10% o ácido tricloroacético al 20% con un hisopo fino, tocando sólo el punto sangrante. Posible también con el galvanocauterio.

Si no resuelve, realizar taponamiento anterior en dedo de guante , o fondo de saco.

Si el sangramiento es por coanas solamente como por coanas y narinas, realizar taponamiento posteroanterior.

Un taponamiento debe ser mantenido de 24 a 72 horas.

Prescribir antibióticos: penicilina rapilenta 1 millón de unidades cada 12 horas intramuscular, tetraciclina 250 mg cada seis horas mientras tengamos al paciente taponado.

II. Síndrome constructivo nasal:

Concepto. Clasificación. Etiopatogenia. Cuadro clínico. Evolución y pronóstico. Diagnóstico positivo y diferencial.

-Sinusitis aguda: anamnesis: comienzo. Catarro frecuentes. Antecedentes de coriza y asma. Secreciones nasales. Tiempo evolución. Dolor en región infraorbitaria, superciliar, frontal, vertex del cráneo, fondo de la órbita.

Rinoscopía anterior buscando coloración de la mucosa, estado de los meatos. Si secreción por meato medio o superior, si secreciones en el suelo de las fosas nasales.

Rinoscopía posterior, buscando secreciones por las coanas, meato superior.

Prescribir rayos X de senos paranasales.

Prescribir inhalaciones de mentol y en eucaliptol. Gotas nasales de algirol al 2%. Antibióticoterapia: penicilina rapilenta 1millón de unidades cada 12 horas. Tetraciclina 250 mg cada seis horas. Analgésicos y antipiréticos.

Expedir certificado por lo más de 5 días ni menos de 3.

Orienta al paciente y remite al especialista.

-Cuerpos extraños animados: anamnesis. Clasificación de los cuerpos extraños. Tiempo de instalación del cuerpo extraño. En una fosa nasal o en las dos. Que trabajo realiza el paciente. Si relaciona frecuentemente con animales (caballos), o acostumbra a dormir a la intemperie cerca de animales. Sensación de cosquilleo o prurito.

Rinoscopía anterior y posterior, constatando el cuerpo extraño animado.

Orientar y remite de urgencia.

-Cuerpos extraños inanimados: anamnesis: cuando ocurrió la instalación del cuerpo extraño. Naturaleza del cuerpo extraño. Secreción purulenta por una fosa nasal o por ambas. ¿Con que objetos jugaba el paciente en caso de que fuera un niño?, ¿ha hecho fiebre?, ¿tiene obstrucción nasal?, si existe, ha sido progresiva o de instalación brusca (Rinolito o cuerpo extraño de actual introducción).

Rinoscopía anterior: limpieza de la o las fosas nasales de las secreciones existentes. Echar gotas vasoconstrictoras para lograr una mejor visualización. Identificar el cuerpo extraño, constatando su naturaleza, tamaño y posición.

Proceder a su extracción con instrumento al efecto, confeccionando uno apropiado, acondicionando una de esas presillas con que presillamos hojas sueltas: extendiendola, y dejando un extremo doblado como, tomando el cuerpo de la presilla con una pinza de köcher. Pasar el extremo como de la presilla por encima del cuerpo extraño, sobrepasándolo. Hace movimiento hacia el suelo de la fosa nasal y otra movimiento de arrastre hacia afuera.

Una vez lograda su extracción hace Rinoscopía exploradora para comprobar que no quedan restos del cuerpo extraño y si no ha habido desgarro de la mucosa.

Si ocurriera lo primero, volver a realizar la maniobra y extraer los restos. Si la mucosa estuviera dañada, prescribir suelo fisiológico y solución de algirol al 2% y antibióticos (penicilina o tetraciclina) durante tres días.

III. Síndrome tumoral nasal:

Anamnesis: síntomas obstrucción nasal. Sangramiento, periodicidad deben o frecuencia. Cantidad de sangre vertida. Antecedentes de tumoración nasal. Secreción.

Realizar Rinoscopia anterior y posterior. Faringoscopia. Palpación del cuello buscando ganglios metastásicos..

Concepto del síndrome. Etiologías posibles. Patogenia. Cuadro clínico. Complicaciones.

