

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS-LEON

CARRERA DE MEDICINA



TESIS

**Para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía**

Causas médicas injustificadas de referencias del servicio de atención primaria al servicio de otorrinolaringología del hospital HEODRA en el periodo comprendido de enero de 2010 a diciembre del 2012.

Autoras: Mateli Lucia Correa Martínez
Geysell Mariela Cruz Martínez

Tutor: Dr. José Norberto Falcon Falcon
Otorrinolaringólogo

Asesor: Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD
Prof. Titular Dpto. Salud Pública

León, Julio del 2013

DEDICATORIA

Este estudio se lo dedicamos a nuestros queridos padres quienes además de darnos la vida han sido un ejemplo, con su fuerza y esperanza sobre el cual han guiado nuestros pasos en el noble camino de esta profesión.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente queremos agradecerle a Dios, por darnos la oportunidad de concluir satisfactoriamente este estudio.

De igual manera agradecemos a cada una de las personas que nos ayudaron para realizar este estudio como son el Dr. José Norberto Falcon nuestro Tutor y el Dr. Francisco Tercero como nuestro asesor metodológico.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir el patrón de las enfermedades referidas de atención primaria al servicio de otorrinolaringología de HEODRA, de enero de 2010 a diciembre del 2012.

El estudio fue Descriptivo de corte transversal. La población de estudio fue el total de referencias de los centros o puestos de salud de la ciudad de León al servicio de otorrinolaringología del HEODRA durante el periodo de estudio. La fuente de información fue secundaria a través del expediente clínico, y los diagnósticos fueron realizados por el especialista. El software usado fue Epi Info.

La mayoría de pacientes fueron niños y adolescentes, urbanos, sexo femenino y estudiantes. Las principales afectaciones estaban localizadas en el oído, nariz y garganta, respectivamente. La frecuencia de referencias injustificadas fue de 41.3% y la concordancia diagnóstica fue de 44%, siendo mayor en aquellas referencias justificadas. Las principales las causas médicas de referencias injustificadas de atención primaria al servicio de otorrinolaringología del HEODRA fueron: otitis media, faringoamigdalitis, otitis externa y tapón de cerumen.

Se recomienda monitorear y evaluar la calidad del sistema de referencia y contra referencia en Otorrinolaringología.

Palabras claves: uso inadecuado de servicio de salud, referencia, atención Primaria, otorrinolaringología.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
➤ Dedicatoria	
➤ Agradecimientos	
➤ Resumen	
Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	4
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Diseño Metodológico	22
Resultados	24
Discusión	32
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias	37
Anexos	39
• Ficha de recolección de datos	

INTRODUCCION

En la actualidad el sistema público de salud de Nicaragua está organizado en dos niveles de atención: Primaria que abarca centros de salud, puestos de salud, y secundaria constituido por hospitales con especialidades básicas y subespecialidades donde se eleva el nivel de resolución de problemas que no pueden ser resueltos en el nivel primario. (1)

El sistema público de Salud es el que atiende al mayor porcentaje de la población nicaragüense que demanda el servicio de atención en salud. Se han encontrado dificultades para el acceso a la atención médica lo cual contribuye a un problema grave que perjudica a sus usuarios debido al incremento de la población y sus necesidades. Por eso es importante la derivación adecuada de cada paciente en el área del servicio salud donde se puede dar un manejo adecuado de la patología que presenta (1)

La otorrinolaringología es una especialidad que se caracteriza por tener la mayoría de su consulta catalogada con el carácter de no urgente, por esto las autoridades de salud prefieren aplazar la resolución de los problemas para resolver temas más urgentes. Existe una proporción no reportada de pacientes que son referidos a la sala de otorrinolaringología desde el nivel de atención primaria que no ameritan la atención especializada. (1)

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las principales causas de referencia de atención primaria en salud al servicio de ORL del HEODRA, y cuáles de estas podrían ser tratadas en atención primaria, lo que no ameritaría su referencia a un segundo nivel de atención hospitalaria.

ANTECEDENTES

La patología otorrinolaringológica es de alta incidencia y prevalencia, requiere de una valoración especializada morfo funcional para poder realizar los Diagnósticos dando como resultado un mejor manejo de los pacientes.

Una proporción no reportada de los pacientes referidos al otorrinolaringólogo, en el segundo nivel de atención, no ameritan atención especializada, lo cual satura los servicios y difiere la atención quirúrgica. Se han realizado estudios en varios países para identificar esta proporción y proponer alternativas para reducirla.

En el año 2005 se realizó un estudio en el Complejo Hospitalario Infanta Cristina con el análisis de 30,000 pacientes atendidos en 10 años, encontrándose a nivel general las siguientes patologías: epistaxis 12.98%, traumatismo nasales 10.26%, y otitis externa 6.92% fueron las entidades clínicas más frecuentes representando las patologías óticas y nasal en conjunto más de un 63% de las historias atendidas, dando como conclusión que el uso inapropiado de los servicio de urgencia conlleva a una saturación de pacientes que son derivados a especialistas injustificadamente. (2)

En Junio del 2003 en el Hospital Clínico Dr. Sotero del Río en la ciudad de Santiago, Chile se tomó una población de 7750 interconsultas en espera de valoración en otorrinolaringología, se extrajo una muestra de 1150 interconsultas para realizar una base de datos donde 115 pacientes fueron evaluados por el otorrinolaringólogo obteniendo como resultado: 96% de las interconsultas estaban incompletas, 5% de error en derivación, 74% de las interconsultas no tenían fundamento diagnostico y el 25% alcanzo la coincidencia diagnostica. (3)

La revista del Hospital Juárez de México publicó un estudio con 47 pacientes realizado en el año 2009 sobre las causas de referencias a la consulta de otorrinolaringología en un Hospital de segundo nivel, obteniendo como resultado: 17

pacientes deberían haber sido tratado en un primer nivel de atención, que corresponde a la tercera parte de los pacientes referidos. (4)

Protocolos de referencias y contra referencias del adulto que se aplicó en el servicio de salud Metropolitano Sur Oriente en el país de Chile en el área de otorrinolaringología valoró las verdaderas patologías otorrinolaringológicas que necesitan derivación de establecimiento de atención primaria a establecimiento de atención secundaria dentro de las cuales se encuentran: Síndrome Vertiginoso, Otitis Media Aguda. (5)

La capacitación continua y retroalimentación del personal de salud en el primer nivel de atención podrían reducir la proporción de referencias innecesarias al segundo nivel de atención.

JUSTIFICACION

Normalmente todo paciente que llega a consulta en el primer nivel de atención o emergencia, es valorado por un médico que realiza una historia clínica y una exploración física de dicho paciente valorando su problema de salud y posteriormente solicitar o no valoración si es necesario de especialistas en el segundo nivel de atención, para dar una mejor resolución al problema.

En el servicio de Atención Primaria regularmente se encuentran problemas de salud de los cuales no se ameritan valoración de un otorrinolaringólogo, es por eso que es necesario resaltar las causas clínicas de referencia injustificadas, para hacer consciencia tanto en los médicos y la población en general que la referencia solo deben hacerse si son necesaria.

El presente trabajo aportará al conocimiento de futuros profesionales para incitar que tomen consciencia al realizar referencias clínicas que realmente ameritan ser atendidas en Hospitales y tratar de reducir referencias injustificadas que pueden ser atendidas en Centros de atención primaria en Salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas de referencia médicas injustificadas de atención primaria al servicio de otorrinolaringología del HEODRA, de enero de 2010 a diciembre del 2012?

