

**“ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO DE
LAS INTERCONSULTAS
HOSPITALARIAS
SOLICITADAS POR
PROBLEMAS OTOLÓGICOS
EN UN SERVICIO DE ORL
DE UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL”**

*Ruth Lechuga,
Raquel Fernández,
Adolfo Fernández,
Antonio Domínguez,
Andrés González y
Torcuato Labella.*

RESUMEN

Las Interconsultas intrahospitalarias (IC) constituyen el único medio actual de comunicación entre los distintos Servicios, mejorando así la asistencia sanitaria. Observamos que la mayor proporción de IC que recibimos en nuestro Servicio se deben a problemas otológicos por lo que consideramos interesante realizar un análisis de las mismas. Llama la atención la gran cantidad de IC solicitadas por patologías de larga evolución, en similar proporción a las enfermedades agudas que requieren tratamiento inmediato. También sorprende el escaso número de IC solicitando pruebas audiométricas en pacientes sometidos a tratamientos ototóxicos en un centro de nuestras características.

Palabras clave : Interconsultas intrahospitalarias ; patología otológica.

SUMMARY

The only way of communication between the different departments in a hospital nowadays are the interdepartment consultations (IC), which make possible a better sanitary assistance. We confirm that most of the IC we receive in our service are due to otologic problems and that is why we consider interesting to analyze them. There are too many IC about patients who suffer long term pathologies, in similar proportion of those who suffer acute diseases. It is surprising the small number of IC asking for audiometric tests in patients treated with ototoxic drugs in a third level hospital like ours.

Key words : Interdepartment consultations ; otologic diseases.

INTRODUCCIÓN

Dada la progresiva descentralización del saber médico que determina la aparición de las especialidades y superespecialidades existentes hoy en día, se hace imprescindible la labor de coordinación entre las mismas para así asegurar una asistencia médica integral. En el ámbito hospitalario esta comunicación entre los distintos Servicios se realiza a través de la interconsultas intrahospitalarias (IC), necesarias para una adecuada asistencia sanitaria.

Este trabajo se lleva a cabo en el Servicio de Otorrinolaringología de un hospital de tercer nivel, donde contamos con una Unidad funcional de IC que se encarga de atender aquellos pacientes ingresados que, durante su estancia en el hospital, presentan síntomas o signos de alguna enfermedad ORL.

Nuestro hospital dispone prácticamente de todas las especialidades en cuanto a hospitalización se refiere. Cubre el área sanitaria de Santiago, con una población de 467738 habitantes, predominantemente rural y muy envejecida dado el marcado descenso de la natalidad en los últimos años. Cuenta durante la realización de este trabajo con 1469 camas, de las cuales 405 se destinan a pacientes psiquiátricos, y un volumen asistencial medio de 26319 pacientes ingresados al año durante el periodo a estudio.(1).

Vemos que la mayor parte de las IC recibidas en nuestro Servicio se deben a manifestaciones clínicas otológicas, por lo que nos parece interesante realizar un análisis de éstas de modo que conociendo el tipo de pacientes interconsultados, los Servicios que solicitan las IC y de que modo, además de los diagnósticos realizados en cada caso, contribuyamos a un mejor conocimiento de la sistemática hospitalaria pudiendo establecer protocolos para un mejor aprovechamiento de nuestros medios, contribuyendo a una asistencia sanitaria más eficaz.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio prospectivo y protocolizado de las IC recibidas por causa otológica en nuestro Servicio desde mayo de 1996 hasta abril de 1999. De cada IC recogemos los siguientes datos :

1. Datos personales del enfermo : edad y sexo.
2. Datos referidos a la propia IC :
 - Procedencia intrahospitalaria del paciente. Para ello, establecemos seis grupos por especialidades médicas : servicios quirúrgicos, médico-quirúrgicos, médicos, intensivos, pediatría y ginecología y obstetricia. (este último se considera como grupo aparte dadas las peculiaridades epidemiológicas que presenta).
 - Carácter con que se solicita la IC : ordinaria o urgente.
 - Jerarquía del médico que la solicita : jefe de Servicio/sección, médico especialista, médico residente.
 - Procedimientos diagnóstico-terapéuticos solicitados.
 - Diagnósticos realizados, estableciendo siete grandes grupos : Patología traumática, P. Crónica (de oído interno y medio), P. infecciosa (aguda o subaguda) y P. inflamatoria, P. oncológica, P. vestibular periférica, tapón de cerumen, ausencia de enfermedad otológica.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio recibimos un total de 872 IC, de las cuales 324 se deben a manifestaciones clínicas otológicas (37.15%). Se trata de 178 hombres y 146 mujeres, con una media de edad de 48.3 años, y un rango que oscila entre tres meses y 95 años.

