

7

DESDE LA EXPERIENCIA

Guía para la práctica de la otorrinolaringología

Eliseo Echeverri A.*

RESUMEN

El autor se propone con esta guía, dirigida a estudiantes de pregrado, ayudarlo en sus prácticas futuras de la especialidad. Se trata de una instrucción basada en la experiencia y por lo tanto no es fácil obtenerlo en los textos de uso corriente.

Se hace hincapié en el comportamiento del estudiante ante los pacientes. Cómo examinarlos y el uso adecuado de los diferentes instrumentos.

Palabras clave: Otorrinolaringología, guía práctica para el examen, docencia médica, paciente.

ABSTRACT

The purpose of the author, it is to help the student on his future master practices. This practicing guide it is based on empiric work, then it is not easy to get that information on books. The author writes a lot about the medical student behavior about patients; the right way to inspect them closely and the right use of the different tools as well.

Key words: Otolaryngology, practicing guide for examination, medical teaching, patient.

* *Otorrinolaringólogo. Profesor Jefe Cátedra Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia S.A.*

Separatas: A.A. 56006. Medellín - Colombia - S.A.

OBJETIVOS

1. Conocimiento del formato para historias clínicas.
2. Cómo elaborar la historia clínica sin perder tiempo.
3. Conocimiento de los diferentes aparatos e instrumentos que se usan en el examen del paciente.
4. Cómo examinar al enfermo.
5. Uso correcto de los instrumentos de examen.
6. Aprender a ser paciente.
7. Aprender a ser examinador.

Comentario sobre cada objetivo

1. Cada escuela o entidad dispone de un modelo o formato para elaborar la historia clínica, el cual, al ser llenado en su totalidad, facilita el análisis sobre el paciente y ahorra tiempo; pues la gran mayoría de los modelos están provistos de impresos de las diferentes partes del cuerpo relacionados con la especialidad, en los cuales se dibujan los hallazgos del examen y así, con una sola mirada, nos podemos formar una idea clara sobre la enfermedad de ese paciente.
2. Por más que se escriba y se hable de la importancia que tiene la elaboración de una buena historia clínica para el estudio de cualquier enfermo y en cualquier especialidad, siempre hará falta recalcar en ello. Es sabido que muchos diagnósticos sólo se pueden sustentar por los datos recogidos en la historia; esta importancia obliga a enseñar cómo elaborar una historia clínica completa y a exigir que cada paciente la obtenga sea cual fuere su queja. Para la elab-

boración de la historia se debe disponer de las mínimas comodidades para el paciente y familiares, por una parte, y para el estudiante o médico, por otra. No es aconsejable que se improvise cualquier sitio para el interrogatorio, se debe disponer de un consultorio provisto de escritorio, sillas o taburetes, donde puedan estar cómodos los actores.

La historia debe ser lo más completa en datos importantes, pero no se debe perder tiempo en quejas o divagaciones sin importancia que algunos pacientes acostumbran y que alargan mucho el interrogatorio, por lo cual se aconseja efectuar una anamnesis dirigida y que llene todos los datos requeridos.

3. Es totalmente necesario que el estudiante conozca el sitio, los aparatos e instrumentos que va a necesitar para examinar los enfermos.

En el consultorio o salón de examen para pacientes de otorrinolaringología se dispone de escritorio, sillas o taburetes, silla de examen, banco o butaco para el examinador, fotóforo, gabinete de otorrino provisto de varios compartimientos en los cuales se encuentra el material e ingredientes que se usan frecuentemente durante el examen del enfermo, lo mismo que el instrumental requerido. Se debe tener algodón, gasa, alcohol antiséptico, anestésico de mucosas, vasoconstrictores nasales, mechero o lámpara de alcohol, bajalenguas desechables, aplicadores con algodón desechables y metálicos; además el instrumental para examen. Espéculos de nariz y de oído de diferentes tamaños, pinzas hemostáticas y en bayoneta, pinza de caja, aspirador y trompas o cánulas aspiradoras de diferente cali-

