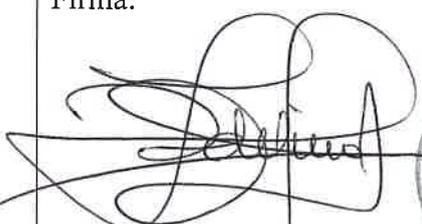


 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>Síndrome Vertiginoso</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: 1 de 6 Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	--	--

SINDROME VERTIGINOSO

PROTOCOLO DE MANEJO EN ESTABLECIMIENTOS DE MENOR COMPLEJIDAD Y DERIVACION A NIVEL ESPECIALIDAD

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Nombre: Dr. Roberto del Pino Rodríguez.</p> <p>Cargo: Jefe Departamento Atención Abierta – Subdirección de Gestión Asistencial. Referente COMGES N°6- Servicio de Salud O'Higgins.</p> <p>Nombre: Johana Salgado Ramírez - Referente Registro Nacional Listas de Espera – RNLE – Departamento de Atención Abierta- Subdirección de Gestión Asistencial - Servicio de Salud O'Higgins.</p>	<p>Nombre: Dr. Esteban San Martín Carrasco.</p> <p>Cargo: Subdirector (S) de Gestión Asistencial. Servicio Salud O'Higgins.</p>	<p>Nombre: PSIC. Fernando Troncoso Reinbach</p> <p>Cargo: Director Servicio Salud O'Higgins.</p>
<p>Firma:</p> 	<p>Firma:</p> 	<p>Firma:</p> 
<p>Fecha: Septiembre 2015</p>	<p>Fecha: Septiembre 2015</p>	<p>Fecha: Enero 2016</p>

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

	<p>PROTOCOLO</p> <p>Síndrome Vertiginoso</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: 1 de 6 Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
--	--	---

1. DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de intereses.

2. INTRODUCCION:

El 80 % de estos cuadros clínicos son manejados en atención primaria lo que corresponde con nuestra realidad regional.

El 8% de las interconsultas generadas en APS se dirigen al Servicio de ORL de los Establecimientos de San Fernando y Rancagua.

El vértigo se define como la sensación de rotación de los objetos o del cuerpo en el espacio. Muchas veces se presenta como síntoma aislado, pero también puede presentarse asociado a hipoacusia, tinitus, desequilibrio y otros signos de déficit neurológico.

Hace más de 30 años Drachman y Hart describieron cuatro subtipos de mareo. Desde entonces la comunidad científica ha aceptado esta clasificación como la más adecuada y viene siendo utilizada por la mayoría de los investigadores.

El vértigo, es una falsa sensación de movimiento del propio sujeto (vértigo subjetivo) o de su entorno (vértigo objetivo), generalmente rotatoria. En muchas ocasiones, sobre todo en las formas graves se acompaña de náuseas y vómitos, palidez y sudoración como manifestaciones de una excesiva actividad del sistema nervioso autónomo. El vértigo se produce por un desequilibrio en el sistema vestibular, ya sea en su porción periférica (oído interno y VIII par) o central (tronco, conexiones y cerebelo).

Es la percepción de pérdida de consciencia inminente y denota una disminución de la perfusión cerebral difusa transitoria y súbita. Se considera una forma frustrada de síncope, en él que sí existe pérdida de consciencia y del tono postural.

Aunque no sea debido a disminución de la perfusión algunos trastornos metabólicos como la hipoxia, hipocapnia, hipoglucemia, trastornos hidroeléctricos y anemia también se suelen incluir dentro del presíncope.

El desequilibrio, es una sensación de caída inminente y está caracterizado por inestabilidad en bipedestación y a la marcha y desaparece al sentarse o tumbarse. Se hace más evidente en la oscuridad y al andar sobre una superficie blanda. En el mantenimiento del equilibrio intervienen principalmente tres sistemas: el visual, el vestibular y el propioceptivo. Toda la información generada por estos sistemas es conducida e integrada en el cerebro. Estos tres sistemas se complementan y compensan en caso de disfunción de uno de ellos. En ocasiones, los pacientes con mareo deben recurrir a otros sistemas como el tacto e incluso el oído para ayudarse a mantener el equilibrio.

Mareo inespecífico, se trata de una sensación vaga, difícil de definir que no puede ser incluida dentro de las tres categorías anteriores y con frecuencia suele ser descrita por el paciente con mucha imprecisión. En muchas ocasiones se asocia a cuadros psiquiátricos como ansiedad generalizada, ataques de pánico o depresión.

 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>Síndrome Vertiginoso</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: 1 de 6 Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	--	--

3. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
APS	Hospital de San Fernando	Otorrinolaringología
APS	Hospital Regional Rancagua	Otorrinolaringología

4.- OBJETIVOS:

General:

4.1.- Determinar los criterios de manejo en el nivel primario de atención de pacientes portadores de la patología de Síndrome Vertiginoso.