En cuanto a la procedencia intrahospitalaria de los pacientes interconsultados por esta causa observamos que son los servicios de especialidades médicas los que generan una mayor proporción, siendo responsables del 63% de las IC recibidas por este motivo ; le siguen los Servicios de especialidades quirúrgicas, motivando el 15.1% de las mismas ; pediatría el 13.9% ; los Servicios de especialidades médico-quirúrgicas el 4.6% ; Ginecología y obstetricia el 2.8% y, por último, los Servicios de cuidados intensivos que solicitan el 0.6% de estas IC (fig.1).

En cuanto al carácter con que se solicita la IC, observamos que 280 se solicitan de forma ordinaria

(86.4%), y 44 con carácter de urgencia (13.6%).

Disponemos de la jerarquía del médico que solicita la IC en 309 casos de los 324 totales para la realización del estudio. Observamos que la mayor parte de las IC son solicitadas por los médicos residentes (67%), seguidos de los médicos especialistas (27.5%) y, por último, los jefes de Servicio/sección (0.9%).(fig 2)

Si Estudiamos los diagnósticos realizados vemos que predominan las patologías infeccioso-inflamatorias, siendo responsables del 21.6% de las IC. Las enfermedades crónicas de oído interno y medio (principalmente hipoacusias neurosensoriales de diversas etiologías) constituyen el 20.1%. Le sigue en frecuencia la exploración otológica normal, es decir, que a pesar de la clínica referida no se objetiva ninguna enfermedad del oído, constituyendo el 17.9% de las IC recibidas por esta causa. Los vértigos periféricos de distintas etiologías justifican el 17.6%, seguidos de los tapones de cerumen (13%), los traumatismos (6.5%) y, por último, la patología tumoral que únicamente diagnosticamos por esta vía en el 0.3% de los casos.

Hemos de sumar a este apartado los procedimientos diagnóstico-terapéuticos solicitados, que en este caso se trata de audiometrías tonales liminares en el caso de los pacientes sometidos a tratamientos altamente ototóxicos y en los casos de despistaje de hipoacusias en pacientes portadores de algún síndrome que curse con afectación otológica. Con menos frecuencia se solicitan timpanometrías de multifrecuencia. Estos procedimientos justifican únicamente el 3.1% de las IC recibidas.(tabla 1)

Cuando hacemos la comparación estadística entre los distintos parámetros estudiados, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo del enfermo y la procedencia intrahospitalaria del mismo (Chi-Cuadrado, $P=0.0179$). Salvando el hecho de que, lógicamente, el 100% de los pacientes remitidos por Ginecología sean mujeres, observamos una mayor proporción de la población masculina en los Servicios de especialidades quirúrgicas, médicas y pediatría en menor medida, mientras que en los Servicios de especialidades médico-quirúrgicas predominan ligeramente las mujeres.(fig.3)

No encontramos en cambio, asociaciones estadísticamente significativas entre el sexo de los pacientes interconsultados y el resto de los parámetros motivo de estudio, ni siquiera entre el sexo del paciente y el diagnóstico realizado en cada caso (Chi-cuadrado, $P=0.3085$).

Vemos que el carácter con que se solicitan las IC varía dependiendo del Servicio del que procede (Chi-cuadrado, $P<0.0001$). Son los Servicios de cuidados intensivos,

seguidos de Ginecología y obstetricia y pediatría, los que demandan un mayor porcentaje de IC urgentes, mientras que los Servicios de especialidades quirúrgicas rara vez lo hacen ; si valoramos las IC solicitadas con carácter de urgencia en números absolutos, vemos que es el Servicio de pediatría el que más las solicita. (fig.4).

Observamos también que existe una asociación estadísticamente significativa entre el carácter de la IC y la edad del paciente (Kruskall Wallis, $P=0.0001$), correspondiendo las IC solicitadas con carácter de urgencia a pacientes con una media de edad menor (media : 34 años), y las ordinarias a pacientes mayores (media : 51 años).

No encontramos más asociaciones entre el carácter con que se solicita la IC y los demás parámetros, siendo especialmente llamativo el hecho de que no se asocie estadísticamente al diagnóstico realizado en cada caso (Chi-cuadrado, $P=0.1671$).

