

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACUTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO  
“LA RAZA”**

ESTUDIO DE LOS GRUPOS DE EDAD, ENTIDAD NOSOLOGICA Y  
TRATAMIENTO INICIAL MAS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO  
MEDICO “LA RAZA”

**T E S I S D E P O S T G R A D O**

**PARA OBTENER EL TITULO DE**

**MEDICO ESPECIALISTA EN  
OTORRINOLARINGOLOGIA**

**P R E S E N T A**

**DRA AMALIA J. RODRIGUEZ GALICIA TRUJILLO**

**MEXICO, D.F.**

**FEBRERO 1995**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DIDICATORIAS**

A MI PADRE , POR SUS SABIAS ENSEÑANZAS.  
A TI MAMA, QUE SIN TU AYUDA Y AMOR NUNCA LO HIBIERA LOGRADO  
AVELINA, ISAURA, LAURA Y DAFNE POR NUESTROS LAZOS DE AMOR Y  
COMPLICIDAD.

AL DR. DAVID JIMENEZ FERNANDEZ UN EJEMPLO A SEGUIR

A DAVID  
MI AMADO ESPOSO POR TU SIEMPRE AYUDA Y AMOR INCONDICIONAL

## **AGRADECIMIENTOS**

A MIS MAESTROS QUIENES DEDICARON PARTE DE SU TIEMPO EN MI ENSEÑANZA .

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES, POR SU AYUDA PARA REALIZAR ESTE TRABAJO Y SOBRE TODO POR SU AMISTAD DURANTE ESTOS TRES AÑOS.

## **INDICE:**

OBJETIVO		1
ANTECEDENTES		1
JUSTIFICACION		8
MATERIAL Y METODOS		9
PROCEDIMIENTOS		9
RECURSOS MATERIALES		10
PARAMETROS PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS		11
RESULTADOS		12
TABLA NO 1-7	ENTIDADES PATOLOGICAS FRECUENTES	
	POR GRUPOS DE EDAD	14
GRAFICA NO 1	NO. DE PACIENTES POR MES	20
GRAFICA NO 2	PORCENTAJE DE CONSULTA POR MES	21
GRAFICA NO 3	NO. DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD	
	POR MES	22
GRAFICA NO 4	PORCENTAJE POR GRUPO DE EDAD	24
GRAFICA NO 5	NO. DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD	25
GRAFICA NO 6	ENTIDADES PATOLOGICAS	26
GRAFICA NO 7	TRATAMIENTO INICIAL	27
DISCUSION		28
CONCLUSIONES		30
BIBLIOGRAFIA		31

## **OBJETIVO**

Conocer la distribución de la población atendida en el servicio de urgencias de otorrinolaringología, por grupos de edad, entidades patológicas y tratamiento inicial en el Hospital General Centro Médico “La Raza”.

## **ANTECEDENTES**

Las enfermedades del oído, nariz, garganta y del cuello son cada vez más frecuentes como resultado del crecimiento demográfico, de la industrialización y de la contaminación ambiental; por lo que el Otorrinolaringólogo permanece a la vanguardia de las diversas entidades patológica así como de su incidencia y manejo de primera intención que deberá proporcionar.

### **OIDO**

Las infecciones del oído externo y medio constituyen las causas más frecuentes de consulta. Debido a las íntimas relaciones anatómicas y fisiológicas ente el oído medio e interno con las estructuras intracraneales, un diagnóstico erróneo o incluso un inadecuado tratamiento ocasionan graves complicaciones.

### **PABELLON AURICULAR**

#### ***Laceraciones***

Por lo general siguen un trayecto lineal, aunque en ocasiones tienen una configuración estrellada y se acompañan de lesión por aplastamiento importante.

El tratamiento consiste en la limpieza de la zona y sutura de ésta, así como la administración de antibióticos sistémicos. (1,2)

#### ***Hematomas***

Los hematomas auriculares suelen ser producidos por traumatismos contusos del oído, son característicos en los boxeadores y originan la deformidad que se conoce como “oreja de coliflor”. Se caracteriza por tumefacción. Desplazamiento anterior del pabellón auricular (PA), consistencia pastosa de la concha y el antihelix y dolor importante. Su tratamiento se basa en el drenaje y colocar un penrose, además de antibioticoterapia sistémica. Dentro de las complicaciones esta la necrosis del cartílago, ocasionando defectos estéticos importantes y trastornos funcionales (2,3)

#### ***Abrasiones***

Las abrasiones del pabellón auricular originan dolor importante pero poca morbilidad, es fácil tratarlas con una limpieza adecuada y retirar de éstas los restos de cuerpos extraños si existiesen.

#### ***Quemaduras***

El oído externo es muy vulnerable al daño térmico por su posición expuesta y escasez de tejido subcutáneo. Son dos los mecanismos de la lesión de la oreja por las quemaduras:

- a) lesión térmica directa ocasionando una quemadura de espesor completo que da por resultado el desprendimiento de la oreja(3,4)
- b) lesión térmica que se puede complicar con una infección secundaria.

De primera intención deberá evitarse una presión sobre el oído, debridamiento de la herida con una asepsia cuidadosa, así como colocar un drenaje a fin de evitarse una colección de secreciones con la formación de un absceso secundario.

Se aplica sobre las zonas quemadas antibióticos locales, solo se administrarán antimicrobianos sistémicos cuando se sospeche de un absceso.

### ***Pericondritis***

Los traumatismos, incluidos las intervenciones quirúrgicas y las otitis externas graves llegan a producir infecciones de los tejidos blandos o del cartílago del pabellón auricular. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Pseudomona Aeruginosa* y *Proteus*.

Se caracterizan por dolor, tumefacción, drenaje de líquido seropurulento en las zonas de destrucción, edema e inflamación temprana de la piel del pabellón auricular. El tratamiento se basa en la administración sistémica de antimicrobianos como las cefalosporinas o quinolonas y curaciones (2,5)

### ***Otitis Externa***

Hay varios factores que predisponen a las infecciones del conducto auditivo externo (CAE): ambientales, lesiones de la piel del conducto y el contacto con el agua. El dolor es el síntoma principal, así como, una hipersensibilidad y el dolor a la presión sobre el trago y el PA; la piel se encuentra edematizada, con secreción serosa y en ocasiones purulenta.

El tratamiento es la colección de una mecha con corticosteroides locales y antiinflamatorios y la administración de antibióticos sistémicos. (3,4)

### ***Otitis Externa Maligna***

Se presenta en pacientes de edad avanzada, inmunocomprometidos, diabetes mellitas, su agente etiológico es la *Pseudomona Aeruginosa*. La sintomatología es otalgia, tejido de granulación en el CAE y puede haber afección a pares craneales; como el VII. El manejo inicial es la impregnación de antimicrobianos como carbencilina o cefalosporina y el tratamiento es quirúrgico. (2,3,4)

### ***Otitis Media Aguda***

Dos de los principales factores en la fisiopatología de la enfermedad son la disfunción de la trompa de Eustaquio y las infecciones del tracto respiratorio superior. Se caracteriza por otalgia importante, hipoacusia y en niños pequeños por irritabilidad, la otorrea se presenta cuando hay ruptura de la membrana timpánica. En muchos de los pacientes intervienen los mecanismos inmunitarios locales del oído medio y las alergias. Si bien casi todos los casos de otitis media aguda se resuelven en forma espontánea, los antimicrobianos aceleran la resolución y casi eliminan la frecuencia de las complicaciones supurativas. El tratamiento quirúrgico consiste en realizar una miringotomía y timpanocentesis. (2,3)

## **CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO**

### ***Laceraciones***

Son producidas por diversos instrumentos, como aplicadores de algodón, horquillas o palillos.