Orientar y remitir al especializado.

IV. Síndrome linfoideo faríngeo:

-Adenoiditis aguda: anamnesis, estableciendo la agudeza o cronicidad de procesos. Síntomas locales (obstrucción nasal, voz nasal) y regionales. Sintomatología a distancia (dolor en articulaciones, irritación urinaria).

Rinoscopia anterior y posterior, sobre todo para constatar el estado inflamatorio de las adenoides, pultado blanquecino y secreciones.

Faringoscopia para constatar irritación de la pared posterior de la faringe, folículos linfoides irritados y aumentados de tamaño, secreción mucopurulenta que corre por dicha pared posterior procedente del cavum.

Cordones linfoides laterales irritados.

Conocer el concepto, etiología, cuadro clínico, complicaciones, diagnóstico positivo y diferencial de la adenoiditis aguda.

Influencia del adenoiditis aguda sobre el oído medio a través de la trampa de Eustaquio o tuba timpánica.

Prescribir hemograma y exudado de nasofaringe.

Conocer la posología y fórmulas de las pruebas nasales a usar. Posología de los antibióticos y quimioterápicos.

Prescribe gotas nasales de algirol al 2%, penicilina 1 millón de unidades cada 12 horas; 250 mg de tetraciclina o eritromicina cada cuatro o seis horas, según circunstancias.

-Amigdalitis aguda eritematopultacea: anamnesis: una de comienzo. Fiebre. Estado general. Tiempo revolución. Dolor en la faringe.

Rinoscopia anterior y posterior, faringoscopia, constatando amígdalas palatinas aumentadas de tamaño, punteado blanquecino en las criptas amigdalinas o confluencia de éste punteado cubriendo la superficie amigdalina. Los pilares y úvula están indemnes de éste punteado.

Palpación de las regiones laterales del cuello constatando adenopatías móviles y no muy dolorosas.

Fiebre alta y no gran toma el estado general.

Concepto, etiología (estreptococo o estafilococo), cuadro clínico, síntomas y signos, evolución, diagnóstico diferencial con la difteria, angina de Vincent. Manifestaciones faringéas de las hemopatías y diagnóstico positivo.

Conoce posología y fórmulas de gargarismos descongestionantes (solución Dobell, fenosalil), posología de antibióticos (penicilina, tetraciclina, eritromicina). quimioterápicos. Posología de analgésicos y antipiréticos.

Prescribir gargarismos, gotas nasales, analgésicos, antipiréticos, antibióticos, quimioterápicos, reposo.

Expide certificado por enfermedad y de alta.

Orienta y remite en caso de complicación.

-Amigdalitis aguda diftérica: anamnesis: modo de comienzo insidioso. Fiebre baja toma el estado general. Si ha sido o no inmunizado el paciente con toxoide antidiftérico. Tiempo solución: si pocos días, debió en gran toma del estado general, fascies pálida, y la fiebre entonces puede ser alta. Si conoce algún caso en su vecindario o ha estado relacionado con una persona enferma de la garganta.

Rinoscopía anterior. Rinoscopía posterior buscando pseudo membranas en fosas nasales o nasofaringe, que es el lugar donde primero aparecen.

Faringoscopia, constatando pseudo membranas gruesas, que cubren las superficies amigdalares, rebasando estas superficies, tomando los pilares, úvula, pared posterior faringea; que deja superficies sangrantes a depender y que no es disgregable en el agua, a diferencia del exudado de la amigdalitis aguda eritematopultacea.

Hace laringoscopia indirecta en caso que el tiempo de evolución sea prolongado y el examen físico se comprueba la invasión de la pseudo membranas hacia la hipofaringe.

Conocer: concepto, etiología (bacilo de Klef-Löeffer), evolución, sintomatología, pronóstico, prevención y tratamiento de la angina diftérica; así como diagnóstico positivo y diferencial con las demás anginas.

Conoce posología de la sero terapias y penicilinoterapia para instituir tratamiento urgente y enérgico: éste depende de la forma clínica (común, grave, o maligna). La dosis total del suelo administrado en tres días por vía intramuscular y endovenosa para la forma maligna este 3 millones de unidades, la cual se debe sobrepasar por su ineficacia y los peligros que entraña para el enfermo.

