

Causas de referencia a la consulta de Otorrinolaringología, en un hospital de segundo nivel

Graciela Chávez Ramírez*

RESUMEN

Introducción. 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 realizó un estudio para identificar esta proporción y proponer alternativas para reducirla. **Material y método.** Se identificó el diagnóstico de referencia al Servicio de Otorrinolaringología y se clasificó de acuerdo con la región anatómica afectada por la que se refería al paciente. Se identificó la proporción e intervalos de confianza del 95% (I.C. 95%) que representaba cada región anatómica, como causa de referencia. Se identificó también la unidad de referencia. **Resultados.** Cuarenta y siete pacientes, edad promedio 26.6 años. La región anatómica que motivó la referencia fue la nariz y los senos paranasales en 20 pacientes (43%), la faringe en 18 (38%), el oído en ocho (17%) y la laringe en uno (2%). La unidad de referencia fue un centro de salud en 21 casos (44.8%), un hospital pediátrico en 12 (26.5%), un hospital general en nueve (18.2%), un consultorio particular en cuatro (8.2%) y un Instituto de Salud en uno (2%). Diecisiete pacientes (36%, I.C. 95% 22 a 50%) podrían haber sido tratados en un primer nivel de atención. **Conclusiones.** La tercera parte de los pacientes referidos a un hospital de segundo nivel por problemas otorrinolaringológicos podrían haberse atendido eficazmente en la unidad que los envió. La capacitación continua y la retroalimentación al primer nivel de atención podrían reducir la proporción de referencias innecesarias.

Palabras clave: Otorrinolaringología, referencia, segundo nivel.

ABSTRACT

Introduction. A still non reported proportion of patients referred to the secondary care otolaryngologist deserve no specialized attention, which saturates services and delays surgical attention. A study was conducted to identify this proportion and formulate alternatives to decrease it. **Methods.** The referral diagnosis to the Otolaryngology service was identified and classified, according to the involved anatomical region. The proportion and 95% confidence intervals (95% C.I.) that each anatomical region represented as a cause of referral were identified. The referring unit was also identified. **Results.** 47 patients, mean age 26.6 years. The anatomic region that originated the referral was; nose and paranasal sinuses in 20 patients (43%), the pharynx in 18 (38%), the ear in 8 (17 %) and the larynx in 1 (2%). The referring unit was a primary care Health Center in 21 cases (44.8%), a pediatric hospital in 12 (26.5%), a general hospital in 9 (18.2%), a private medical office in 4 (8.2%) and a Health Institute in one (2%). Seventeen patients (36%, 95% I.C. 22 to 50%) could have been treated at a primary care unit. **Conclusions.** A third of the patients referred to a hospital as a result of an otolaryngological disease, could have been efficiently managed at the unit that send them. Continuous skill training and feedback to the primary care level could reduce the proportion of unnecessary referrals.

Key words: Otolaryngology, referrals, secondary care.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas de oído, nariz y garganta son una causa común de consulta con el médico general; la mayoría de las enfermedades que afectan estas estructuras puede atenderse efectivamente en el primer nivel de atención.¹

En una serie nacional, una proporción importante de los padecimientos atendidos en un Servicio de Urgencia eran del área de Otorrinolaringología.² En una serie británica, 33.8% de los diagnósticos en el primer nivel de atención correspondieron a enfermedades otorrinolaringológicas, y 16% de estos pacientes fue referido al especialista.³

Sin embargo, algunas de las enfermedades que podrían resolverse en un primer nivel son referidas innecesariamente al segundo nivel de atención, lo cual satura los servicios

* Médico Especialista en Otorrinolaringología, Hospital Juárez del Centro.



de especialidad, y retarda la disponibilidad de atención especializada o quirúrgica. En la serie británica mencionada con anterioridad, 27% de las referencias al otorrinolaringólogo eran inapropiadas.³

Ya que la interacción entre el médico general y el especialista es indispensable para brindar al paciente una atención eficiente, la identificación de estos problemas podría facilitar la capacitación del médico general al enfocar la enseñanza de la Otorrinolaringología hacia ellos. Se realizó un estudio descriptivo, con la finalidad de identificar las causas más frecuentes de referencia a la consulta de Otorrinolaringología de un hospital de segundo nivel, así como las unidades médicas de donde se refirieron los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en un hospital general de la Ciudad de México.

Se incluyeron todos los pacientes evaluados por primera vez entre enero y junio del 2005, de cualquier género y edad, que hubieran sido referidos al Servicio de Otorrinolaringología por otra unidad médica, independientemente del diagnóstico de referencia, que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron los pacientes operados por cualquier problema otorrinolaringológico, que fueron referidos por sintomatología relacionada con la intervención quirúrgica.

Se identificó en cada paciente la enfermedad que motivó la referencia, y se clasificó de acuerdo con la región anatómica afectada, que representó la variable en estudio. Se trató de una variable cuantitativa nominal, cuyas categorías fueron: nariz y senos paranasales, faringe, laringe, y oído (incluyendo al laberinto posterior).

