

Interconsultas al Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Clínico Universidad de Chile

Hector Bahamonde S.⁽¹⁾, Esteban Ortúzar G.⁽²⁾, Constanza Valdés P.⁽¹⁾, Constanza Ullrich G.⁽³⁾, Mario Zerega R.⁽³⁾

⁽¹⁾Servicio de Otorrinolaringología, HCUCh.

⁽²⁾Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Barros Luco Trudeau.

⁽³⁾Estudiante de Medicina, Universidad de Chile.

SUMMARY

The objective of this paper is to analyze the consultations performed by the Ear, Nose and Throat service from Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCh) in other services of the hospital during the year 2006. Using a random sample of 80 consultations we find that the services most consulted were: internal medicine (37,5%), surgery (13,8%), and pediatrics (13,5%). The leading causes were swallowing disorders (30%), prolonged mechanic ventilation (12,5%), and hypoacusia (11,3%). The average answer time was 1,28 days (with standard deviation of 2.5 days), 41,3% were followed with a median of 2 controls by patient (interquartile range 2-4). Furthermore 35% of the sample was intubated. The mean time of intubation versus the accepted recommendation was 15,7 vs 10 days (t-test $p < 0,0005$). 13,3% of tracheostomy were performed by ORL. High answer time, in the case of swallowing disorder, is due to lack of materials. Complications of tracheostomy are less frequent and severe.

INTRODUCCIÓN

La especialización en Medicina nos obliga a mantenernos coordinados y en permanente comunicación con otros servicios y así poder dar una atención integral a nuestros pacientes. Esta coordinación en el ámbito hospitalario se realiza a través de las interconsultas (IC). La IC al Servicio de Otorrinolaringología solicitada por otros servicios es una actividad asistencial que se realiza diariamente. Constituye un medio de comunicación imprescindible entre los distintos servicios, y nos permite mejorar así la asistencia sanitaria.

El objetivo de este trabajo fue realizar un análisis descriptivo de las IC realizadas en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y en específico, determinar la media de días de intubación del Hospital con respecto a la media que recomienda la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Se revisaron las fichas de 80 interconsultas realizadas por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital

Clínico de la Universidad de Chile durante el año 2006. Éstas se obtuvieron mediante un muestreo aleatorio simple del total de interconsultas efectuadas durante el mismo año (N = 447). Se recopiló información sobre el tiempo de espera en la ejecución de las interconsultas, diagnóstico por el cual se solicitó, diagnóstico entregado y exámenes solicitados por el servicio consultado, si se realizó o no seguimiento de los pacientes, si éste fue intrahospitalario y/o ambulatorio, si el paciente se encontraba con intubación oro o nasotraqueal, si se realizó traqueostomía y la técnica utilizada.

Las variables se describieron mediante frecuencias porcentuales con intervalos de confianza de 95% (IC 95%), medias \pm desviación estándar (DS) y medianas con rango intercuartilico (RI) según la distribución de la variable que fue evaluada mediante test Shapiro-Wilk. Para comparación de medianas se utilizó t test y para las proporciones Z test. La digitación se efectuó en el programa EPI-Info versión 6 que fue transportado para su posterior análisis al paquete estadístico STATA versión 8.0.

RESULTADOS

Se revisaron 80 interconsultas. La distribución por sexo fue: 48,8% mujeres y 51,2% a varones. Se compararon ambas proporciones (hombres v/s mujeres) mediante Z test, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (Pvalue = 0.75). La mediana de edad fue de 54 años (rango intercuartilico de 27.3 – 69.8) con un mínimo de 1 año y un máximo de 89 años.

Las especialidades que más IC enviaron fueron el Servicio de Medicina Interna (37,5%), Cirugía (13,8%) y Pediatría (12,5%) (Tabla 1). Los motivos más usuales de la solicitud fueron trastornos de deglución (30%), ventilación mecánica prolongada (12,5%) e hipoacusia (11,3%). Y los diagnósticos más frecuentes emitidos por los otorrinolaringólogos tras responder la IC fueron

Tabla 1: Servicio de origen

| Servicio | N | Porcentaje |
|-------------------|-----------|------------|
| Medicina interna | 30 | 37.5 |
| Cirugía | 11 | 13.8 |
| Pediatría | 10 | 12.5 |
| Neurología | 9 | 11.3 |
| Cardiología | 8 | 10 |
| Neurocirugía | 5 | 6.3 |
| Dermatología | 1 | 1.3 |
| Endocrinología | 1 | 1.3 |
| Gastroenterología | 1 | 1.3 |
| Genética | 1 | 1.3 |
| Nefrología | 1 | 1.3 |
| Respiratorio | 1 | 1.3 |
| Traumatología | 1 | 1.3 |
| Total | 80 | 100 |

trastornos de deglución (28,8%), ventilación mecánica prolongada (11,3%) e hipoacusia (8,8%). Con más detalle se pueden ver los resultados en la Tabla 2 y Tabla 3, respectivamente.