En niños hasta 2 años: 5 a 20 000 U. IM al día

40 a 50 000 U. Forma grave.

60 a 80 000 U. Grave

De 2 a 14 años: 100 a 120 000 U. Maligna

60 a 80 000 U. Grave

100 a 120 000 U. Maligna

Más de 14 años: 20 a 40 000 U. Común

80 a 100 000 U. Grave

150 a 200 000 U. Maligna

Penicilinoterapia.

Diagnosticada la difteria o sospechada debe denunciarse al lugar correspondiente y orientar y remitir al paciente con urgencia a una unidad hospitalaria.

En Cuba prácticamente no hay difteria. La inmunización sistemática comenzaba con el triunfo de la revolución ya ha dado sus resultados positivos; pero no podemos bajar la guardia desde el punto de vista preventivo ni curativo, sobre todo en esto último cuando hacemos una ayuda internacional.

-Amigdalitis aguda ulceronecrótica o de Vincent: anamnesis: establecer la agudeza o cronicidad de proceso, síntomas locales y regionales, síntomas a distancia, dolor, fiebre, estado general.

Realizar faringoscopia y constatar la imagen se ofrecen las amígdalas palatinas: tamaño, color, asimetría, lesión uni o bilateral; ulceración redondeada o irregular de bordes netos que sobresalen, al principio del evolución con una pseudo membrana poco adherente, que cuando se desprende deja un fondo sucio e irregular. Adenopatía cervical. sepsis oral, halitosis marcada.

Conocer el concepto, etiología, cuadro clínico, complicaciones, diagnóstico etiológico, positivo y diferencial de la entidad que estudiamos.

Prescribir e indicar hemograma y exudado faríngeo: delegacional izquierda en el primero y/o alteraciones leucocitarias y asociación fusospirilar.

Hacer diagnóstico positivo, diferencial y etiológico con las demás afecciones del anillo de Waldeyer.

Conoce posología y fórmulas de gargarismos (solución Dobell y de fenosalil).

Posología de quimioterápico; posología de antibacterianos locales; posología de antibióticos; posología de analgésicos y antipiréticos. Tiempo de reposo por la enfermedad.

Prescribir gargarismos (gargaras alcalinas y fenosalil) medicamentos de acción superficiales (toques de subsalicilato de bismuto, supositorio de bismuto, penicilina 1 millón de unidades IM cada 12 horas. Penicilina sintética en caso de alergia).

Certificado enfermedad y certificados de alta.

Orienta y/o remite en caso de complicaciones.

-Acceso periamigdalino: anamnesis, Orinoco hacia. Dolor unilateral. Establecer la agudeza o cronicidad del proceso, así como los síntomas locales y regionales decomisos.

Realizar faringoscopia y examen físico, constatando trismus dolorosos, sialorrea, aumento de volumen, generalmente de un solo lado de la orofaringe, por abombamiento del pilar anterior y rechazo de la amígdala y de la úvula edematosa hacia el lado no tomando.

Conocer el concepto, etiología, cuadro clínico, complicaciones y evolución del Abceso periamigdalino.

Indicar hemograma.

Hace diagnóstico positivo y diferencial de la afección.

Conocer posología y fórmulas de gargarismos, de quimioterápicos y antibióticos, analgésicos y antipiréticos.

Prescribir gargarismos lo más caliente posible de semillas de linasa y raíz de Altea; gargarismos de fenosalil y gargarismos alcalinos.

Orientar y remitir el caso pero no empezar a usar antibióticos.

Expedir certificado de 5 a 10 días.

Orientar y remitir si el proceso se remite con frecuencia.

-Faringitis aguda: anamnesis: comienzo brusco o insidioso del afección. Fiebre, dolor, malestar general, síntomas locales, ardor faríngeo, sequedad, tensión, cosquilleo, dolor a la deglución, dolor irradiado a los oídos, carraspeo faríngeo.

