



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



CARTA AO EDITOR

Comparison of two different epidemiological profiles of otorhinolaryngology emergencies[☆]

Comparação de dois perfis epidemiológicos distintos de emergências otorrinolaringológicas

Caro Editor,

Andrade et al. publicaram no número de maio-junho de 2013 desse Jornal um interessante artigo sobre emergências em ORL (“Perfil da unidade de emergência de otorrinolaringologia em um hospital público de alta complexidade”).¹ O objetivo dessa carta é comparar e comentar o que foi publicado com relação aos nossos dados.

Revisamos retrospectivamente todos os pacientes encaminhados para consulta em nosso consultório de emergência (CE) de ORL pelo departamento de emergência (DE) geral entre dois períodos: o primeiro, de 1º de junho até 31 de julho de 2012, e o segundo, de 1º de novembro até 31 de dezembro de 2012. Em nosso hospital, o protocolo de encaminhamentos define que os pacientes não têm acesso direto ao CE-ORL, devendo passar por triagem pelo médico do DE, que estabelecerá o nível de urgência/emergência e a necessidade de uma avaliação ORL. Consideramos todos os pacientes encaminhados para avaliação por meio desse protocolo; com isso, foram excluídos os pacientes submetidos à triagem na clínica geral (CG) e que foram a nós encaminhados na forma de consulta eletiva dentro de 24 horas.

Coletamos 2021 casos de emergência ORL. Dentre eles, excluímos 18 por carência de dados. Os 2003 casos restantes foram incluídos na revisão. A média de idade por ocasião da apresentação foi 46 ± 25 anos, com mediana de 45 anos. Os resultados demográficos e os dez diagnósticos mais comuns para encaminhamento estão listados na tabela 1.

Quando classificados para subespecialidades, observamos um percentual mais baixo de queixas otológicas (986 casos -

Tabela 1 Resultados demográficos e lista dos dez diagnósticos mais prevalentes

	N	%
<i>Total</i>	2.003	100
<i>Gênero</i>		
Masculino	1040	52
Feminino	963	48
<i>Idade (46 ± 25)</i>		
0-15	273	13,6
16-65	1208	60,3
≥ 66	522	26,1
<i>Diagnóstico</i>		
Doenças vestibulares	331	16,52
Otite média aguda	301	15,03
Epistaxe	245	12,23
Faringotonsilite	169	8,44
Trauma/ferimento facial	126	6,29
Trauma \pm fratura nasal	122	6,09
Cerume	121	6,04
Avaliação para dispneia	78	3,89
Otite externa	55	2,75
Perda súbita da audição	46	2,3
Outros/miscelânea	409	20,42

49,23% vs. 65,41% relatados por Andrade et al.¹ e 62,27% relatados por Furtado et al.,² e um percentual mais elevado de casos envolvendo cabeça e pescoço (204 casos - 10,19% vs. 1,79%¹ e 2,07%² respectivamente). Os valores percentuais de queixas rinológicas (20,77 vs. 17,99%¹ e 18,55%² respectivamente) e faringolaringostomatológicas (19,82% vs. 14,79%¹ e 17,09%² respectivamente) podem ser considerados similares. Em nosso hospital, todos os pacientes que passam pela triagem no DE geral e que são diagnosticados com tontura ou comprometimento vestibular são encaminhados para o DE-ORL, a menos que se apresentem com sintomas neurológicos. Devido a isso, doença vestibular é o diagnóstico mais comum nas consultas do DE-ORL e, em nossa série, representa 16,52% (331 casos) de todos os encaminhamentos. Entre esses casos, 30,4% resultaram negativos para deficiência vestibular, 34,4% apresentavam vertigem posicional paroxística benigna, 9,2% neurite vestibular e em 26% a tontura estava relacionada a outras causas (doença de Ménière, sintomas neurológicos ou vasculares, cefaleia etc.). Esses dados enfatizam uma abordagem diferente no diagnóstico e tratamento de doenças

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.08.009>

[☆]Como citar este artigo: Farneti P, Murri D, Pirodda A. Comparison of two different epidemiological profiles of otorhinolaryngology emergencies. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:549-50.