OBJETIVO

Objetivo general:

Describir el patrón de las enfermedades referidas de atención primaria al servicio de otorrinolaringología de HEODRA, de enero de 2010 a diciembre del 2012.

Objetivos específicos:

- 1) Describir las principales características socio demográficas de los pacientes.
- 2) Clasificar las enfermedades referidas de atención primaria a otorrinolaringología según la frecuencia de afectación anatómica.
- 3) Identificar las causas médicas de referencias injustificadas de atención primaria al servicio de otorrinolaringología del HEODRA.
- 4) Estimar la frecuencia de referencias injustificadas y de la concordancia entre el diagnóstico en atención primaria y el diagnóstico otorrinolaringológico definitivo.

MARCO TEORICO

En nuestra sociedad existe una creciente demanda de salud que se traduce en un aumento de solicitud de consulta por especialidades donde la mayoría de las patologías referidas al segundo nivel de atención no constituyen auténticas emergencias para valoración de especialistas y que pueden ser tratadas en los centros de salud, esto da como resultado una sobrecarga o saturación del servicio de salud con atraso de atención para aquellos pacientes que lo requieren. Es por eso que los médicos de los centros de atención primaria deben hacer la referencia de pacientes al segundo nivel de atención que realmente sea necesario, es decir se deben priorizar los problemas que comprometen la estabilidad física y psicológica del paciente, evitando así la saturación de consultas de pacientes que no ameritan atención de especialistas en Otorrinolaringología. (2)

Se derivará para descartar procesos orgánicos: (3)

Justificados:

- Hipertrofia adenoidea con Radiografía de Cavum que tenga obstrucción de la vía aérea superior al 60%
- Rinitis crónica para toma de Radiografía de cavidades perinasales para descartar: Rinosinusitis aguda o crónica o Pólipos antrocoanales o poliposis etmoidal o maxilares.
- Trauma Nasales, cuerpo extraño por la falta de instrumento para su extracción
- Respiración bucal por trauma nasal (antiguo o reciente)
- Amigdalitis crónica: Hablaremos de esto fundamentalmente en procesos agudos a repetición (4-5 anuales) con amígdalas normales o hipertróficas.
- Hipertrofia Severa Amigdalina que comprometa la deglución o respiración.

Injustificada

- Faringitis
- Las rinitis puramente alérgicas
- Otitis Externa, otitis media no complicada

1-Faringoamigdalitis (6, 7)

✓ Definición: Inflamación de la mucosa de la faringe, incluyendo el anillo de Waldeyer (amígdalas palatinas, linguales y faríngeas (adenoides), la cual puede ser o no de origen infeccioso y de curso agudo o crónico.

✓ Factores de Riesgos y Epidemiología: La patogenia esta aun en discusión pero el criterio más aceptado menciona que las infecciones virales con infección bacteriana secundaria pueden ser el origen de enfermedad crónica.

✓ Etiologías más frecuentes: Bacterianos (30%) Aerobios: *Streptococo B hemolítico grupo A*, *Streptococos grupos B, C, G*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria sp.*, *Mycobacteria sp.* Anaerobios: *Bacteroides sp.*, *Peptococcus sp.*, *Peptostreptococcus sp.*, *Actinomycoosi*, Virales (70%).

✓ Clasificación clínica de enfermedades de las amígdalas y los adenoides:

I. Infecciosa: Adenoides y Amígdalas linguales: aguda, aguda recurrente, crónica.

II. Obstrutiva: Nasofaringe, orofaringe, combinada, trompa de Eustaquio.

III. Neoplasias: benignas y malignas.

IV. Traumas.

✓ Cuadro clínico:

Amigdalitis Aguda	Amigdalitis crónica
Amígdalas edematosas	Presencia de exudados purulentos
Criptas con exudados leucocitarios	Material caseoso
Inicio brusco, Odinofagia, disfagia	Expulsión de material fétido, odinofagia
Ganglios crecidos y dolorosos	
Escalofríos, fiebre de 38-39 °C	Fiebre >38 °C

2-Otitis (6, 8)

La otitis es un proceso infeccioso que evoluciona en el conducto auditivo, generalmente agudo, aunque puede llegar a ser crónico. Su localización suele ser el oído medio o el externo.

2.1-Otitis Externa:

Es la infección que se presenta en piel y tejidos blandos del conducto auditivo externo en la vecindad con el pabellón auricular.

✓ **Clasificación:** Existen cuatro formas clínicas:

1. Otitis externa aguda
2. Otitis externa difusa
3. Otitis externa crónica
4. Otitis externa maligna

✓ **Etiología:**

Los gérmenes más comprometidos en esta patología son el *Staphylococcus aureus*, el *Staphylococcus epidermidis*, los difteroides y en menor grado los anaerobios.

✓ **Cuadro clínico:**

- Otitis externa aguda localizada. Se inicia el proceso con una celulitis que con el tiempo se transforma en forúnculo. El dolor compromete todo el pabellón auricular, aunque en ocasiones se centra sólo a nivel de la concha. (6)(8)

-Otitis externa aguda difusa. Se localiza en el pabellón auricular y el canal se presenta con eritema, prurito y dolor intenso.

-Otitis externa crónica. Es la complicación de una otitis media supurativa.

-Otitis externa maligna (necrotizante). Es la forma más grave de las otitis externas. Su evolución semeja a una infección necrotizante con diseminación rápida a tejidos blandos vecinos incluyendo cartílago y hueso. El paciente refiere dolor intenso, y se observa secreción seropurulenta que drena del conducto auditivo e inflamación del pabellón auricular y de los sitios afectados. Es más frecuente en ancianos, diabéticos e

inmunosuprimidos y en ocasiones se complica con mastoiditis, osteomielitis, meningitis y absceso cerebral. El germen causal es la *Pseudomona aeruginosa*.

2.2 Otitis media:

Es una infección aguda del oído medio cuya principal característica es la presencia de secreciones seropurulentas; es más frecuente en niños que en adultos.

✓ **Incidencia:**

Esta varía acorde a la edad y la población. Los niños menores de 7 años en un 80% han tenido por lo menos un episodio de otitis media en la vida; un 50% han tenido dos o más episodios. La incidencia es mayor en los primeros años de vida, decreciendo después de los siete años.

EVOLUCION DE LA OTITIS MEDIA	
1.	Infecciones virales y/o Hipertrofia adenoidal
2.	Edema - Infamación
3.	Obstrucción de la trompa de Eustaquio
4.	Alteración de la ventilación
5.	Acumulo de secreciones en el oído medio
6.	Infección bacteriana
7.	Otitis media

✓ **Cuadro clínico:**

El paciente refiere disminución de la audición en el oído afectado, con sensación de tenerlo "tapado". Al evolucionar la infección aparece la otalgia, el vértigo, las náuseas y la fiebre. **El diagnóstico** depende básicamente de la inspección de la membrana timpánica. Al principio de la enfermedad el tímpano suele estar retraído, con alteración del reflejo a la luz. A medida que la supuración se acumula en el oído medio el tímpano se abomba pudiéndose perforar permitiendo el paso de la secreción purulenta (otorrea).

3-Traumas nasales (6, 9)

La pirámide nasal es la estructura más prominente de la cara. Esta característica determina que las fracturas nasales sean las lesiones faciales más frecuentes, llegando a representar el 50% del total. Las causas más frecuentes de fractura son agresiones, accidentes deportivos, accidentes de tráfico y caídas casuales. En su tratamiento inicial se observa un alto porcentaje de deformidad nasal postraumática, que oscila entre 14% y 50%, y que se debe a:

- Edema postraumático, Lesiones septales no diagnosticadas, Escasa colaboración por parte de algunos pacientes.