Rinoscopia anterior y posterior. Faringoscopia: secreción mucopurulenta en la pared posterior de la faringe, enrojecimiento y tumefacción. Aumento de volumen de los folículos linfáticos, así como de los cordones linfáticos laterales. Deformidad de la úvula.

Conocer concepto, etiología (bacteriana o viral), patogenia y evolución de la afección que estudiamos.

Posología y fórmulas de gargarismos: antihistamínico, vitamina, antipiréticos, antibióticoterapia. Valoración de la permeabilidad nasal.

Prescribir si viral: antihistamínicos, vitamina C, aspirina y tetraciclina 250 mg cada 6 horas. Si bacteriana: penicilina 1 millón de unidades cada 12 horas IM. Tetraciclina o eritromicina 250 mg cada 6 horas.

V. síndrome disfónico: anamnesis: tiempo evolución de la afección, forma de instalación (brusca o progresiva), profesión del paciente. Estado emocional. Tabaquismo. Trauma laríngeo. Operación de tiroides, tuberculosis pulmonar. Tumoración, parálisis o paresias laríngeas.

Laringoscopia indirecta: movimientos de las cuerdas vocales, tumoraciones, coloración del órgano, edemas.

Conoce el concepto, etiología, patogenia de las entidades de este síndrome. Realizar diagnóstico sindrómico.

Orienta y remite.

VI. Síndrome disneico laríngeo:

Anamnesis: tiempo evolución, forma instalación (brusca o progresiva) hábitos tóxicos. Reacciones a medicamentos y otras reacciones alérgicas. Profesión. Antecedentes de tumoraciones laríngeas.

Al examen físico: isleña inspiratoria, cianosis, tiraje y cornaje.

Laringoscopia indirecta si lo permiten las circunstancias.

Conocer concepto. Etiología. Patogenia. Cuadro clínico. Complicaciones, tanto del enfermedad como tal, como de las acciones terapéuticas.

Realizar técnica de la traqueostomía de urgencia, si el caso no ha tiempo a la remisión.

Orienta y remite cuando las circunstancias lo permiten.

VII. Síndrome tumoral del cuello:

Anamnesis: comienzo y evolución de la enfermedad.

Inspección y palpación del cuello. Características de la tumoración.

Realizar técnica de Rinoscopia anterior, Rinoscopia posterior, faringoscopia, Laringoscopia indirecta buscando tumoración primitiva.

Conocer concepto, etiología, patogenia, cuadro clínico y complicaciones del síndrome.

Hace diagnóstico positivo del síndrome.

Orienta y remite.

VIII. Cuerpos extraños en vías aéreo digestivas superiores:

Anamnesis: naturaleza del cuerpo extraño, tiempo de instalación; dolor, malestar alterará, sialorrea, tos, dificultad respiratoria.

Realizar Rinoscopia anterior, Rinoscopia posterior, faringoscopia y Laringoscopia indirecta.

Conocer concepto, etiología, cuadro clínico y complicaciones del tema motivo de estudio.

Realizar faringoscopia para extraer el cuerpo extraño de la orofaringe y orientar y remitir, si la ubicación de dicho cuerpo extraño fuera en la laringe, tráquea y esófago.

IX. Inflamación del pabellón auricular:

Anamnesis: buscar antecedentes de trauma; picaduras de insectos; contacto con sustancias irritantes a nivel del pabellón auricular.

Realizar otoscopia. Inspección y palpación del pabellón auricular. Presión del trago y tracción del pabellón.

Determinar si el lóbulo del pabellón queda indemne, o no. Si el tumoración blanda en la porción superior del pabellón auricular, entre el helix y el antihélix, colores de la misma, rubor, calor, dolor.

Conocer el concepto, etiología, cuadro clínico, patogenia y complicaciones.

Orienta y remite con urgencia.

X. síndrome hipoacúsico conductivo:

-Cuerpos extraños del conducto auditivo externo:

Realiza anamnesis: tiempo de las molestias otógenas. Hipoacusia, creado de la misma; sensación de picadas, aleteo, secreciones y antecedentes de la instalación del cuerpo extraño.

Realizar otoscopia, detectando si existe cerumen, decamación, cuerpo extraño, forúnculo, otitis externa difusa.