La demora media en las respuestas de las IC fue de 1,28 días (DE: 2,5). El 50,7% de las interconsultas se respondieron el mismo día de la solicitud; al sexto día el 97,3% estaban respondidas. El 2,7% de las interconsultas no se realizaron dentro de los primeros seis días (Figura 1).

Se solicitaron 64 exámenes complementarios: nasofibroscopía 52,5%, audiometría 10%, videofibroscopía 10%,

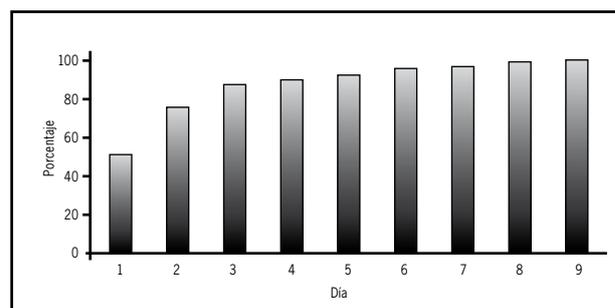


Figura 1: Días de demora resolución IC.

Tabla 2: Observación diagnóstica en I.C.

| Diagnóstico | N | Porcentaje |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| Trastorno deglución | 24 | 30 |
| VMI prolongada | 10 | 12,5 |
| Hipoacusia | 9 | 11,3 |
| Epistaxis anterior | 4 | 5 |
| Otalgia | 4 | 5 |
| Sinusitis | 3 | 3,8 |
| Disfonía | 3 | 3,8 |
| Fractura nasal | 2 | 2,5 |
| Fractura longitudinal de peñasco | 2 | 2,5 |
| Vértigo postural paroxístico benigno | 2 | 2,5 |
| Flegmon cervical | 1 | 1,3 |
| Mastoiditis | 1 | 1,3 |
| Hiperplasia adenoidea | 1 | 1,3 |
| Hiperplasia adenoamigdalina | 1 | 1,3 |
| Rinitis alérgica | 1 | 1,3 |
| Tos crónica | 1 | 1,3 |
| TBC cervical | 1 | 1,3 |
| Pólipo paladar blando | 1 | 1,3 |
| OMA viral | 1 | 1,3 |
| Fractura temporal | 1 | 1,3 |
| Laringitis obstructiva | 1 | 1,3 |
| Perforación septal | 1 | 1,3 |
| Absceso periamigdalino | 1 | 1,3 |
| Sd. vertiginoso | 1 | 1,3 |
| Tumor submandibular | 1 | 1,3 |
| Dacrocistitis | 1 | 1,3 |
| Odinofagia | 1 | 1,3 |
| Total | 80 | 100 |

copía 3,8%, tomografía axial computada (TAC) de cuello 3,8%, VIII par 3,8%, TAC cavidades paranasales 3,8% (Tabla 4).

En un 41,3% de los pacientes evaluados se realizó seguimiento, siendo éste intrahospitalario exclusivo en un 30%, ambulatorio en un 6,3% y un 5% tuvo controles intrahospitalarios y ambulatorios y la mediana de número de controles por paciente evaluado fue de 2 (RI 2-4) con un máximo de 11 controles.

El 35% de los pacientes evaluados se encontraban con intubación oro o nasotraqueal.