✓ **Clasificación de las fracturas nasales:**

La clasificación de Stranc categoriza las fracturas nasales en función de su localización antero-posterior (fractura nasal por impacto frontal) y de la desviación lateral:

Tipo I. Son aquellas que afectan la porción más anterior de los huesos nasales y el tabique.

Tipo II. Además de afectar los huesos nasales y el tabique, presentan lesión de la apófisis frontal del maxilar.

Tipo III. Afectan a ambas apófisis frontales del maxilar y al hueso frontal, siendo en realidad fracturas naso-etmoido-orbitarias.

La clasificación de Rohrich divide las fracturas nasales en cinco grupos diferentes:

I. Fractura simple unilateral.

II. Fractura simple bilateral.

III. Fractura conminuta.

- Unilateral b) Bilateral c) Frontal

IV. Fractura compleja (huesos nasales y septo).

- a) Con hematoma septal asociado. b) Con laceraciones nasales

V. Fracturas naso-orbito-etmoidales.

Las formas de presentación de las fracturas nasales son:

Fracturas nasales simples, las cuales no presentan desplazamiento de los fragmentos ni deformidad del septum nasal; no requieren cirugía, sino manejo médico con ferulización. Fracturas con deformidad septal y desplazamiento de los fragmentos; generalmente requieren reducción cerrada, y en su mayoría rinoplastia, en un periodo no superior a 3 semanas.

✓ **Cuadro clínico:**

-Dolor, inflamación, eritema, hematoma: como consecuencia de la respuesta del organismo frente a una agresión externa, que será de mayor o menor intensidad, en función del tipo de impacto recibido. -Deformidad: En mayor o menor medida en función del tipo de lesión producida (cartilaginosa, ósea, cartilaginosa y ósea) y el grado de fractura provocado: sin desplazamiento, con desplazamiento y conminuta.

- Epistaxis: Proceso generalmente moderado y autolimitado. Se controla fácilmente con un taponamiento anterior, junto a las maniobras habituales de reducción. Si persiste se procede a realización de maniobras adicionales tales como taponamiento posterior, y en algunos casos es preciso la ligadura de la arteria etmoidal anterior.

- Insuficiencia respiratoria: De mayor o menor intensidad según la fisiopatología y clasificación de la fractura y el tiempo transcurrido.

- Hematoma del tabique: El aporte vascular del cartílago septal se lleva a cabo a través del pericondrio. Una hemorragia localizada entre éste y el cartílago originará un cúmulo de sangre que impide la normal nutrición del mismo, con la consiguiente necrosis.

✓ **Diagnostico:**

- Anamnesis detallada: Se debe incluir la información sobre la fecha y hora del traumatismo, tipo de lesión, signos y síntomas.

- Inspección-palpación:

- Externa; Dificultada por la inflamación y el dolor, en función de la magnitud del impacto y tiempo transcurrido. Nos informa acerca de la existencia o no de deformidad, crepitación, equimosis y heridas asociadas.

- Interna: Mediante rinoscopia anterior y previa aspiración de restos hemáticos remanentes, podemos valorar lesiones y deformidades septales así como cuerpos extraños, esquiras óseas y la presencia de hematoma septal, sinequias y valorar a groso modo la función de la válvula nasal.

- Radiología: Sirve para confirmar el diagnóstico clínico. Se utilizan las siguientes proyecciones: Radiografía lateral de huesos propios, Waters y coronaria oblicua. Se debe, ante la sospecha de lesión del complejo nasoetmoidoorbitario, realizar un CT de dicha región.

4-Epistaxis (6, 10)

La epistaxis es un signo clínico extremadamente frecuente y una preocupación constante para el médico en los servicios de urgencia, pudiendo presentarse tanto en niños como en adultos, con una mayor incidencia entre los 10 y 13 años, y en la población mayor de 50. Se entiende por epistaxis a la pérdida de sangre de cualquier magnitud proveniente de los vasos de las fosas nasales, precisándose esto para diferenciarlo de la sangre que también se exterioriza por la nariz, pero cuyo origen es de otras localizaciones.

Epistaxis de acuerdo a la ubicación anatómica.

Anterior	Posterior
Plexo Kiesselbach	Arteria esfenopalatina y Art. Etmoidales
Frecuentes 90%	Poco frecuente 10%
Leve a moderada cuantía	Moderada a gran cuantía
Frecuente en niños y jóvenes	Frecuente en adultos
Fáciles de solucionar	Difícil solucionar
Habitualmente se observa el sitio de la hemorragia	Generalmente no se observa el sitio de sitio de la hemorragia

-Causas de epistaxis.

- Locales: Traumatismos, Inflammaciones, Tumores, Enfermedades granulomatosa, Cuerpos extraños, Irritación química, Desviaciones del tabique.
- Generales: Infecciones, medicamentos, Alteraciones cardiovasculares, Discrasias sanguíneas, Insuficiencia renal crónica, Alteraciones Vasculares.

5-Rinitis (6, 11)

La rinitis se define como una situación de inflamación de la mucosa nasal, caracterizada por la presencia de congestión nasal, rinorrea, estornudos, prurito y/o rinorrea posterior. Es un desorden heterogéneo que se caracteriza por uno o más de los síntomas citados. Se puede acompañar de síntomas oculares, óticos y faríngeos.

✓ **Clasificación:** Las rinitis pueden clasificarse en:

1.- Rinitis infecciosas: pueden ser virales o bacterianas. Las rinitis infecciosas agudas son frecuentemente debidas a infecciones virales. Las bacterianas presentan rinorrea purulenta, dolor facial y presión, y derrame postnasal con tos, todo lo que implica la presencia de una sinusitis, que debe ser motivo de otra guía.

2.- Rinitis alérgica. Es una reacción inmunológica mediada por IgE a nivel de la mucosa nasal desencadenada por aeroalergenos. Clásicamente se diferenciaban en estacionales y perennes. Recientemente se ha propuesto una nueva clasificación con 2 grandes grupos: rinitis intermitente y rinitis persistente. A su vez, según su gravedad ambas pueden ser leves, moderadas y severas.

Hablamos de rinitis intermitente cuando los síntomas están presente menos de cuatro días a la semana o menos de cuatro semanas y de rinitis persistente cuando los síntomas están presentes más de cuatro días a la semana y durante más de cuatro semanas. En cuanto a su gravedad, leve si no altera el sueño, actividades diarias, deporte, trabajo, escuela y problema de los síntomas. Moderada o severa cuándo altera una o más de las actividades citadas.

Los alergenos son generalmente, excluyendo las ocupacionales, inhalantes domésticos, especialmente ácaros, epitelio de animales (gatos, perros, caballos, roedores, aves,

etc.), esporas de hongos (alternaria, cladosporium, aspergillus, etc) y pólenes. En las intermitentes es más común la alergia a pólenes y esporas de hongos, mientras que las persistentes son debidas a ácaros y animales domésticos.

3.- Rinitis ocupacionales. Son desencadenadas en respuesta a un agente presente en el lugar del trabajo y pueden ser debidas a reacción alérgica o no. Pueden causarlas animales de laboratorio, graneros, maderas, látex y agentes químicos entre otros.