Hace diagnóstico nosológico del cuerpo extraño del conducto auditivo externo: tapón de cerumen, tapón epidérmico, forúnculo, otitis externa aguda difusa.

Concepto, etiología, cuadro clínico, complicaciones, naturaleza del cuerpo extraño, si animado o inanimado.

Realizar técnica de las pruebas Acumétricas: Weber, lateralizado al oído enfermo con más enfermo. Rinne negativo y Schwabach prolongado.

Técnica del lavado de oído.

Técnica del ablandamiento del tapón de cerumen y del tapón epidérmico.

Técnica de la neutralización del cuerpo extraño animado.

Técnica de la deshidratación del cuerpo extraño inanimado (vegetales).

Técnica de la extracción del cuerpo extraño.

Conocer posología de gotas óticas (agua oxigenada, carbonato de potasio).
Posología de analgésicos locales.

Realiza extracción del tapón de cerumen o cuerpo extraño. Prescribe gotas óticas analgésicas. Certificado de la enfermedad o alta.

Orienta y remite si hay complicaciones.

-Otitis media aguda catarral o serosa:

Anamnesis: forma de comienzo (brusco o insidioso), dolor, hipoacusia, pesadez ótica, autofonía. Rinofaringitis aguda. Amigdalitis aguda. Sinusitis aguda. Adenoiditis aguda. Poliposis nasal.

Técnica del otoscopía: membrana timpánica retraída o reprimida, exageración en la proyección del mango del martillo, horizontalización del mismo, de la apófisis corta y repliegues timpanomaleolares. Ligeramente enrojecimiento del mango del martillo por ingurgitación de los vasos y presencia, cuando se puede visualizar, de un nivel líquido en la mitad inferior de la membrana timpánica, nivel líquido que presenta burbujas de aire.

Conocer, concepto, etiopatogenia, síntomas y signos, evolución y complicaciones de la otitis media, aguda catarral o serosa.

Prescribir gotas analgésicas, óticas, si dolor pronto antipiréticos, inhalaciones de mentol y antiséptico nasal (algirol al 2%).

Orienta y remite.

-Otitis media purulenta aguda:

Anamnesis: forma de comienzo, concomitante con un proceso agudo nasofaríngeo, dolor agudo en el oído afectado, hipoacusia; si existe o no supuración; sensación de llanura del oído; fiebre, malestar general.

Otoscopía: abombamiento de la membrana timpánica, enrojecimiento del cuadrante posterosuperior, la mitad posterior de la membrana timpánica como la totalidad de la membrana. Mancha amarillenta en cuadrante posteroinferior (fase cerrada). Perforación puntiforme generalmente en cuadrante posteroinferior, como

salida de pus (fase otógena). pus derramado en el suelo del conducto. Alivio del dolor al ocurrir la perforación timpánica (fase abierta).

Prescribe analgésicos locales y antipiréticos.

Orienta y remite de urgencia.

XI. Complicaciones de las otitis medias:

Anamnesis: averiguar antecedentes de padecer supuraciones del oído, colores y consistencia de las mismas. Detención brusca o aumento ostensible de la misma. Fiebre en agujas. obnubilación.

Otoscopía: constatar la presencia de perforaciones timpánicas y su localización, así como la supuración otógena.

Pruebas Acumétricas.

Palpación de la región periauricular: dolor a la presión del antro mastoideo y la mastoides. Detecta signo de Arellano (borramiento del surco de inserción del digástrico).

Examen neurológico. Descartar parálisis facial. Detecta el síndrome meningoencefálico infeccioso.

Realizar el diagnóstico positivo de los signos de alarma de las otitis medias.

Parálisis facial, vértigos, síntomas meníngeos, cefalea intensa, vómitos explosivos, fiebre en agujas, detención brusca o aumento ostensible de la supuración otógena.

Orienta y remite urgentemente.

XII. Síndrome hipoacúsico perceptivo:

Anamnesis: antecedentes personales de hipoacusia, edad del paciente, comienzo brusco progresivo de la afección. Utilización de drogas ototóxicas. Exposición al ruido. Parotiditis, sarampión, rubeola de la madre en los tres primeros meses del embarazo.