Vemos que la jerarquía del médico que solicita la IC varía en función del Servicio del que procede (Chi-cuadrado, $P=0.0160$), siendo solicitadas en su mayor parte por médicos residentes en los Servicios de especialidades médicas, médico-quirúrgicas, pediatría y ginecología, mientras que en los Servicios de especialidades quirúrgicas y cuidados intensivos se solicitan en similar proporción por los médicos especialistas y médicos residentes. Los jefes de Servicio o sección, lógicamente, son responsables de un bajo porcentaje de las mismas independientemente del Servicio que las solicite.(fig.5).

No existe asociación, en cambio, entre la jerarquía del médico y el resto de los parámetros tenidos en cuenta, ni siquiera con el diagnóstico realizado en cada caso como cabría esperar (Chi-cuadrado, $P=0.2940$).

Cuando estudiamos el Servicio que solicita la IC vemos que se asocia estadísticamente con el diagnóstico realizado (Chi-cuadrado, $P<0.0001$). Observamos la mayor prevalencia de patologías crónicas de oído interno y medio en los Servicios de especialidades médicas y quirúrgicas, mientras que en cuidados intensivos predomina la patología traumática. Tanto en los Servicios de especialidades médico-quirúrgicas, como en pediatría y ginecología, predominan las enfermedades infecciosas o inflamatorias sobre el resto de los diagnósticos realizados. Nos llama la atención que tanto Pediatría como Ginecología y obstetricia soliciten una elevada proporción de IC en las que no se objetiva ninguna enfermedad otológica.(tabla 2).

Como es lógico, existe una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico realizado y la edad del paciente (Chi-cuadrado, $P<0.0001$), siendo los pacientes de mayor edad aquellos que portan patologías crónicas y sufren vértigo, mientras que los más jóvenes suelen

padecer patologías infecciosas. En la figura 6 mostramos la media de edad en cada caso .

Como era de esperar, también la edad del paciente varía estadísticamente en función del Servicio del que procede (Kruskall-Wallis, $P < 0.0001$), siendo los pacientes de mayor edad aquellos que proceden de los Servicios de especialidades médicas (media :58 años), seguidos de los servicios de especialidades quirúrgicas (media :52 años), médico-quirúrgicas (media :50 años), Ginecología (media :42 años), cuidados intensivos (media : 25 años) y, por último, los más jóvenes son los pacientes pediátricos (media : 5años).

DISCUSIÓN

Observamos que la Unidad de IC de nuestro Servicio cubre un espectro de entidades clínicas y de enfermos mucho más variado que cualquier tipo de consultas que nos llegan por otras vías motivado por la gran variedad de enfermos ingresados, las múltiples enfermedades de base que presentan y las propias necesidades creadas por el sistema hospitalario. A pesar de esto, sorprende la ausencia de publicaciones al respecto en la bibliografía consultada, aunque sí encontramos numerosos estudios que analizan las interconsultas extrahospitalarias (2-6), las urgencias en O.R.L.(7-9), la asistencia primaria en O.R.L.(10), y otros estudios epidemiológicos de distintas unidades pertenecientes a un Servicio de O.R.L.(11-12).

Vemos que es la clínica otológica la que motiva la mayor proporción de IC recibidas en nuestro Servicio. Cuando observamos la procedencia sanitaria de las mismas vemos que son solicitadas principalmente por los Servicios de especialidades médicas y quirúrgicas lo cual no es de extrañar ya que suponen la subpoblación hospitalaria más numerosa en nuestro centro aglutinando ambas al 53% de los pacientes ingresados durante el periodo de estudio. Lo que llama la atención es que el Servicio de pediatría nos interconsulta con relativa frecuencia a pesar de contar con un escaso número de pacientes hospitalizados (el 10% del total de pacientes). Consideramos que esto es debido a la elevada morbilidad otológica en los niños y a que, en muchos casos, son las propias enfermedades otológicas las que motivan el ingreso por los pediatras dada su condición de “generalistas de la infancia”, por lo que habitualmente se solicita nuestra valoración si la evolución del enfermo no es la adecuada.