4.- Rinitis no alérgicas ni infecciosas

-Rinitis inducidas por medicamentos

-Rinitis hormonales

-Rinitis gustatorias

-Rinitis emocionales

-Rinitis atróficas

-Rinitis no alérgica con síndrome eosinofilia (NARES)

-Rinitis vasomotora

✓ **Cuadro clínico:**

-Síntomas nasales: obstrucción, rinorrea anterior y/o posterior, prurito, estornudos, cefaleas, dolor facial, epistaxis, etc. Uni o bilateralidad de los síntomas. Hay que valorar si los síntomas son persistentes o bien con carácter intermitente.

-Otros síntomas ORL: hipoacusia, otalgia, adenopatías cervicales, molestias faríngeas, disfonía, etc. Síntomas asociados: dolor y prurito ocular, síntomas respiratorios de vías bajas, tos, expectoración, etc. Desencadenantes de los síntomas, cambios de temperatura, comida, esfuerzo, exposición, etc.

- Exploración física:

-La exploración mínima debe ser a nivel nasal, ocular, oídos, pulmón, piel y cuello; Nasal: Inspección pirámide y vestíbulo nasal para apreciar posibles desviaciones y posible surco nasal transversal. La fosa nasal puede ser explorada con la ayuda del otoscopio o mejor con un rinoscopio, realizándose una rinoscopia anterior donde podemos apreciar el aspecto de la mucosa nasal, aspecto del moco, existencia de pólipos, cuerpos extraños, estado de los cornetes, etc.

- Ojos: Edemas periorbitario, conjuntivitis, líneas de Dennie -Oídos: apreciación conducto auditivo externo y tímpano. - Auscultación pulmonar: presencia de sibilancias. -Piel: lesiones de eccema o dermatitis atópica - Cuello: palpar en busca de adenopatías.

- Exámenes complementarios. No es preciso realizarlos siempre, depende de la sospecha diagnóstica.

A.- Pruebas alérgicas:

- Test cutáneo mediante técnicas de prick y extractos alérgicos estandarizados. Poseen sensibilidad y especificidad muy altas.

- IgE específica. Menos sensible que las pruebas cutáneas, con una especificidad similar.

- Test de provocación conjuntival y/o nasal. Solo indicadas ante discordancias importantes entre la historia clínica y las pruebas cutáneas.

- Citología nasal. Para apreciar la presencia o no de eosinofilia.

B.- Pruebas radiológicas: En ocasiones será necesario el estudio de tórax para buscar patología pulmonar asociada o TAC de senos ante la sospecha de pólipos u otros procesos.

C.- Técnicas rinométricas: Son técnicas que permiten valorar la permeabilidad de las fosas nasales, mediante medición de las presiones y caudales nasales, quedan en mano del especialista de ORL, especialmente para valorar posible tratamiento quirúrgico.

6-Sinusitis (6, 12)

La sinusitis se define como el proceso inflamatorio o infeccioso de la mucosa de los senos paranasales. Por lo tanto, cualquier proceso inflamatorio de las fosas nasales, incluida la rinitis aguda simple, implica cierto grado de participación sinusal, como lo demuestra el hecho de que en un estudio reciente, el 87% de los pacientes con resfriado común presentaba evidencia radiológica (mediante TC) de afección sinusal.

✓ Clasificación

- Rinosinusitis aguda: infección sinusal en la cual los síntomas persisten no más de 8 semanas (habitualmente 10-15 días).

- Rinosinusitis aguda recurrente: cuadros repetidos de rinosinusitis aguda que se resuelven con tratamiento médico y cursan con intervalos libres de enfermedad, clínica y radiológicamente demostrables.

- Rinosinusitis crónica: infección sinusal en la cual los síntomas persisten más allá de 8 semanas. El diagnóstico de rinosinusitis crónica exige la constatación, mediante una técnica de imagen sensible (TC), de la persistencia de opacidad del seno o inflamación de la mucosa como mínimo 4 semanas después de haber finalizado un tratamiento.

✓ **Cuadro Clínico**

-Debemos sospechar sinusitis bacteriana ante un resfriado que no mejora en 10 días, o ante un resfriado con clínica inusualmente grave (fiebre superior a 39 °C y rinorrea purulenta de más de 3 días de evolución).

- Dentro de este cuadro se encontrara: Rinorrea purulenta, Congestión nasal Dolor facial, especialmente unilateral o localizado en una zona concreta relacionada con un seno, Descarga posterior, Hipoxia/anosmia Fiebre, Tos, Fatiga, Molestias dentales.

✓ **Clínica aguda:**

*Proceso respiratorio en vías altas seguido de cefalea ciliar o intercalar, infraorbitaria unilateral, Congestión nasal incrementada al bajar la cabeza.

*Rinorrea bilateral de inicio, luego unilateral del lado afectado, empieza purulenta anterior o posterior. La congestión se alivia al sonarse la nariz.

*Palpación y percusión positiva.

✓ **Clínica crónica:**

*Rinorrea persistente e infección crónica. Suele ser unilateral e indolora salvo en agudización. A veces cefalea persiste y es un hallazgo de estudio.

*Cacosmia: generalmente cuando es de origen dentario.

✓ **Diagnostico de Sinusitis**

-Examen Clínico: Inspección facial y orbitaria, Rinoscopia anterior, Inspección de faringe, Otoscopia, Palpación cervical y de senos.

-Radiografía de senos o radiografía de Maxwell y Waters Son hallazgos más específicos la presencia de una o pacificación total del seno o de niveles hidroaéreos (pero sólo se observan estos hallazgos en un 60% de los pacientes con sinusitis.

-TAC: Se reserva para el diagnóstico y seguimiento de complicaciones, para diagnósticos poco claros o en casos de evolución tórpida.

-Punción Sinusal: Es la técnica gold-standard pero debido a su invasividad no se practica habitualmente.

7-Síndrome vertiginoso (6, 13)

Vértigo se describe como la ilusión de movimiento, generalmente rotacional, de un individuo (subjetivo), o del mundo que lo rodea(objetivo). La ausencia del carácter rotacional no descarta la presencia de patología vestibular, que puede presentarse también como inestabilidad de la marcha o ataxia. Constituye un 3-5% de las atenciones médicas en adultos. La mayoría (> 90%) de los síndromes vestibulares es de origen periférico (**SVP**). Los SVP son generalmente de curso benigno. Por otro lado, los **SV** centrales (SVC) son menos frecuentes (5-10%) y se producen por alteración en troncoencéfalo, ángulo pontocerebeloso, cerebelo o, excepcionalmente, en parénquima cerebral o IV ventrículo. En estos casos el vértigo rara vez es síntoma único.