bre, separador de paladar blando o sondas de caucho o plásticas, juego de diapasones, espejos de laringe con mango o intercambiables, curetas y ganchos para extraer cerumen, gancho para extracción de cuerpos extraños de la nariz, cubetas plásticas o metálicas, jeringa de vidrio de 20 c.c. con aguja especial para lavar oídos. Antes se acostumbraba tener polipótomos, pinzas de laringe, trócar de punción de senos maxilares etc., pero en la actualidad nos hemos limitado mucho en efectuar procedimientos dentro del consultorio, debido a los riesgos y consecuencias que se pudieran presentar en el futuro. El ejercicio de la medicina ha cambiado y por ello el médico debe ser muy cuidadoso y responsable en su trabajo.

4. Una vez elaborada la historia clínica, se le ordena al paciente sentarse en la silla de examen, la cual se debe acondicionar a cada paciente en lo referente a la altura y la posición de la cabeza; para ello la silla está provista de un mecanismo manual o eléctrico que permite bajar o subir al enfermo, además posee un cabezal que se puede variar de posición, para así colocar la cabeza del examinado en la forma deseada por el examinador; posee además, mecanismos para fijar los soportes de los brazos y para desplazar la silla hacia delante o atrás o para girarla.

El examinador se sienta en un butaco, asiento muy apropiado para el examen y le da la altura necesaria para quedar cómodo y no fatigarse más de la cuenta durante su labor, esto mismo es válido para el paciente, el cual debe sentirse cómodo y tranquilo durante el examen. El examinador debe colocarse el fotóforo, que es la fuente de iluminación más utilizada por el otorrino en la

actualidad, pudiendo tener sus manos libres y estar provisto de una magnífica iluminación siempre y cuando haga correcto uso del aparato. (1) El fotóforo está provisto de una correa o sistema de ajuste a la cabeza que permite ser adaptado a cualquier examinador; se debe saber que el círculo formado por la correa es menor en su porción superior y por ello siempre se colocará el círculo mayor en la parte más baja de la cabeza quedando bien acomodado en la mitad de la frente y luego se ajusta de tal manera que no quede flojo, pues se mueve, ni apretado porque no lo tolera el examinador. La correa dispone de un sistema que permite aumentar o disminuir el tamaño del círculo.

Una vez bien colocado el fotóforo se iluminará y lo más importante es aprender a dirigir la luz a la superficie que se va a examinar, sin necesidad de hacer esfuerzo con la cabeza, ya que la luz debe llegar al sitio que se mira. En la práctica la iluminación va con la mirada y para conseguirlo se toma como punto de referencia la uña del pulgar que se coloca delante de los ojos y dirigimos la luz para que la ilumine, luego se procede a graduar el tamaño de la superficie iluminada, elaborando un círculo con los dedos índice y pulgar que nos permite adaptar el tamaño de la luz que utilizaremos durante el examen; sabemos que para examinar superficies pequeñas, la luz debe concentrarse; la variación en el tamaño de la luz se consigue con movimientos suaves del lente del fotóforo, si se acerca al bombillo la luz aumenta en tamaño y se disminuye al alejarse del bombillo. Con adecuada iluminación empezamos el examen, teniendo presente que el órgano enfermo del cual se queja el paciente debe dejarse para ser examinado de último, ya

que con frecuencia encontramos patologías en otros órganos, a veces más importante que la aquejada por el enfermo. En los niños, en lo posible, debe dejarse para examinar de último la boca y faringe, si se quiere tener un paciente colaborador, utilizar el menor instrumental que podamos; la rinoscopia anterior en la mayoría de los niños se puede efectuar levantando la punta de la nariz con nuestro pulgar.