Tabla 3: Diagnóstico otorrinolaringológico

| Diagnóstico | N | Porcentaje |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Trastorno deglución | 23 | 28,8 |
| VMI prolongada | 9 | 11,3 |
| Hipoacusia | 5 | 6,3 |
| Epistaxis anterior | 4 | 5,0 |
| Parálisis cordal izquierda | 2 | 2,5 |
| Sinusitis | 2 | 2,5 |
| Fractura nasal | 2 | 2,5 |
| Otalgia referida | 2 | 2,5 |
| Presbiacusia | 2 | 2,5 |
| Flegmon periamigdalino | 2 | 2,5 |
| Neuritis vestibular | 2 | 2,5 |
| Parálisis cordal bilateral | 1 | 1,3 |
| Flegmon cervical | 1 | 1,3 |
| OME antigua | 1 | 1,3 |
| Resfrío común | 1 | 1,3 |
| Hiperplasia adenoidea | 1 | 1,3 |
| Hiperplasia adenoamigdalina | 1 | 1,3 |
| Rinitis alérgica | 1 | 1,3 |
| Reflujo faríngeo laríngeo | 1 | 1,3 |
| Disfunción ATM | 1 | 1,3 |
| Poliadenopatías cervicales | 1 | 1,3 |
| Papiloma paladar blando | 1 | 1,3 |
| OMA viral | 1 | 1,3 |
| Disfonía | 1 | 1,3 |
| Schwanoma VIII par | 1 | 1,3 |
| Otitis externa | 1 | 1,3 |
| Fractura longitudinal de peñasco | 1 | 1,3 |
| Laringitis obstructiva | 1 | 1,3 |
| Tapón de cerumen | 1 | 1,3 |
| Perforación septal | 1 | 1,3 |
| Absceso periamigdalino | 1 | 1,3 |
| Sd vertiginoso | 1 | 1,3 |
| Edema supraglótico | 1 | 1,3 |
| Tumor submandibular | 1 | 1,3 |
| Dacrocistitis | 1 | 1,3 |
| Odinofagia | 1 | 1,3 |
| Total | 80 | 100,0 |

Con respecto al total de días de intubación, el promedio fue de 15,7 (DE 8,04), con un mínimo de 9 y un máximo de 23 días. La variable “Total días de intubación” fue la única variable continua

Tabla 4: Solicitud exámenes solicitados

| | N | Porcentaje |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Nasofibroscofia | 42 | 52,5 |
| Audiometría | 7 | 8,8 |
| TAC de cuello | 3 | 3,8 |
| VIII par | 3 | 3,8 |
| TAC cavidades para nasales | 3 | 3,8 |
| TAC de peñasco | 2 | 2,5 |
| Impedanciometría | 1 | 1,3 |
| Endoscopia nasal | 1 | 1,3 |
| Test cutáneo | 1 | 1,3 |
| RX tórax | 1 | 1,3 |
| Total | 64 | 80,0 |

con distribución normal. Es por eso que está descrita con promedio y desviación estándar. Para evaluar la normalidad se aplicó test Shapiro-Wilk que no mostró diferencias significativas con una distribución normal ($p = 0.48$). En dos pacientes con intubación orotraqueal se solicitó evaluación para traqueotomía. En ambos casos la solicitud se realizó en el día cronológico 17 de intubación.

Se comparó la media de días de intubación del Hospital con respecto a la media que recomienda la literatura. Esto es hasta cuántos días un paciente puede estar con intubación oro o nasotraqueal sin que aumente el riesgo de complicaciones en la vía aérea⁽¹⁾. La comparación se realizó mediante el t-test, encontrándose un promedio de 15,7 v/s 10 días ($p < 0,0005$).

El 86,7% de las traqueostomías fueron realizadas por médico intensivista y con técnica percutánea. El restante 13,3% fue realizada por el Servicio de Otorrinolaringología, utilizando técnica clásica ($p = 0.0001$).

DISCUSIÓN

La IC es una actividad asistencial de gran demanda y que además no ha sido estudiada, esto último se refleja en la escasa bibliografía al respecto^(2,3).

Existe 1 trabajo en la literatura que refleja esta actividad en Otorrinolaringología intrahospitalaria y 1 de las interconsultas enviadas desde atención primaria.

El espectro de pacientes y diagnósticos clínicos es muy variado, lo que está dado por la gran variedad de enfermos ingresados, múltiples enfermedades de base que presentan y las propias necesidades creadas por el sistema hospitalario.

En el presente trabajo encontramos que los motivos más comunes por los cuales se envía una interconsulta al Servicio de Otorrinolaringología de la U. de Chile son los trastornos de deglución, ventilación mecánica prolongada e hipoacusia, teniendo relación con los diagnósticos realizados por los otorrinolaringólogos. Siendo el trastorno de deglución la causa más frecuente de interconsulta, es necesario contar con los medios apropiados para realizarla. Para evaluar un trastorno de deglución se necesita como mínimo un nasofibroscopio y alimentos de distintas consistencias⁽⁴⁾.