Etiologías del vértigo

Causas periféricas	Causas centrales
Vértigo postural paroxístico benigno (VPPB)	Vértigo migrañoso
Neuritis vestibular	Ataque Cerebrovascular (ACV)
Parálisis (cócleo) vestibular súbita: Bacteriana, Viral, etc.	Ataque Isquémico Transitorio(TIA)
Enfermedad de Ménière	Esclerosis Múltiple
Neurinoma del acústico	Ataxia episódica tipo 2
Pseudo-Meniére	Malformación de Chiari
Fístula perilinfática	Tumores del SNC
Laberintitis luética	

✓ Evaluación audiológica

- Audiometría tonal.
- Logaudiometria.
- Impedanciometría.
- Potenciales evocados auditivos del tronco encefálico.
- Electrocoqueografía.
- Emisiones otoacústicas

Características clínicas del vértigo periférico y central:

Síntomas	Sv periférico	Sv central
Inicio del vértigo	Súbito	Gradual
Intensidad de la crisis	+++	+/-
Síntomas neurovegetativo	Frecuente	Raros
Tinnitus/hipoacusia	Frecuentes	Excepcional
Cefalea	Excepcional	Frecuentes
Signos		
Compromiso de otros nervios craneanos	Excepcional	Frecuentes
Compromiso de vías sensitiva y piramidales	Inexistente	Posible
Compromiso cerebeloso	Inexistente	Posible
Equilibrio	Alteración durante la crisis	Alteración permanente
Marcha	Alteración durante la crisis	Alteración permanente
Nistagmo espontáneo	Conjugado	Disociado
	Unidireccional	Bi-multidireccional
	Duración <1 mes	Duración >1 mes
	Sigue ley de Alexander	No sigue ley de Alexander
	Aumenta con lentes de frezel	No cambia/disminuye con lentes de frezel
Nistagmo posicional	Con periodo de latencia	Sin periodo de latencia
	Paroxístico	No paroxístico
	Agotable	No agotable
	Transitorio	Persistente
	Síntomas NV intensos	Sintomas NV escasos o nulos
Relación intensidad nistagmo/intensidad vértigo	Proporcionado	Desproporcionado

8- Cuerpos extraños nasales

La clínica es obstructiva unilateral. En pacientes adultos, es posible su extracción en Ambulatorio, usando una espátula a traumática (nunca pinzas, que los introducen más) y si se dispone de una fuente de luz. En niños y personas, es precisa una anestesia o como mínimo una sedación.

9- Cuerpos extraños óticos

El paciente generalmente consulta por dolor y otorragia (hemorragia del oído) si se ha intentado la extracción infructuosamente.

Diagnóstico por interrogatorio y otoscopia.

a) Inanimados

- 1) Minerales (pequeñas piedras, objetos metálicos.)
- 2) Vegetales (semillas, algodones)
- 3) Sintéticos (plásticos de biromes)
- 4) Químicos (solventes, combustibles, pilas)

El paciente generalmente consulta por dolor y otorragia, y si se ha intentado la extracción infructuosamente.

b) Animados

- 1) **Insectos**: voladores o terrestres. El paciente consulta por el ruido generado por el insecto.
- 2) **Larvas**: consulta por intenso dolor otorragia o supuración serosanguinolenta (hay antecedente de otitis media crónica, entrada de mosca y posterior dolor intenso)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal, durante enero de 2010 a diciembre del 2012.

Área de estudio

Servicio de otorrinolaringología en el HEODRA de la ciudad de León.

Población de estudio

Todas las referencias de los centros o puestos de salud de la ciudad de León al servicio de otorrinolaringología del HEODRA durante el periodo de estudio.

Recolección de Información

Primeramente se realizó una carta dirigida al director del HEODRA solicitando la debida autorización para revisar las hojas de referencias (Fuente secundaria) de los pacientes referidos a este centro con problemas de otorrinolaringología. Se realizaron las fichas a la mayor cantidad posible de pacientes que fueron llegando a su cita programada en el período de estudio, y luego así pudo completar la ficha del paciente. Se realizó una ficha del paciente con los datos obtenidos de las hojas de referencia, donde también se recolectaron los datos relevantes de la revisión del expediente clínico de cada paciente.

Análisis de la información

El software usado para la introducción, procesamiento y análisis de los datos fue Epi Info. El análisis se basó en número absolutos y porcentajes.

Aspectos Éticos:

Se protegió siempre la identidad del paciente.

Operacionalización de variables (*)

Variables	Concepto	Valores
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la entrevista.	<10 10-19 20-44 ≥45
Sexo	Aspectos biológicos que diferencian al hombre y a la mujer	Femenino Masculino
Procedencia	Lugar donde es originaria una persona	Rural Urbana
Ocupación	Actividad laboral que desempeña al momento del estudio.	Se especificará
Causa de referencia	Motivo por el cual el paciente acude a la consulta de otorrinolaringología	Faringoamígdalitis Otitis externa Otitis Media Trauma Nasal Cuerpo Extraño Nasal Cuerpo Extraño ótico Síndrome Vertiginoso Tapón de Cerumen Epistaxis Otras
Tipo de referencia	Se valorará de acuerdo a la severidad de la causa.	Justificada Injustificada
Valoración clínica	Examen físico que realiza el médico en la consulta de otorrinolaringología	Manifestaciones clínicas del paciente
Clasificación según región anatómica	Regiones anatómicas afectadas por patologías otorrinolaringológicas	Oído Nariz Garganta

(*) Los indicadores de todas las variables serán las observación, ficha del paciente

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registró un total de 150 pacientes referidos de las unidades APS de León a la consulta de otorrinolaringología en el HEODRA para su mejor manejo y seguimiento.

Tabla 1 Distribución pacientes referidos a consulta de otorrinolaringología Según edad y sexo en el HEODRA.

Sexo	Femenino	Masculino	Total	
			No.	%
<10	48.8	51.2	43	28.7
10-19	55.6	44.4	18	12.0
20-44	61.4	38.6	57	38.0
≥45	53.1	46.9	32	21.3
Total (No.)	83	67	150	
(%)	55.3	44.7		100.0

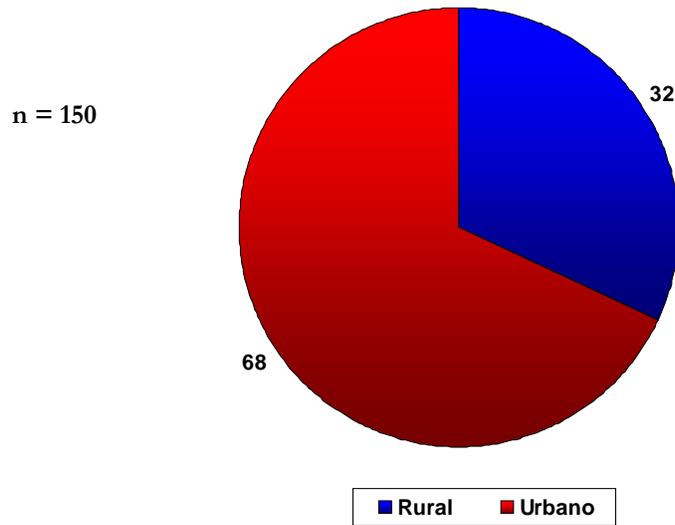
En la tabla 1 se reflejan distribución de los casos por edad y sexo encontrando una frecuencia de 44.7% para el sexo masculino y 55.3% para el sexo femenino. La frecuencia fue mayor en el grupo de 20-44 años (38.0%) y menor en el grupo de 10-19 años (12%). La frecuencia de casos fue mayor en el sexo femenino en todos los grupos etáreos, con excepción de los niños menores de 10 años. El promedio de edad de los pacientes fue de 26.2 ± 20 años, la mediana fue de 23.5 años y el rango de edad fue de 1 a 78 años.

Tabla 2 Distribución de ocupación de pacientes referidos a Consulta de otorrinolaringología en el HEODRA.