En los adultos es aconsejable iniciar el examen por el cuello y la nuca con inspección y palpación, luego continuamos con otro órgano diferente al de la queja del paciente, por ejemplo la nariz, en la cual observamos su forma, posición, superficie externa y palpación de la parte ósea y de la cartilaginosa; seguimos con la rinoscopia anterior levantando con el dedo pulgar la punta de la nariz lo que nos permite ver la posición del cartílago septal (Luxaciones) y los vestíbulos con sus pelos; continuamos colocando el espéculo, el más usado es el tipo Hartman, teniendo en cuenta que se debe introducir en la nariz cerrado y su punta dirigida al ala nasal, en tal forma que su posición sea horizontal y el examinador lo toma entre los dedos pulgar abajo y los otros en la rama superior, puede utilizar una sola mano para examinar la dos fosas o intercambiar. No colocar el espéculo en posición vertical porque la maniobra se torna dolorosa, puede lastimar el tabique y la superficie expuesta es muy pequeña; cuando usamos el espéculo en forma correcta lo podemos abrir sin causar molestia y conseguimos una exposición que nos permite apreciar el septum en la parte interna de la fosa nasal, el piso de la fosa y el meato inferior, en la pared externa vemos la unión de los cartílagos alares, la cabeza y parte del cuerpo del cornete inferior, meato

medio y parte del cornete medio. Si el cornete inferior se ve hipertrófico debemos usar un vasoconstrictor aplicado sobre la cabeza, utilizando un portaalgodón que puede ser desechable para poder ver la fosa nasal, establecer el diagnóstico de hipertrofia mucosa u ósea del cornete y observar el cornete medio, al terminar la rinoscopia anterior se debe retirar el espéculo ligeramente abierto para evitar aprisionar los pelitos que al halarlos causaría dolor y molestia en el paciente (1).

El examen se puede continuar con los oídos observando las regiones pre y retroauricular, luego se procede a halar el pabellón auricular hacia arriba y atrás en el adulto y hacia abajo en el niño, asociado al desplazamiento del trago hacia adelante; estas maniobras nos enderezan el conducto y podemos apreciar si hay un tapón que impide ver el tímpano en el fondo, además darnos cuenta del tamaño del conducto para escoger el espéculo de oído más apropiado para el caso. En cuanto a espéculos de oído tenemos diferentes modelos y tamaños, se usará el que mejor se adapte al conducto, si usamos uno más pequeño puede penetrar mucho y herir el tímpano, sobre todo en los niños cuyo conducto es bastante corto, o tocar la pared ósea, lo que es doloroso; si usamos uno muy ancho no conseguimos una imagen clara.

Usamos otoscopios metálicos con extremos redondos u ovalados y plásticos que pueden ser desechables, los debemos introducir con suavidad y desplazarlos hacia el cuadrante de tímpano que deseamos observar, ayudándonos con movimientos de la cabeza del paciente.

La otoscopia puede ser natural o magnificada por otoscopios especiales o

por el microscopio. Es necesario familiarizarse con la otoscopia normal para poder apreciar cambios patológicos (2).

En el examen de los oídos es muy importante el uso de los diapasones, ya que con ellos podemos saber, en un paciente sordo, qué clase o tipo de sordera es la que padece.

Proseguimos el examen con la boca, faringe y laringe, para ello la luz del fotóforo debe penetrar en línea recta o sea que al abrir el paciente su boca, se ilumine la úvula y el paladar blando, sin necesidad de cambiar posiciones los actores "paciente o examinador", esto se consigue colocando al paciente delante del examinador y un poco más alto que éste.

Se inicia el examen de la boca por la inspección de los labios, dientes, trígonos molares, mucosa yugal, orificios salivares, piso de la boca con palpación bimanual (3), paladar duro, paladar blando, lengua, frenillo lingual; es necesario utilizar baja lenguas, por lo general de madera desechables, pero los hay plásticos y metálicos, éstos más usados en cirugía.