Otoscopía: normalidad de la membrana timpánica.

Pruebas Acumétricas: Weber lateralizado al oído sano o menos enfermo, Rinne positivo, Schwabach acortado.

Examen neurológico.

Conocer la etiología, concepto, cuadro clínico y complicaciones del síndrome. Diagnóstico positivo y diferencial.

Orienta y remite.

XIII. Síndrome vertiginoso periférico:

Anamnesis: Tiempo de comienzo de la afección, periodicidad, características del vértigo, si en acceso, permanente, aparece con los cambios de posiciones. Si hay nistagmos, de mitos y trastornos de la estática.

Pruebas Acumétricas.

Examen neurológico.

Examen clínico general.

Conocer el concepto, etiología, cuadro clínico y complicaciones del síndrome vertiginoso periférico.

Realizar diagnóstico diferencial con el síndrome vertiginoso central o de causas neurológicas.

Conocer la posología de los antivertiginosos orales y sistémico.

Certificado por enfermedad.

Orienta y remite.

XIV. Síndrome tumoral ótico:

Anamnesis: evolución del enfermedad. Supuración ótica. Hipoacusia. Diabetes. Sangramiento. Dolor. Inspección y palpación de la región auricular, periauricular y cervical con la finalidad de conocer la ubicación, el tamaño, consistencia, fluctuación o no de la tumoración, así como la presencia de ganglios metastásico regionales si los hubiera.

Realizar otoscopia para constatar la tumoración del conducto auditivo externo o del oído medio.

Pruebas Acumétricas.

Examen neurológico.

Conocer el concepto, etiología, patogenia, cuadro clínico y complicaciones de éste síndrome.

Orienta y remite.

Organización docente:

PLAN TEMÁTICO					
No	Tema	C	S*	P**	T
1	Propedéutica del área otorrinolaringológica	0	-	35	35
2	Afecciones del área otorrinolaringológica más comunes.	4	12	9	25
Total		4	12	44	60

Trabajo clínico 30 horas

Evaluación final 4 horas

34 horas

Total general: 60 + 34 = 94 horas

Estrategia y organización docente: la estancia en otorrinolaringología tendrá una duración de tres semanas, incluyendo la mañana de los sábados, con un total de 96 horas lectivas, y constituye durante éste tiempo, la dedicación principal del estudiante, independientemente del idioma, terapéutica y trabajo independiente e individual que el mismo tiene programado en el plan de estudios.

Los objetivos instructivos que nos proponemos obtener en este periodo en la ORL es que el estudiante obtenga la información necesaria para conocer y resolver los problemas de salud de un médico general básico (MGB), con un gran contenido de habilidades y destrezas prácticas, que den una respuesta hasta donde sea prudente y correcto, a los requerimientos de la población que atienda. Es así, que por lo mismo entendemos, que de esas 96 horas de que disponemos en la estancia de ORL, sólo el 3,1% será utilizado en conferencias, o sea, una por semanas de una hora de duración, con tres temas seleccionados por su importancia, pero sin embargo, por lo difícil que sería, los mismos puedan ser encarados directamente por los alumnos durante este periodo, ellos son: las complicaciones de las otitis medias, el síndrome disneico agudo y las alteraciones del pabellón auricular.

El resto de las patologías que conforman el programa de la asignatura, son de diaria presentación en el cuerpo de guardias y en la consulta externa, además de los casos ingresados en la sala, por lo que, es en estos lugares, donde el alumno la conocer a en una forma más práctica, independientemente de usar otras formas de enseñanza, como son discusión en pequeños grupos, pase de visita, discusión diagnóstica, solución individual del problema de salud asignado, enseñanza problema.

Como objetivos educativos, el alumno debe estar muy bien orientado en lo que el médico significa para la población, sobre todo, en un país socialista, donde lo primero es el hombre, y el estado tiene el deber de preservar lo más preciado el mismo, es decir, la salud. Por lo tanto, es deber del médico, evitar que el hombre se enferme, practicando la medicina preventiva; si así no sucediera, debe esforzarse por curar y logrado esto, por rehabilitar si fuera necesario, para devolver al hombre a la sociedad en plenitud de facultades.