Ocupación	Número	Porcentaje
Estudiantes	29	19.3
Ama de casa	24	16.0
Obrero	14	9.3
Comerciante	13	8.7
Otros	11	7.3
Jubilados	7	4.7
Ninguna	9	6.0
No aplica (<10 años)	43	28.7
Total	150	100.0

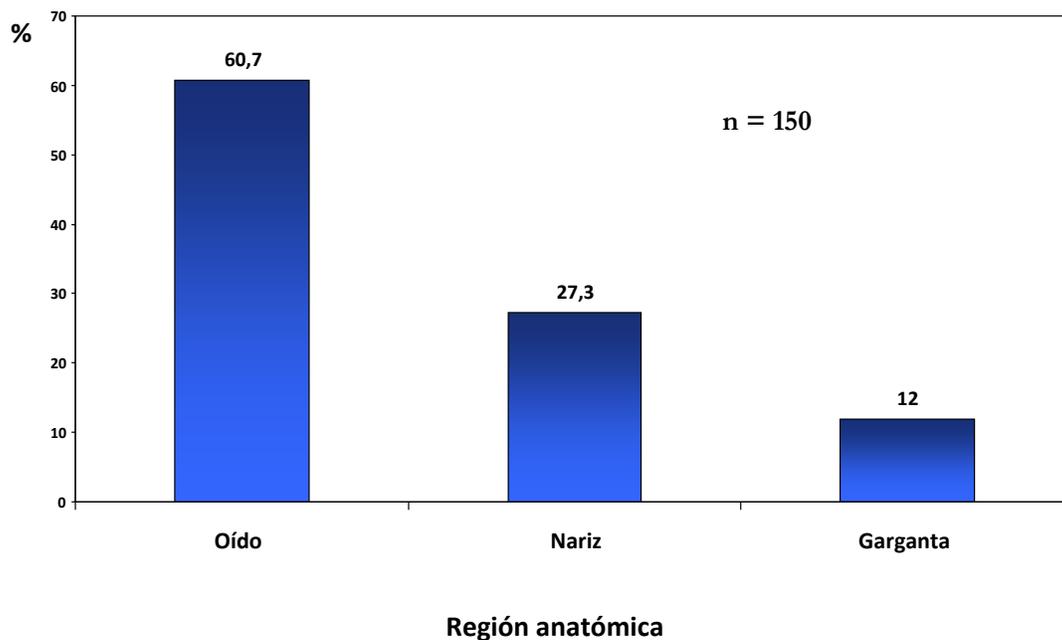
Con respecto a la distribución de casos por ocupación, se encontró que un 19.3% se desempeñan como estudiantes, 16% eran ama de casa, obreros 9.3%, comerciantes 8.7%, otros 7.3%, jubilados 4.7%, 6% no desempeñan ninguna ocupación, y en el 28.7% de los casos eran niños menores de 10 años (Tabla 2).

Gráfico 1 Distribución porcentual de la procedencia de pacientes referidos a consulta de otorrinolaringología en el HEODRA.



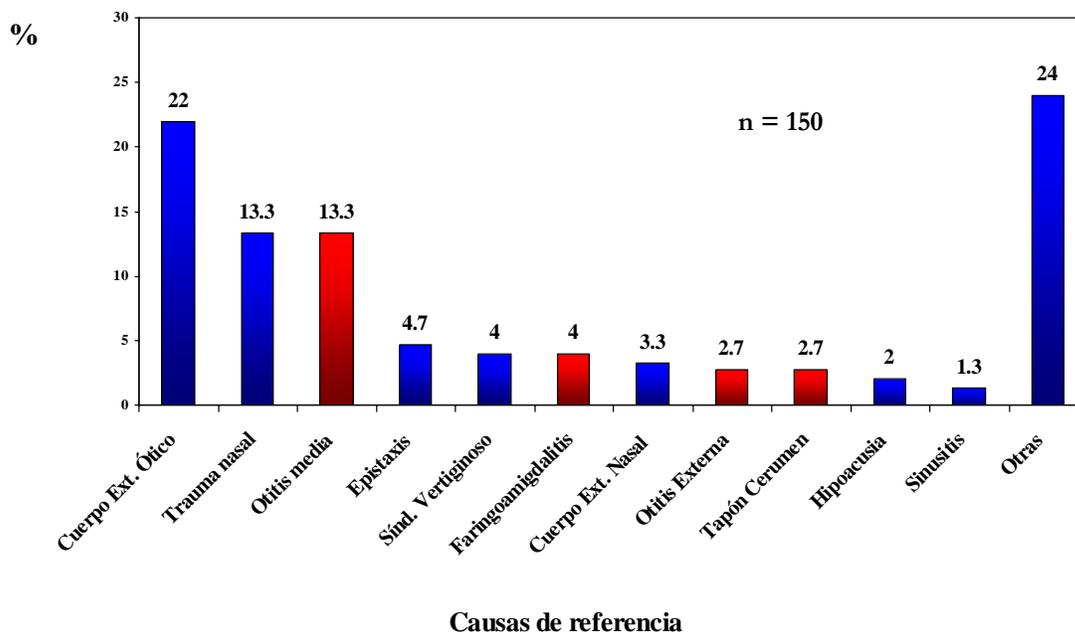
El gráfico 1 refleja la procedencia de los pacientes, encontrándose que 32% de los pacientes procedían del área rural y el 68% al área urbana.

Gráfico 2 Distribución de la región anatómica afectada de los pacientes referidos a la consulta de otorrinolaringología en el HEODRA



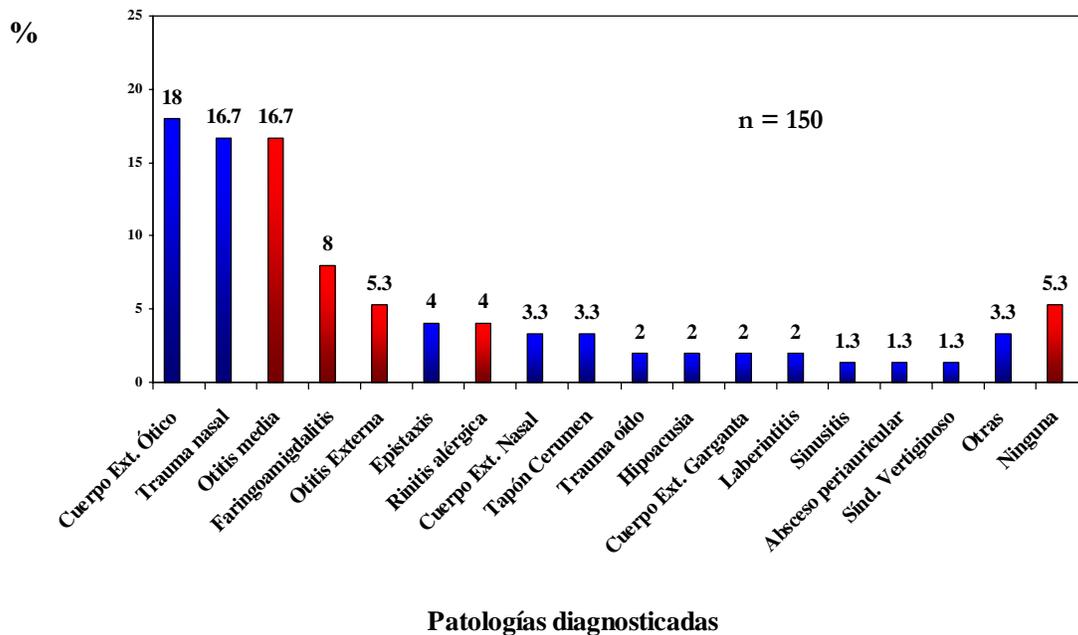
Al analizar los pacientes según la región anatómica afectada se encontró que las principales afectaciones estaban localizadas en el oído (60.7%), seguido por la afectación de la nariz y garganta en un 27.3% y 12%, respectivamente (Gráfico 2).