Con respecto a la demora media en las respuestas de las IC fue de 1,28 días (DE: 2,5) y el 50,7% se respondieron el mismo día de la solicitud. En el servicio las interconsultas las realizan los médicos *staff*, teniendo cada uno una mañana o una tarde de turno para éstas, mientras además realiza el policlínico. Muchas veces el exceso de pacientes no le permite al médico realizar las interconsultas el mismo día, pero siempre prioriza, ya que patologías de urgencia se intentan resolver el mismo día. Además existen interconsultas con diagnósticos que son de manejo de médico general, como un resfrío, rinitis alérgica u otitis media aguda y también destacan interconsultas que si bien son de manejo por especialista, como una presbiacusia, se puede realizar manejo ambulatorio, ya que no es un diagnóstico que debe resolverse intrahospitalariamente y tampoco define la evolución en un paciente que está hospitalizado por otra causa. Del

total de las interconsultas, en el 97,3% se encuentran respuestas antes de una semana desde que fueron enviadas.

Con respecto a los exámenes complementarios, los que se realizan con mayor frecuencia son la nasofibroscopía y la audiometría, realizada en el Hospital por tecnólogos médicos.

Es importante destacar con respecto a la intubación que ésta produce daño laríngeo en todos los pacientes, comenzando durante las primeras 24 a 48 horas y aumenta hasta llegar al grado máximo al día 7 a 10⁽⁵⁾. Es nuestra labor como médicos detectar aquellos pacientes con mayor riesgo de presentar intubación prologada (más de 10 días) e indicar precozmente la realización de traqueostomía, ya sea por vía clásica o percutánea, según el paciente.

Además de prevenir estas complicaciones, la traqueostomía le proporciona al paciente mayor confort, ya que facilita los cuidados de enfermería y aspiración de la vía aérea, disminuye la resistencia en la vía aérea y así facilita el destete, facilita la movilización del paciente, da la oportunidad para articular palabras y permite alimentación oral con fuerte impacto. Al médico le proporciona una vía aérea segura, reduce la neumonía asociada a la ventilación, le da mayor facilidad para transferir pacientes ventilados fuera de la unidad y se puede disminuir o suspender sedantes y analgésicos⁽⁶⁾.

CONCLUSIÓN

Es fundamental un adecuado equipamiento en los hospitales, en relación al instrumental necesario para realizar estas interconsultas, como por ejemplo, contar con un nasofibroscopio pediátrico. Por otra parte, destaca el alto número de días que los pacientes se mantienen intubados antes de realizar una traqueostomía, probablemente necesitando de parte de los tratantes una conducta más agresiva para así prevenir las posibles complicaciones ya mencionadas.

Para un mejor desarrollo de las interconsultas realizadas por otorrinolaringólogos, necesitamos mayor trabajo en equipo con los distintos servicios, dado por la mayor información de las patologías que necesitan resolución durante la hospitalización y para diferir las que no sean urgentes, no sobrecargando a los médicos con estas interconsultas.

A pesar de las deficiencias encontradas, la oportunidad y calidad del acto médico denominado interconsulta en nuestro Servicio aparece como satisfactorio en relación a los parámetros medidos.

Este análisis pretende ser el primero de una serie para determinar cuál debería ser el procedimiento correcto en este tipo de intervenciones.

REFERENCIAS

1. Durbin CG. Indications for and timing of tracheostomy *Respir Care* 2005;50:483-7.
2. Lechuga R, Fernández R, Fernández, A, Domínguez A, González A, Labella T. Estudio epidemiológico de las interconsultas hospitalarias solicitadas por problemas otológicos en un servicio de ORL de un hospital de tercer nivel. *Revista electrónica SGORL*. N° 4, septiembre de 2003. Disponible en: www.sgorl.org/revista. [Consultado el 20 de abril de 2008].
3. Der C, Salin MP, Iñiguez I, Valenzuela P. Realidad de la derivación a otorrinolaringología desde la atención primaria. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2006;66:95-102.
4. Beltrán C, Soler B, León M. Evaluación de deglución a través de fibroscopía óptica. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2007;67:266-7.
5. Guarino A, Merli G. Timing della tracheotomia. *Minerva Anestesiol* 2000;66:408-13.
6. Heffner J. Role of tracheostomy in Weaning. *CHEST* 2001;120:477-81.

CORRESPONDENCIA

Dr. Héctor Bahamonde Sommer
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 978 9084
Fax: 737 8088
E-mail: titob@mi.cl