Conseguir que sus relaciones con el paciente, así como con los familiares, sean francas, amplias y honestas, tratando que en todo momento ambos creen una relación estrecha que les otorgue la confianza que debe haber en todo paciente y familiar acerca del médico.

La ética en términos generales, debe ser un propósito a conseguir, haciendo que el nuevo médico que pretendemos formar con este nuevo plan de estudio, sea práctico y consecuente, con una sociedad que cada vez más, eleva los valores humanos con la práctica de su ideología marxista-leninista, y fundamenta la conducta del médico para cumplir con la misma, produciendo el hecho de principios en el cual el hombre obtenga la atención de derecho que se postula en nuestra constitución socialista.

Organización de la estancia: todos los alumnos concurrirán al colectivo matutino (bibliografía y entrega de guardia) a primera hora de la mañana, de aquí, se incorporarán al o a los grupos básicos del trabajo de las salas, por lo tanto, se dividirán en tantos grupos como grupos básicos hayan. En esta actividad ellos participarán en todas las actividades que se realizan en las salas, como: pase de visita, evolución de casos, confección de historias clínicas, discusión diagnóstica, curaciones etc.

Al final de la mañana, si no hubiera discusión de casos y programación quirúrgica, divididos en pequeños grupos orientado por los docentes, discutirían en forma de enseñanza problema o coloquios, los problemas de salud que no son tributarios de conferencias y que pueden o no estar representados en las salas por pacientes ingresados, usando el método, si no los hubiera, de simular un caso o confeccionar una historia clínica supuesta.

Por la tarde, de acuerdo al tiempo establecido, el alumno tendrá una sola conferencia semanal, y el resto del tiempo lo dedicará a la atención en consulta externa, divididos en grupos pequeños orientados cada grupo por un instructor, donde utilizaremos, además, de los docentes, los especialistas y residentes de mejor preparación.

Grupos los más pequeños posibles, harán tantas guardias como el tiempo y las posibilidades del servicio lo permitan; significando que el horario de las mismas tiene que ser el 8 am a 4pm, para que exista uniformidad para todos los alumnos; ya que la guardias de ORL, en estos momentos, y no sabemos hasta cuándo está centralizada en el servicio de ORL del hospital Calixto García, el cual no utilizará este privilegio para que se cumpla la uniformidad.

Todos los alumnos robaran durante una semana, que siempre será la segunda o tercera, por los servicios pediátricos que le corresponda, haciendo en ellos todas las actividades de esos servicios, incluyendo aunque sea una guardia durante esa rotación.

Durante la semana que rote por pediatría, el alumno, a pesar de ello concurrirá a la conferencia que se ofrezca en su hospital base, ya que en los servicios pediátricos hasta el momento no existe personal docente oficial.

Una vez en la estancia, el alumno concurrirá de 7 pm a 11 pm a la guardia estomatológica de la clínica municipal correspondiente.

TRABAJO INDEPENDIENTE		
Educación en el trabajo		
Sesión de la mañana		
Tareas	Frecuencia	Horario
Revisión bibliográfica	De lunes a sábado	De 8 am a 8:15 am
Entrega de guardia docente	De lunes a sábado	De 8:15 am a 8:30 am
Actividades de sala	De lunes a viernes	De 8:30 am a 11 am
Discusión de casos y programación quirúrgica	Dos veces a la semana	De 11 am a 12 m
Solución de problemas	Tres veces a la semana	De 11 am a 12 m
Almuerzo		12 m
Sesión de la tarde		
Conferencia	Una vez a la semana	De 1 pm a 2 pm
Consulta externa	Dos veces a la semana	De 1 pm a 4 pm
Actividad de sala		De 8:30 am a 10 am
Discusión de casos y programación quirúrgica		De 10 am a 11 am
Reuniones científicas del hospital		De 11 am a 12 m

Los martes y jueves el alumno tendrá el tiempo libre dirigido a las clases de inglés.