Gráfico 3 Distribución de las causas de referencia en los pacientes referidos a consulta de otorrinolaringología del HEODRA.



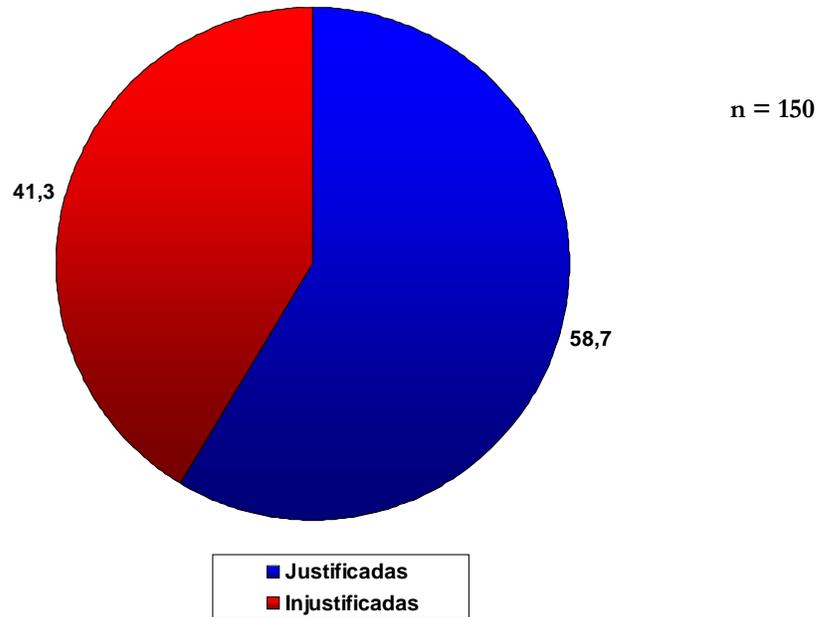
En la gráfica 3 se presentan las causas de referencias de las diversas unidades de APS a la consulta de otorrinolaringología, encontrando que las causas justificadas más frecuentes referidas al otorrinolaringólogo fueron: fue el cuerpo extraño ótico (22%), trauma nasal (13.3%), epistaxis (4.7%), síndrome vertiginoso (4%), cuerpo extraño nasal (3.3%), hipoacusia (2%) y sinusitis (1.3%). Dentro de las principales causas injustificadas se encontraron: otitis media (13.3%), faringoamigdalitis (4%), otitis externa (2.7%) y tapón de cerumen (2.7%).

Gráfico 4 Distribución de patologías encontradas en pacientes referidos a la consulta de otorrinolaringología del HEODRA.



En el gráfico 4 se reflejan las patologías diagnosticadas por el otorrinolaringólogo de los pacientes referidos de unidades de salud de APS a la consulta otorrinolaringología del HEODRA, encontrando las principales causas justificadas fueron: cuerpo extraño ótico (18%), trauma nasal (16.7%) y epistaxis (4%). Otras causas justificadas menos frecuentes fueron: cuerpos extraños en nariz y garganta, trauma en oído, hipoacusia, laberintitis, síndrome vertiginoso, sinusitis y absceso periauricular. Por otro lado, las principales causas injustificadas fueron: otitis media (16.7%), faingoamigdalitis (8%), otitis externa (5.3%), rinitis alérgica (4%) y tapón de cerumen (3.3%).

Gráfico 5 Distribución porcentual de referencias justificadas a la consulta de otorrinolaringología en el HEODRA.



Después que el otorrinolaringólogo junto con los investigadores analizaron cada una de las causas de la referencia se determinó que 58.7% fueron consideradas referencias justificadas para el manejo de las patologías, mientras que 41.3% fueron consideradas referencias injustificadas, o sea que pudieron haber sido manejadas en las unidades de salud de APS (Gráfica 5).

Las principales patologías presentadas en los niños fueron las otitis 25.6%, cuerpos extraños 48.8% y faringoamigdalitis 9.3%. En los adolescentes predominaron: las otitis 33.4%, epistaxis 22.2%, cuerpo extraño ótico 16.7% y trauma nasal 11.1%. En adultos entre 20-44 años predominaron: trauma nasal 28.1%, otitis 15.8% y faringoamigdalitis 12.3%. En los mayores de 44 años tenemos: otitis 21.9%, trauma nasal 15.6% y cuerpo extraño ótico 12.5%.

Tabla 3 Justificación de la referencia y concordancia entre el diagnóstico de referencia y el realizado por el otorrinolaringólogo en el HEODRA.

Referencia	Concordancia diagnóstica		Total	
	No	Si	No.	%
Injustificada	71.0	29.0	62	41.3
Justificada	45.5	54.5	88	58.7
Total (No.)	84	66	150	
(%)	66.0	44.0		100.0

En la tabla 3 se presenta la relación entre causas justificadas y concordancia entre el diagnóstico de referencia y el realizado por el otorrinolaringólogo. Las causas injustificadas se presentaron en el 41.3% y las justificadas en el 58.7%. Solamente el 44% de los diagnósticos de referencia concordaron con los del especialista. El porcentaje de concordancia fue mayor en las referencias justificadas con respecto a las injustificadas (54.5% vs. 29%).

DISCUSIÓN

En la actualidad existe una gran dificultad en el acceso a la atención especializada en el área de otorrinolaringología por la enorme lista de paciente que se encuentran en espera para dicha atención. En el análisis de las variables sociodemográficas no encontramos diferencias significativas con relación al sexo. Sin embargo, la mayoría de pacientes eran urbanos, lo cual puede estar relacionado a la mayor accesibilidad de estos pacientes y no a una frecuencia mayor. El patrón de afectaciones en los niños fue propio de las enfermedades mas prevalentes durante la infancia como son las infecciones respiratorias agudas, las cuales se asocian a otitis infantil. Por otro lado, en los adultos se observo consistencia en los traumas nasales, los cuales pueden ser resultado de accidentes laborales, recreacionales o violencia, pero no tenemos evidencia para poder clasificarlo según su causa externa.

La región anatómica más afectadas de los pacientes referidos a la consulta externa de otorrinolaringología fue oído en casi dos terceras partes, seguido de la nariz y garganta. Esto puede estar relacionado a que las patologías más frecuentes en nuestro medio, especialmente en los niños son las enfermedades respiratorias agudas, las cuales tienden a afectar el oído, así como la tendencia de los niños a introducirse objetos extraños, principalmente el oído y nariz.

Entre todas las patologías referidas a la sala de otorrinolaringología, valoramos que un 58.7% de las patologías se consideraron referencias justificadas por la severidad y la necesidad de resolución inmediata para mejoría de la salud de los pacientes y, un 41.3% de las patologías se consideran referencias injustificadas por clasificarse de poca severidad y afectación de la salud de los pacientes y que pueden ser tratadas en el primer nivel de atención de la salud. Es decir que más de un tercio de los pacientes referidos a la especialidad de otorrinolaringología son patologías que no era necesario referirlas a un segundo nivel de atención de salud.