Para los casos con afección de más de una región, se determinó cuál de las regiones era el motivo de la referencia y la calificación asignada fue la correspondiente a esa región; en los casos en que la referencia señalaba la afección de dos regiones, se clasificó de acuerdo con la región que ocasionaba mayor sintomatología al paciente.

Se identificó la proporción e intervalos de confianza de 95% (I.C. 95%), de cada región anatómica como causa de referencia al especialista; también se determinó la proporción e I.C. 95% de los pacientes que podrían haberse tratado en un primer nivel de atención. Los datos fueron almacenados y analizados en una hoja de cálculo de Excel.

Se solicitó consentimiento informado para participar a todos los pacientes. El estudio no afectó la integridad biopsico-social de los individuos en estudio, y se mantuvo la confidencialidad de su identidad.

RESULTADOS

Se evaluaron 47 pacientes, con edad de cuatro a 88 años (promedio 26.6). Treinta pacientes correspondieron al género femenino (63.2%) y 17 al masculino (36.7%). Veintiún pacientes fueron referidos por un centro de salud (44.8%), 12 por un hospital pediátrico (26.5%), nueve por un hospital general (18.2%), cuatro por médicos de práctica privada (8.2%) y uno por un instituto de salud (2%).

La distribución por diagnóstico de referencia se presenta en la cuadro 1. De acuerdo con la región anatómica, 20 pacientes fueron referidos por enfermedades de la nariz y senos paranasales (43%), 18 por enfermedades de la faringe (38%), ocho por enfermedades del oído (17%) y uno por enfermedades de la laringe 2% (cuadro 1).

Del total de los pacientes evaluados, 17 (36%, I.C. 95% 22 a 50%) podrían haber sido tratados en un primer nivel de atención. De los 30 restantes, 21 (45%, I.C. 95% 30 a 59%) requerían cirugía y nueve (19%, I.C. 95% 5 A 33%) requerían manejo médico por el especialista.

DISCUSIÓN

La Otorrinolaringología es una especialidad médica-quirúrgica caracterizada por abordar dentro de su ámbito de competencia enfermedades con alta incidencia y enfermedades crónicas con elevada prevalencia. Debido a estas características, una parte importante de las enfermedades que comprende la Otorrinolaringología es tratada por el médico general. Los médicos familiares y los pediatras describen que hasta 40% de su práctica está relacionada con problemas de oído, nariz y garganta.⁴

Una serie chilena reportó como la causa más frecuente de referencia a la hipoacusia (32.2%) y a la patología amigdalina (32%), pero únicamente 10% de los pacientes habían sido referidos por médicos generales.⁵ El 61% de los

Cuadro 1. Diagnósticos de referencia en la muestra, n = 47.

Diagnóstico	n	%
Adenoamigdalitis crónica	12	26
Desviación septal	11	23
Faringitis crónica	6	13
Sinusitis	4	9
Otitis media crónica	4	9
Presbiacusia	3	6
Epistaxis	3	6
Fractura nasal	2	4
Síndrome vertiginoso	1	2
Laringitis	1	2

pacientes con vértigo llegan al especialista referidos del primer nivel de atención.⁶

Un estudio comunitario escocés que evaluó la presencia de síntomas otorrinolaringológicos durante un año, reportó que una quinta parte de la muestra reportó acúfeno, entre 13 y 18% reportaron sintomatología nasal, 7% reportó ronquera o problemas de la voz, y 31% reportó haber presentado al menos un episodio grave de faringitis o amigdalitis. Casi 21% de los entrevistados reportó haber presentado mareo, y 29% inestabilidad.¹

En la muestra estudiada las enfermedades de la nariz y de los senos paranasales fueron la causa más frecuente de referencia (43%), seguidos de las enfermedades de la faringe (38%). Sólo un paciente fue referido por vértigo, lo cual podría indicar que existe una baja detección de la enfermedad, pero la prevalencia en población abierta no se ha reportado en nuestra población.

Una serie española que comparaba las referencias al segundo nivel de atención, entre unidades de primer nivel de atención que contaban con un otorrinolaringólogo y otras que no contaban con él, identificó que las referencias por médicos no especializados en otorrinolaringología eran más deficientes en los adultos: una proporción de los pacientes tenía enfermedades crónicas estables no susceptibles de tratamiento, y otra no requería atención por el otorrinolaringólogo.⁷

Los centros de salud refirieron 44.8% de los pacientes de la muestra estudiada, por enfermedades de la nariz y los senos paranasales y de la faringe; algunos hospitales que cuentan con servicios de Otorrinolaringología refirieron pacientes al Hospital, por diferimiento quirúrgico.