Evaluación: Para la evaluación del educando se tomarán elementos de tipo frecuente (diarios): preguntas de control, historias clínicas, discusión diagnóstica, habilidades de consulta externa y salas, trabajo independiente, discusiones en grupos pequeños utilizando la enseñanza problémica. Contaremos con los pacientes ingresados y de consulta externa, así como con historias clínicas supuestas (cuando sea necesario), para de esta manera poder cumplir exhaustivamente el contenido de la asignatura.

El resultado de todas las actividades señaladas arriba, diariamente será evaluado, y resultado de esta evaluación será llevado a una tarjeta de control confeccionada al efecto, es la tarjeta propuesta por la comisión central que consideramos idónea como método de control de la evaluación.

La mencionada tarjeta, estimamos que suficientemente explícita para poder evaluar la estancia de un alumno al final de la misma; sin embargo como el estudiante realizar un trabajo independiente en gran medida satisface el aspecto teórico de la estancia, ayudado en una pequeña parte por las conferencias, se hace necesario evaluar los conocimientos incorporados por medio de una prueba escrita final, aunque esta asignatura aspira a que con la evaluación obtengamos a lo largo de toda la estancia, algún día, ni estatura final escrita tengamos que realiza.

Literatura docente:

Texto:

texto básico: "otorrinolaringología", confeccionado por un colectivo de autores.

Literatura complementaria:

- Otorrinolaringología-Paparella.
- Otorrinolaringología-Balentyne
- Otorrinolaringología-Thompson y Bertelli
- Manual práctico de ORL-M. Portmann
- ORL y broncoesófagología-J. M. Alónso
- Ear, Throat and larynx-Jackson and Jackson

Problemas que vamos a usar y nombres:

1. Síndrome hemorrágico nasal.
2. Síndrome obstructivo nasal.
3. Síndrome tumoral nasal.
4. Síndrome linfoideo faríngeo.
5. Síndrome disfónico y síndrome disneico laríngeo.
6. Cuerpos extraños laringobronquiesofágicos.
7. Síndrome tumoral del cuello.
8. Inflamación del pabellón auricular.

9. Complicaciones de las otitis medias.
10. Síndrome hipoacúsico conductivo.
11. Síndrome hipoacúsico perceptivo.
12. Síndrome vertiginoso periférico.
13. Síndrome tumoral ótico.

Problemas que vamos a usar y nombres:

los problemas que vamos a usar en la enseñanza del alumno, quien están contemplados precisamente en las 3 conferencias que se darán, serán tomados de la vida diaria del servicio, es decir de los casos ingresados en salas, pero aquí en el cuerpo de guardias, los pacientes de la consulta externa y también de los problemas de salud de nuestra asignatura. Si durante la estancia del estudiante no se han presentado problemas muy importantes para el, estos problemas serán planteados con historias clínicas supuestas.

Los problemas principales y más frecuentes en nuestra asignatura son: pacientes que son portadores de:

1. Obstrucción nasal.
2. Sangramiento nasal o epístaxis.
3. Cosquilleo nasal.
4. Faringodinia.
5. Secreción Nasofaríngea.
6. Disfagia dolorosa o no.
7. Sensación de cuerpo extraño en la faringe.
8. Sensación de hincadas en la faringe.
9. Regurgitación de los alimentos.
10. Disfonía o ronquera (reciente).
11. Disfonía o ronquera además de tres semanas de evolución.
12. Falta de ahí en (disnea laríngea).
13. Antecedentes de ingestión o aspiración de cuerpos extraños.
14. Sangramiento de la encía.
15. Sangramiento post extracción de piezas dentarias.

16. Dolor de piezas dentarias.
17. Sangramiento al toser o al desgarrar.
18. Sensación de sordera (hipoacusia) súbita o evolutiva.
19. Dolor de oídos.
20. Secreción de oídos.
21. Resonancia en el oído hablar o al caminar.
22. picazón en el oído.
23. Ruidos en el oído.
24. Mareos (dicho así por el paciente, realmente son vértigos).
25. Antecedentes de cuerpos extraños (animados o inanimados en el oído).
26. Aumento de volumen del pabellón auricular (antecedentes de traumatismos o picaduras de insectos).
27. Dolores articulares durante las crisis de amigdalitis aguda.

Grupo Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2010 (Vigente)