En cuanto a los diagnósticos realizados vemos que predominan las enfermedades infeccioso-inflamatorias, como sería de esperar, aunque seguidas muy de cerca por las enfermedades crónicas de oído interno y medio (en la mayor parte de los casos se trata de hipoacusias neurosensoriales de diversas etiologías). Teniendo en

cuenta la procedencia mayoritaria de los pacientes estudiados, y dado que se trata de las subpoblaciones hospitalarias de mayor edad, no nos llama la atención la elevada prevalencia de enfermedades crónicas entre los pacientes interconsultados. Lo que si es llamativo es que tratándose de cuadros clínicos de instauración progresiva, en muchos casos de años de evolución, se aproveche el ingreso hospitalario para esa primera toma de contacto con el otorrinolaringólogo. Consideramos que las prolongadas estancias hospitalarias, sumado a la “picaresca” de algunos pacientes que consideran esta vía como la forma más rápida de resolver todas sus dolencias a un tiempo, hacen que los médicos responsables nos interconsulten con frecuencia.

Llama la atención la elevada proporción de IC en las que no se objetiva ninguna enfermedad otológica. Tanto Ginecología como las Unidades de cuidados intensivos cuentan con una elevada proporción de IC normales pero suponen un número muy reducido de IC. La mayor parte proceden de los Servicios de especialidades médicas, donde los pacientes se quejan de molestias discretas, sensación de taponamiento auditivo...síntomas habituales que uno suele pasar por alto pero que en el ámbito hospitalario intranquilizan al enfermo ; esto sumado a la dificultad de la exploración que requiere un instrumental adecuado hace que la mayor parte de los pacientes acudan a nuestra consulta sin haberles sido realizada una otoscopia, por lo que en muchos casos la exploración es normal. Pediatría cuenta también con una elevada proporción de IC normales, lo cual sorprende dado que son médicos muy habituados a la otoscopia de rutina. Hemos de tener en cuenta que el reducido diámetro del conducto auditivo externo en los niños hace que pequeños restos de cerumen dificulten la realización de una otoscopia completa, tan importante en la exploración pediátrica.

Nos sorprende el escaso número de IC solicitando controles audiométricos en pacientes sometidos a tratamientos ototóxicos, dado la elevada frecuencia con que se usan este tipo de fármacos en un centro de nuestras características. Sería interesante la instauración de protocolos al respecto para así esclarecer la causa de muchas hipoacusias neurosensoriales de etiología desconocida vistas en las consultas externas.

Cuando nos fijamos en el carácter con que se solicitan las IC nos llama la atención que no se asocia estadísticamente a los diagnósticos realizados, lo que parece indicar que en muchos casos se solicitan IC urgentes para agilizar la asistencia más que por la trascendencia de las enfermedades que portan los pacientes. La mayor parte las IC urgentes proceden de pediatría y consideramos que se debe a la necesidad de una exploración adecuada en pacientes con síndromes febriles de etiología desconocida, a lo que hay que sumar la presión a la que se ven sometidos los médicos por los

familiares de los enfermos, dado lo sobreprotegidos que a menudo se encuentran muchos niños.

La jerarquía del médico que solicita la IC varía estadísticamente en los distintos Servicios, dependiendo fundamentalmente de la cantidad de médicos residentes con los que cuentan en las distintas unidades de hospitalización, ya que son éstos los que habitualmente se dedican a las tareas "burocráticas". Vemos que no varían los diagnósticos realizados dependiendo de quien solicite la IC ; sería de esperar que los médicos residentes, dada su limitada experiencia clínica, solicitaran una mayor proporción de IC normales y vemos que no es así.

Para concluir, insistimos en la Importancia de las IC como único medio para garantizar una adecuada asistencia médica por lo que no ha de considerarse como algo rutinario, sino que debe incluirse en ella una completa anamnesis del enfermo, casi siempre ausente, posibilitando la selección de los pacientes que en muchos casos serían adecuadamente estudiados de forma ambulatoria tras ser dados de alta del hospital.

BIBLIOGRAFIA:

1. Datos Proporcionados por el Servicio de estadística del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (C.H.U.S.).
2. A.J.Yagüe Hernando, M.T. Blanco Ramos, y A.A. Juez Juez. Análisis de las derivaciones a las consultas de especialistas realizadas en un centro de salud . Atención primaria, 1991. Vol.8. num.6 : 40-44.
3. Ortega-Benito. La calidad en los servicios sanitarios, 1994. Medicina clínica. Vol.103. num.17 : 663-666.
4. I. Huertas Zarco, I. Pereiró Berenguer, J. Sanfélix Genovés y R. Rodríguez Moya. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información, 1996. Vol.17. num.5 : 317-320.
5. J. García Campayo, C. Sanz Carrillo y A. Jimeno Aranda. Interconsulta atención primaria - psiquiatría : utilización de la consulta única, 1993. Vol.13.num.2 : 52-54.
6. F. Buitrago Ramírez y L.M. Chávez García. Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un periodo de tres años,1990.vol.7.num.3 :46-50.
7. M. López Amado, A. García Sarandeses, A. Estévez Guimerans, I. Castro Lareo y J. Martínez Vidal. Urgencias ORL en un centro de salud : estudio de la incidencia durante el año 1990. Acta Otorrinolaring. Esp. 1992, vol. 43,6 : 427-430.
8. S. Sánchez Gómez, J. M. Dueñas Parrilla, A. Alvarez Batista, y J.M. Ceballos Pedraza. Urgencias ORL en una ciudad sanitaria. Estudio descriptivo. Grado de adecuación de la demanda respecto a la asistencia ORL hospitalaria. Acta Otorrinolaring. Esp. 1990 ; vol. 41,6 : 397-404.
9. J. Pérez Obon, J. Rivares Esteban, J. Leache Pueyo, R. Fernández Liesa, J. Marín García, J. Sevil Navarro, A Mateo Blanco. Estudio de las urgencias externas otorrinolaringológicas en un hospital terciario. Acta Otorrinolaring. Esp, 1995. Vol. 46,4 : 298-304.
10. J. I. Benito, D. Morais, V. Miyar, J. Chamorro, C Martín. Estudio descriptivo de la asistencia primaria en otorrinolaringología. Acta Otorrinolaring. Esp, 1996. Vol. 47, 1 : 55-62.
11. A. Soto, S. Santos, M. Vélez y T. Labella. Estudio epidemiológico descriptivo durante un año de una consulta de otoneurología. Aceptado y pendiente de publicación en los Anales ORL Ibero-Americanos.
12. R. Lechuga, C. Frade, P. Vaamonde, C. Castro y T. Labella. Estudio epidemiológico descriptivo de una consulta de otología durante un año en un hospital de tercer nivel. Aceptado y pendiente de su publicación en los Anales ORL Ibero-Americanos.

TABLAS Y FIGURAS

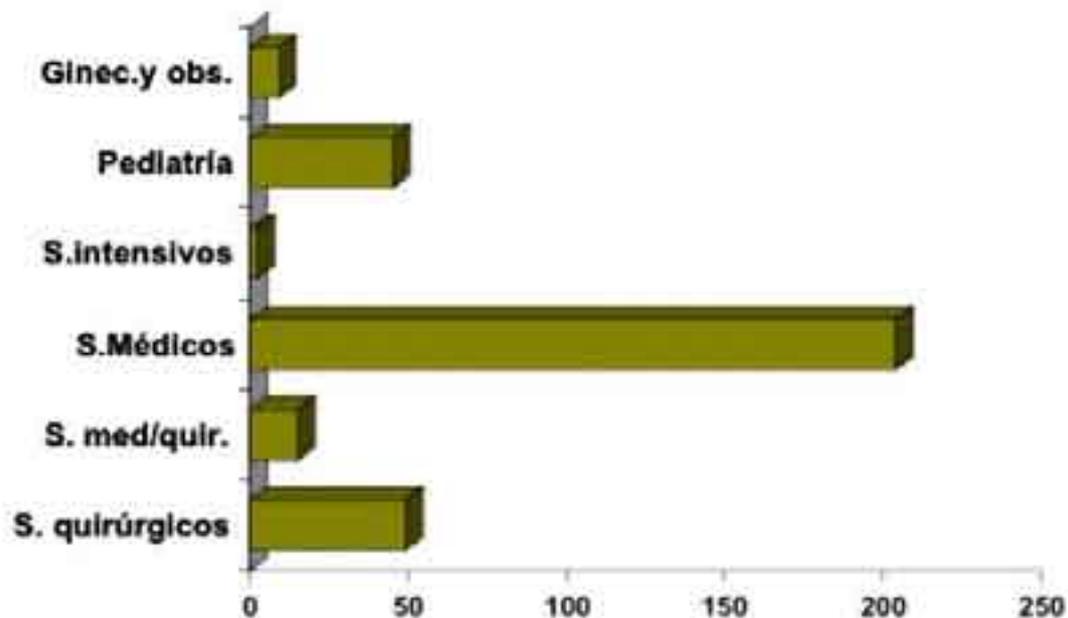


Figura1. Número de IC solicitadas por cada Servicio.

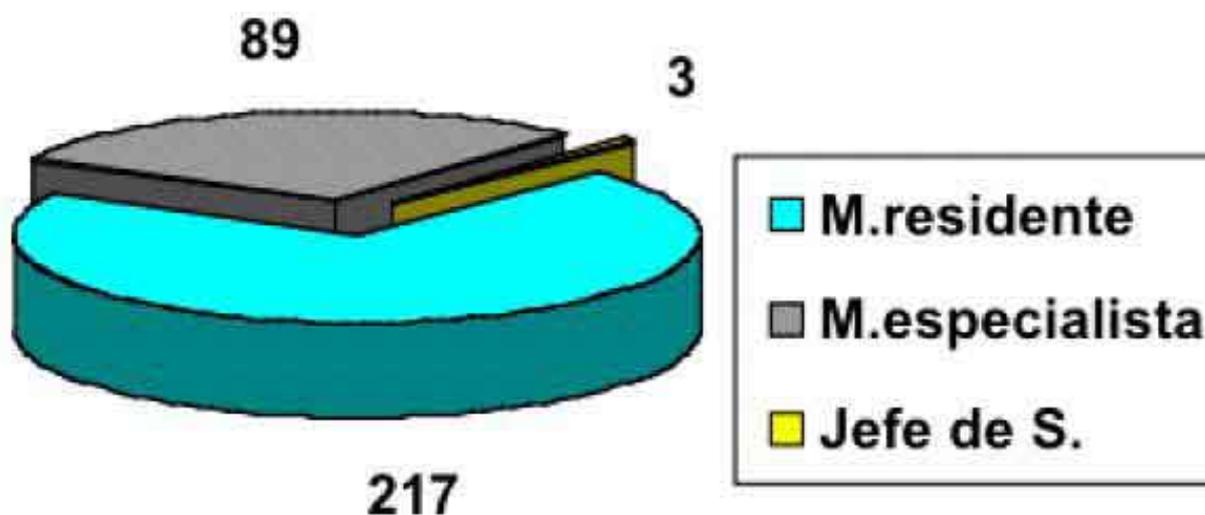


Figura2. Número de IC atendiendo al la jerarquía del médico que las solicita.

Tabla 1.-

DIAGNÓSTICOS REALIZADOS :	Nº	%
1. P. infecciosa o inflamatoria	70	21.6
• Otitis media aguda	19	
• Ototubaritis	16	
• Otitis externa	11	
• Otitis media crónica agudizada	8	
• Síndrome de Costen	6	
• Eczema de C.A.E.	5	
• Otitis seromucosa	3	
• Mastoiditis	1	
• Síndrome de Ramsay Hunt	1	
2. P. crónica	65	20.1
• Hipoacusias neurosensoriales de distinta naturaleza	56	
• Proceso adhesivo crónico	3	
• Agenesia del CAE	2	
• Cofosis	2	
• Otosclerosis	2	
3. Exploración normal	58	17.9
4. Vértigo periférico	57	17.6
5. Tapón de cerumen	42	13
6. P. traumática	21	6.5
• Hemotímpano	12	
• Barotrauma	4	
• Perforación timpánica	2	
• Conmoción laberíntica	1	
• Herida incisa en pabellón auricular	1	
• Otohematoma	1	
7. P. oncológica	1	0.3
PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS :	10	3.1
1. Audiometría tonal liminar	8	
2. Timpanometría de multifrecuencia	2	

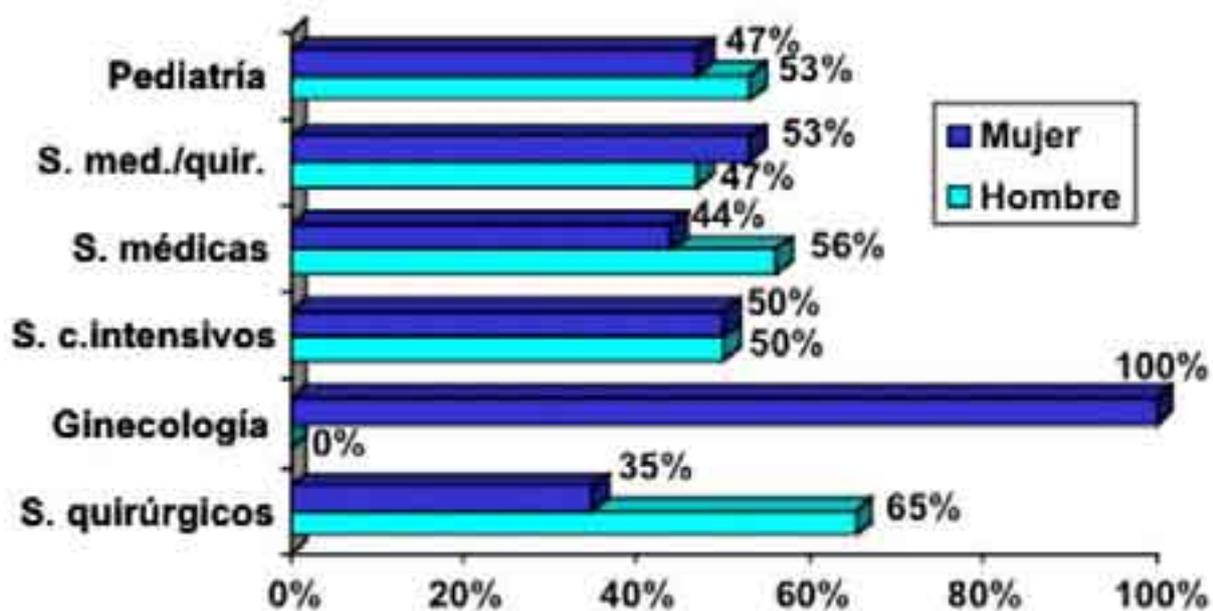


Figura3. Sexo de los pacientes interconsultados atendiendo a su procedencia intrahospitalaria.

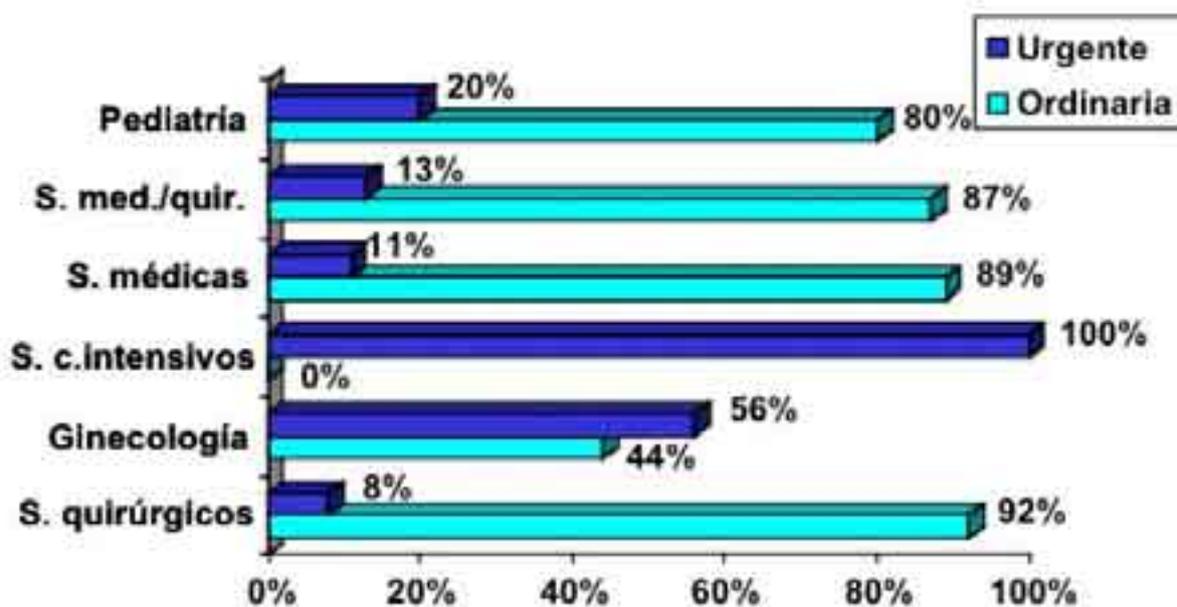


Figura4. Carácter con que se solicita la IC en cada Servicio.