Específico:

4.2.- Establecer criterios de derivación estándar hacia la especialidad de Otorrinolaringología para su resolución y coordinación entre los distintos componentes de la Red Asistencial de O'Higgins, a nivel primario y secundario de acuerdo a la demanda de esta patología en nuestra población.

5.- ALCANCE O AMBITO DE LA APLICACIÓN:

El presente protocolo es un apoyo dirigido a los profesionales de la Atención Primaria y Secundaria que participan en las acciones de salud como orientación diagnóstica para Síndrome Vertiginoso que permita estandarizar criterios terapéuticos básicos y de derivación.

Atención Primaria: Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos y Rurales, Postas de Salud Rural, Servicios de Atención Primaria de Urgencia.

Atención Secundaria: Hospitales de Baja y Mediana Complejidad, Hospitales de Mayor complejidad.

6.- POBLACION OBJETIVO:

Personas que presenten sintomatología asociada a lo descrito en el presente Protocolo.

Fundamentos Clínicos de Sospecha:

Personas que presenten sensación anormal de movimiento rotatorio asociada a dificultades en el equilibrio, la marcha y la relación con el entorno.

Indicaciones de evaluación, estudio y/o manejo en APS.

- **Vértigo Objetivo** (las cosas giran) y/o subjetivo (el paciente siente que gira), **asociado a náuseas.**
- **Vértigo asociado a síntomas auditivos** (pérdida de la audición, tinnitus)
- **Vértigo de aparición con cambios posturales, realizar diagnóstico diferencial con vértigo cervical.**

	<p>PROTOCOLO</p> <p>Síndrome Vertiginoso</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: 1 de 6 Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
--	--	---

Criterios de referencia a Especialidad.-

- ***Vértigo periférico acompañado de hipoacusia súbita.***
- ***Vértigo periférico sin sintomatología auditiva.***
- ***Vértigo Central debe ser derivado a Neurología. Con síntomas neurológicos como paresia de otros pares craneales, hemiparesia, disartria, ataxia.***
- Seguir tratamiento indicado por médico Otorrino en sistema FONENDO.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con secuelas neurológicas.
- Pacientes psiquiátricos.

7.- DEFINICIONES:

Síndrome Vertiginoso: es la sensación de que los objetos que nos rodean giran o están en movimiento, a esto se denomina vértigo. Las personas que lo padecen presentan dificultades para caminar e inestabilidad.

Vértigo: Alucinación de movimiento, se puede asociar a náuseas, vómitos y síntomas auditivos, tinnitus acufeno e hipoacusia.

Mareos: Sensación subjetiva de bamboleo, inestabilidad, pisar en alto y bajo, sin alucinación de movimiento (ver cosas girar alrededor). En algunas ocasiones suele acompañarse con cefalea y abombamiento de cabeza.

De las personas que consultan cada año por mareos, cerca del 50% tienen en realidad vértigo.

En el oído interno hay dos estructuras diferentes, una tiene como función la audición “el caracol” y otra que participa en el equilibrio “el aparato vestibular”.

El síndrome vertiginoso no establece dónde está la localización, se refiere a un circuito afectado.

Priorización:

Alta: 0 a 7 días:

Vértigo acompañado de hipoacusia súbita.

Moderada: 7 a 30 días:

Vértigo sin sintomatología auditiva.

Baja: 30 días y más:

- Paciente con vértigo crónico.

 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>Síndrome Vertiginoso</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: 1 de 6 Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	--	--

8.- RESPONSABLES:

- 8.1.- Médicos de Atención Primaria Municipal
- 8.2.- Médicos de SAPUs
- 8.3.- Médicos de Unidades de Emergencia hospitalaria
- 8.4.- Médicos en Etapa de Destinación y Formación
- 8.5.- Médicos de nivel especialidad
- 8.6.- Comités de Gestión de Oferta y Demanda de nivel primario y secundario

9.- Funciones del Responsable:

- 9.1.- Implementación del protocolo
- 9.2.- Difusión
- 9.3.- Evaluaciones periódicas
- 9.4.- Proposición de medidas correctivas en caso de necesidad, etc.

10.- REGISTROS

Corrección Nº	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	Nº Documento

11.- INDICADORES DE PROCESOS:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con aplicación de indicaciones de Priorización en APS}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en el mes}} \times 100$$

Umbral de Cumplimiento: 100%
Tipo de vigilancia: Trimestral.
Responsable: Profesional Médico.
Periodicidad de Control: Mensual

11.1 Indicador Complementario:

$$\frac{\text{Nº de pacientes correctamente derivados a nivel secundario}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en el mes}} \times 100$$

Umbral de Cumplimiento: 100%
Tipo de vigilancia: Trimestral.
Responsable: Profesional Médico.
Periodicidad de Control: Mensual

 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>Síndrome Vertiginoso</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: 1 de 6 Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	--	---

12.- REFERENCIAS:

Opinión de expertos: Equipo Medico de Otorrinolaringólogos de la Red Asistencial de O'Higgins.

13.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.

Fecha	Tipo	Aprobación

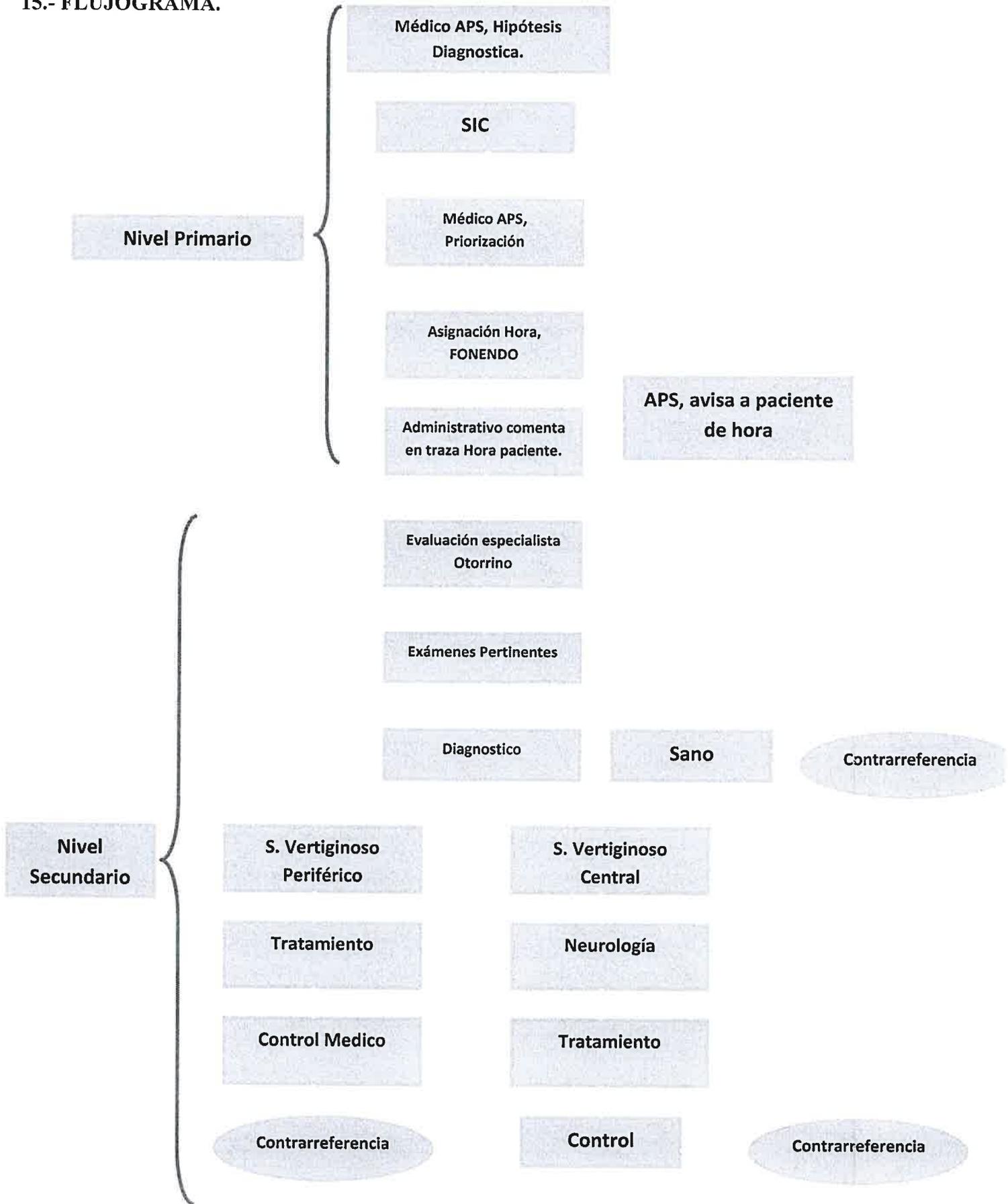
14.- DISTRIBUCION:

14.1.- Box de Atención Médica de APS y Especialidad

14.2.- Box de Atención Médica de SAPUs

14.3.- Oficina de Comités de Gestión

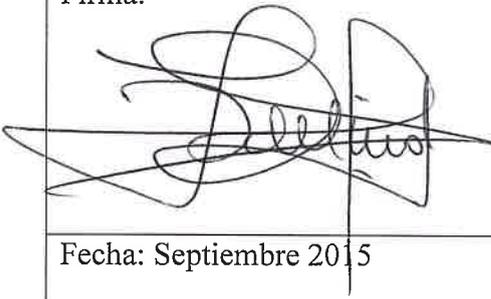
15.- FLUJOGRAMA.



 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>HIPOACUSIA NO GES</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	---	--

HIPOACUSIA NO GES

PROTOCOLO DE MANEJO EN ESTABLECIMIENTOS DE MENOR COMPLEJIDAD Y DERIVACION A NIVEL ESPECIALIDAD

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Nombre: Dr. Roberto del Pino Rodríguez.</p> <p>Cargo: Jefe Departamento Atención Abierta – Subdirección de Gestión Asistencial. Referente COMGES N°6- Servicio de Salud O'Higgins.</p> <p>Nombre: Johana Salgado Ramírez - Referente Registro Nacional Listas de Espera – RNLE – Departamento de Atención Abierta- Subdirección de Gestión Asistencial - Servicio de Salud O'Higgins.</p>	<p>Nombre: Dr. Esteban San Martín Carrasco.</p> <p>Cargo: Subdirector (S) de Gestión Asistencial. Servicio Salud O'Higgins</p>	<p>Nombre: PSIC. Fernando Troncoso Reinbach</p> <p>Cargo: Director Servicio Salud O'Higgins.</p>
<p>Firma:</p> 	<p>Firma:</p> 	<p>Firma:</p> 
<p>Fecha: Septiembre 2015</p>	<p>Fecha: Septiembre 2015</p>	<p>Fecha: Enero 2016</p>

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

	PROTOCOLO HIPOACUSIA NO GES	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	--	--

1. DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de intereses.

2. INTRODUCCION:

La otitis media crónica (OMC) es una enfermedad inflamatoria crónica (e" 3 meses) del oído medio, sin tendencia a la curación. Se caracteriza clínicamente por una perforación de la membrana timpánica, pudiendo existir además destrucción, anquilosis de la cadena de huesecillos, una timpanoesclerosis o un colesteatoma. Suele ser una enfermedad del adulto. Se estima una prevalencia en la población general del 5 % y en el 50 % de los casos asociada a colesteatoma.

Se desconoce si el hecho de que la mastoides de estos pacientes esté menos neumatizada, es causa o consecuencia de las repetidas otitis medias aguda (OMA) que durante la infancia suelen preceder a la OMC. Las OMA repetidas pueden dejar la membrana perforada y atrófica facilitando por esta vía el ascenso de gérmenes, sobre todo Gram negativos: *Pseudomonas*, *Proteus* y *E. coli*. Sin embargo, la persistencia de una perforación residual no siempre se acompaña de una infección crónica. La existencia de focos respiratorios crónicos y el bloqueo de la trompa de Eustaquio pudieran estar entre los factores favorecedores.

Los síntomas orientativos suelen ser otorrea, continua o intermitente, e hipoacusia de transmisión del oído afecto. No suele existir otalgia o ser ligera.

Para el diagnóstico es imprescindible el adiestramiento y el uso adecuado de la herramienta otoscópica. Con el otoscopio determinaremos los signos claves con los que se nos va a presentar en la consulta:

- **Membrana timpánica perforada.**
- **Secreción mucopurulenta.**
- **Pólipos del oído medio.**

3. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
APS	Hospital Regional Rancagua	Otorrinolaringología
APS	Hospital de San Fernando	Otorrinolaringología

4.- OBJETIVOS:

General:

4.1.- Determinar los criterios de manejo en el nivel primario de atención de pacientes portadores de la patología de Otorrinolaringología de Otitis Media Crónica.

Específico:

4.2.- Establecer criterios de derivación estándar hacia la especialidad de Otorrinolaringología como una forma de contribuir a la pertinencia de la derivación.

	PROTOCOLO HIPOACUSIA NO GES	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	--	--

5.- ALCANCE O AMBITO DE LA APLICACIÓN:

El presente protocolo es un apoyo dirigido a los profesionales de la Atención Primaria y Secundaria que participan en las acciones de salud como orientación diagnóstica para Otitis Media Crónica que permita estandarizar criterios terapéuticos básicos y de derivación.

Atención Primaria: Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos y Rurales, Postas de Salud Rural, Servicios de Atención Primaria de Urgencia.

Atención Secundaria: Hospitales de Baja y Mediana Complejidad, Hospitales de Mayor complejidad.

6.- POBLACION OBJETIVO:

Toda población que lo requiera, especialmente niños.

Fundamentos Clínicos de Sospecha:

El médico de APS debe sospechar una otitis media crónica ante la presencia de los siguientes signos:

- Otorrea: Signo clínico más frecuente
- Hipoacusia: que existe en grado variable, dependiendo del tamaño de la perforación y de la indemnidad de la cadena osicular.
- Lo que diferencia una otitis aguda de una otitis crónica, es que en esta última no hay otalgia, ni fiebre.

Diagnóstico en Atención primaria

El médico de APS deberá realizar una evaluación integral del usuario considerando los siguientes aspectos:

1. Anamnesis completa.
2. Examen físico integral que incorpore examen general, y segmentario con énfasis en examen auditivo y pulmonar que permita realizar diagnóstico diferencial.
3. Otoscopía: Buscar patologías de oído externo o medio como otitis externa, conducto auditivo externo ocluido por cerumen o pus o cuerpos extraños, tímpano perforado, tímpano inflamado y ocupado por pus o mucosidades, etc.

Aproximar una hipótesis respecto del tipo de otitis, y realizando una clasificación de la misma:

OMC con Perforación Timpánica

OMC con Tímpano Íntegro:

OMC adhesiva: Tendencia a la fibrosis y adherencia timpánica.

Otitis serosa crónica.

El médico de APS deberá iniciar el tratamiento que corresponda a la patología enmarcándose en el arsenal farmacológico de APS.

	PROTOCOLO HIPOACUSIA NO GES	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	--	--

Indicaciones de evaluación, estudio y/o manejo en APS.

Deberá derivarse al servicio de otorrinolaringología los siguientes casos:

- **Todo niño o adulto con sospecha de OMC refractaria a tratamiento en APS.**
- **Todo niño o adulto con perforación timpánica reciente**
- **Todo niño o adulto con sospecha de una complicación de una OMC.**
- **Todo niño o adulto con otorrea o hipoacusia en que no se conozca la causa, derivar dentro de 3 meses**
- **Todo niño o adulto que no responda a tratamiento de una Otitis media aguda.**
- **El tratamiento y seguimiento de estos pacientes debe ser hecho por un Otorrinolaringólogo.**

La derivación debe ser realizada con interconsulta que debe ser emitida completando todos los campos solicitados en sistema FONENDO:

- Datos personales
- Domicilio y teléfono de contacto actualizado
- **Tipo de OMC sospechado.**
- **Descripción de otoscopía realizada**
- **Procedimientos y tratamientos realizados en APS**

Los plazos de atención quedan especificados en los criterios de priorización para la referencia y contrarreferencia de ORL.

CONTRARREFERENCIA:

Una vez realizado el manejo de atención secundaria, el usuario será contra-rreferido a la atención primaria si corresponde su manejo y seguimiento en este nivel, con las indicaciones respectivas. La contrarreferencia deberá contener:

- Diagnóstico claro y específico
- Tratamiento realizado en Atención secundaria
- Indicaciones y recomendaciones a seguir en APS

Si las indicaciones farmacológicas corresponden al arsenal de atención secundaria, el hospital deberá resguardar la continuidad del tratamiento.

7.- DEFINICIONES:

Abreviaturas:

- OMC: Otitis Media Crónica
- OMA: otitis Media Aguda
- CAE: Conducto Auditivo Externo
- OM: Oído Medio
- HNS: Hipoacusia Neurosensorial

- **Otitis Media crónica:** inflamación crónica del oído medio con o sin otorrea y con o sin perforación timpánica.

- **Otorrea:** supuración o eliminación de líquidos del oído medio que puede ser serosa, mucosa o purulenta, y que se elimina a través del CAE y poro acústico externo de un oído

- **Hipoacusia:** disminución de la capacidad auditiva

- **Hipoacusia neurosensorial o perceptiva:** disminución de la capacidad auditiva originada en el oído interno (cóclea, nervio auditivo o vías auditivas centrales)

	PROTOCOLO HIPOACUSIA NO GES	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	--	--

- **Hipoacusia Conductiva o transmisiva:** disminución de la capacidad auditiva originada por una alteración en el oído externo u oído medio (tímpano o huesecillos)
- **Hipoacusia Mixta:** disminución de la capacidad auditiva originada por una combinación de las dos anteriores: HNS e Hipoacusia conductiva.
- **Colesteatoma:** tumor benigno de origen epitelial que aparece en el oído medio o externo producto de la acumulación de escamas epiteliales y que tiene gran poder destructivo por compresión de las estructuras aledañas.

8.- RESPONSABLES:

- 8.1.- Médicos de Atención Primaria Municipal
- 8.2.- Médicos de SAPUs
- 8.3.- Médicos de Unidades de Emergencia hospitalaria
- 8.4.- Médicos en Etapa de Destinación y Formación
- 8.5.- Médicos de nivel especialidad
- 8.6.- Comités de Gestión de Oferta y Demanda de nivel primario y secundario

9.- Funciones del Responsable:

- 9.1.- Implementación del protocolo
- 9.2.- Difusión
- 9.3.- Evaluaciones periódicas
- 9.4.- Proposición de medidas correctivas en caso de necesidad, etc.

10.- DESARROLLO:

La OMC se define como un proceso inflamatorio que afecta las estructuras del oído medio, de comienzo insidioso, curso lento con tendencia a la persistencia y a dejar secuelas definitivas. La OMC supurada presenta otorrea crónica a través de una perforación timpánica, de al menos de 6 semanas de duración, que se alterna con fases inactivas. Se diferencia de la otitis media aguda supurada en que ésta otorrea no se acompaña de dolor ni fiebre. Aunque su manifestación es en la edad adulta, en la mayoría de los casos, su inicio puede estar en las edades precoces de la vida.

11.- REGISTROS

Corrección N°	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	N° Documento

12.- INDICADORES DE PROCESOS:

N° de pacientes con tratamiento farmacológico en APS
 N° total de pacientes atendidos en el mes X 100

	PROTOCOLO HIPOACUSIA NO GES	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	--	--

Umbral de Cumplimiento: 100%
Tipo de vigilancia: Trimestral.
Responsable: Profesional Médico.
Periodicidad de Control: Mensual

11.1 Indicador Complementario:

Nº de pacientes correctamente derivados a nivel secundario

Nº total de pacientes atendidos en el mes X 100

Umbral de Cumplimiento: 100%
Tipo de vigilancia: Trimestral.
Responsable: Profesional Médico.
Periodicidad de Control: Mensual

13.- REFERENCIAS:

Opinión de expertos: Equipo Médico de Otorrinolaringología de la Red Asistencial de O'Higgins.

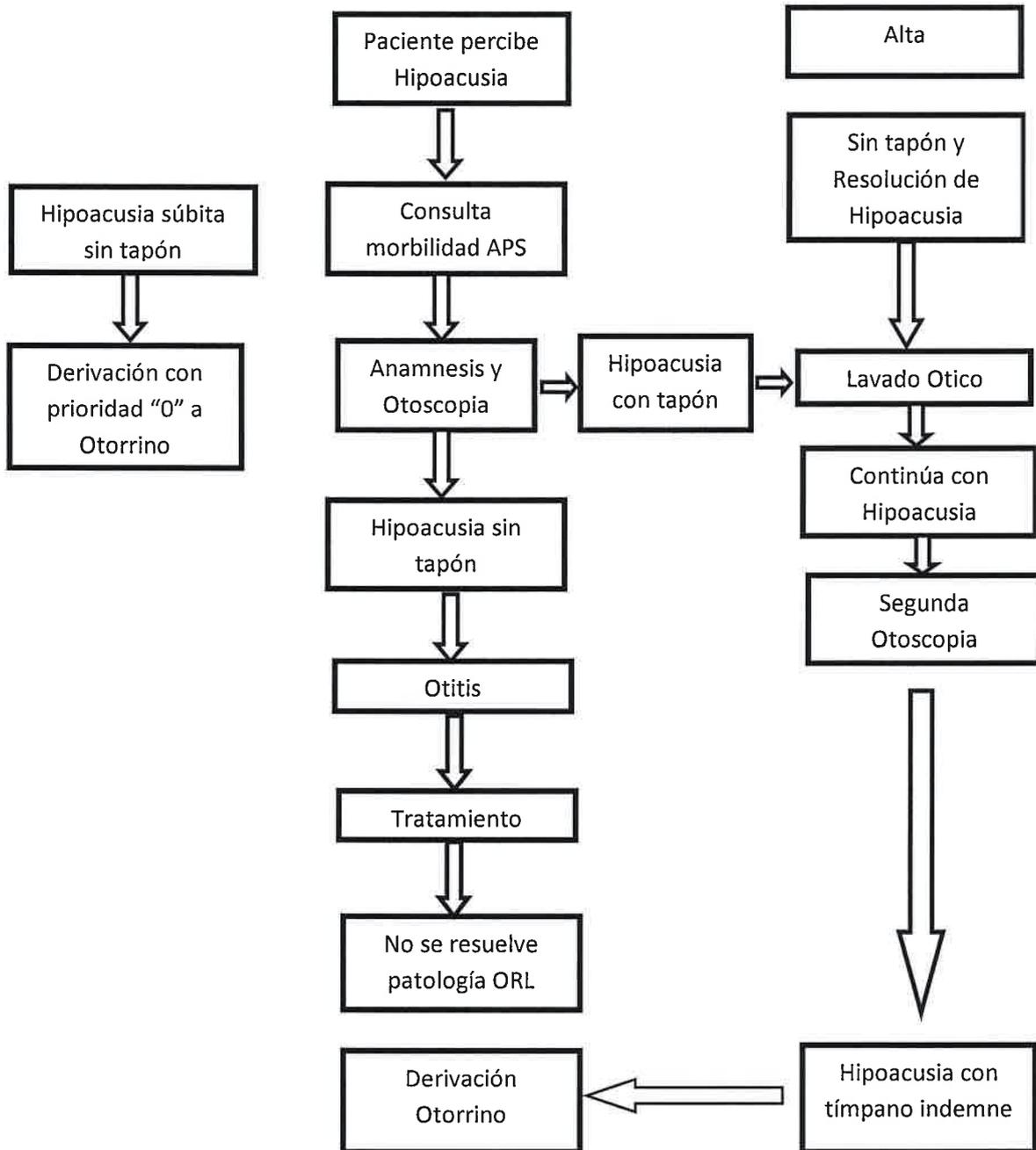
14.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.

Fecha	Tipo	Aprobación

15.- DISTRIBUCION:

- 15.1.- Box de Atención Médica de APS y Especialidad
- 15.2.- Box de Atención Médica de SAPUs
- 15.3.- Oficina de Comités de Gestión

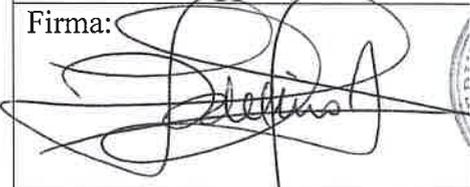
16.- FLUJOGRAMA



 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	--	--

HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA

PROTOCOLO DE MANEJO EN ESTABLECIMIENTOS DE MENOR COMPLEJIDAD Y DERIVACION A NIVEL ESPECIALIDAD

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Nombre: Dr. Roberto del Pino Rodríguez.</p> <p>Cargo: Jefe Departamento Atención Abierta – Subdirección de Gestión Asistencial. Referente COMGES N°6- Servicio de Salud O'Higgins.</p> <p>Nombre: Johana Salgado Ramírez - Referente Registro Nacional Listas de Espera – RNLE – Departamento de Atención Abierta- Subdirección de Gestión Asistencial - Servicio de Salud O'Higgins.</p>	<p>Nombre: Dr. Esteban San Martín Carrasco.</p> <p>Cargo: Subdirector (S) de Gestión Asistencial. Servicio Salud O'Higgins</p>	<p>Nombre: PSIC. Fernando Troncoso Reinbach</p> <p>Cargo: Director Servicio Salud O'Higgins.</p>
<p>Firma: </p>	<p>Firma: </p>	<p>Firma: </p>
<p>Fecha: Septiembre 2015</p>	<p>Fecha: Septiembre 2015</p>	<p>Fecha: Enero 2016</p>

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	--	--

1. DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de intereses.

2. INTRODUCCION:

La hipertrofia adenoamigdaliana es el aumento de volumen del tejido linfático adenoideo o amigdalar. El "Anillo linfático de Waldeyer es un acúmulo de tejido linfoide que abarca desde la rinofaringe hasta la base de la lengua. Presenta funciones inmunológicas, con mayor actividad en los primeros 6 a 12 meses de vida. Sus problemas fundamentales se relacionan con la infección y la obstrucción del tracto respiratorio superior. Está constituido por: - Amígdalas faríngeas - Amígdalas peritubáricas - Cordones faríngeos laterales - Amígdalas palatinas

3. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
APS	Hospital Regional Rancagua	Otorrinolaringología
APS	Hospital de San Fernando	Otorrinolaringología

4.- OBJETIVOS:

General:

4.1.- Determinar los criterios de manejo en el nivel primario de atención de pacientes portadores de la patología de Otorrinolaringología de Hipertrofia Amigdaliana.

Específico:

4.2.- Establecer criterios de derivación estándar hacia la especialidad de Otorrinolaringología como una forma de contribuir a la pertinencia de la derivación.

5.- ALCANCE O AMBITO DE LA APLICACIÓN:

El presente protocolo es un apoyo dirigido a los profesionales de la Atención Primaria y Secundaria que participan en las acciones de salud como orientación diagnóstica para Hipertrofia Amigdaliana que permita estandarizar criterios terapéuticos básicos y de derivación.

Atención Primaria: Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos y Rurales, Postas de Salud Rural, Servicios de Atención Primaria de Urgencia.

Atención Secundaria: Hospitales de Baja y Mediana Complejidad, Hospitales de Mayor complejidad.

	<p>PROTOCOLO</p> <p>HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
--	--	---

6.- POBLACION OBJETIVO:

Toda población que lo requiera, especialmente niños.

Fundamentos Clínicos de Sospecha:

El médico de APS debe sospechar una Hipertrofia Amigdaliana ante la presencia de los siguientes signos:

Clasificación del Grado de Hipertrofia Amigdaliana

Esta clasificación se basa en la observación de la medida del radio comprendido entre la tonsila y el orofárinx, sin sacar la lengua: Grado 1: Menor de 25 % de la luz faríngea, no sobrepasa pilar posterior
Grado 2: Hipertrofia entre 25 y 50 % de la luz faríngea, hasta el pilar posterior o lo sobrepasa levemente. Grado 3: Hipertrofia amigdalina entre 50 a 75 % de la luz faríngea, sobrepasa pilar posterior
Grado 4: Se contactan en la línea media

Clasificación del Grado de Hiperplasia Adenoidea

Esta medición se toma con radiografía lateral de cavum, trazando una línea que pase por el velo del paladar y otra línea paralela a esta que corre por el cuerpo del esfenoides. Hiperplasia No obstructiva: obstrucción

Criterios de Derivación

- Sospecha de cáncer de amígdalas
- Obstrucción grave de la vía aérea en la orofaringe
- Amigdalitis crónica:
 - 7 episodios en el último año
 - 5 episodios en los 2 últimos años cada año
 - 3 episodios en los últimos 3 años cada año
- Hiperplasia amigdaliana severa: grado III y IV
- Apnea obstructiva del sueño
- Absceso amigdalino en segunda oportunidad
- Tonsilolitiasis
- Hipertrofia adenoidea que origina respiración bucal mantenida, documentado con radiografía lateral de cavum.
- Otitis media aguda recidivante
- Otitis media secretora persistente
- Rinosinusitis -Adenoiditis crónica: 4 episodios de adenoiditis en el semestre

7.- DEFINICIONES:

Adenoides Masas linfoides de forma triangular, localizadas en la pared postero-superior del rinofarinx que están presentes al nacer y tienden a involucionar en el adulto. Están en relación con la Trompa de Eustaquio, fosas nasales y su irrigación proviene de las ramas faríngeas de la carótida externa, maxilar interna y facial. Están inervadas por el IX y X par.

Amígdalas Masas linfoides ovoideas localizadas en las paredes laterales de la orofaringe. Se encuentran adosadas a la fascia del músculo constrictor superior de la faringe, cuyo límite anterior es el músculo palatogloso, y su límite posterior es el músculo palatofaríngeo. Inferiormente se relaciona con

	<p>PROTOCOLO</p> <p>HIPERTROFIA</p> <p>ADENOAMIGDALIANA</p>	<p>Código:</p> <p>Versión: 0</p> <p>Fecha versión: Sept 2015</p> <p>Página:</p> <p>Vigencia: 2018</p> <p>Próxima Reunión:</p>
--	--	---

la amígdala lingual y su irrigación proviene de la arteria faríngea ascendente, palatina ascendente, ramas de la arteria facial y lingual. Su inervación por el IX par y ramas del nervio palatino menor.

8.- RESPONSABLES:

- 8.1.- Médicos de Atención Primaria Municipal
- 8.2.- Médicos de SAPUs
- 8.3.- Médicos de Unidades de Emergencia hospitalaria
- 8.4.- Médicos en Etapa de Destinación y Formación
- 8.5.- Médicos de nivel especialidad
- 8.6.- Comités de Gestión de Oferta y Demanda de nivel primario y secundario

9.- Funciones del Responsable:

- 9.1.- Implementación del protocolo
- 9.2.- Difusión
- 9.3.- Evaluaciones periódicas
- 9.4.- Proposición de medidas correctivas en caso de necesidad, etc.

10.- DESARROLLO:

Las contraindicaciones por la patología son relativas, ya que es muy importante considerar el costo riesgo-beneficio para el niño, y lo más importante, tratar de proveerle una buena calidad de vida. Obviamente se debe evaluar muy bien un paciente que tenga una coagulopatía, aunque no siempre es una contraindicación absoluta, se debe tener en estos casos estrecho contacto con el hematólogo antes de proceder a operar un niño con alguna patología hematológica. En relación con los adenoides hay una contraindicación absoluta de extirparlos en los pacientes con fisura palatina e insuficiencia velofaríngea. La existencia de fisura submucosa que a veces es anunciada por la presencia de una úvula bífida debe ser muy bien evaluada antes de efectuar una adenoidectomía.

11.- REGISTROS

Corrección N°	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	N° Documento

	PROTOCOLO HIPERTROFIA ADENOAMIGDALIANA	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	--

12.- INDICADORES DE PROCESOS:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con aplicación de chequeo de signos de sospecha desde su ingreso a APS}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos en el mes X } 100}$$

Umbral de Cumplimiento: 100%

Tipo de vigilancia: Trimestral.

Responsable: Profesional Médico.

Periodicidad de Control: Mensual

11.1 Indicador Complementario:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes correctamente derivados a nivel secundario}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos en el mes X } 100}$$

Umbral de Cumplimiento: 100%

Tipo de vigilancia: Trimestral.

Responsable: Profesional Médico.

Periodicidad de Control: Mensual

13.- REFERENCIAS:

Opinión de expertos: Equipo Médico de Otorrinolaringología de la Red Asistencial de O'Higgins.

14.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.

Fecha	Tipo	Aprobación

15.- DISTRIBUCION:

15.1.- Box de Atención Médica de APS y Especialidad

15.2.- Box de Atención Médica de SAPUs

15.3.- Oficina de Comités de Gestión

16.- ANEXOS.