Se ha descrito que las intervenciones profesionales (educación, acceso a la información o guías de práctica clínica) con frecuencia modifican la conducta clínica, de manera acorde con las mejoras en el proceso o la calidad de la atención.⁸

El Programa Nacional de Salud establece estrategias para la resolución de problemas a nivel local, con el objeto de reforzar la capacidad gerencial y la toma de decisiones, en forma congruente con el lugar donde se generan los problemas y se otorgan los servicios. La identificación de los problemas de referencia al especialista podría facilitar la creación de programas académicos, para la resolución de estos padecimientos mediante su manejo en el primer nivel de atención médica.

El problema no es exclusivo de nuestro país: 75% de los médicos generales encuestados en un estudio británico, consideraron que requerían capacitación adicional en Otorrinolaringología, para ejercer su práctica profesional.⁹

Otro aspecto que requiere atención son los motivos de referencia al especialista, desde el primer nivel de aten-

ción. Un estudio canadiense reportó que la falta de repuesta al tratamiento con antibiótico, en pacientes con otitis media, era un motivo frecuente de referencia al otorrinolaringólogo. Sin embargo, el tiempo que el paciente había sido tratado no cubría los criterios para indicar una cirugía por parte del especialista,¹⁰ lo cual revela una falta de uniformidad en la información que comparten ambos niveles de atención.

La capacitación del médico general en Otorrinolaringología es necesaria, dado el segmento de la población con padecimientos de especialidad que atiende: en un estudio canadiense sobre 4,708 prescripciones de antibióticos en otitis media, 87% de los casos fue manejado por médicos generales (I.C. 95% 86 a 88), 9% por pediatras y 3% por otorrinolaringólogos.¹¹

Se ha descrito también que se requiere mejorar la calidad en la investigación en el primer nivel de atención, y en particular su presentación.⁸ La evaluación y la retroalimentación al primer nivel de los pacientes referidos al especialista, es una fuente de información que puede contribuir a esa mejora, ya que la aplicación de los resultados de la investigación también facilita la mejora continua en la atención médica.

El reforzamiento de los programas académicos de Medicina en el área de Otorrinolaringología es una opción viable a corto plazo, para lograr que el médico general consolide sus competencias para manejar las enfermedades más frecuentes y para referir adecuadamente aquellas para las cuales se requiere la capacidad resolutiva del especialista. Ello mejoraría la disponibilidad de atención quirúrgica o especializada, con lo cual la atención al paciente podría brindarse con mayor oportunidad, además de eficiencia.

CONCLUSIONES

Las causas más frecuentes de referencia al especialista en Otorrinolaringología fueron problemas nasales (43%) y de la faringe (38%). La mayoría podrían haberse atendido efectivamente en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS

1. Hannaford PC, Simpson JA, Bisset AF, Davis A, McKerrow W and Mills R. The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: results from a national cross-sectional postal survey in Scotland. *Family Practice* 2005; 22: 227-33.
2. Flores CKA, Delgado FAL, Güemes CZN, et al. Padecimientos más comunes referidos del departamento de Urgencias Médicas al departamento de Otorrinolaringología en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Experiencia de 4 años. *Rev Hosp Gral Dr M Gea González* 2000; 3: 145-56.



3. Bird JC, Beynon GJ, Prevost AT, Baguley FM. An analysis of referral patterns for dizziness in the primary care setting. *BJ General Practice* 1998; 48: 1828-32.
4. Marquez GA. Capacidade resolutiva em Otorrinolaringologia do médico da atenção primária da rede pública de Saúde do Município de Belo Horizonte-Brasil. *Dissertação de Maestrado em Ciencias da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG*; 2006, p. 1- 141.
5. Der MC, Paz SM, Iñiguez CM, Valenzuela MP. Realizad de la derivación a Otorrinolaringología desde atención primaria. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello* 2006; 66: 95-102.
6. Pérez P, Manrique C, Álvarez MJ, et al. Valoración del conocimiento del vértigo posicional paroxístico benigno en la atención primaria y especializada de primer nivel. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2008; 59: 277-82.
7. Mir N, Trilla A, Quintó LL, Molinero M, Asenjo M. ¿Qué papel tiene la Otorrinolaringología en la Asistencia Primaria? Un análisis de variación en áreas concretas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002; 53: 495-501.
8. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters T, et al. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *BJ General Practice* 2003; 53: 878-84.
9. Clamp PJ, Gunasekaran S, Pothier DD, Saunders MW. ENT in general practice: training, experience and referral rates. *J Laryngol Otol* 2007; 121: 580-3.
10. McIsaac WJ, Coyte P, Croxford R, Harji S, Feldman W. Referral of children with otitis media. Do family physicians and pediatricians agree? *Can Fam Physician* 2000; 46: 1780-8.
11. Petersen I, Johnson AM, Islam A, Duckworth G, Livermore DM, Hayward AC. Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database. *BMJ* 2007; 335: 1-6.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Graciela Chávez Ramírez
 Durango No. 64 Esq. Mérida,
 Consultorio 510
 Col. Roma, México, D.F.
 Tel.: 5525-3268
 Correo electrónico:
 gracielachr@yahoo.com.mx