El baja lenguas ayuda a examinar las diferentes estructuras de la boca y de la orofaringe, la cual se aprecia al deprimir la lengua colocando el baja lengua en el tercio medio de ésta, llevándolo hacia abajo y hacia el examinador y al mismo tiempo se le ordena al enfermo que respire por la boca sin sacar la lengua, lo que nos permite apreciar parte de la base de la lengua y sus papilas, las celdas amigdalinas, pilares anteriores y posteriores y las amígdalas, tercer pilar, úvula, paladar blando y la mucosa de la pared posterior faríngea(3).

El examen de la nasofaringe no se practica en forma rutinaria por lo molesto, pero es indispensable en pacientes adultos con otitis serosa, sospecha de tumor o en epistaxis posteriores, por ello se debe saber practicar, aunque hoy día el uso del nasoscopio ha facilitado este examen.

Para la rinoscopia posterior se debe disponer del instrumental apropiado. Sonda o retractor de paladar, pinza larga para manejar la sonda, espejo plano de menor tamaño que el usado para laringe, anestésico de mucosa. Se inicia el procedimiento instilando xilocaína al 10% en la orofaringe: pilares-paladar blando y mucosa faríngea, además por cada fosa nasal; conseguida buena anestesia se procede a pasar la sonda por una fosa nasal hasta la faringe, donde se visualiza y con la pieza se toma este extremo y se saca por la boca, sujetando los dos extremos de la sonda con la pinza lo que nos va a separar el paladar y así el examinador coloque el espejo tibio en la orofaringe reflejando la luz hacia la nasofaringe donde puede apreciar las coanas separadas por el vómer, en las paredes laterales los orificios tubáricos y la cola de los cornetes. A veces pueden existir restos de tejido linfoide "adenoides". Este examen sólo es para adultos. La hipofaringe no es posible examinarla sin la ayuda del espejo laríngeo o del fibroscopio. El espejo laríngeo es plano y refleja una imagen real pero invertida antero-posterior; se dispone de diferentes espejos en su tamaño y los hay con mango fijo o intercambiables. Para trabajar con los espejos es necesario aprender a manejarlos sin molestar al paciente, ya que la gran mayoría de los enfermos no requiere uso de anestesia; el espejo debe estar tibio para evitar que se empañe con el aire espirado y para ello se utiliza la

llama de un mechero de alcohol, o un algodón embebido en alcohol que se prende, también puede sumergirse en agua caliente, si no se tiene nada de lo anterior, podemos calentarlo colocando su cara reflexógena en contacto con la mucosa yugal (4).

Cuando usamos el mechero para calentarlo debemos colocar la cara que refleja en contacto con la llama y observar el dorso en el cual aparece una sombra que desaparece al calentarse el espejo, es el momento de retirarlo de la llama y se procede a controlar su temperatura poniéndolo en contacto con la palma de la mano y retirándolo para evitar quemarnos, una vez sea bien tolerado, se lleva al dorso de la mano cuya piel es más sensible y se controla hasta sentirlo tibio; en ese momento se debe empezar el examen.

Antes de introducir el espejo en la boca, es necesario que el paciente la abra bien y que saque lo que más pueda su lengua, respirando por la boca; la lengua se sujeta o fija con una mano del examinador, a veces el mismo enfermo puede colaborarnos sujetando su lengua; para sujetar la lengua usamos una gasa que reviste o envuelve su tercio anterior, aprisionándola y sosteniéndola con el pulgar encima y el dedo medio debajo, el índice nos sirve para levantar el labio superior en pacientes desdentados para evitar que nos tape la imagen del espejo; la lengua se fija, no se tira, pero se debe sostener bien porque se desliza y el paciente intenta introducirla, lo que dificulta la visión porque la base de la lengua sube y no permite tener una buena imagen. El espejo se debe tomar como un lápiz para girarlo fácilmente y se introduce tibio por la comisura labial, muy horizontal y con la

cara que refleja dirigida hacia el dorso lingual, se avanza hasta la úvula, la cual es desplazada con el dorso del espejo y se levanta sin tocar la base de la lengua, ni la pared posterior de la faringe, en este momento se gira el espejo lentamente haciéndolo vertical lo que permite ver en la superficie del espejo la base de la lengua, el repliegue glosso-epiglótico, las valléculas, cara anterior de la epiglotis, límite superior y bordes de la epiglotis, a los lados los senos piriformes o goteras faringo-laríngeas, en el centro la laringe y la pared posterior de la faringe. Para ver la laringe con el espejo o sea la laringoscopia indirecta, se procede igual que para observar la hipofaringe, es necesario que la luz penetre en la boca siguiendo una línea recta y que ilumine la úvula y el paladar blando, para esto es menester que la cabeza del paciente se dirija un poco hacia atrás y que abra bien la boca, la cabeza del enfermo debe permanecer un poco más alta que la del examinador para que éste pueda permanecer sentado y su espalda recta; el paciente debe sacar la lengua al máximo y respirar por la boca. El examinador toma el espejo tibio, enseguida sujeta la lengua entre el dedo pulgar y el medio usando una gasa o pañuelo, introduce el espejo y desplaza la úvula y al girarlo podemos ver en su cara la epiglotis, bordes libres y cara laríngea, repliegues aritenopiglóticos, vestíbulo laríngeo, bandas ventriculares o falsas cuerdas, ventrículos o senos de Morgagni, verdaderas cuerdas, comisuras anterior y posterior. Glotis, subglotis; por fuera de la laringe los repliegues faringo-laríngeos o senos piriformes.

La gran mayoría de los pacientes se puede examinar sin anestesia, pero cuando el reflejo nauseoso es muy intenso, se usa xilocaína con epinefrina al 10% para rociar

la mucosa faríngea en las celdas amigdalinas, en la pared posterior y en la úvula, con esto se consigue buena anestesia que facilita el examen (3). Si no es posible la laringoscopia es necesario pensar en otro procedimiento de laringoscopia directa.

El uso correcto de los instrumentos para el examen de los pacientes se aprende en las prácticas que se tienen entre los compañeros, donde pueden estar tranquilos y relajados, cometer errores, los que se corrigen sin tropiezos, pero dejando en el estudiante enseñanzas que perdurarán toda su vida. Lo más difícil para el estudiante es el manejo correcto de la luz y en esto se insiste desde el principio hasta el fin de las prácticas.

Con el correr del tiempo y a medida que practican se puede apreciar el progreso de cada estudiante cuando examina un paciente. Los enfermos colaboran con el nuevo Doctor sin quejas, porque ellos son los mejores jueces para valorar su destreza. Esta meta la ha podido adquirir siendo paciente y examinador, sintiendo lo del paciente, y así cuando examina, tener en mente lo sentido por él cuando fue examinado por otros.

Las prácticas son muy educativas y fundamentales para la preparación del futuro médico, con ellas se capacita para poder atender futuros pacientes. ■

REFERENCIAS

1. Francis, L., Lederer, Abraham R., Hollender. Basic Otolaryngology – Fourth Edition – F.A. Davis Company. Philadelphia, 1956; pp. 13-15.
2. DeWeese, David D., 1914-1990. Otorrinolaringología: cirugía de cabeza y cuello / David D. DeWeese y William H. Saunders; editado por David E. Schuller y Alexander J. Schleuning-8. De –Madrid: Mosby / Doyma, 1994; pp.3-26.
3. García Gómez Jorge, Fundamentos de otorrinolaringología y Patología Cervico Facial. Salvat Editores-Colombiana S.A., 1989; pp. 7-9.
4. Schwarz, Margarita. Otorrinolaringología. Medellín: U de A. 1996; pp.3-26.