Tabela 2 Percentual de casos em nossa série, em comparação com outras séries, de acordo com a subdivisão etiológica de Cuchi Broquetas⁴

Etiologia	F. P. et al.	Andrade et al.	Furtado et al.
Inflamação/infecção	36,95%	65,04%	65,71%
Transtornos sensitivo-neurais	21,85%	13,66%	2,28%
Trauma	17,49%	4,47%	7,9%
Hemorragias	15,04%	6,69%	5,21%
Transtornos respiratórios	4,63%	0,04%	0,10%
Corpos estranhos	3,49%	9,77%	16,77%
Transtornos funcionais	0,22%	0,06%	0%
Transtornos tumorais	0,33%	0,24%	1,65%
Total	100%	100%	100%

vestibulares e mostra como o percentual de emergências em ORL pode variar, dependendo do tipo de encaminhamento durante a triagem de pacientes. Em nossa instituição, foi alcançado um nível satisfatório de competência em otologia e neuro-otologia, nos permitindo a pronta orientação para unidades clínicas gerais e especializadas; na realidade, está sendo particularmente estudada a necessidade de uma rede de cooperação intimamente interligada neste campo.³ Portanto, nossa organização justifica o número mais elevado de pacientes avaliados para doenças vestibulares durante o período considerado.

Por outro lado, nossa série apresenta um percentual mais baixo de doenças inflamatórias, em comparação com outros estudos,^{1,2} embora esse diagnóstico ainda seja o mais comum (tabela 2).

O elevado percentual de consultas para traumas na cabeça e pescoço revelado em nossa série (17,49%, 321 casos) também reflete os protocolos do hospital, que sugerem uma consulta no CE-ORL para todas as lesões ou ferimentos cefálicos (exceto para a área orbital). Subsequentemente, os pacientes não são encaminhados a cirurgias gerais, maxilofaciais ou plásticas, como ocorre em outros hospitais.⁴ Esse protocolo também pode justificar o número mais elevado de epistaxes e traumas faciais e nasais entre os dez diagnósticos mais frequentes, em comparação com outras séries.^{1,2} A incidência mais baixa de corpos estranhos pode ser explicada pelo fato de que, em nosso hospital, a equipe de encaminhamento para consulta e tratamento de emergências de corpo estranho no trato GI superior é a gastroenterológica/endoscópica. De qualquer modo, todos os corpos estranhos no nariz, ouvido e boca são sempre da competência do ORL.

Em sua maioria, os casos de dispneia também são primariamente encaminhados ao DE-ORL, e não ao anestesiológico ou ao pneumologista. Isso resulta em um percentual mais elevado de consultas, quando comparado com outros estudos.^{1,2} Em nossa série, tivemos 85 casos de transtornos respiratórios, mas apenas seis (7,1%) podiam ser considerados como reais emergências: dois casos de paralisia bilateral das cordas vocais que necessitavam de traqueostomia de emergência e quatro de edema de laringe que resultaram em internação.

O percentual de internação hospitalar na enfermaria de ORL foi 2,1% (42 casos), principalmente em decorrência de abscessos peritonsilares (18 casos, 42,9%).

Finalmente, acompanhando a classificação etiológica descrita por Cuchi Broquetas,⁵ excluímos 168 casos (8,4%) que não poderiam ser considerados como urgência/emergência real, em conformidade com Andrade et al.¹ (cerume, zumbido etc.).

Com nosso estudo, gostaríamos de enfatizar que a frequência de alguns transtornos relacionados a emergências otorrinolaringológicas pode variar, dependendo das diferentes formas de encaminhamento/tratamento e das competências do especialista, de acordo com os protocolos da instituição.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Andrade JS, Albuquerque AM, Matos RC, Godofredo VR, Penido N de O. Profile of otorhinolaryngology emergency unit care in a high complexity public hospital. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013;79:312-6.
2. Furtado PL, Nakanishi M, Rezende GL, Granjeiro RC, Oliveira TS. Clinic-epidemiological analysis of an Otorhinolaryngology Emergency Unit Care in a Tertiary Hospital. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77:426-31.
3. Pirodda A, Ferri GG, Borghi G. Early management of hearing and balance disorders: a review of literature and a proposal to overcome possible uncertainties. *Minerva Med.* 2010;101:439-43.
4. Yojana S, Mehta K, Girish M. Epidemiological profile of otorhinolaryngological emergencies at a medical college, in rural area of Gujarat. *Indian J Otolaryngol Head and Neck Surg.* 2012;64:218-24.
5. Cuchi Broquetas A. Urgencias en otorrinolaringología: estudio etiológico. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 1989;16:484-504.

Paolo Farneti^{a,b,*}, Domenico Murri^b, Antonio Pirodda^{a,b}

^a Departamento de Medicina Especializada, Diagnóstica e Experimental, Bologna University Medical School, Bolonha, Itália

^b Clínica Otorrinolaringológica, Sant'Orsola - Malpighi Hospital, Bolonha, Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: farnetipaolo@gmail.com (P. Farneti).