Al comparar nuestros resultados con otros, existen limitaciones debida a los diversos criterios usados para medir el uso injustificado de las referencias, sin embargo, según Rivero et al., (2) las principales causas injustificadas fueron las otitis externa con 6.9% y las justificadas fueron la epistaxis y el trauma nasal en 13% Y 10.2%, respectivamente. En otro estudio en un hospital en Santiago de Chile, (3) se menciona un error de derivación de 5%, 74% no proveen datos clínicos para fundamentar el diagnóstico y la concordancia diagnóstica fue de 25%. Estos datos difieren a los nuestros en que todos los pacientes tenían hallazgos clínicos, pero el índice de concordancia en nuestro estudio fue de 44%, superior al reportado en Chile. En otro estudio (4) se reporta que una tercera parte de pacientes fueron referidos inadecuadamente al servicio de otorrinolaringología, lo cual es inferior a lo reportado en este estudio.

El impacto del mal uso del servicio de otorrinolaringología, a través de la derivación injustificada de los pacientes, esta relacionado con gastos de insumos médicos, preocupación de los pacientes por la espera de atención, saturación y cansancio al médico especialista. Sin tomar en cuenta que retarda la atención especializada de aquellos pacientes que en realidad ameritan dicha atención.

Se pudo determinar que más de un tercio de las referencias justificadas se atribuyeron a lesiones por trauma nasal y por cuerpos extraños. El trauma nasal predominó en adultos entre 20-44 años, mientras que los cuerpos extraños en los niños menores de 10 años. Estos datos son consistentes con la epidemiología de las lesiones otorrinolaringológicas mas prevalentes reportas en estos grupos etáreos. Dentro de las principales enfermedades estuvieron la epistaxis y la rinitis alérgica.

Es interesante observar que la concordancia diagnóstica de casos fue de 44%, pero fue mucho mayor en aquellos pacientes que fueron referidos con diagnósticos justificados que en aquellos con diagnósticos injustificados. Esto revela que la agudeza diagnóstica en la atención primaria es consistente con el diagnóstico especialista.

Esta situación debe hacer ver a las autoridades de salud la necesidad de formar al personal de salud en la identificación de las causas justificadas e injustificadas para mejorar la calidad de atención de los pacientes y racionalizar los pocos recursos especializados existentes. Además, el diagnóstico de cada patología que presenta cada paciente dependerá de una adecuada valoración y derivación por el médico general, y así poder el tratamiento que ameriten inmediatamente para mejorar su salud y calidad de vida.

CONCLUSIONES

Los grupos más afectados fueron los niños y adolescentes, urbanos, sexo femenino y estudiantes.

Las principales afectaciones estaban localizadas en el oído, nariz y garganta, respectivamente.

La frecuencia de referencias injustificadas fue de 41.3%. Las principales causas médicas de referencias injustificadas de atención primaria al servicio de otorrinolaringología del HEODRA fueron: otitis media, faringoamigdalitis, otitis externa y tapón de cerumen.

La concordancia entre el diagnóstico en atención primaria y el diagnóstico otorrinolaringológico definitivo fue de 44%, siendo mayor en aquellas referencias justificadas.

RECOMENDACIONES

AI MINSA:

- Monitorear el sistema de Referencia y Contra referencia médicas de los pacientes que brindan en los centros de salud a la consulta externa de Otorrinolaringología.
- Equipar y dar mantenimiento de instrumentos de los centros de salud para que los médicos puedan valorar y dar el tratamiento adecuado de los pacientes.

A LA UNAN-León:

- Concientizar a los estudiantes de la carrera de Medicina sobre la importancia que tiene la adecuada derivación de cada paciente a especialista para valoración.
- Promover estudios investigativos que valoren el sistema de referencias y contra referencias médicas de los pacientes al segundo nivel de atención en las diferentes especialidades de la salud.

A LOS ESTUDIANTES:

- Como futuros médicos que se encontrarán en contacto con pacientes día a día, investigar adecuadamente a cada paciente para luego realizar las referencias que lo ameritan.

REFERENCIAS

1. Der M Carolina, Salín V María Paz, Iñiguez C Magaly, Valenzuela M Pilar; Realidad de la Derivación a Otorrinolaringología desde la atención primaria; Trabajo Original, Rev. Otorrinolaringología, Cirugía Cabeza y Cuello 2006; 66: 95-102.
2. Rivero, V Pino. Ruíz, Trinidad A. González Palomino, G. Pardo Romero, C.G. Pantoja Hernández, M. Marcos García, T. Kertuqwa Yañez, A. Blasco Huelva. Consideraciones sobre las urgencias ORL, Análisis de 30,000 Pacientes atendidos en 10 años. Servicio de ORL. Complejo Hospitalarios Infanta Cristina. Investigación clínica, España 2005; 56: 198-201.
3. Der C, et al. Realidad de la derivación a otorrinolaringología desde la atención primaria. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2006; 66: 95-102.
4. Revista Hospital Juárez de México; Causas de Referencia de Consulta de Otorrinolaringología, en un Hospital de Segundo Nivel; 2009, 76(4): 190-193.
5. Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente, Protocolo de Referencia y Contrarreferencia, Especialidades Medicas del Adulto. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. 2001
6. Escajadillo, JR. Oído, Nariz, Garganta y Cirugía de Cabeza y Cuello; 2 da edición, Editorial Manual Moderno, México 2002.
7. Alvez F. Protocolo diagnóstico y terapéutico en Pediatría. Infecciones por estreptococo beta hemolítico, faringoamigdalitis. Academia Americana de Pediatría 2000.
8. Harker, Hernando MD. Otorrinolaringólogo, Otitis, Fundación Sta. Fe de Bogotá; 1 agosto 2007.
9. Gómez, Álvaro MD. Sección de Otorrinolaringología. Fractura nasal capítulo VII. Guía para manejo de urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá. 2006

10. Hernández, M. Hernández A, Carlos, Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Regional de Valdivia. 2005
11. Romero Sánchez, E; Martín Mateos, Antonio J; Guías Clínicas en Atención Primaria, Rinitis. Fistera. com 2003.
12. Peñaranda Sanjuán, Augusto MD; Pinzón Navarro Martín, MD. Sección de Otorrinolaringología Sinusitis Aguda capítulo IX. Fundación Santa Fe de Bogotá 2002
13. Méndez, J. Ignacio; Rivero, Héctor. Síndromes vestibulares periféricos: primera parte, Conceptos Generales y Examen del VIII par. Departamento de Otorrinolaringología, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile 2007.
14. Jafek, Brua W. MD. Secretos en Otorrinolaringología, 3ra edición, Editorial Elsevier, Madrid, España 2006
15. MINSA, Gobierno de Nicaragua, Normativa de referencia y contrarreferencia, 1ra edición, Managua-Nicaragua 1995.21pp
16. Cuchi, A.; Sabater, F.; Morello, A. et als.: "Urgencias en Otorrinolaringología: Estudio etiológico" anales O.R.L. Iber 2002.

ANEXOS

Ficha de Recolección de Datos

Causas médicas injustificadas de referencias del servicio de atención primaria al servicio de otorrinolaringología del hospital HEODRA en el periodo comprendido de enero de 2010 a diciembre del 2012.

1) Sexo: a) F: b) M:

2) Edad:

3) Ocupación:

4) Procedencia: a) Rural b) Urbano

5) Región anatómica afectada: a) Nariz b) Oído c) Garganta

6) Causas de referencia:

a) Faringoamigdalitis:

b) Otitis Externa:

c) Otitis Media:

d) Trauma Nasal:

e) Cuerpo Extraño Nasal:

f) Cuerpo Extraño Oícos:

g) Síndrome Vertiginosa:

h) Epistaxis:

i) Tapón de Cerumen:

j) otras Patologías:

7) Valoración clínica:

1-Patología encontrada:

1.1 Manifestaciones Clínica encontrada: