

Padecimientos más comunes referidos del Departamento de Urgencias Médicas al Departamento de Otorrinolaringología en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Experiencias de 4 años

Karen Aída Flores Cano,* Ana Luisa Delgado Fernández,* Zhenia Naghely Güemes Campos,* Óscar Arturo Escalona Cabrera,* José Schimelmitz Idi,** René E Guzmán Urrutia,** Isauro Gutiérrez Vázquez,*** Daniel Bross Soriano****

RESUMEN

Objetivo: el propósito del estudio es conocer cuáles son las patologías más frecuentes que son referidas del Departamento de Urgencias al de Otorrinolaringología en un periodo de 4 años en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Selección de pacientes: Todos los expedientes de Urgencias otorrinolaringológicas vistas del 1 de Enero de 1996 al 30 de Noviembre de 1999.

Parámetros de medición: Sexo, edad, tipo de urgencia, tiempo de evolución del padecimiento, diagnóstico de Urgencias, diagnóstico otorrinolaringológico de Urgencias, diagnóstico otorrinolaringológico definitivo.

Hallazgo: los diagnósticos más frecuentes encontrados son: infecciones de vías respiratorias superiores, principalmente faringitis y otitis, trauma nasal y facial, epistaxis, infecciones de los espacios profundos del cuello, otocerosis y otros cuerpos extraños.

Conclusiones: El presente es el primer trabajo que describe los diagnósticos de urgencia otorrinolaringológica, especificando sus porcentajes de presentación, severidad y frecuencia.

Palabras clave: Urgencias otorrinolaringológicas.

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study was to determine which were the most common pathologies that were sent from the Emergency room to the Department of Otolaryngology for its treatment in the last 4 years from January 1996 to November 1999.

Findings: The most common findings were, the upper respiratory tract infection such as otitis and pharyngitis, followed by nasal fracture, facial trauma and epistaxis. Other common findings included infections of the deep spaces of the neck, was blocking the ear canal and foreign bodies.

Conclusion: This is the first study that present in Mexico the most common pathologies with severity and intensity that are refer from the Department of Medical Urgencies to the Division of Otolaryngology.

Key words: Emergency otolaryngology.

ANTECEDENTES

En el Departamento de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” podemos encontrar diversos y muy variados padecimientos, de los cuales mu-

chos son del área de Otorrinolaringología; ya sean: traumatismos, exacerbaciones de enfermedades crónicas o pérdida súbita de alguna función sensorial, como la audición o la propiocepción, etc. En este tipo de padecimientos es claro que importa tanto el correcto diagnóstico del médico general como la pronta referencia del paciente a un Departamento. Posteriormente, el otorrinolaringólogo en este caso se dará a la tarea de establecer un diagnóstico preciso y de encontrar la etiología del padecimiento actual; la interacción entre estos dos elementos es indispensable para poder brindarle al paciente una mejor y más eficiente atención.

* Estudiante de Medicina de 3er año, grupo 3323, de la UNAM.

** Ex residentes de Otorrinolaringología.

*** Jefe de la Subdirección de Medicina Crítica.

**** Médico adscrito a la División de Otorrinolaringología.

Se han hecho varias revisiones sobre las patologías y las etiologías vista más comúnmente en el Departamento de Urgencias que son de competencia del Departamento de Otorrinolaringología. Los síntomas más comúnmente vistos en el Departamento de Urgencias, según Agrawal son: irritación de la garganta, cuerpos extraños en garganta, otalgia, sordera, objetos en oído, fractura nasal y epistaxis. Los diagnósticos definitivos más comunes –según el mismo autor– son: tapón de cerumen, cuerpos extraños en oídos, otitis externa, otitis media aguda y ninguna anomalía.¹

Según Pérez Obón, en su estudio encontró que las patologías más comunes eran: inflamaciones infecciosas (41%), hemorragias (21%) y objetos extraños (18.5%); al igual que Agrawal, Obón encuentra que las etiologías más comunes son la otitis externa y la otitis media.² Granick y otros autores mencionan entre los diagnósticos más comunes: tapón seroso, otitis externa, otitis media serosa, otitis media aguda, epistaxis, infecciones del tracto respiratorio superior, faringitis, amigdalitis aguda, dermatitis, otitis media crónica y laringitis.³⁻⁵

En su estudio Bleach menciona que no hay diferencia alguna entre la razón de casos entre hombres y mujeres. De los casos presentados en este estudio, podemos observar que la mayoría de ellos no requirieron de tratamiento especializado y fueron dados de alta o se les dio seguimiento en consulta externa y los restantes, requirieron del manejo de parte de un otorrinolaringólogo.⁶

Según Obón, las inflamaciones infecciosas se presentaron con más frecuencia en grupos con un promedio de edad de 32 años y los procesos tumorales se presentaron más en grupos de edad en los que el promedio fue 60 años.²

Como hemos podido observar las patologías son, en la mayoría de los casos, coincidentes; la otitis media serosa, otitis externa, y los cuerpos extraños localizados tanto en vías aéreas superiores, son las etiologías más comúnmente encontradas en los ya citados artículos.

En resumen todos estos autores mencionan diferentes etiologías que son muy comunes en el Departamento de emergencias que han de ser referidas al Departamento de Otorrinolaringología, en los siguientes párrafos haremos una breve revisión sobre estos problemas.

Otocerosis. El cerumen o cerilla del oído se forma en unas glándulas especiales situadas en la porción cartilaginosa del conducto auditivo. Su objeto es lubricar la piel del oído y detener pequeños cuerpos

extraños que penetren en el conducto. Normalmente, el cerumen se produce sólo en pequeñas cantidades, se seca en el conducto y en cada masticación es empujado hacia fuera. Algunos pacientes poseen glándulas ceruminosas superactivas que producen acumulación de la cerilla en el conducto auditivo. Otros pacientes tienen tapón de cerumen porque sus conductos auditivos son tortuosos, pequeños o excesivamente estrechos en un punto determinado. Otros más tienen un tipo anormal de cerumen, a menudo asociado con dermatosis, el cual no se seca ni descama sino que permanece blando en el conducto y puede llenarlo. En el caso de haber una oclusión completa, el oído se siente tapado o lleno y el paciente experimenta sordera parcial. Los zumbidos de oído pueden aparecer o incluso cierto estado vertiginoso. Por lo general no hay dolor. No es raro que pacientes que están tomando un baño, nadando o duchándose, se encuentren con que de repente se ensordecen. Esto puede ser debido al aumento de tamaño de la cerilla como resultado de la absorción higroscópica o que el agua ha quedado atrapada detrás de la cerilla.⁷

Otitis externa. La otitis externa es el término general para designar las enfermedades inflamatorias del conducto auditivo y del pabellón del oído. La otitis externa puede ser causada por infecciones o por dermatosis, o por ambas a la vez.

Tanto las bacterias como los hongos pueden producir la otitis de forma infecciosa. Lo más frecuente es que ocurra como infección primaria y que esté limitada al conducto auditivo externo al pabellón o ambos. Las bacterias se cultivan con más frecuencia en los pacientes con otitis externa son *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, el *estafilococo aureus* y el *estreptococo*. A menudo el dolor es intenso. Todo el lado correspondientes a la cabeza duele y da la sensación de que pulsa, generalmente existe otorrea, la audición puede estar disminuida y el oído se siente obstruido. El examen revela que el conducto auditivo externo está hinchado o enteramente cerrado. A menudo el trago y el meato auditivo externo también están hinchados y enrojecidos. Una secreción pegajosa amarillenta puede manar y presentar pulsaciones. La temperatura puede elevarse hasta 40°C. El movimiento del trago o la tracción sobre el pabellón agravan el dolor, porque tales movimientos se transmiten al conducto auditivo inflamado. En la otitis externa aguda, a menudo el tímpano no es visible, porque existe hinchazón del conducto auditivo. Cuando es

posible ver el tímpano, su color puede ser normal o ligeramente rojo, como el conducto auditivo.⁸

Otitis media serosa. Se considera un proceso exudativo del oído, la etiología no siempre es conocida. Puede acompañar o seguir a las enfermedades por virus o episodios de alergia y puede presentarse espontáneamente sin otros signos de enfermedad. Frecuentemente se presenta en personas que viajan con frecuencia en avión (por la disfunción de la Trompa de Eustaquio y que en ese momento tenían una infección en vías respiratorias superiores. Los síntomas son: presencia de plenitud auricular y pérdida de la audición. Muchos pacientes se curan espontáneamente o con sólo una insuflación de la trompa de Eustaquio.⁹

Otitis media aguda. Las inflamaciones del oído medio están causadas por la extensión de las infecciones de la nariz y de la nasofaringe. En algunas circunstancias la perforación traumática del tímpano ocasiona infección del oído medio. En presencia de una perforación crónica de antigüedad de la membrana timpánica, puede ocurrir que la infección penetre en el oído medio a través del conducto auditivo externo.¹⁰

Epistaxis. A menudo la causa de la epistaxis permanece desconocida simplemente la nariz del paciente empieza a sangrar de modo espontáneo. El aire seco produce la formación de costras nasales que, cuando se quitan, ya sea al sonarse o mecánicamente, desgarran la mucosa y se abren pequeños vasos. El sangrado de la mitad posterior de la nariz presumiblemente no se debe a un traumatismo exterior; sino que resulta del resquebrajamiento de un vaso esclerótico. El defecto es intrínseco en la pared vascular y se empeora en pacientes hipertensos.¹¹

Infecciones de vías respiratorias superiores. Éstas incluyen algunas de las más comunes enfermedades infecciosas encontradas por internistas y otros médicos. Faringitis, laringitis, rinitis infecciosa, sinusitis, otitis externa y otitis media son las enfermedades que los médicos encuentran por millones anualmente. A pesar de que estas infecciones son leves y pueden ser tratadas en la consulta externa, el médico general debe de ser capaz reconocer las complicaciones serias, tales como absceso periamigdalino derivado de la faringoamigdalitis, abscesos subperióstico derivado de la sinusitis frontal y la osteomielitis del hueso temporal que es debida a otitis externa invasiva. El clínico debe identificar también las infecciones que pueden ocasionar complicaciones tan graves que

amenazan la vida, tales como: epiglotitis, angina de Ludwig y la mucormicosis rinocerebral.

Faringitis. La enfermedad inflamatoria más frecuente de la garganta es la faringitis aguda, su etiología puede ser viral y/o bacteriana. Sus síntomas más frecuentes son: dolor de garganta, ligera disfagia y fiebre escasa. Los síntomas permanecen discretos y la garganta vuelve a su normalidad de 4 a 6 días.¹³ Una de las complicaciones más importantes de la faringitis es el absceso periamigdalino, que puede ser debido a una faringitis estreptocócica no tratada oportunamente.¹²

Amigdalitis. En ocasiones la infección aguda de la faringe se limita exclusivamente a esta área. El paciente tiene todos los síntomas generales de una infección aguda de la garganta y refiere dolor muy abajo del istmo de las fauces. El diagnóstico es muy difícil cuando no aparece inflamación folicular ni en las amígdalas ni en el resto de la faringe.¹³

Rinitis. La causa más frecuente es el catarro común. Los síntomas típicos son bien conocidos. Al principio se manifiesta como una sensibilidad anormal o sensación de quemadura en la nasofaringe; los estornudos y la rinorrea hialina posterior nasal siguen inmediatamente; una ligera febrícula y malestar general son usualmente síntomas manifiestos. A medida que la enfermedad progresa la nariz se obstruye más y la secreción se hace purulenta. Otro tipo puede ser la llamada rinitis alérgica, que puede ser aguda o estacional, o crónica y perenne. Los síntomas más frecuentes son: obstrucción nasal, estornudos y rinorrea hialina recurrente, el prurito nasal y ocular junto con lagrimeo son muy frecuentes, el dolor de cabeza frontal también es frecuente.

Laringitis. Es una afección muy frecuente, forma parte de las infecciones de vías respiratorias altas que afectan laringe, faringe y tráquea. En ocasiones se presenta como una infección aislada y solamente están inflamadas las cuerdas vocales. El mal uso de la voz puede producir también laringitis aguda aunque en este caso hay inflamación pero no infección; en otras ocasiones, se presentan hemorragias submucosas. La aspiración de cuerpos extraños, la inhalación de gases calientes o de llamas y la aspiración de soluciones cáusticas ocurren rara vez. El síntoma principal es la disfonía. El paciente puede perder la voz por completo. La tos es también un síntoma muy frecuente y el paciente experimenta cosquilleo y aspereza en la garganta, la tos produce poco esputo a menos que exista una traqueítis o una bronquitis concomitantes. El dolor también puede ser un síntoma importante que

se agrava con el habla. Pueden aparecer disnea o estridor y éstos son siempre síntomas alarmantes.¹⁴

Angina de Ludwig. Es una infección del tejido laxo del piso de la boca, con características más de un flemón que de un absceso. El piso de la lengua está rechazado hacia arriba y el espacio submaxilar se hincha y adquiere consistencia leñosa muy sensible al tacto. La infección empieza, por lo general, alrededor de una raíz dentaria y puesto que las raíces pueden extenderse más allá de la línea miloiohídea, la infección puede comenzar por encima o por debajo del músculo miloiohídeo. Más adelante afecta a todos los tejidos situados por debajo del maxilar inferior y, generalmente, uno o ambos espacios submaxilares. La hinchazón leñosa puede extenderse hacia la clavícula, cuello, mediastino, etc. El tratamiento es a base de antibióticos y, con frecuencia, de un drenaje a través de incisiones externas. La traqueotomía no debe ser diferida si la vía aérea del paciente se halla en peligro.¹⁵

Fracturas nasales. Las fracturas de la nariz son muy frecuentes. En ocasiones se producen durante el parto, en cuyo caso pertenecen al tipo de fracturas en tallo verde; en este caso la nariz se inclinará a uno de los lados. Las fracturas debidas a trauma derecho desplaza ambos huesos nasales hacia un lado o de un golpe frontal, que deprime los huesos nasales y los hunde, o por varios traumatismos que ocasionan desplazamiento del tabique con lesiones de los huesos nasales o sin ellas. Las fracturas de la cara, muy particularmente las del borde inferior de la órbita o del cigoma, pueden asociarse con graves fracturas nasales. Si hay una herida externa de la nariz puede ser que se trate de una fractura compuesta; sin embargo la mayoría de las fracturas nasales son simples o conminutas pero no compuestas. Si se ha fracturado el cartílago del cuadrangular pero no los huesos nasales, la punta de la nariz puede desviarse a un lado en tanto que los huesos nasales permanecen rectos. También puede ocurrir lo contrario o puede torcerse tanto el tabique como los huesos propios.

En ocasiones, la punta de la nariz, en cuyo caso existe un hematoma del cartílago lateral superior, cuya hinchazón empuja uno de los costados de la punta de la nariz hacia fuera.¹⁶

Es de suma importancia conocer la causa por la cual los pacientes acuden al Departamento de Urgencias con algún problema de oído, nariz o garganta; y, su pronta y acertada referencia al Departamento de Otorrinolaringología para tratamiento del pacien-

te, así como una adecuada interacción entre ambos equipos médicos con la preparación e infraestructura necesaria.

Este tipo de información permitirá al hospital comparar su experiencia con la de otras instituciones; impulsar el conocimiento de los problemas de Otorrinolaringología en residentes y estudiantes de medicina; proveer información sobre la evaluación y el tratamiento de problemas de Otorrinolaringología a los médicos del Departamento de Urgencias; y, por último, permitir a los epidemiólogos, administradores del ramo de la salud pública y aseguradoras evaluar los patrones y el costo-eficacia de la utilización del Departamento de Urgencias. Esta breve revisión nos permitirá comparar resultados con otros ya obtenidos en otros estudios y así en caso de ser posible, poder establecer una epidemiología definitiva.³

El objetivo fue conocer los diagnósticos a partir de los cuales el Departamento de Urgencias refiere al paciente al Departamento de Otorrinolaringología para el establecimiento del diagnóstico real definitivo. Establecer los grupos de edad, sexo, evolución del padecimiento y etiologías más comunes provenientes del Departamento de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este fue un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y longitudinal. Nuestro universo de estudio incluyó a todos aquellos pacientes que acuden al Departamento de Urgencias de Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Se incluyeron a todos aquellos pacientes referidos del Departamento de Urgencias al Departamento de Otorrinolaringología en el periodo establecido. Se excluyeron a todos aquellos pacientes referidos por otros Departamentos de especialidades médicas o centros externos de salud que no fueron canalizados por el Departamento de Urgencias Médicas. Se eliminaron todos los sujetos que no presentaron diagnóstico nosológico del Departamento de Urgencias o el diagnóstico etiológico del Departamento de Otorrinolaringología.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- Independientes
Sexo: Cuantitativa; edad: cualitativa discontinua
- Dependientes
Signo y/o síntoma principal: cualitativa; tiempo de aparición del signo y/o síntomas (horas): cuan-

titativa discontinua; diagnóstico presuncional y definitivo: cualitativas.

Los parámetros de medición para este estudio serán los siguientes.

Cuadro I. Veinte diagnósticos más frecuentes de pacientes referidos del Departamento de Urgencias al Departamento de ORL en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". 1996-1999.

Diagnóstico	Diagnóstico asociado		Diagnóstico asociado	
Otitis	751	media	601	externa 109
Fracturas	653	nasal	651	
Traumatismos	493	facial	493	
Epistaxis	563			
Cuerpo extraño	469	oído	220	nariz 108
Vértigo	308	paroxístico	227	
Perforación de membrana timpánica	147			
Faringoamigdalitis	135			
Absceso cuello	130			
Sinusitis	90			
Otocerrosis	82			
Htas y epistaxis	82			
Contusión nasal	39			
Hipoacusia	38			
Parálisis facial	37			
Trauma en oído	35			
Faringitis	34			
Rinitis	33			
Laberintitis	27			
Rinofaringitis	26			

Cuadro II. Clasificación topográfica de los 20 diagnósticos más comunes referidos por el Departamento de Urgencias al Departamento de ORL del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". 1996-1999.

Otológicas	Otofaríngeas	Nariz y senos paranasales	Otros
• Otitis • Cuerpo extraño • Perforación de membrana timpánica • Otosclerosis • Hipoacusia • Trauma ótico • Laberintitis • Vértigo	• Faringoamigdalitis • Faringitis • Rinofaringitis	• Fractura • Traumatismo • Epistaxis • Sinusitis • Rinitis	• Absceso • espacios profundos del cuello • Hipertensión • Parálisis facial

- edad: años, escala de intervalo
- sexo: femenino o masculino, escala nominal
- tiempo de aparición de signo y/o síntoma: horas, escala de intervalo
- frecuencia de diagnóstico definitivo: número de casos, escala de intervalo

La información se obtuvo a partir de los expedientes que envía el Departamento de Urgencias al de Otorrinolaringología.

RESULTADOS

Se capturó la información de 4,913 expedientes del 1º de enero de 1996 al 31 de septiembre de 1999. Del total de los expedientes el 53% (2,625 expedientes) correspondieron a pacientes del sexo masculino y el 47% (2,288 expedientes) a pacientes del sexo femenino. Los diagnósticos más comunes en el Departamento de Urgencias fueron: otitis (media no supurativa y otitis externa), fractura nasal, traumatismo facial, epistaxis, cuerpo extraño, vértigo, perforación de membrana timpánica, faringoamigdalitis, absceso, sinusitis, cerumen, hipertensión, contusión nasal, parálisis facial, lesión ótica, faringitis, rinitis, laberintitis y rinofaringitis (*Cuadro I*); éstos a su vez se dividieron en: (*Cuadro II*).

- Otológicas
- Otofaríngeas
- Nariz y senos paranasales
- Otros

Se encontró que los signos y síntomas que se asociaban más comúnmente a las otitis medias son la otalgia, la otorrea, la hipoacusia, los acúfenos, vértigo, otorragia, mareo y rinorrea hialina, entre los principales. Topográficamente se dividieron a los padecimientos en:

Oído. Las otitis externas se relacionaron más con otalgia, hipoacusia, otorrea purulenta, otorragia y otorrea. Por otro lado las otitis medias se relacionaron con otalgia, otorrea, hipoacusia y acúfenos. Los pacientes con vértigo referían mareo, acúfenos, cefalea, síncope o la simple presencia del vértigo. Las perforaciones de membrana timpánica en la mayoría de los casos se acompañaban de otalgia, otorragia, hipoacusia, otorrea y acúfenos. El cerumen acumulado de forma anormal u otosclerosis era asociado a pacientes que presentaron hipoacusia, otalgia y cefalea.

Las hipoacusias se presentaban en pacientes que se quejaban de hipoacusia como tal, acúfenos, otalgia, traumatismo facial y en algún caso con otorrea verdosa. La hipoacusia, otalgia, otorragia, otorrea, prurito ótico fueron de las quejas más comunes en pacientes con lesión ótica. Las laberintitis se acompañaron de vértigo, cefalea,

Cuadro III. Relación de signos y síntomas de oído con los diagnósticos más frecuentes. Referido por el Departamento de Urgencias en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, 1996.

Otitis	<i>Externa</i> • Hipoacusia • Otalgia • Otorragia • Otorrea • Otorrea purulenta <i>Media</i> • Otalgia • Otorrea • Hipoacusia acúfenos
Vértigo	• Acúfenos • Vértigo • Mareo • Cefalea • Síncope • Acúfenos
Perforación de membrana timpánica	• Otalgia • Otorragia • Hipoacusia • Otorrea
Cerumen	• Hipoacusia • Otalgia • Cefalea
Hipoacusia	• Hipoacusia • Acúfenos • Otalgia • Otorrea • Traumatismo facial
Lesión ótica	• Hipoacusia • Otalgia • Otorrea • Traumatismo facial
Laberintitis	• Cefalea • Vértigo • Mareo • Otalgia
Rinofaringitis	• Epistaxis • Odinofagia • Otalgia • Tos • Fiebre

mareo y otalgia. La rinofaringitis fue uno de los padecimientos en el cual los pacientes, por lo general, se quejaban de epistaxis, odinofagia, otalgia, tos o fiebre (*Cuadro III*).

Nariz y región facial. Las fracturas nasales, como habría de esperarse, se acompañaban de signos y síntomas como: traumatismo facial, epistaxis, dolor nasal, traumatismo nasal y disnea. El traumatismo facial por lo general era encontrado en pacientes que refieren dolor nasal, epistaxis, tumefacción nasal o edema nasal. Las epistaxis, en la mayoría de los casos el paciente tan sólo hacía referencia a padecer epistaxis, haber sufrido un traumatismo facial; pero en otros casos, refirieron cefalea y acúfenos. Las sinusitis se presentaban en pacientes con cefalea frontal, cefalea sin alguna región específica, disnea, rinorrea –que en algunos de los casos podía ser fétida:–. Los pacientes que presentaban dolor nasal, edema nasal, epistaxis antecedente de traumatismo nasal o facial, por lo general, presentaban contusión nasal (*Cuadro IV*).

Orofaringe. Las faringoamigdalitis otro de los diagnósticos que por lo general se hallaba en pacientes

Cuadro IV. Relación de signos y síntomas de nariz y región facial con los diagnósticos más frecuentes. Referido por el Departamento de Urgencias en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. 1996.

Fractura	<i>Nasal</i> • Traumatismo facial • Epistaxis • Dolor nasal • Traumatismo nasal • Disnea
Traumatismo	<i>Facial</i> • Dolor nasal • Epistaxis • Traumatismo facial • Cefalea
Epistaxis	• Acúfenos • Epistaxis • Traumatismo facial • Cefalea
Sinusitis	• Cefalea frontal • Cefalea • Disnea • Rinorrea
Contusión nasal	• Dolor nasal • Edema nasal • Epistaxis • Traumatismo nasal • Traumatismo facial

con fiebre odinofagia, epistaxis, otalgia o disfagia. Las faringitis se acompañaban de fiebre, otalgia, tos, ataque al estado general y disfonía (*Cuadro V*).

El resto correspondía a: Los cuerpos extraños en el conducto aéreo externo, por lo general, se acompañaban de síntomas como otalgia y sensación de cuerpo extraño; el paciente también refería haberse introducido un cuerpo extraño, ya sea desconocido, algodón o restos de alimentos (que por lo general eran semillas). Los abscesos submandibulares se acompañaron de aumento de volumen submandibular, dolor submandibular, tumefacción subman-

dibular, y adenomegalias. Los pacientes que acudían por hipertensión en la mayoría de los casos presentaban epistaxis, vértigo, mareo, acúfenos y cefalea. Las parálisis faciales se presentaron en pacientes que tenían desviación de la comisura labial, otalgia, dificultad para mover los músculos faciales o dolor en hemicara. La cefalea (no localizada y occipital), disfagia y tos se presentaron en pacientes con rinitis (*Cuadro VI*).

En el 57.14% de los casos diagnosticados por el Departamento de Urgencias, el diagnóstico no coincidió con el diagnóstico del Departamento de Otorrinolaringología.

Por otro lado, 42.88% de los casos examinados ambos diagnósticos sí coincidieron.

De los expedientes analizados se obtuvieron las frecuencias de los pacientes según su edad (*Cuadro VIII*). En los cuales se observa que los grupos con mayores frecuencias es el de 21 a 30 años (1,153 pacientes) seguidos por el grupo de 11 a 20 años.

El tiempo de evolución del signo y/o síntoma principal también se cuantificó (*Cuadro VII*). De éstos se observa que el grupo más grande comprende aquel que reúne a los pacientes con un tiempo de evolución de 1-7 días.

Entre los medicamentos más usados para el tratamiento de algunas de estas enfermedades se encontró: amoxicilina simple o con ácido clavulánico, paracetamol, dipropionato de beclometasona, α -metildopa, ciprofloxacina y clindamicina.

Las diferentes incidencias temporales (estacionales) de los 5 diagnósticos más comunes referidos del Departamento de Urgencias al Departamento de ORL del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" encontramos: las otitis, fracturas, traumatismos, epistaxis y cuerpos extraños de los cuales mostramos los más frecuentes, teniendo entre las otitis, la otitis media como diagnóstico más frecuente; de las fracturas, la nasal fue la más frecuente; de los traumatismos, el facial es el de mayor incidencia; y por último de los cuerpos extraños se encontraron más frecuentemente en el conducto auditivo externo (CAE).

En la otitis media, se puede observar que su mayor frecuencia se da en los meses de septiembre, noviembre y agosto; y que los meses con menor frecuencia de pacientes fueron: junio, mayo y febrero. Las fracturas nasales tienen una incidencia mayor en: mayo, noviembre y agosto, y los meses donde su incidencia es

Cuadro V. Relación de signos y síntomas de orofaringe con los diagnósticos más frecuentes. Referido por el Departamento de Urgencias en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", 1996.

Faringoamigdalitis	• Fiebre • Odinofagia • Epistaxis • Otalgia • Disfagia
Faringitis	• Fiebre • Otalgia • Tos • Ataque al estado general • Disfonía

Cuadro VI. Relación de signos y síntomas con los diagnósticos más frecuentes. Referido por el Departamento de Urgencias en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", 1996.

Cuerpo extraño	• Otalgia • Sensación de cuerpo extraño • Cuerpo extraño
Absceso	<i>Submandibular</i> • Aumento de volumen submandibular • Dolor submandibular • Adenomegalia
Htas	• Epistaxis • Vértigo • Mareo • Acúfenos • Cefalea
Parálisis facial	• Desviación de la comisura facial • Otalgia • Dificultad para mover los músculos faciales
Rinitis	• Cefalea • Disfagia • Tos

menor son: enero, julio y junio. Julio, junio y octubre fueron los meses donde se encontraron mayor número de traumatismos faciales; en contraste con noviembre, diciembre y enero donde su número es reducido, es importante hacer notar que no se registró ningún traumatismo facial en los 4 años durante el mes de febrero. Las epistaxis fueron muy comunes en los meses de marzo, abril y octubre; mientras que, se vieron muy disminuidas en julio, agosto y enero. Los cuerpos extraños tuvieron tres picos importantes en los meses de julio, noviembre y abril; los meses en que se encontraron menos cuerpos extraños fue en septiembre, agosto y febrero.

DISCUSIÓN

Entre los resultados encontrados sobre la frecuencia de sexos hay una leve preponderancia del sexo masculino

Cuadro VII. Frecuencia de pacientes según el tiempo de evolución. Referidos por el Departamento de Urgencias al Departamento de ORL del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", 1996-1999.

Tiempo de evolución	Frecuencia	%
< 1 hs	58	1.52
1 - 6 hs	829	21.68
7 - 24 hs	395	8.09
1 - 7 d	1,874	49.02
8 - 14 d	263	6.88
15 - 30 d	232	6.07
31 - 90 d	51	1.33
> 91	47	1.23

Cuadro VIII. Frecuencia de pacientes según su edad. Referidos por el Departamento de Urgencias al Departamento de ORL en el Hospital "Dr. Manuel Gea González", 1996-1999.

Edad	Frecuencia	%
0 - 10	832	17.13
11 - 20	939	19.33
21 - 30	1,153	23.73
31 - 40	690	14.20
41 - 50	533	10.97
51 - 60	320	6.59
61 - 70	198	4.08
> 70	193	3.97

Fuente: Hojas de referencia del Departamento de Urgencias del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México 1996-1999.

(2,625) a comparación con el femenino (2,288), lo cual no significa una diferencia significativa. Esta misma relación la podemos encontrar en los resultados de Agrawal,¹ a diferencia de Granic² donde la relación es inversa pero no significativa, o Bleach quien no encontró diferencia alguna en la frecuencia de ambos sexos.⁶

Las patologías más comunes encontradas (*Cuadro I*) coinciden en su mayoría con las ya encontradas por Agrawal, Granick y Obón.¹⁻³

Los signos y síntomas encontrados de la mayoría de las patologías fueron coincidentes con los descritos en los textos de Otorrinolaringología, de ahí que sólo mencionaremos algunos aspectos que son relevantes. Los cuerpos extraños en el oído externo, por lo general, se relacionan con algodón, ya que hay una tendencia generalizada de limpiarse el conducto auditivo externo con cotonetes; al igual que eran muy frecuentes las semillas sobre todo en grupos de edad menores a los 20 años.

Hubo algunos casos en los cuales se encontraron signos y síntomas no relacionados con la patología, como por ejemplo: la otalgia presente en parálisis facial; cefalea occipital referida en casos de rinitis y la asociación directa de fiebre y rinofaringitis, a menos que se hable de un origen bacteriano, lo cual no se podría asegurar en este caso.

Encontramos que la mayor frecuencia de pacientes según su edad pertenecía al grupo de 31-40 años seguidos por el de 11-20 años; Agrawal encontró que la mayor frecuencia estaba en el grupo de 21-30 años casi a la par del grupo de 0-10 años seguido por el grupo de 11-20 años.¹ La diferencia entre ambos estudios se puede deber a que los pacientes pediátricos fueron atendidos en su mayoría por el Departamento de Urgencias Pediátricas, por lo tanto, la mayoría de los casos no fueron referidos al Departamento de Otorrinolaringología. Podemos decir que el aumento de frecuencia en este grupo de edades se debe a que son más susceptibles a infecciones y también están expuestos a más factores ambientales.¹⁷

El tiempo de evolución del padecimiento es un poco diferente al encontrado por Agrawal, ya que él menciona que la mayor frecuencia se dio en el grupo de 1-7 días, seguido por el grupo de 6-24 horas y el de menos de 1-6 horas.¹ Nosotros pudimos encontrar que el de mayor frecuencia fue el de 1-7 días, seguido por el grupo de 1-6 horas y el de 7-24 horas (*Cuadro VII*). Esto se puede deber a que entre nuestros padecimientos más comunes encontramos las fracturas

nasales, traumatismos faciales y la gravedad de los síntomas en las otitis hacen que los pacientes, en la mayoría de los casos, recurran con prontitud al Departamento de Urgencias.

En un 57.14% de los diagnósticos del Departamento de Urgencias no coinciden con los del Departamento de Otorrinolaringología. Esto se puede deber a diferentes factores, tales como: la falta de estudios de gabinete, los signos y síntomas de los padecimientos más comunes se encuentran muy relacionados entre sí y, por último, la falta de equipo indispensable para hacer un apropiado diagnóstico y el desconocimiento de las patologías específicas, del especialista en oído, nariz y garganta.

CONCLUSIÓN

Esta revisión nos muestra una amplia gama de patologías principales, así como los diagnósticos, edades y algunas de sus correlaciones. Se recomienda la revisión de los flujogramas existentes de las diferentes patologías otorrinolaringológicas para la fácil y pronta identificación y el tratamiento de los padecimientos más comunes, ya que esto ayudará a los médicos en general a evitar confusiones y llegar a un diagnóstico acertado, en la mayoría de los casos.

Se puede observar, por medio del tiempo de evolución, que la mayoría de los padecimientos podrían ser tratados por un médico general a un menor costo.³ En la mayoría de los casos el Departamento de Urgencias sirve como una facilidad donde los pacientes son atendidos las 24 horas del día, evitando así el período de espera de la consulta regular, volviéndose en un atajo en la obtención de un servicio médico.¹

Esto permite a los pacientes hacer visitas no programadas.³ Lo cual se podría evitar por medio de una mejor educación médica de la población en general y un mejor entrenamiento del médico no especialista en oído, nariz y garganta.

Para llevar a cabo un buen uso del Departamento de Urgencias relacionadas con padecimientos de Otorrinolaringología se requiere que haya un buen entrenamiento del médico general; que se mejoren los mecanismos de retroalimentación para la referencia de pacientes; y por último, una mejor educación de los pacientes en general.¹

GLOSARIO

Absceso: Foco de supuración dentro de un tejido, órgano o región del cuerpo.

Acúfeno: (Tinnitus), sensación de sonido que se percibe sin que tenga su origen en el medio externo.

Adenomegalia: Inflamación de los ganglios linfáticos en cualquier región.

Afasia: Pérdida o perturbación de la recepción o del uso del lenguaje causada por lesión del cerebro pero no por lesión que afecte la sensación primaria, la motilidad o musculatura vocal o su sujeción al control voluntario.

Afonía: Pérdida del habla a causa de una lesión periférica, como en la parálisis laríngea o por un tumor en las cuerdas vocales.

Ampolla en pabellón auricular: Vesícula bajo o dentro de la epidermis, llena de linfa o suero en dicha región.

Anacusia: Pérdida completa, habitualmente permanente, de la audición en uno o ambos oídos.

Anosmia: Ausencia del olfato por factores orgánicos o psicológicos; las formas orgánicas se conocen como aferentes cuando se deben a pérdida de la conductividad de nervio olfatorio, centrales cuando son por enfermedad cerebral, obstructivas cuando se deben a obstrucción de las fosas nasales y periféricas cuando son causadas por enfermedades de los extremos de los nervios olfatorios.

Ardor de garganta: Disfagia: deglución dolorosa.

Ardor faríngeo: Disfagia.

Artralgia: Dolor articular.

Asimetría facial: Parálisis facial: Debilidad parcial o total de los músculos de la cara. Hay dos tipos: Central o supranuclear y Periférico, nuclear o infranuclear.

Ataque al estado general: Astenia, adinamia.

Aumento de volumen: Aumento del peso de una sustancia. Se describió en amígdalas cuello, maxilar, nariz, oído, submandibular, faringe, mandíbula, mastoides, subauricular, sublingual, y supraclavicular. Caída de tapón nasal.

Calambre en región cervical: Contracción involuntaria, dolorosa, de un músculo de dicha región.

Cefalalgia: Cefalea.

Cefalea: Dolor de cabeza intenso. Se describió en región frontal, occipital temporal retroauricular, suboccipital, temporoparietal y universal.

Cerumen: Ceruminosis: secreción excesiva de cerumen. Tapón de cerumen.

Cianosis: Coloración azul púrpura de las mucosas y de la piel, debida a la presencia de cantidades excesivas de hemoglobina reducida en capilares, o menos frecuentemente a la presencia de metahemoglobina.

Congestión nasal: Acumulación anormal de líquido dentro de los vasos de un órgano o parte; por lo general sangre, pero en ocasiones bilis o moco.

Constipación nasal: Congestión nasal.

Contusión: Lesión causada generalmente por un golpe que no rompe la piel. Se describió en nariz y oído.

Crecimiento de ganglios submandibulares: Adenomegalias submandibular.

Crecimiento de ganglios cervicales: Adenomegalia cervical.

Crisis convulsiva: Contracción muscular general, paroxísmica e involuntaria, que puede ser tónica, clónica o tónico-clónica.

Cuerpo extraño: Sustancia que se encuentra en cualquier órgano o tejido que no le corresponde, en especial una sustancia de origen extrínseco. Se describió en boca CAE (conducto auditivo externo), fosa nasal o narina, faringe y pabellón auricular.

Se encontraron aguja, algodón, astilla, crayola, diente, maíz, piedra, tornillo de arete, bolita de plástico, botón, semilla, papel, peluche, goma, grapa, insecto, jabón, lana, metal, moneda, piedra, planta, plástico, plastilina, posta, puntilla de lápiz, restos de alimento, unisel y vidrio.

Descarga posterior de moco: Secreción de moco en faringe.

Desprendimiento de nariz: Desprendimiento de este órgano por traumatismo.

Desviación de tabique nasal: Debido a traumatismo.

Diaforesis: Sudoración

Diarrea: Aumento en la frecuencia y contenido acuoso de las evacuaciones.

Dificultad para movimientos faciales: Parálisis facial.

Disnea: Sensación de dificultad para respirar, con fatiga y aumento en el esfuerzo respiratorio, en relación inadecuada al volumen de aire ventilado.

Disnea nocturna: Dificultad para respirar que se presenta únicamente en la noche.

Disestesia hemifacial: Deterioro, pero no ausencia de los sentidos, en especial el sentido de tacto en hemicara.

Disfagia: Dificultad o alteración de la deglución

Disfonía: (ronquera). Cualquier alteración de los caracteres normales de la voz.

Dolor: Sensación desagradable. Se describió durante la inspiración (disnea), en fosa nasal, abdominal, en amígdalas (odinofagia), articular (artralgia), en carrillo, en cuello, en faringe (odinofagia), en hemicráneo, en región mandibular, facial, frontal, en hemicara, en lengua, maxilar, molar, nasal, paraesternal, en hueso parietal periamigdalino (odinofagia), periauricular, preauricular, occipital, temporal retroorbitario, retroauricular, retroesternal, retrofaríngeo (odinofagia), en seno maxilar, en senos paranasales, submandibular, torácico y traqueal (dolor en cuello u odinofagia.)

Edema: Acumulación excesiva de líquido en los espacios tisulares, por trasudoración aumentada del líquido capilar. Se describió en cuello, en puente nasal, en hemicara izquierda, palpebral, perivulcal, periorbitario y submandibular.

Émesis: Vómito.

Epistaxis: Hemorragia de origen nasal.

Equimosis: Extravasación sanguínea hacia el tejido subcutáneo, con decoloración cutánea. Se describe en nariz y ojo izquierdo.

Eritema en hemicara derecha: Enrojecimiento cutáneo, que se presenta en manchas de tamaño y forma variables, en cara.

Expectoración purulenta: Expulsión de material purulento por la boca.

Exantema torácico: Erupción sobre la piel de dicha región

Fiebre: Elevación de la temperatura corporal por encima de la normal.

Fractura multifragmentaria del tabique nasal: Solución de continuidad de las estructuras que forman la pirámide nasal (huesos nasales, cartílagos de la pirámide o septum óseo y cartilaginoso).

Halitosis: Aliento desagradable.

Hematemesis: Vómito de sangre.

Hematoma: Acumulación de sangre extravascular circunscrita, por lo regular coagulada y que forma una masa. Se describió en nariz y párpado.

Hemiparesia: Debilidad muscular de un lado del cuerpo.

Hemoptisis: Expulsión de sangre o de esputo teñido de sangre de los pulmones, tráquea o bronquios.

Hemorragia amigdalina: Debida a traumatismo.

Hemorragia en cavidad oral

Hemorragia en fosas amigdalinas: Posoperación

Herida en lengua: Interrupción de las relaciones ana-

- tómicas normales, o pérdida de tejidos como resultado de la cirugía o de una lesión física, en la lengua.
- Hiperalgesia en hemicara*: Sensibilidad excesiva al dolor en hemicara.
- Hipertermia*: Aumento súbito e intenso de la temperatura corporal ($< 41^{\circ}$) por motivos múltiples.
- Hipertrofia amigdalina*: Incremento del tamaño de las amígdalas independientemente de su crecimiento natural, debido al crecimiento de sus células.
- Hipoacusia*: Disminución de la audición.
- Hiporexia*: Disminución del apetito.
- Infección dental*: Invasión de un huésped por organismos como bacterias, hongos, virus protozoarios, helmintos o insectos con o sin producción de enfermedad manifiesta en dicha región.
- Inflamación*: Reacción de los tejidos a la lesión, caracterizada clínicamente por calor, hinchazón, enrojecimiento, dolor y pérdida de la función. Se describió en nariz, pabellón auricular, periamigdalina y retroauricular.
- Laceración en pabellón auricular*: Desgarro o herida por desgarramiento en dicha región.
- Lengua saburral*: Capa de deshecho epitelial, que resulta del depósito, entre las papilas, de células exfoliadas y amasadas con la saliva, residuos alimentarios, moco, bacterias y hongos.
- Lesión*: Alteración estructural o funcional, debida a enfermedades. Se aplica comúnmente a las alteraciones morfológicas, localizada en paladar.
- Lesión punzocortante en pabellón auricular*: Herida penetrante que atraviesa epidermis en dicha región.
- Lipotimia*: Desvanecimiento. Consiste en la obnubilación de la conciencia con adinamia que puede culminar con la caída al suelo.
- Mareo*: Alucinación de movimiento no rotatorio.
- Masa*: Pieza relativamente sólida o maciza. Se describió en cuello y tráquea (cuello).
- Náusea*: Sensación de malestar en epigastrio, con aversión al alimento y tendencia a vomitar.
- Neuralgia*: Dolor paroxístico intenso, agudo, tenebrante, a lo largo del curso de un nervio.
- Nodulación*: Formación de nódulos (elevación circunscrita sólida de tamaño variado pero más grande que una pápula). Se describió en mandíbula y nariz.
- Obstrucción*: Oclusión o bloqueo. Se describió en CAE, faringe y región nasal.
- Odinofagia*: Dolor al deglutir.
- Odontalgia*: Dolor dental.
- Oído tapado*: Sensación de plenitud aural.
- Olor fétido de nariz*: Cacosmia.
- Otalgia*: Dolor de oído.
- Otorragia*: Descarga de sangre del meato auditivo externo.
- Otorrea*: Descarga por el meato auditivo externo. Se describió amarillenta, blanquecina purulenta, serohemática, seropurulenta y verdosa.
- Palpitación*: Percepción de los latidos cardiacos.
- Parálisis*: Pérdida de función muscular o de sensación.
- Parálisis de hemicara derecha*
- Parálisis facial*: Debilidad parcial o total de los músculos de la cara. Hay dos tipos: Central o supranuclear y periférica o nuclear o infranuclear.
- Paresia*: Pérdida incompleta de la fuerza muscular o debilidad muscular de dicha región. Se describió en cara, hemicara y lengua.
- Pérdida de sensibilidad en hemicara derecha*: Anestesia.
- Pérdida del equilibrio*: Pérdida de la postura en relación al ambiente.
- Pirosis*: Sensación quemante subesternal o epigástrica, acompañada de eructación de un líquido acre, irritante.
- Prurito*: Comezón. Se describió en nariz, dorso de la nariz, en CAE, en oído y retroauricular.
- Ptois palpebral*: Caída del párpado superior.
- Púrpura en cuello*: Hemorragia de la piel.
- Quiste*: Espacio incluido dentro de un órgano o tejido, tapizado de epitelio y generalmente lleno de líquido. Se describió un quiste blanquecino y quistes en región preauricular.
- Respiración oral*
- Rinorrea*: Descarga mucosa de la nariz. Se describió fétida, hialina, purulenta y verdosa.
- Ronquera*: Voz áspera e irritada.
- Sangrado*: Pérdida de sangre. Se describió periorbitario y retrofaríngeo.
- Secreción*: Secretar o formar a partir de materiales proporcionados por la sangre, diversas sustancias que se eliminan del cuerpo o se utiliza para realizar funciones especiales. Se describió hialina, purulenta, serohemática, serohemorrágica (serohemática), serosa y verdosa.
- Sensación de cuerpo extraño*: Sensación que no es causada por estímulos externos o internos. Se describió en CAE, faringe, y región malar.
- Sensación de hormigueo en región temporooccipital*: Parestesia.
- Sensación de obstrucción en oído*: Plenitud aural.

Sensación de oído tapado: Plenitud aural.

Sensación de plenitud aural

Sensación taponamiento ótico: Plenitud aural.

Sialorrea: Salivación derramada fuera de la boca. Se describe espesa y abundante.

Síncope: Pérdida completa de la conciencia con la caída del enfermo

Somnolencia: Amodorramiento, semiinconsciencia.

Supuración: Formación de pus.

Taquipnea: Frecuencia respiratoria anormalmente rápida.

Tinnitus: Acúfeno.

Tos: Expulsión súbita y violenta de aire de los pulmones tras la inspiración profunda y el cierre de la glotis; reflejo protector causado por la irritación de la mucosa laríngea traqueal o bronquial.

Tos productiva: Tos que se acompaña de expectoración o esputo.

Tos seca: Tos que no se acompaña de expectoración.

Trauma: Lesión causada por un agente físico o mecánico. Se describió en articulación temporomandibular, cefálico, facial, nasal y ótico.

Traumatismo: Estado generalizado o localizado, producido por una herida o una lesión. Se describió en CAE, craneoencefálico, en amígdalas, oído, facial, nasal y paladar blando.

Traumatismo contuso: Lesión causada por un golpe que no atraviesa la piel.

Tumefacción: Cualquier aumento morbososo de volumen o protuberancia anormal. Se describió inframentoniana, labial, en maxilar inferior, nasal, en pabellón auricular periorbitaria, en región temporal, submandibular y submaxilar.

Tumor: Masa anormal que resulta de la multiplicación excesiva de las células. Se describió nasal y submandibular.

Tumoración: Formación de tumor. Se describió en región amigdalina, cuello, encía, región malar, submandibular, en hemicráneo derecho, retroauricular, sublingual y submaxilar.

Vértigo: Sensación de que el mundo exterior está girando alrededor de uno (vértigo objetivo), o de que uno se mueve en el espacio (vértigo subjetivo).

Visión borrosa.

Vómito: Eyección forzada del contenido del estómago a través de la boca.

Voz nasal: Rinolalia. Tono nasal en la voz.

REFERENCIAS

1. Agrawal R, Hampal, S, Flood M. The open access ENT casualty service. *J Laringol Otol* 1992; 106(8): 719-21.
2. PérezObón J et al. An outpatient study in ENT (otorhinolaryngology) emergencies at a general hospital. *Acta otorrinolaringol Esp* 1995; 46(4): 298-304.
3. Granick MS, Obeiter RD. Patient profile of an otolaryngologic emergency department. *JAMA* 1983; 250 (7): 933-5.
4. Lloyd JS et al. A study of the practice of otolaryngology in the United States. *Arch Otol* 1979; 105: 610-620.
5. Koch H. Office Visits to Otolaryngologist: National Ambulatory Medical Care Survey, United States; 1975-1976. Advance data from vital and health statistics, No. 34 Dept of Health, Education and Welfare publication 79-1787, 1979.
6. Bleach NR, Williamson PA, Mady SM. Emergency workload in otolaryngology. *Ann R Coll Surg Engl* 1994; 76(5): 335-8.
7. De Weese DD, Saunders WH. Enfermedades y anomalías del oído externo. En: *Tratado de Otorrinolaringología*, 4ª Ed. México. Edit. Interamericana, 1974: 312-27
8. Ibid pp. 312-27.
9. De Weese DD, Saunders WH. Enfermedades del oído medio y de la mastoides. En: *Tratado de Otorrinolaringología* 4ª ed México. Edit. Interamericana, 1974: 337-54.
10. Ibid pp. 337-54.
11. De Weese DD, Saunders WH. Epistaxis. En: *Tratado de Otorrinolaringología* 4ª Ed. México. Edit. Interamericana 1974: 194-204
12. Durand M, Joseph M, Baker AS. Infections of the upper respiratory tract. In: Harrison's 14 Ed. US, 1998.
13. DeWeese DD, Saunders WH. Enfermedades de la faringe. En: *Tratado de Otorrinolaringología* 4ª Ed. México. Edit. Interamericana, 1974: 47-65.
14. DeWeese DD, Saunders WH. Enfermedades agudas y crónicas de la nariz. En: *Tratado de Otorrinolaringología* 4ª Ed. México. Edit. Interamericana, 1974: 219-29.
15. De Weese DD, Saunders WH. Enfermedades de la faringe. En: *Tratado de Otorrinolaringología*, 4ª Ed. México. Edit. Interamericana, 1974: 47-65.
16. De Weese DD, Saunders WH. La nariz y los senos paranasales. En: *Tratado de Otorrinolaringología*, 4ª Ed. México. Edit. Interamericana, 1974: 182-193.
17. Ernster VL, Colford MJ Jr. Influence of demographic and socioeconomic factors. In: Harrison's, 14 ed. US, 1998.
18. Hemlin C et al. Aspects of diagnosis of acute otitis media. *Fam Pract* 1998; 15(2): 133-7.