También son ocasionadas por traumatismos importantes de la cabeza y el cuello. Debido a la gran vascularidad del CAE, hasta las laceraciones pequeñas originan hemorragia abundante, la cual suele ceder en forma espontánea. Por eso es necesaria la exploración detallada. (1,4)

Por lo general las pequeñas laceraciones no necesitan ser reparadas ya que cicatrizan solas. Las laceraciones en circunferencia son más nocivas y a veces dan lugar a estenosis del conducto. Es necesario administrar antimicrobianos y antiinflamatorios locales.

### ***Fracturas***

Las fracturas del CAE suelen acompañarse de otras del hueso temporal o de la mandíbula. Si la fractura afecto la pared anterior del conducto externo, se inspecciona el condilo de la mandíbula para asegurarse de que no se haya fracturado. Los dos sitios de fractura del CAE más comunes son la parte anterior del conducto y el anillo timpánico.

El tratamiento inmediato consistirá en reducir la fractura dejando una férula y se inicia la aplicación de antibiótico local. (4,6)

### ***Perforación traumática de la membrana timpánica***

La mayor parte de las perforaciones limpias de la membrana timpánica son producidas por instrumentos cortantes, por un golpe contuso o súbito en el PA. El 95% de estas perforaciones cicatrizan en forma espontánea. El cuadrante antero inferior es el sitio afectado con más frecuencia. Y en caso de estar limpio el CAE no están indicados los antibióticos locales. En lesiones contaminadas se iniciarán la administración de antimicrobianos sistémicos y locales ya que el riesgo de pérdida total de la membrana es alta. (2,7) Dentro de las complicaciones esta la otitis media supurada.

### **FRACTURAS DEL HUESO TEMPORAL**

Se clasifican en 3 grupos:

Longitudinal:

La dirección de la fractura es anteromedial a lo largo del borde anterior del vértice petroso y se dirige hasta el foramen rasgado y el foramen oval. La hipoacusia conductiva es el síntoma cardinal, ya que la disrupción de la cadena es común.

Transversal:

La dirección de la fuerza suele incidir en el occipucio. Estas fracturas son prolongaciones de la fosa posterior. Si el trayecto de la fractura pasa por la cápsula ótica ocasiona anacusia, el nervio facial se afecta en mayor proporción que la anterior.

Mixtas:

Presentan características de las 2 anteriores. (1,5,11)

### ***Parálisis Facial***

La parálisis facial central (tallo encefálico) y periférica suelen manifestarse por parálisis unilaterales que afectan todas las ramas del nervio facial. Las lesiones cerebrales por arriba del tallo casi nunca afectan el movimiento de la frente. Es importante no solo diagnosticar la causa, sino de vigilar la evolución a fin de determinar si el tratamiento es el adecuado.

En frecuencia se presentan: a nivel del hueso temporal 90%, parálisis facial de Bell 66.5%, traumatismos 13.5%, herpes zóster 8.6%, otitis media 5%, y tumores 5%.

El estudio topográfico diagnóstico nos revela el sitio de la lesión y clasificarlos como parálisis supra o infrageniculada.

El tratamiento de primera intención son los esteroides. En el herpes ótico (Síndrome de Ramsay-Hunt) el manejo con aciclovir debe ser inmediatamente. (3,6)

### **LABERINTOPATIAS**

#### ***Fístula Perilinfática***

Se debe en la mayoría de los casos a la erosión que produce un colesteatoma en la cápsula laberíntica. Esto ocurre casi siempre en el conducto semicircular externo o lateral

En menor incidencia están las fistulas postquirúrgicas.

La sintomatología que se presenta es vértigo intenso, hipoacusia fluctuante y acúfeno.

El tratamiento de primera intención es dar frenadotes laberínticos y manejar la causa que lo esta originando.



### ***Laberintitis serosa***

Consiste en una inflamación no purulenta o irritativa del oído interno, que puede deberse al paso de toxinas a través de las ventanas oval o redonda. Tiene como antecedente importante la cirugía otológica. Los pacientes presentan vértigo, hipoacusia y nistagmus. Por lo general hay resolución completa, pocas veces hay recurrencia. (2,3) El manejo se realiza mediante frenadotes laberínticos y en caso de ser de origen infeccioso antibióticos sistémicos.

Existen otras patologías que semejan cuadros clínicos similares por lo que se deberá realizar un buen interrogatorio y exploración física detallada para precisar el diagnóstico como son: vértigo postural paroxístico, neuronitis vestibular ó enfermedad de Ménière.

### **NARIZ**

#### ***Fractura del hueso nasal***

Es el tipo de fractura facial más común y por lo general se debe a un traumatismo directo, los signos y síntomas que se presentan son dolor, hipersensibilidad, tumefacción, epistaxis, deformidad nasal externa y desviaciones septales.

Una exploración armada y estudios de Rx nos ayudarán a elegir el tratamiento adecuado La reducción cerrada de la fractura es el tratamiento más frecuente, pero si el caso lo amerita deberá realizarse reducción quirúrgica. (2,3)

#### ***Hematomas de dorso y septal***

Son colecciones hemáticas localizadas entre la mucosa septal, cartílago y entre los cartílagos del dorso respectivamente, generalmente son secundarios a un traumatismo en cara. El tratamiento quirúrgico es el indicado para drenar y dejar una vía permeable, así como antibióticos sistémicos para evitar una infección. Dentro de las complicaciones está el absceso que tiene como secuela la reabsorción cartilaginosa. (1,3)

#### ***Fracturas de la porción media de la cara***

Son menos comunes que las fracturas de la nariz o de la mandíbula, suelen ser ocasionadas por accidentes automovilísticos.

El cuadro clínico que presentan es dolor, edema, tumefacción de la porción media de la cara, mala oclusión, maxilar “flotante”, epistaxis, obstrucción nasal, edema periorbitario, equimosis, hemorragia escleral y lesión ocular.

Clasificación de Lefort

Lefort I: separa al paladar duro del resto del maxilar.

Lefort II: fractura piramidal que se extiende hasta los bordes orbitarios.

Lefort III: separación entre la porción de la cara y el cráneo.

El tratamiento de este tipo de fractura es multidisciplinario pues se requiere de la participación de los oftalmólogos, cirugía maxilofacial y el otorrinolaringólogo.

La reducción de las fracturas es quirúrgica por medio de placas de diferentes tamaños y en algunos casos traqueotomía temporal. (2,4)

#### ***Epistaxis***

Las causas de epistaxis pueden dividirse en varias categorías:

a) Traumática: los golpes en la nariz, son los más comunes, además de producir fracturas ocasionan laceraciones en la mucosa.

El traumatismo digital es la causa más frecuente en niños.

b) Hipertensión: los vasos arteriales que yacen bajo una mucosa delicada susceptible a la resequead, son más lábiles a la ruptura de las paredes, sobre todo si la presión arterial esta elevada.

- c) Alteraciones hematológicas: se presentan generalmente en niños con leucemias, púrpuras, enfermedad de Von Willerbrand y en trombocitopenas entre otras.
- d) Infecciones: de origen viral o bacteriana en el tracto respiratorio superior.
- e) Tumores: que se localicen en la nasofaringe, pared lateral ó en el septum.

El tratamiento deberá dirigirse a la causa que lo origine, posteriormente compresión, cauterización, aplicación de taponamientos anteriores o posteriores de gasa, gelfoam o según sea el caso.

Se utiliza la cauterización de la mucosa septal con nitrato de plata para la epistaxis leve Además de una valoración integral del paciente mejorando sus condiciones generales.

La ligadura de las arterias etmoidales o de la arteria maxilar interna será en un segundo tiempo cuando la epistaxis activa se controle. (2,9)

### **INFECCIONES DE VIAS AEREAS SUPERIORES**

Las infecciones del tracto respiratorio superior requieren la participación del otorrinolaringólogo. Tienen una morbilidad importante por las alteraciones funcionales transitorias que producen y por la interrupción de las actividades diarias. Las infecciones virales son la causa más frecuente. Se le ha atribuido a diversos microorganismos como el rinovirus, parainfluenza y sincitial respiratorio. Las infecciones bacterianas son menos comunes y a veces se complican con sinusitis. El cuadro clínico que presentan es: obstrucción nasal, rinorrea hialina o mucopurulenta, edema de la mucosa nasal, estornudos y tos, así como malestar general y fiebre. (7) La terapia indicada es analgésicos, antihistamínicos, antimicrobianos e hidratación.

### **CAVIDAD ORAL Y CUELLO**

#### ***Absceso Periamigdalino***

Los pacientes que presentan este tipo de patología generalmente tienen antecedentes de amigdalitis repetitivas. Presentan disfagia, fiebre, trismos, cambio de voz “voz de papa caliente”, eritema, hipertrofia de la amígdala afectada, desviación de la amígdala, paladar blando y la úvula. (2,10)

El manejo inicial es drenar el absceso mediante punción o incisión bajo los efectos de la anestesia local, antimicrobianos paraenterales y posteriormente valorar el tratamiento quirúrgico mediante una amigdalectomía.

#### ***Absceso Retrofaríngeo***

Se debe a una acumulación de pus en el espacio retrofaríngeo. Esta es una zona limitada en su parte anterior por la pared posterior de la faringe y atrás por la fascia prevertebral. Los síntomas y signos que se presentan son: dolor en cuello, disfagia, fiebre, rigidez del cuello y en ocasiones hay compromiso de la vía aérea superior.

Los estudios de Rx nos auxiliarán a localizar y delimitar el tamaño del absceso.

El tratamiento inmediato es la hidratación intravenosa y antibióticos de amplio espectro.

El drenaje del absceso retrofaríngeo se realizará en sala de cirugía, nunca en un consultorio de urgencias. (2,4)

#### ***Absceso en cara lateral del cuello***

Las infecciones de la porción lateral del cuello son relativamente fáciles de diagnosticar. Las infecciones profundas del cuello pueden ocurrir en cualquiera de los triángulos del cuello como el resultado de la diseminación de la infección desde un sitio primario.

Debe identificarse el origen primario de la infección. Las infecciones de los espacios profundos, se relacionan con patología de la glándula submaxilar, linfadenitis cervical, metástasis del tumor, linfoma y quiste de la hendidura branquial, etc.

El manejo se iniciará con antimicrobianos sistémicos y el drenaje quirúrgico en segundo tiempo. (3,4)

### ***Absceso Parafaríngeo***

Este compartimiento es de gran importancia clínica porque en promedio el 30% de las infecciones profundas del cuello lo afectan. La vía de entrada son las adenoides, bucofarínge y las amígdalas. El cuadro clínico se caracteriza por antecedente infeccioso, odinofagia, fiebre, trismos, aumento de volumen en la región parotídea, detrás del ángulo de la mandíbula y el aumento de volumen laterofaríngeo.

El tratamiento debe incluir administración de antimicrobianos paraenterales y drenaje quirúrgico. (2,3)

### ***Sangrado postamigdalectomía***

La hemorragia postoperatoria puede presentarse en forma inmediata o tardía siendo su frecuencia entre el 0.5 y el 1%.

Las hemorragias inmediatas suelen atribuirse en muchos casos a la técnica quirúrgica empleada o a trastornos de la coagulación. Las hemorragias tardías se deben a infección de los lechos amigdalinos, adenoideos o al desprendimiento de la capa de fibrina.

El manejo inicial se enfocará a restablecer el volumen sanguíneo perdido evitando un estado de choque. Posteriormente se controlará la hemorragia mediante compresión momentánea con gasa, extracción de coágulos, ligadura de pilares o taponamiento posterior, según lo justifique el caso. (1)

## **OBSTRUCCION DE VIAS AEREAS SUPERIORES**

Las vías aéreas superiores que van desde la nariz hasta la carina difieren en tamaño entre los niños y los adultos por esa razón la patología obstructiva en los niños es más severa.

### ***Atresia de coanas***

La atresia de coanas es la persistencia de la lámina ósea o membranosa en las coanas.

Si es bilateral origina obstrucción completa de la cavidad nasal y pone en peligro la vida del paciente. El mantener una vía aérea permeable es la medida terapéutica inicial. El procedimiento de elección es la resección transnasal de la lámina atrésica y colocación de cánula en la apertura para mantener permeable la vía respiratoria. (1)

### ***Estenosis Subglótica***

Se clasifican en congénita y adquirida.

La estenosis subglótica congénita se debe a una malformación del cartílago cricoides ó lo que es más frecuente estenosis de tejidos blandos.

La estenosis subglótica adquirida es un problema muy difícil de tratar. Es común que se presente después de una intubación endotraqueal prolongada ó de una fractura de la laringe. Es mucho más fácil de tratar que las estenosis de tipo congénito, tanto su gravedad como su respuesta al tratamiento son variables. A pesar de que esta entidad no está catalogada como urgencia las complicaciones como la dificultad respiratoria, llevan a realizar un procedimiento de urgencia como lo es la traqueotomía, para mantener una vía respiratoria permeable. (12).

### ***Epiglottitis***

Es el proceso inflamatorio de la epiglottis y los pliegues aritenopigloticos, producidos por H. influenzae tipo B. Aparece en niños de 3 a 7 años de edad.

El cuadro clínico inicialmente es disfagia, sialorrea, dificultad respiratoria de moderada a severa y disfonía.(4) El manejo es la hospitalización, ambiente húmedo, la administración de antibióticos y corticosteroides.

### ***Laringotraqueitis***

Es la inflamación aguda de la mucosa laríngea y traqueal, secundaria a una infección viral (H influenzae). Se manifiesta por tos seca, disfonía, estridor e insuficiencia respiratoria de grado variable. Los pacientes deberán ser hospitalizados, el tratamiento inmediato es con ambiente húmedo, antibióticos y corticosteroides.(1,4)

### ***Traumatismos Laríngeos***

Se dividen en 2 categorías:

Externos: son secundarios a un traumatismo directo en el cuello, se manifiestan por dificultad respiratoria, edema, hematomas, fracturas de cartílagos y enfisema subcutáneo.

Internos: los agentes causales de este tipo de lesión son la aspiración de líquidos o gases cáusticos, intubaciones prolongadas y uso inadecuado de sondas nasogástricas.

El tratamiento inicial será manejar la causa etiológica, corticosteroides, antimicrobianos, Mantener la vía aérea permeable y en caso necesario una traqueotomía. (3,7)

### ***Laringomalacia***

La falta de maduración de las estructuras fibrocartilaginosas de la laringe ocasiona su colapso durante la inspiración y produce manifestaciones variables de obstrucción laríngea y dificultad en la deglución. Se presenta en lactantes y se caracteriza por estridor inspiratorio y en casos graves cianosis. No existe tratamiento específico. Se debe informar a los padres la forma de alimentación y mantener al niño en decúbito ventral.(7)

## **CUERPOS EXTRAÑOS**

Una de las urgencias otorrinolaringológicas más importantes es el alojamiento accidental o intencional de cuerpos extraños en los diversos orificios y cavidad de la cabeza.

Las manifestaciones clínicas del alojamiento de un cuerpo extraño varían no solo de acuerdo al tamaño, sitio anatómico afectado, forma y tipo de material de aquél, sino también depende de otros factores como la edad y el grado de obstrucción e inflamación ocasionados por el cuerpo extraño. Los síntomas pueden ser mínimos o graves que pongan en peligro la vida del paciente. (1)

### ***Cavidad nasal***

La cavidad nasal es un sitio frecuente de alojamiento de cuerpos extraños en niños y en pacientes con retraso mental.

En nasofaringe es raro que se aloje un cuerpo extraño, pero a veces se desplaza desde la nariz. Los datos clínicos que presentan son rinorrea unilateral, en ocasiones fétida y obstrucción nasal. Se extraen en condiciones atraumáticas cuando el paciente coopera en el consultorio de urgencias, pero cuando esto no es posible es necesario su extracción en quirófano bajo anestesia general.

### ***Cavidad oral e Hipofaringe***

Los objetos como huesos de pescado, alfileres o agujas tienden a alojarse en las amígdalas palatinas o linguales. En algunos pacientes con traumatismos de cabeza las prótesis dentales pueden hacer las veces de cuerpo extraño.

Presentan disfagia importante, sialorrea, odinofagia y en ocasiones dificultad respiratoria.

Muchas de la veces se encuentra con facilidad y su extensión es fácil, pero en ocasiones es necesario realizar su extracción mediante métodos endoscópicos.(7)

### ***Oídos***

El oído es otro sitio frecuente donde se alojan cuerpos extraños, predominantemente en niños.

Por lo general, son objetos pequeños y lisos (piedras, cuentas, semillas) difíciles de sujetar. Pueden ser múltiples o bilaterales, ocasionando dolor importante, sobre todo cuando se tratan de insectos vivos.

Se detectan con el otoscopio y su extracción será en condiciones atraumáticas.

En los niños por lo general se requiere de sedación o anestesia general para evitar maniobras excesivas en el paciente que no coopera, a fin de evitar la laceración de la membrana timpánica.(1,7)

## **JUSTIFICACION**

En el Hospital General Centro Médico “La Raza” no se han realizado estudios para determinar la frecuencia de las entidades nosológicas que requieren consulta de urgencia.

Por su gran frecuencia y por ser tan graves las causas que los origina, los casos de urgencia otorrinolaringológica representan siempre un problema médico que requiere de atención inmediata. La situación de urgencia puede derivar de la rapidez con que evoluciona un padecimiento o de las complicaciones que afectan el estado general, ya que conducen a la muerte. En otros casos a pesar de que la enfermedad sea de evolución lenta, la urgencia estriba en la necesidad de detener las complicaciones y secuelas invalidantes.

Con el propósito de diagnosticar y tratar en forma correcta y oportuna las diversas entidades clínicas que se presentan en el servicio de urgencias de otorrinolaringología, así como determinar las principales grupos de fármacos que se utilizan de primera intención, es de gran importancia conocer su bioestadística para establecer bases y de esta manera normar conductas o parámetros clínicos que nos ayuden a este propósitos.

## **MATERIALES Y METODOS**

Se estudiaron a 6979 pacientes que fueron atendidos en el servicio de urgencias de otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico “La Raza”, durante un año, de enero de 1993 a enero de 1994. De acuerdo a:

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes de cualquier edad y sexo
- Pacientes que acuden por primera vez al servicio de urgencias
- Pacientes cuyo padecimiento tenga menos de 24 horas de evolución incluyendo estados agudos de enfermedades crónicas.
- Pacientes hospitalizados con patología menor de 24 horas de evolución

### **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

- Pacientes con consulta de urgencia subsecuente.
- Paciente que presenten patología mayor de 24 horas de evolución

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes que rehusaron el tratamiento inicial
- Pacientes hospitalizados sin patología de urgencia
- Pacientes que solicitaron interconsulta para protocolo de transplante.

La captación de los datos de los pacientes se realizó mediante una hoja que se entregó diariamente a los médicos encargados del servicio.

## **PROCEDIMIENTO**

Los pacientes seleccionados en el servicio de urgencias de otorrinolaringología se les realizaron:

Una historia clínica otorrinolaringológica detallada

Se solicitarán estudios de laboratorio y Rx según fue el caso

Valoración integral

Tratamiento inicial tanto médico, farmacológico y quirúrgico. ( solo se proporcionó el medicamento que se encuentra en el consultorio de urgencias).

## **RECURSOS MATERIALES**

- Rinoscopio de Viena
- Pinzas de bayoneta
- Aspirador de Ferguson
- Lámpara frontal Welch – Allyn
- Estuche de picos para extracción de cuerpos extraños (sin datos)
- Fuente de luz y otoscopios desechables
- Medicamentos disponibles en el consultorio de urgencias
- Instrumental quirúrgico para drenaje de hematomas nasales, traqueotomía y amigdalectomía.
- Áreas físicas: consultorio de urgencias y quirófanos de planta baja.

## **PARAMETROS PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS**

Se estudiaron solo los pacientes que acudieron al servicio de otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico “La Raza”.

Se agruparon por edad, entidad patológica y tratamiento inicial.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

El análisis se efectuó mediante cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión con representación de gráficas y tablas.



## RESULTADOS

Se registraron 7,520 consultas de urgencia en el servicio de otorrinolaringología, se excluyeron 541, por no reunir los requisitos de los criterios de inclusión. Por lo que nuestro universo de trabajo fueron 6,979 consultas de urgencias, durante un período del año. (Ver gráfica 1)

Con promedio de 581.58 consultas por mes y 19.12 consultas por día.

Moda para la edad: grupo III con 1,363 consultas y para la entidad patológica fue la epistaxis con 1,292 casos.

Se evaluaron 3 parámetros: a) grupos de edad, b) entidad patológica y c) tratamiento inicial.

De los 6,979 pacientes se registraron en 7 grupos (ver gráfica 3-5).

Grupo I: la única patología presente fue la atresia de coanas con un total de 13 (0.19%) pacientes, de los cuales el manejo fue conservador. (Ver tabla 1).

Grupo II: con un total de 914 (13.10%) pacientes, la patología más frecuente fue la epistaxis, seguida de la infección de vías aéreas superiores (IVAS) en menor proporción los hematomas nasales, otitis media serosa y Fx. del hueso temporal. (Ver tabla 2).

Grupo III: es el grupo de mayor incidencia en la consultaron 1,363 (19.53%) pacientes, donde la principal causa de morbilidad fueron los hematomas nasales, la segunda causa la otitis media serosa y el tercer lugar las perforaciones traumáticas de la membrana timpánica. (Ver tabla 3)

Grupo IV: se registraron 1,286 (18.42%) enfermos, la primera causa de consulta fue la epistaxis, segundo lugar el IVAS, tercer lugar los hematomas nasales. (Ver tabla 4)

Grupo V: con un total de 1,189 (17.03%) pacientes, la primera causa es la epistaxis, segundo lugar la s.f. nasal y el tercer lugar otitis externa (ver tabla 5)

Grupo VI: formado por 1,006 (14.42%) pacientes de los cuales la primera causa fue la epistaxis, segunda causa la Fx. nasal y la tercera la perforación de la membrana timpánica. (ver tabla 6)

Grupo VII: se integró por 1,208 (17.31%) pacientes la primera causa de morbilidad fue la epistaxis, segunda causa Fx nasal y la tercera causa laberintopatías. (Ver tabla 7)

Las 10 principales causas de morbilidad en el servicio de urgencias son:

Patología	Número	%
Epistaxis	1292	18.51
IVAS	882	12.63
Hematomas nasales	772	10.34
Fx nasales	627	8.98
Otitis externa	537	7.69
Perforación de la membrana timpánica	532	7.19
Cuerpos extraños	431	6.17
Otitis media serosa	341	4.88
Laberintopatías	221	3.16
Parálisis facial	216	3.09

Lo que representa para el grupo de entidades patológicas de nariz con 2,736 (39.20%) en el grupo de oído con 2,308 (33.08%) y para el grupo de cuello con 1,935 (27.73%) pacientes. (Ver gráfica 6)

El tratamiento inicial se valoró en 2 formas:

Tratamiento	Número	%
Adecuado	6,670	95.57
No Adecuado	309	4.43

(Ver gráfica 7)

Los meses que se registraron mayor incidencia de consultas fueron: Diciembre con 650 (9.31%), Noviembre 629 (9.02%), Septiembre 610 (8.74%) y Enero 604 (8.65%) de casos. (ver gráfica 1,2)

**TABLA 1 ENTIDADES PATOLOGICAS FRECUENTES POR GRUPO DE EDAD**

**GRUPO I**

PATOLOGIA	NUMERO	%
ATRESIA DE COANAS	13	100
TOTAL	13	100

**TABLA 2 ENTIDADES PATOLOGICAS FRECUENTES POR GRUPO DE EDAD**

**GRUPO II**

PATOLOGIA	NUMERO	%
OTITIS MEDIA SEROSA	20	2.18
FX HUESO TEMPORAL	5	0.56
HEMATOMAS NASALES	176	19.25
EPISTAXIS	384	42.02
LARINGOTRAQUEITIS	10	1.09
IVAS	319	34.90
TOTAL	914	100

**TABLA 3 ENTIDADES PATOLOGICAS FRECUENTES POR GRUPO DE EDAD**

GRUPO III		
PATOLOGIA	NUMERO	%
ABRASIONES	10	0.75
PERICONDRITIS	57	4.18
OTITIS EXTERNA	108	7.92
OTITIS MEDIA SEROSA	195	14.30
PERFORACIONES TRAUMATICAS DE LA MEMBRANA TIMPANICA	183	13.42
FX HUESO TEMPORAL	54	3.96
FX NASAL	47	3.44
HEMATOMAS NASALES	203	14.90
EPISTAXIS	169	12.39
ABSC. RETROFARINGEO	13	0.95
ABSC. PARAFARINGEO	18	1.32
ABSC CUELLO	15	1.11
SANGRADO POSTAMIGDALECTOMIA	12	0.88
EPIGLOTITIS	9	0.66
LARINGOTRAQUEITIS	17	1.24
CUERPOS EXTRAÑOS ORGANICOS	101	7.41
INORGANICOS	39	2.87
IVAS	113	8.30
<b>TOTAL</b>	<b>1363</b>	<b>100</b>

**TABLA 4 ENTIDADES PATOLOGICAS FRECUENTES POR GRUPO DE EDAD****GRUPO IV**

PATOLOGIA	NUMERO	%
LACERACIONES	38	2.95
HEMATOMAS	34	2.64
ABRACIONES	13	1.01
PERICONDRITIS	18	1.39
OTITIS EXTERNA	145	11.27
OTITIS MEDIA SEROSA	126	9.79
FX DEL CAE	7	0.54
PERFORACIONES TRAUMATICAS DE LA MEMBRANA TIMPANICA	119	9.25
FX HUESO NASAL	31	2.41
PARALISIS FACIAL	12	0.93
FX NASAL	93	7.23
HEMATOMAS NASALES	141	10.96
EPISTAXIS	175	13.60
ABSC. RETROFARINGEO	32	2.48
ABSC. PARAFARINGEO	27	2.09
SANGRADO POSTAMIGDALECTOMIA	8	0.62
EPIGLOTITIS	2	0.15
LARINGOTRAQUEITIS	3	0.23
CUERPOS EXTRAÑOS ORGANICOS	78	6.06
INORGANICOS	31	2.41
IVAS	153	11.90
<b>TOTAL</b>	<b>1286</b>	<b>100</b>

**TABLA 5 ENTIDADES PATOLOGICAS FRECUENTES POR GRUPO DE EDAD****GRUPO V**

PATOLOGIA	NUMERO	%
LACERACIONES	12	1.05
ABRACIONES	18	1.52
PERICONDRITIS	57	4.79
OTITIS EXTERNA	159	13.37
PERFORACIONES TRAUMATICAS DE LA MEMBRANA TIMPANICA	83	6.98
FX NASAL	25	2.10
PARALISIS FACIAL	38	3.20
LABERINTOPATIAS	21	1.76
FX NASAL	169	14.21
HEMATOMAS NASALES	86	7.23
EPISTAXIS	180	15.13
FX CARA	37	3.11
ABSC. PERIAMIGDALINO	104	8.74
ABSC. PARAFARINGEO	30	2.52
ABSC. CUELLO	22	1.85
CUERPOS EXTRAÑOS ORGANICOS	30	2.52
INORGANICOS	10	0.84
IVAS	108	9.08
<b>TOTAL</b>	<b>1189</b>	<b>100</b>

**TABLA VI ENTIDADES PATOLOGICAS FRECUENTES POR EDAD****GRUPO VI**

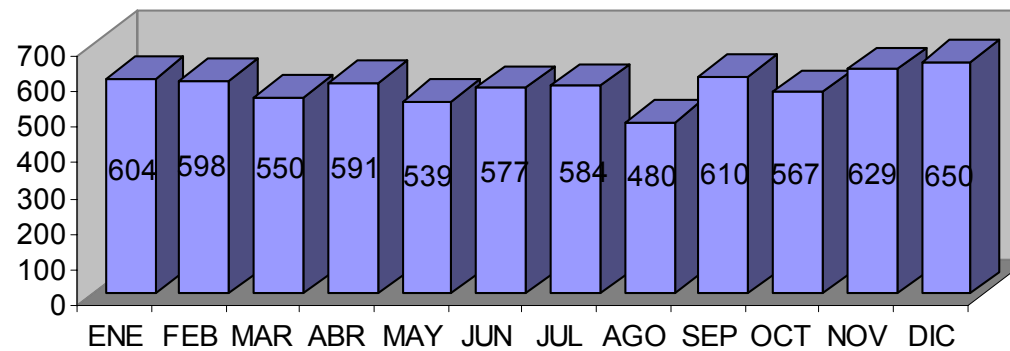
PATOLOGIA	NUMERO	%
LACERACIONES	13	1.30
HEMATOMAS	5	0.41
QUEMADURAS	2	0.19
PERICONDRITIS	12	1.19
OTITIS EXTERNA	84	8.34
FX CAE	3	0.29
PERFORACIONES TRAUMATICAS DE LA MEMBRANA TIMPANICA	92	9.14
PARALISIS FACIAL	74	7.35
LABERINTOPATIAS	85	8.44
FX NASAL	156	15.50
HEMATOMAS NASALES	68	6.75
EPISTAXIS	173	17.20
FX CARA	38	3.77
ABSC. PERIAMIGDALINO	56	5.56
ABSC. RETROFARINGEO	10	0.99
ABSC. CUELLO	28	2.78
ESTENOSIS SUBGLOTICA	7	0.72
CUERPOS EXTRAÑOS ORGANICOS	15	1.51
IVAS	85	8.47
<b>TOTAL</b>	<b>1006</b>	<b>100</b>

**TABLA 7 ENTIDADES PATOLOGICAS FRECUENTES POR GRUPOS DE EDAD****GRUPO VII**

PATOLOGIA	NUMERO	%
LACERACIONES	3	0.25
PERICONDRITIS	13	1.08
OTITIS EXTERNA	41	3.40
OTITIS EXTERNA MALIGNA	59	4.90
FX CAE	2	0.16
PERFORACIONES TRAUMATICAS DE LA MEMBRANA	25	2.06
PARALISIS FACIAL	92	7.61
LABERINTOPATIAS	115	9.51
FX NASAL	162	13.41
HEMATOMAS NASALES	48	3.97
EPISTAXIS	211	17.48
FX CARA	20	1.65
ABSC. PERIAMIGDALINO	48	3.97
ABSC. PARAFARINGEO	28	2.32
ABSC. CUELLO	64	5.30
ESTENOSIS SUBGLOTICA	46	3.80
CUERPOS EXTRAÑOS ORGANICOS	96	7.97
INORGANICOS	31	2.56
IVAS	104	8.60
<b>TOTAL</b>	<b>1208</b>	<b>100</b>

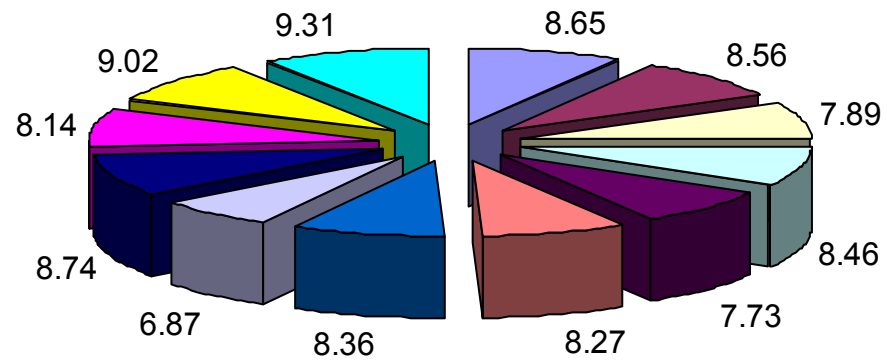


**GRAFICA 1 NO. DE PACIENTES POR MES**



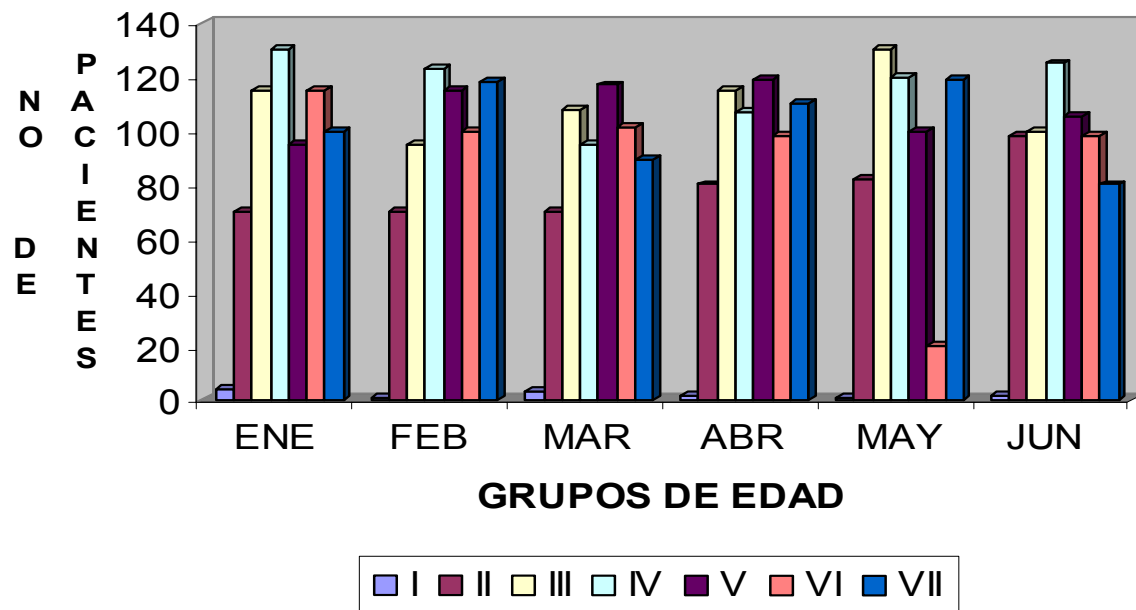
**TOTAL 6,979**

**GRAFICA 2 PORCENTAJE DE CONSULTA POR MES**

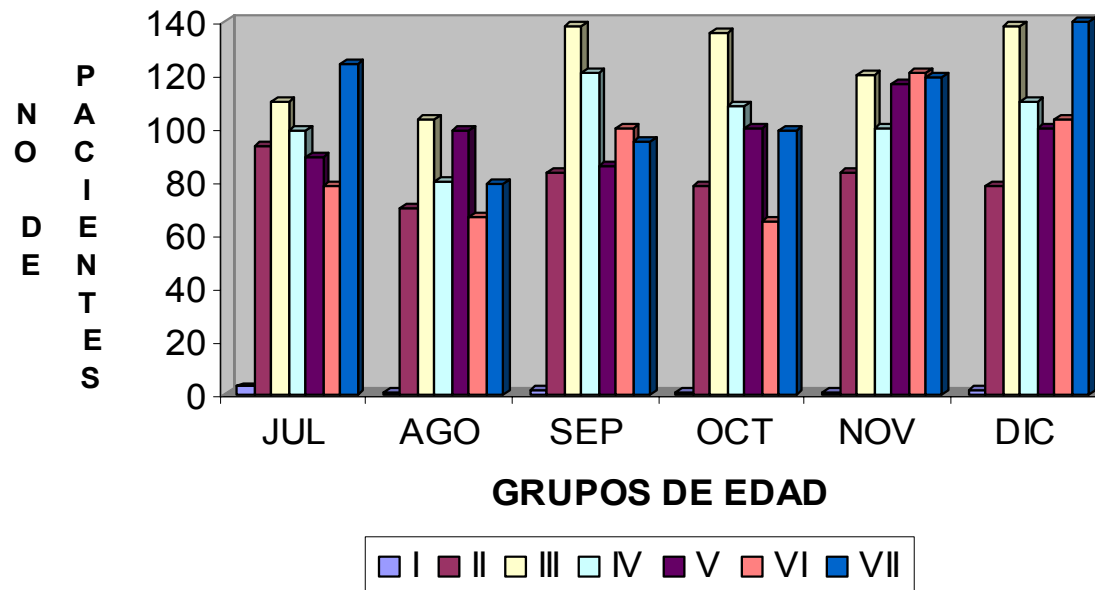


■ ENE ■ FEB ■ MAR ■ ABR ■ MAY ■ JUN ■ JUL ■ AGO ■ SEP ■ OCT ■ NOV ■ DIC

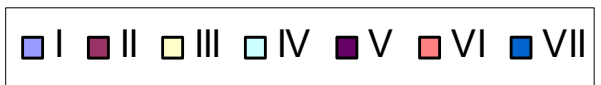
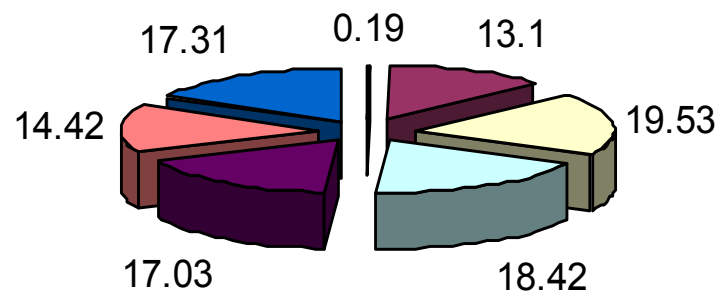
**GRAFICA 3**  
**NO. DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD, POR MES**



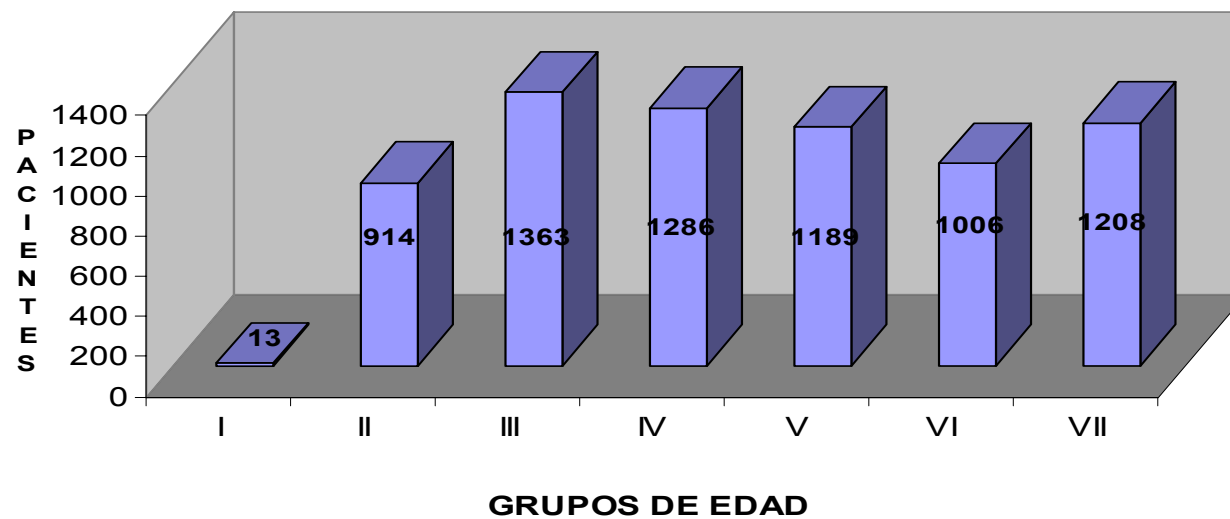
**GRAFICA 3**  
**NO. DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD, POR MES**



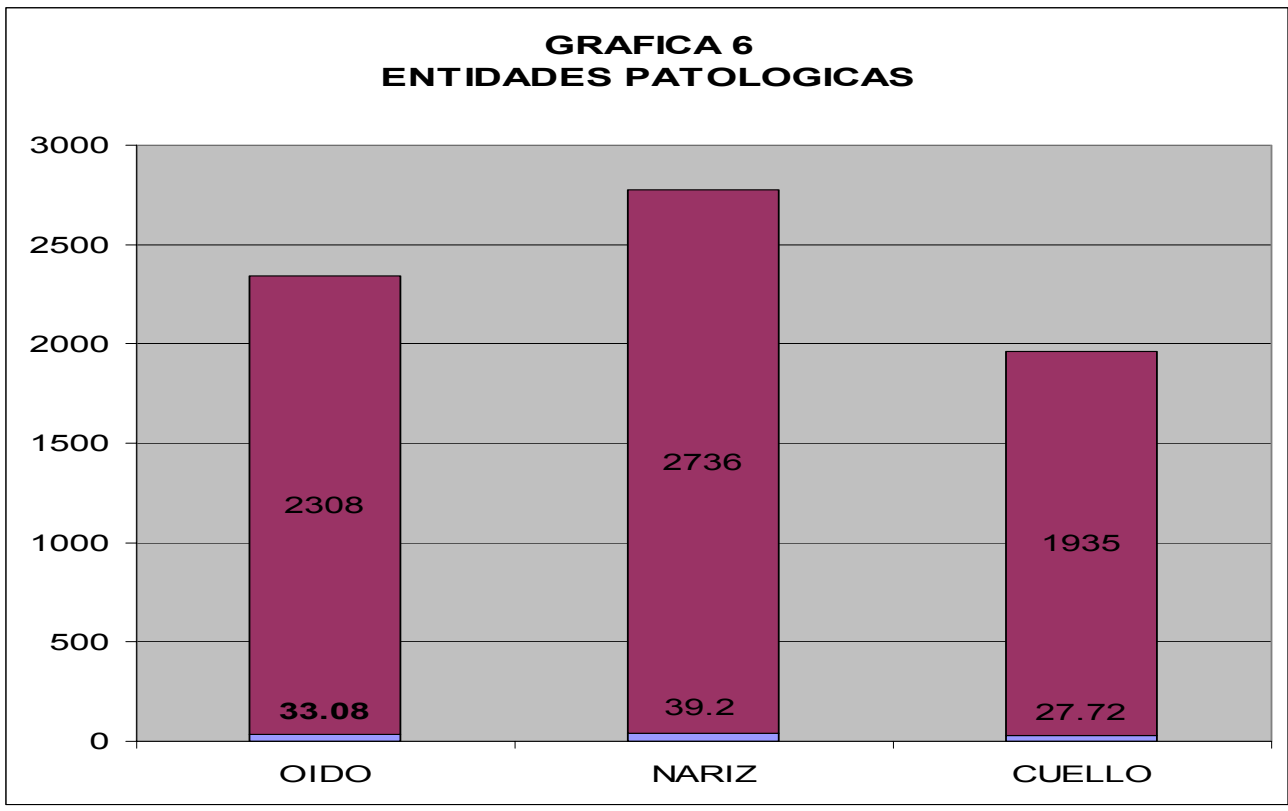
**GRAFICA 4**  
**PORCENTAJE POR GRUPO DE EDAD**



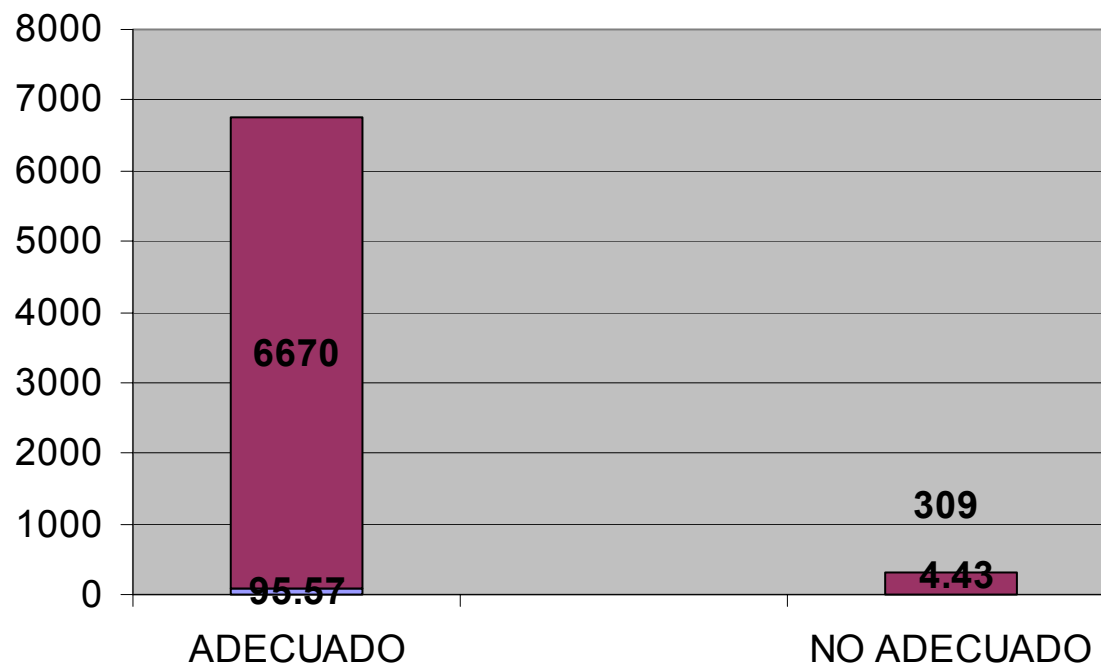
**GRAFICA 5**  
**NO. DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD**



**GRAFICA 6**  
**ENTIDADES PATOLOGICAS**



**GRAFICA 7**  
**TRATAMIENTO INICIAL**





## DISCUSION

Hasta el momento no se ha publicado en la literatura y en el servicio de otorrinolaringología un estudio sobre la bioestadística en urgencias, no existiendo parámetros de comparación, por lo tanto es el interés a realizar este trabajo.

De las 6,979 consultas otorgadas en el servicio de urgencias, el grupo de mayor morbilidad fue el preescolar (de los 15 meses a los 6 años) con 1,363 casos, en segundo lugar la escolar (de 6 años a los 12 años) con 1,286 casos y el tercer lugar por los adultos 1,208 casos, debido a que en el hospital, la mayor parte de la población es la pediátrica.

En relación a los grupos de edad y el tipo de patología se observa que en la población pediátrica predominan las IVAS y las complicaciones que de éstas puedan derivar como epistaxis, otitis media serosa, epiglotitis y laringotraqueitis.

Los hematomas de dorso son más frecuentes en niños que en la población adulta. A diferencia de los grupos de mayor edad donde predominan las enfermedades vasculares – degenerativas y los traumatismos.

En los meses de invierno se registra una mayor incidencia de consultas de urgencia otorgadas, al igual que en los meses donde hay cambios de temperatura ambiental, que predispone a enfermedades infecciosas y sus posibles complicaciones como otitis media serosa, epistaxis y en menor proporción epiglotitis y laringotraqueitis.

En los grupos de adolescencia y adultos se observa un mayor número de traumatismos por accidentes, predominando las fracturas nasales y en segundo lugar las fracturas de Lefort.

La atresia de coanas fue la entidad patológica que se registro en el grupo I manejándose conservadoramente.

La epistaxis ocupa los primeros lugares en todos los grupos de edad, en la población pediátrica predominan las de tipo infeccioso, los traumatismos locales (digitales) y las alteraciones en la coagulación como las púrpuras y trombocitopenias entre otras.

En la población de mediana edad, la etiología es traumática y en menor proporción tumorales (nasoangiofibroma). A diferencia de la población adulta, la etiología vascular- degenerativa como D.M, H.T.A y neoplásicas predominan.

Los traumatismos del oído aumentan su frecuencia en relación al grupo de edad, a mayor edad mayor incidencia de traumatismos de oído.

La parálisis facial predominante fue la de tipo periférico y generalmente de origen otógeno.

Las infecciones del oído son generalmente secundarias a IVAS y dentro de los factores predisponentes están los traumatismos agudos que ocasionan perforaciones de la membrana timpánica y por consecuencia contaminación de la caja timpánica.

Con respecto a las laberintopatías se presentan con mayor incidencia en adultos con íntima relación a enfermedades vasculares – degenerativas y en menor proporción a otógenas.

En niños, los cuerpos extraños tienen igual incidencia en nariz y en oído, siendo las semillas las más frecuentes y en menor porcentaje las cuentas de collares, tornillos, pilas y aplicadores de algodón. Este último es la primera causa de perforación de membrana timpánica.

En la población adulta en cambio, son más frecuentes los cuerpos extraños (espinas de pescado o hueso) en orofaringe, hipofaringe y el tercio superior del esófago.

Los abscesos en cuello se registraron en pacientes adultos, localizándose en el triángulo submandibular y en cara lateral del cuello, manejándose inicialmente con impregnación con antimicrobianos y en un segundo tiempo el drenaje quirúrgico.

El tratamiento inicial otorgado vario considerablemente dependiendo de la existencia de los diferentes grupos de fármacos, así como del material de curación.

Los medicamentos que se encuentran en el consultorio de urgencias son: penicilinas y sus derivados, trimetropin con sulfametoxazol, antihistamínicos (difenhidramina y clorferinamina simple y compuesta), analgésicos (acetaminofen) y vasoconstrictores (fenilefrina nasal).

En la mayoría de los casos, en menor proporción, al número real de utilización.

En todos los casos de sangrado postamigdalectomía, se sometieron a revisión quirúrgica, solo 2 pacientes fue necesario la ligadura de la carótida externa.

## **CONCLUSIONES**

- 1.- La población de pacientes que solicitaron en mayor frecuencia la participación del otorrinolaringólogo fue el grupo III.
- 2.- El primer lugar de entidades patológicas registradas fue el grupo de enfermedades de la nariz, segundo lugar el oído y tercer lugar la patología del cuello.
- 3.- La solicitud de interconsulta al servicio de otorrinolaringología, generalmente no reúne las características de patología de urgencia
- 4.- El grupo de fármacos que se encuentra en el consultorio de urgencias, es insuficiente tanto en calidad, como en el tipo de medicamentos.
- 5.- Consideramos que hay entidades patológicas, que deben ser resueltas de primera intención por el médico que se encuentra en el servicio de urgencias y posteriormente seguir su control por el médico familiar o su otorrinolaringólogo de su Hospital General correspondiente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sue, J .Wetmore, S. Urgencias en Otorrinolaringología. EUA, editorial Prensa Médica Mexicana, 1988. 49-80, 95-100, 116-120.
- 2.- Cummins CV, Fredrickson JM, Haruper LA, Otolaryngology Head and Neck Surgery. Toronto, Mosby, 1986: 611-63, 890-89,1016-1020.
- 3.- Paparella M, Shurrick D, Otorrinolaringología. Argentina, edit. Panamericana, 1990. 2284-2304, 1098-1100, 3035-3040.
- 4.- Lee J.K., Essential Otolaryngology, 5ª ed. Connecticut, MEPC. 1991. 181-195, 581-616.
- 5.- Fairbanks, D.F. Terapia antimicrobiana en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Washington, edit. Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 1991, 29-30,31-32,34-35.
- 6.- Bechara G, Yeakley J. Fracture of Temporal Bone: longitudinal u oblique. Laryngoscope 1992; 102: 129-134.
- 7.- Levy-Pinto S. Otorrinolaringología Pediátrica. México,Edit. Interamericana 1979. 263-282,386-400.
- 8.- Lanza D, Collings G, Clayton J, et al. Early complications tha manegement of craneocefalic trauma. Laryngoscope 1990; 100: 958-962.
- 9.- Lander M, Terry O. The posterior ethmoid artery in severe epistaxis. Otolaryngology Head and Neck Surgery 1992; 106: 101-103.
- 10.- Linder B, Gross CH, Long TE, Lazar R. Morbidity in pediatrics tonsillectomy. Laryngoscope 1990;100: 120-123.
- 11.- Bharath S. Bilateral choanal atresia: key to success with the transnasal approach. Laryngoscope 1990; 104: 482-484.
- 12.- Nancy P, Smith CH. Surgical management for laringotraqueal stenosis in pediatrics patients. Arch Otolaryngology Head and Neck Surgery 1990; 116: 1047-1050.