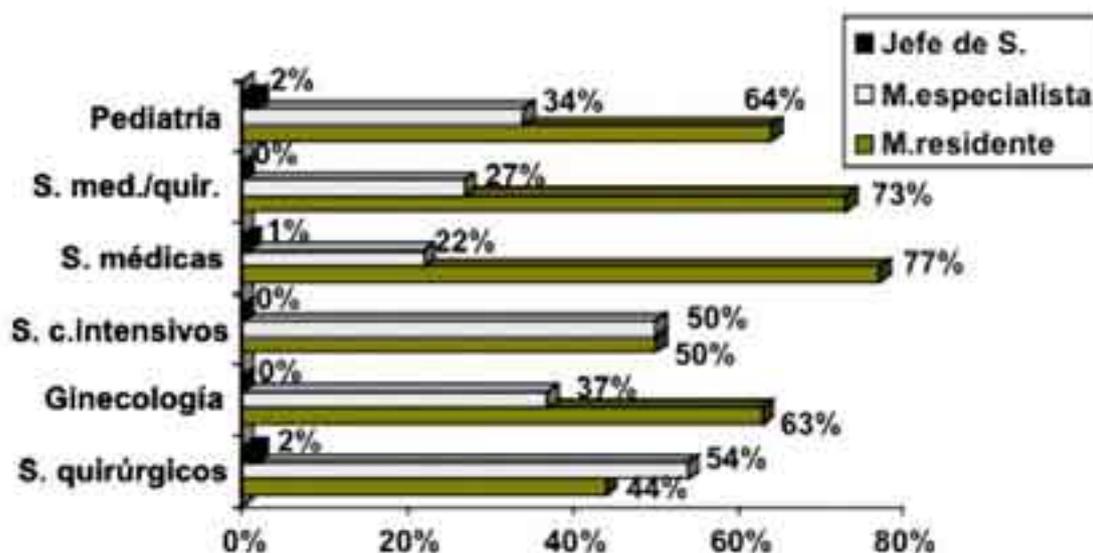


Figura5. Jerarquía del médico que solicita la IC en los distintos Servicios.

Tabla 2.-

Diagnósticos :	S.quirúrgicos	Ginecología	C.intensivos	S.médicas	S. med/quir.	Pediatría
1. P. traumática	18.36%	0%	50%	0.98%	20%	13.33%
2. Normal	10.2%	33.3%	50%	16.17%	13.33%	31.11%
3. P. crónica	20.4%	11.11%	0%	24.01%	20%	4.44%
4. P.infecciosa o inflamatoria.	16.14%	44.6%	0%	18.62%	26.66%	35.55%
5. Tapón de cera	20.4%	0%	0%	13.23%	13.33%	6.66%
6. P. oncológica	2.04%	0%	0%	0%	0%	0%
7. Vértigo perif.	8.16%	11.11%	0%	24.01%	6.66%	4.44%
Procedimientos :						
1. A.T.L.	4.08%	0%	0%	2.94%	0%	4.44%

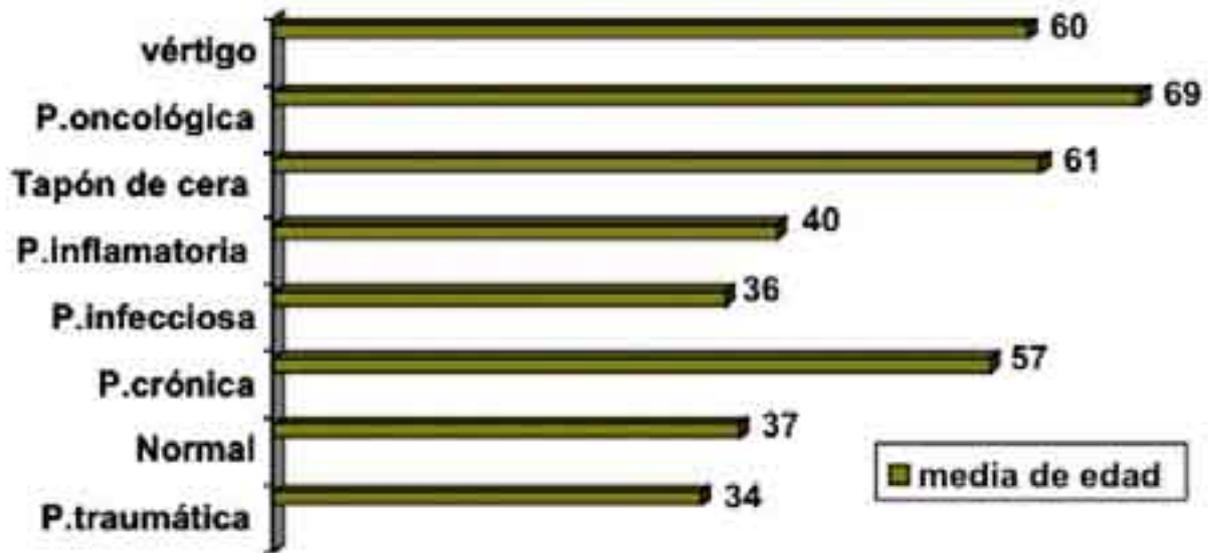


Figura6. Media de edad de los pacientes interconsultados atendiendo al diagnóstico realizado.