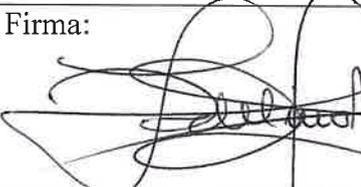


 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>NEVUS</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	---	--

NEVUS

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 NEVUS	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 mayoría de los adultos presentan de 10 a 40 lunares comunes. Estos tumores, generalmente, se encuentran arriba de la cintura en zonas expuestas al sol. Rara vez se encuentran en el cuero cabelludo, senos o nalgas.

Aunque la mayoría de los lunares comunes pueden estar presentes desde el nacimiento, es común que aparezcan más tarde en la niñez. Los lunares siguen formándose en la mayoría de las personas hasta cerca de los 40 años de edad. En personas de mayor edad, los lunares comunes tienden a desaparecer.

Otro nombre para un lunar es nevus o nevo. El plural es nevi o nevos.

Un lunar común tiene menos de 5 milímetros de ancho (cerca de un cuarto de pulgada, lo que tiene de ancho un borrador de lápiz). Es redondo u ovalado, con una superficie lisa y un borde definido, y, frecuentemente, presenta forma de cúpula. Un lunar común presenta un color rosado, tostado o castaño uniforme. Las personas de piel o de cabello oscuro tienden a presentar lunares más oscuros que las personas de piel clara o de cabello rubio.

Rara vez, un lunar se convierte en melanoma, el cual es el tipo más grave de cáncer de piel. Aunque los lunares comunes no son cancerosos, las personas que presentan más de 50 lunares comunes tienen un mayor riesgo de padecer melanoma

Deberá informar a su médico si nota cualquiera de los cambios siguientes en un lunar común

- **Cambios de color**
- **El lunar se vuelve más pequeño o más grande sin uniformidad (a diferencia de los lunares normales en niños, los cuales se hacen grandes uniformemente)**
- **El lunar cambia en su forma, textura o altura**
- **La piel de la superficie se vuelve seca o escamosa**
- **El lunar se vuelve duro o se siente con bultos**
- **Empieza a dar comezón**
- **Sangra o exuda**

	PROCOLO NEVUS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	------------------------------------	--

3. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
APS	Hospital Regional Rancagua	Dermatología
APS	Hospital Santa Cruz	Dermatología

4.- OBJETIVOS:

General:

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

Específico:

4.2.- Establecer criterios de derivación estándar hacia la especialidad de Dermatología, 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 Nevus 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 adultas y niños.

Fundamentos Clínicos de Sospecha:

Observación del tamaño y cantidad de lunares existentes.

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

Intentar establecer origen de la lesión.

Factores de riesgo para el desarrollo de Nevos y Melanoma:

- Exposición intensa a radiación ultravioleta
- Historia familiar o personal de melanoma maligno
- Síndrome de Nevos displásicos
- Piel, cabello y ojos claros
- Fácil tendencia a la quemadura y dificultad para la pigmentación

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

- Quemaduras solares ampulosas y dolorosas especialmente en la infancia.

Signos de sospecha de atipia o melanoma en lesiones melanocíticas:

- Asimetría de la lesión
- Bordes mal definidos, digitiformes, irregulares
- Color No Uniforme
- Diámetro mayor de 6 mm.
- Evolución: Lesiones que cambian con el tiempo

Ante la presencia de alguno de estos signos es recomendable derivar al dermatólogo.

CHEQUEO DE LOS 7 PUNTOS:

Puntos Mayores:

- cambio en tamaño
- forma irregular
- color irregular

Puntos Menores

- diámetro 7 mm o más
- Inflamación
- Sangramiento
- Cambio en sensibilidad

Sospechosa de malignidad cualquier punto mayor o 3 puntos menores.

Signos de Alarma:

- Modificaciones súbitas en la superficie, tamaño, contorno y/o coloración de una lesión.
- Presencia de un halo inflamatorio alrededor de una lesión pigmentada
- Aparición de manchas y/o nódulos contiguos a una lesión pigmentada

Criterios de referencia a Especialidad.-

Además de los criterios que se desprenden de *Signos de sospecha de atipia o melanoma en lesiones melanocíticas.*

Nevos Congénitos:

- Nevo congénito de bordes irregulares
- Nevo congénito de dos o más colores
- Nevo congénito periorifical
- Nevo congénito localizado en línea media
- Nevo congénito que mida más de 1,5 cms.

Nevos Adquiridos

- Nevo asimétrico
- Nevo de borde irregular
- Nevo con dos o más colores
- Nevo con halo blanco periférico
- Nevo de reciente aparición en paciente mayor de 30 años
- Cambio en Nevo: simetría, coloración, borde o superficie
- Nevo localizado en mucosa oral, genital o subungueal
- Nevo Ulcerado
- Nevo en paciente con antecedentes personales o familiares de melanoma maligno
- Paciente con múltiples nevos, más de 100.

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

Importante:

No es Criterio de Derivación:

- Nevo con pelos, a menos que presente alguna característica de malignidad
- Nevo cuyo único síntoma sea el prurito. Causa muy frecuente de derivación a Cirugía Menor, la mayoría de los que no tienen signos sospechosos basta con controlarlo, a los 15 días con medidas generales, como evitar irritantes, evitar el grataje y curación si es que lo ulceraron a veces por costuras de las ropas, o se lo rasguñó la guagua. Se citan a control y los que picaban por esas causas, a las 2 semanas disminuye la sintomatología e incluso el tamaño de la lesión original; los que mantienen prurito espontáneamente, o están en zona de roce a permanencia se pueden extirpar y enviar a biopsia.
- Nevo con aumento de volumen regular.

Los nevos en las plantas y en las palmas se rigen por los mismos criterios de sospecha de malignidad.

CONTRARREFERENCIA:

Todo paciente derivado será evaluado con anamnesis y examen clínico de las lesiones pigmentadas. Si existe duda en una lesión se realizará biopsia.

Los nevos normales al examen dermatológico, serán derivados al consultorio para control anual por médicos del nivel primario.

CIRUGIA MENOR

La estrategia de Cirugía Menor Ambulatoria debiera ser parte de la evaluación en Atención Primaria de los Nevos sospechosos, ya que allí será visto por un médico entrenado en evaluación de estas lesiones, quien además puede controlar con facilidad a los pacientes y realizar biopsias de lesiones pequeñas si clínicamente lo amerita.

A través de los establecimientos de Baja complejidad que realicen procedimientos deberán actuar como centro de referencia para cirugía menor de los establecimientos de sus comunas.

7.- DEFINICIONES:

Los Nevos, o lunares son lesiones benignas que corresponden a la proliferación en la piel y mucosas dermopapilares de melanoblastos, originando los tumores pigmentarios benignos o Nevos.

Los Nevos Melanocíticos pueden ser clasificados de acuerdo a su origen en CONGENITOS Y ADQUIRIDOS. La malignización en las lesiones adquiridas es excepcional, debido a ello es fundamental la diferenciación entre ambos tipos de lesiones y, además intentar establecer el origen de la lesión.

Nevos Melanocíticos Congénitos (NMC):

Se encuentran presentes en la piel de la persona desde el momento de nacer, es por ello que el interrogatorio al paciente es fundamental, aun cuando muchas veces no es posible obtener certeza de estos antecedentes. En la práctica, no es posible establecer una diferenciación con los nevos adquiridos cuando las lesiones son pequeñas; a su vez, las lesiones mayores a 1,5 cms. generalmente son considerados congénitos.

	PROCOLO NEVUS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	------------------------------------	--

Un criterio de clasificación de los NMC se basa en el tamaño de la lesión, que categoriza en Nevos pequeños a los menores a 1,5 cms; nevos medianos a las lesiones entre 1,5 a 20 cms., y nevos congénitos gigantes a los mayores a 20 cms.

Se trata de lesiones que inicialmente corresponden a máculas color marrón claro, cuya superficie puede elevarse de manera homogénea adquiriendo un aspecto lobular o cerebriforme. La pigmentación puede ser regular o mostrar diversas tonalidades, y los bordes son generalmente bien definidos en los de pequeño y mediano tamaño, y más irregulares en los de gran tamaño.

Los NMC gigantes generalmente presentan características como pelos en la superficie, coloración con diversos tipos de marrón y negro, otros nevos satélites y su distribución en orden decreciente en el tronco, extremidades y cabeza.

El riesgo de desarrollar melanoma en los NMC Gigantes se estima entre el 5 al 12% en los primeros 15 años de vida.

Nevos Melanocíticos Adquiridos:

Pueden aparecer a cualquier edad generalmente después de los 4 años de vida y se intensifica su desarrollo durante la adolescencia. La presentación clínica es muy variable. Se describen histológicamente a los Nevo de Unión, Nevo compuesto, Nevo intradérmico y Nevo atípico (displásico o de Clark).

Sólo el 20 a 30% de los Melanomas Malignos se asientan sobre un Nevo Adquirido pre-existente, cualquiera sea el tipo de ellos.

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.

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

10.- REGISTROS

Corrección Nº	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	Nº Documento

11.- INDICADOR DE RESULTADO:

$\frac{\text{Nº de pacientes con aplicación de chequeo de signos de sospecha desde su ingreso a APS}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en el mes X 100}}$

Umbral de Cumplimiento: 100%

Tipo de vigilancia: Trimestral.

Responsable: Profesional Médico.

Periodicidad de Control: Mensual

11.1 Indicador Complementario:

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

Umbral de Cumplimiento: 100%

Tipo de vigilancia: Trimestral.

Responsable: Profesional Médico.

Periodicidad de Control: Mensual

12.- REFERENCIAS:

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

13.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.

Fecha	Tipo	Aprobación

14.- DISTRIBUCION:

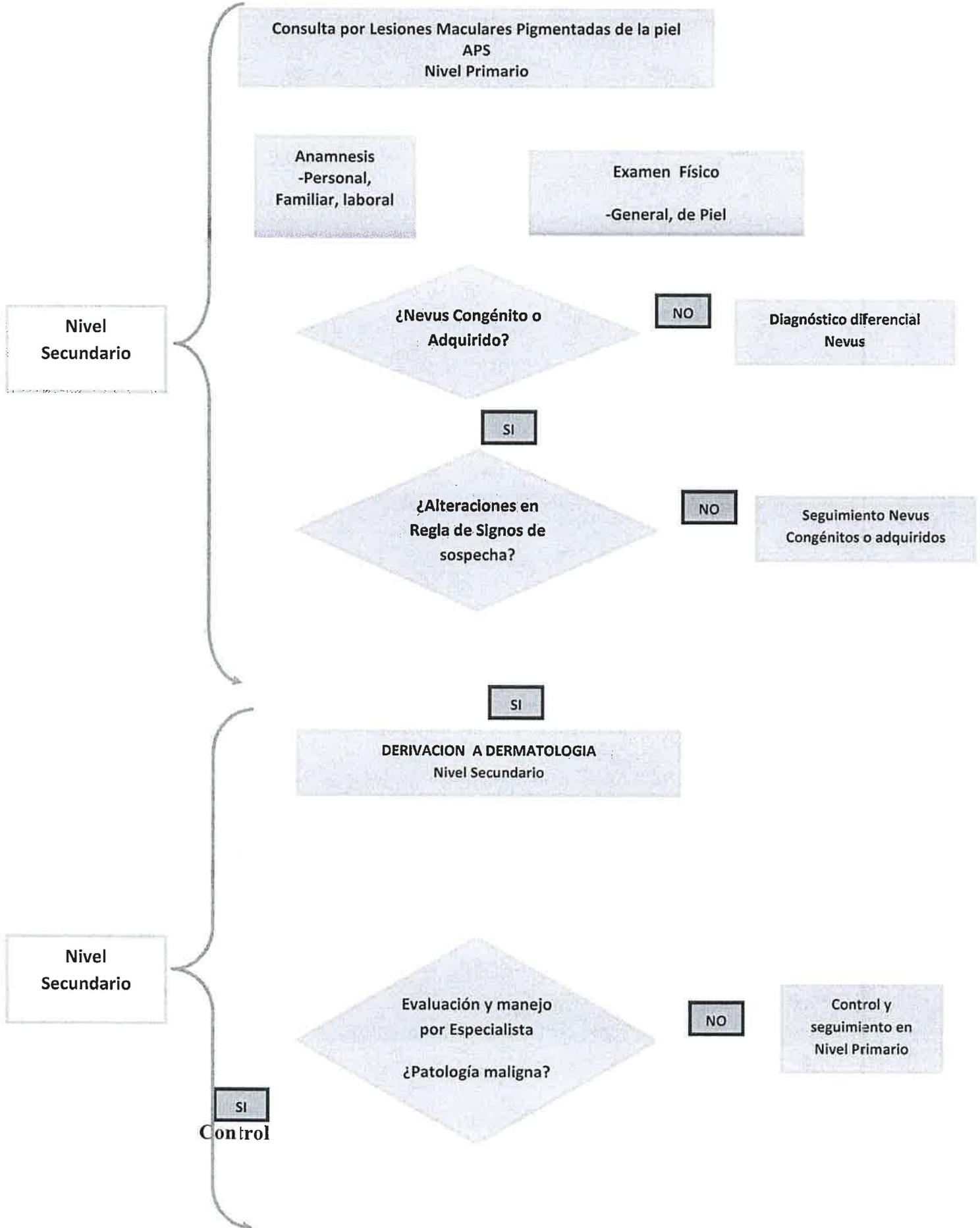
14.1.- Box de Atención Médica de APS y Especialidad

14.2.- Box de Atención Médica de SAPUs

14.3.- Oficina de Comités de Gestión

 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Libertador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<h1>PROTOCOLO</h1> <h2>NEVUS</h2>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:</p>
---	-----------------------------------	--

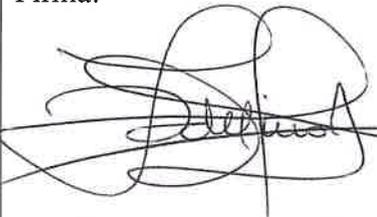
15.- FLUJOGRAMA.



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

ONICOMICOSIS

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 ONICOMICOSIS	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 onicomicosis es la infección de las uñas por cualquier hongo (Dermatofitos, Cándida y Mohos). Corresponde a la patología ungueal más frecuente (constituye el 20 al 50% de las onicopatías). Puede ser causada por diferentes agentes, siendo los dermatofitos del género *Trychophyton* los más frecuentes (90% de los casos).

El concepto actual es que la onicomicosis corresponde *una infección crónica de difícil tratamiento, ya que la uña constituye una fuente endógena de reinfección.*

La infección generalmente se inicia en el borde libre de la uña (hiponiquio), desde donde se extiende hacia proximal determinando cambios visibles al examen físico. Sin embargo, la naturaleza asintomática de esta patología, genera que en un gran número de casos la consulta sea tardía, lo que permite la progresión de la onicomicosis junto con cambios importantes del aparato ungueal.

La epidemiología de la Onicomicosis es variable. Constituye una patología infrecuente en población infantil. Por el contrario, en adultos, la prevalencia puede variar entre el 2 a 13 %, siendo más frecuente en hombres.

Entre el 70 a 80% de los casos se afectan las uñas de los pies, siendo más frecuente en el 1º y 5º orjejo. Las uñas de las manos se afectan en menor medida (27%), siendo infrecuente la infección concomitante de manos y pies (3%). No es infrecuente que la onicomicosis se asocia a otras micosis superficiales, en especial a Tiña pedis.

El organismo aislado con mayor frecuencia es el *Trychophyton rubrum* (85%), seguido por *Trychophyton mentagrophytes*. Menos del 10% de las onicomicosis son causadas por hongos del género levadura y hongos no dermatofitos.

En su mayoría las onicomicosis son asintomáticas, por lo que el paciente consulta principalmente por razones cosméticas. Por lo tanto la anamnesis debe ir dirigida a pesquisar factores de riesgo, tales como:

- **Uso de calzado oclusivo**
- **Humedad**
- **Inmunosupresión**
- **Enfermedad vascular periférica**
- **Diabetes**

Se debe preguntar por el uso tratamientos previos (orales como tópicos) y consignar todos los medicamentos que el paciente esté utilizando (para evaluar una posible interacción medicamentosa con antimicóticos).

	PROTOCOLO ONICOMICOSIS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	---

3. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
APS	Hospital de Santa Cruz	Dermatología
APS	Hospital de San Fernando	Dermatología
APS	Hospital de Rengo	Dermatología
APS	Hospital Regional Rancagua	Dermatología

4.- OBJETIVOS:

General:

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

Específico:

4.2.- Establecer criterios de derivación estándar hacia la especialidad de Dermatología, como una forma de contribuir a la pertinencia de la derivación y criterios terapéuticos básicos.

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 Dermatológica de Onicomicosis 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 persona requiriente de ello.

Fundamentos Clínicos de Sospecha:

Cambios de coloración y grosor de la lámina ungueal. Acumulación de detritus (polvillo) subungueal.

Síntomas: Alteración de la lámina ungueal.

Coloración blanquecina, amarilla o café.

Presencia de detritus subungueal (polvillo bajo la uña).

Olor característico.

Exámenes auxiliares:

Hemograma y Transaminasas previos a terapia oral.

	PROTOCOLO ONICOMICOSIS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	---

Micológico directo y cultivo de hongos en CDT.

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

Diagnóstico Diferencial:

Si bien, las onicomicosis constituyen las onicopatías más frecuentes, existen una serie de diagnósticos diferenciales entre los cuales se incluyen algunas enfermedades sistémicas. Dentro de los diagnósticos diferenciales deben incluirse:

- **Psoriasis ungueal**
- **Liquen ruber plano**
- **Dermatitis crónica**
- **Acrodermatitis enteropática**
- **Hipertiroidismo**
- **Exostosis subungueal**
- **Genodermatosis**
- **Onicotilomanias**
- **Onicogrifosis**

Tratamiento a nivel APS:

- Examen físico compatible **más** micológico y/o cultivo de hongos positivo(s).

Exámenes a solicitar en caso de sospecha de Onicomicosis:

Micológico directo y Cultivo de hongos (medios agar dextrosa de Sabouraud y agar micosel) *
Hemograma
Pruebas Hepáticas

*El resultado de los exámenes dependerá de la calidad de la muestra y experiencia del observador. El resultado del cultivo de hongos demora en promedio 30 días.

Tratamiento:

Existen una serie de factores a considerar antes de iniciar una terapia para onicomicosis tales como: *agente causal, enfermedades concomitantes del paciente, posibles interacciones medicamentosas, consumo excesivo de alcohol, efectos adversos de los medicamentos antifúngicos, edad del paciente, probabilidad de cumplimiento y seguimiento con exámenes de laboratorio, extensión y gravedad de la enfermedad.*

-Tratamiento tópico. Debe ser considerado como concomitante a la terapia sistémica. El uso de cremas y lacas constituye un coadyuvante al tratamiento sistémico, reservando su uso como monoterapia sólo en aquellos pacientes en quienes está contraindicada la terapia oral.

Ciclopiroxolamina 8%: Uso 1 vez al día por mínimo 4 meses o hasta mejoría clínica

Amorolfina 5%: Uso 1 vez por semana por 6 meses en uñas de manos y 9 meses en uñas de pies.

Cremas: El uso de cremas se encuentra desaconsejado debido a su baja penetración en la uña. Pueden ser utilizadas una vez terminado el tratamiento para evitar recidivas.

Tratamiento Sistémico.

Terbinafina. Es el agente más efectivo contra dermatofitos y el único antimicótico oral con efecto fungicida, logrando una cura micológica en el 76% de los casos. Altamente lipofílica y con excelente penetración en la uña, logra mantener niveles terapéuticos por 2-3 semanas posterior a la suspensión.

	PROTOCOLO ONICOMICOSIS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	---

Puede administrarse 1 vez al día con o sin alimentos.

Presentación: Comprimidos de 250 mg por 28 ó 30 comprimidos.

Dosificación: 250 mg al día por 6 semanas en onicomicosis de manos y 12 semanas en onicomicosis de pies.

Hemograma y pruebas hepáticas basales: **En caso de presentar alteraciones en exámenes basales, NO se debe iniciar la terapia**, debiendo derivarse el paciente los especialistas correspondientes.

-Control entre las 4-6 semanas de tratamiento con pruebas hepáticas: En caso de alteración de pruebas hepáticas con el tratamiento oral, este debe ser **SUSPENDIDO, independiente del valor de las transaminasas**. Se debe controlar con nuevas pruebas hepáticas, las que de resultar nuevamente alteradas, se recomienda evaluación por Gastroenterología para estudio de hepatopatía y a Dermatología para definir alternativas de tratamiento. En caso de normalización de pruebas hepáticas, derivar el paciente a Dermatología para definir alternativas de tratamiento.

Contraindicaciones: embarazo, lactancia, antecedentes de enfermedad hepática, clearance de creatinina <50ml/min, hipersensibilidad a la droga.

Criterios de referencia a Especialidad.-

- **Onicomicosis refractaria a tratamiento de APS.**
- **Patología asociada (insuficiencia hepática o renal).**
- **Derivar con exámenes: hemograma pruebas hepáticas**

Criterios de Exclusión:

- Buena respuesta a manejo de APS

Tratamiento a Nivel Secundario:

Procedimiento Clínico:

Se analizará caso a caso, para determinar el tratamiento a seguir. El cual puede incluir uso de otros antimicóticos sistémicos, combinación de tratamientos, terapia en pulsos, tratamiento quirúrgico (onisección parcial/total) y avulsión química.

Criterios De Alta:

-Paciente que completa tratamiento con 100% ausencia de signos clínicos (no repetir micológico) o paciente con micológico negativo más cambios ungueales <10%.-

7.- DEFINICIONES:

Onicomicosis: Infección de la lámina ungueal por hongos. Puede ser por levaduras (candida sp), hongos filamentosos (ej. Triconfton rubrum) o mohos.

 <p>Servicio de Salud O'Higgins Región del Liberador General Bernardo O'Higgins</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>ONICOMICOSIS</p>	<p>Código: Versión: 0 Fecha versión: Sept. 2015 Página: 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 RESULTADO:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con aplicación de indicaciones preventivas desde su ingreso a APS}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en el mes X 100}}$$

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

11.1 Indicador Complementario:

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

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

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

12.- REFERENCIAS:

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

13.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.

Fecha	Tipo	Aprobación

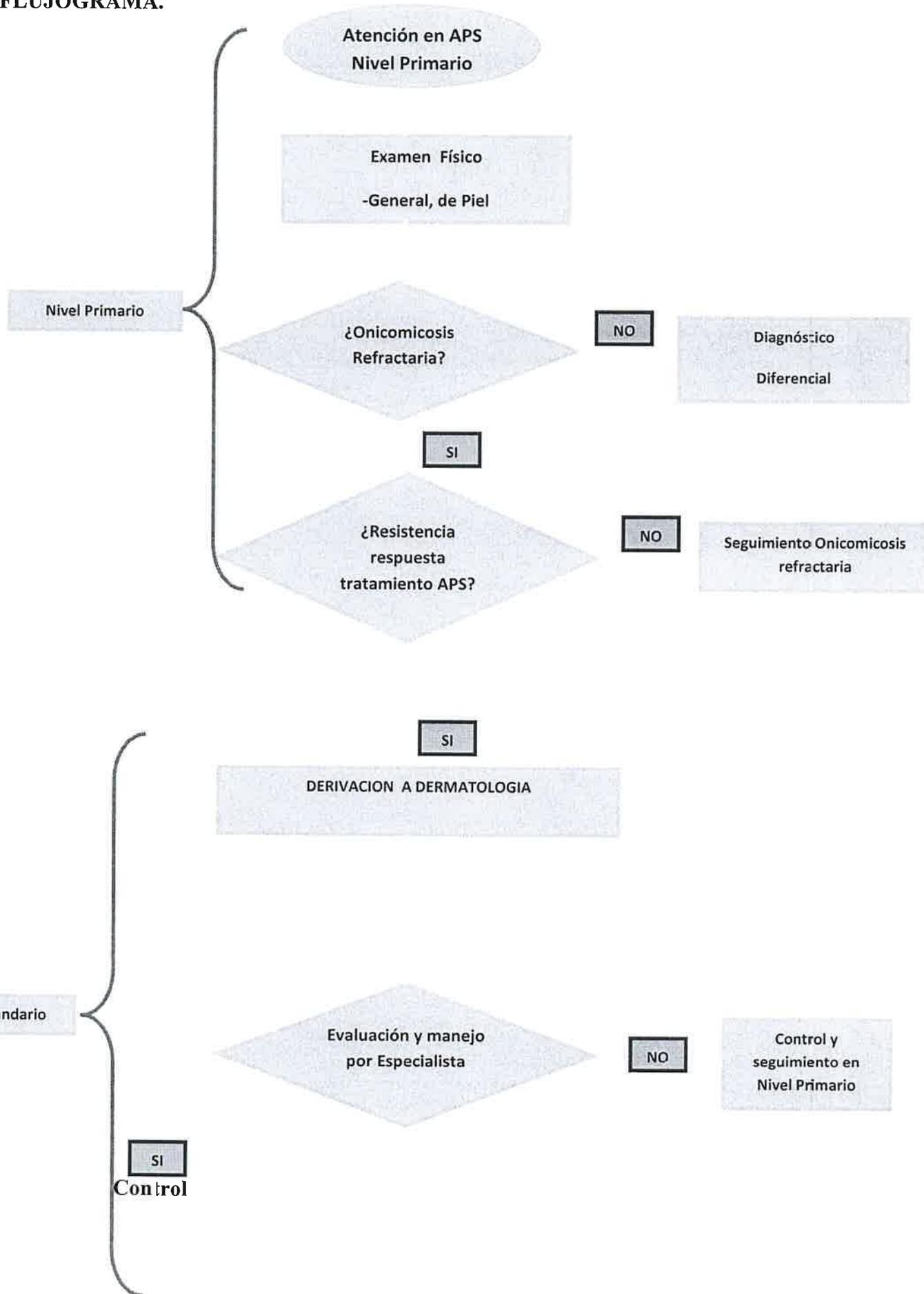
14.- DISTRIBUCION:

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.



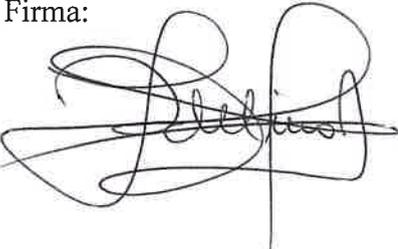


PROTOCOLO
VERRUGAS

Código:
Versión: 0
Fecha versión: Septiembre-2015
Página:
Vigencia: 2018
Próxima Reunión:

VERRUGAS

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 VERRUGAS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Septiembre-2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	--

1. DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de intereses.

2. INTRODUCCION:

La patología dermatológica es una de las más frecuentes causas de consulta en el nivel primario de atención. El profesional médico habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de lesiones de la piel y cuero cabelludo, a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional.

Anualmente se generan más de 2000 interconsultas por causas dermatológicas en todos los establecimientos de la Red, y constituyen el 4,5% de toda la lista de espera en el Servicio de Salud O'Higgins.

Dentro de estas Interconsultas, los diagnósticos de Dermatitis, Nevos y Verrugas de distinto tipo representan las primeras causas de derivación desde el nivel primario al especialista, y también entre especialistas.

La mayoría de estas patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su Centro de Salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada.

3. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
APS	Hospital de Santa Cruz	DERMATOLOGIA
APS	Hospital Regional Rancagua	DERMATOLOGIA

4.- OBJETIVOS:

General:

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

Específico:

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

	PROTOCOLO VERRUGAS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Septiembre-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 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 desempeñen actividades al aire libre sin protección solar, en el ámbito rural, campesinos, obreros.

Fundamentos Clínicos de Sospecha:

Observación de la lesión.

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

VERRUGAS VULGARES:

Mayor frecuencia en Niños y Adolescentes, se presentan como pápulas blanquecinas de superficie irregular, irregulares al tacto. Habitualmente localizadas en las palmas y dorso de las manos, dedos de las manos, zona periungüeal y mas raramente en codos o rodillas. Otra forma frecuente de presentación son las verrugas filiformes, finas proyecciones alargadas y espiculadas alrededor de los orificios naturales de la cara, habitualmente la boca.

PRECAUCIONES:

Antes de comenzar las medidas terapéuticas, debemos advertir al paciente sobre el riesgo de transmisión de las verrugas, en especial en caso de pequeñas heridas o de morderse las uñas. La transmisión también es mayor si la piel de manos o pies está macerada o con frecuencia está húmeda y en las piscinas. Igualmente se debe dejar claro que el tratamiento no es fácil, que con frecuencia es molesto, se precisan por lo general múltiples sesiones y puede durar semanas o incluso meses. Que el porcentaje de fracasos terapéuticos es elevado y las recidivas frecuentes, que las verrugas pueden ser resistentes a varias modalidades terapéuticas y que no es raro emplear tratamientos combinados. Que ninguno de los tratamientos es completamente efectivo y que no existe evidencia de que uno sea mejor que otro. Que en muchas ocasiones las verrugas desaparecen espontáneamente sin tratamiento y por tanto en algunos casos es preferible una conducta expectante. Que el tratamiento aplicado nunca debe ser desproporcionado.

FARMACOLOGIA:

Cuando se decide utilizar algún producto farmacológico, el manejo de primera línea se realiza con Queratolíticos. Los productos recomendados son el Ácido Salicílico, que se asocia a ácido láctico en forma tópica. Existen los preparados comerciales Duofilm® o Verrufilm® (Acido salicílico 16,7%, Acido láctico 16,7% y Base de Colodión flexible) que se aplica en forma directa en cada verruga una vez en la noche o en forma más alejada según tolerancia.

	PROTOCOLO VERRUGAS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Septiembre-2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	--

El modo de aplicación recomendado es el siguiente:

Antes de cada aplicación (generalmente en la noche), macerar la piel de la zona remojando en agua tibia durante 5 minutos y secando, para posteriormente remover la queratina superficial, con piedra pómez o con lima de uñas. Proteger la piel circundante con vaselina o pasta Lassar, para evitar irritación perilesional. Aplicar la solución sobre la lesión con pincel aplicador, dejar secar hasta que aparezca una película blanca. Se recomienda realizar cura oclusiva con banda adhesiva (parche hipoalergénico 3M®, o similares) hasta la noche siguiente en que se repite el procedimiento. Se mantienen las aplicaciones hasta que la lesión desaparezca.

No se recomienda su aplicación en la cara u otras zonas de piel fina donde puede causar quemaduras si no se aplica correctamente. No debe aplicarse en las mucosas y se ha de vigilar que no toque los ojos. Si esto ocurre accidentalmente deben irrigarse con agua corriente durante unos 15 minutos.

En caso de que se produzca irritación intensa descansar los días que sean necesarios y re-aplicar en forma más distanciada según tolerancia.

Dadas las características de las verrugas comunes y su frecuente evolución a la desaparición espontánea, no se recomienda derivar a Dermatología antes de 6 meses y solo en relación a fracasos terapéuticos reiterados de tratamientos bien llevados.

Ocasionalmente por razones estéticas o laborales (faciales o dorso de manos permanentemente expuestas) y en que el manejo se dificulte, se recomienda derivar con mayor premura.

VERRUGAS PLANTARES:

Crecen en profundidad por la presión externa, están rodeadas de un collarite epidérmico y rompen las líneas de la piel. En su superficie se aprecian unos puntos negros que corresponden a los capilares trombosados. Si raspamos la verruga se produce un sangrado puntiforme. Al tacto son irregulares.

La verruga plantar es dolorosa al ser pellizcada lateralmente, y también pueden causar dolor espontáneo si aparecen en zonas de apoyo.

Suelen verse una o pocas lesiones y tienden a la regresión espontánea en menos de 1 año aunque existen casos muy persistentes. Son más frecuentes en niños y jóvenes que frecuentan piscinas y duchas de gimnasios y se contagian con facilidad. Cuando confluyen varias verrugas plantares formando una placa reciben el nombre de "verrugas en mosaico".

Deben diferenciarse de la hiperqueratosis plantar (Queratoma, vulgo "Callo"), lesión traslúcida que también rompe la cuadrícula cutánea, aunque no presenta puntos negros al raspado con el bisturí. Es más frecuente en las personas de edad avanzada, a diferencia de la verruga plantar, y puede tener una alteración ortopédica del pie (dedos en martillo, pie plano anterior, otras). Al raspar el callo con bisturí se puede devastar la casi totalidad de la lesión sin que sangre ni duela, a diferencia de la verruga plantar. Son frecuentes en zonas de apoyo e interdigitales, y pueden solucionarse con separadores interdigitales.

PRECAUCIONES:

Las medidas generales están orientadas a prevenir el contagio y las condiciones de la piel que facilitan la aparición de la infección por el virus papiloma. Por ello se recomienda evitar el exceso de maceración, provocado por contacto permanente y reiterado con el agua (piscinas, otros) no caminar permanentemente descalzo en superficies húmedas, realizar un completo secado de los pies, etc.

	PROTOCOLO VERRUGAS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Septiembre-2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	--

FARMACOLOGIA:

Aun cuando la mayoría evoluciona hacia la resolución espontánea en un plazo variable, se recomienda iniciar tratamiento con queratolíticos una vez realizado el diagnóstico, lo que permite acortar su evolución.

La primera elección son los queratolíticos que combinan ácido salicílico y ácido láctico (Duoplant® gel). Se aplica del mismo modo que en las verrugas vulgares. No es raro que se produzca dolor e inflamación de la zona. Con este tratamiento se curan el 60- 70% de verrugas plantares en un período de 2-4 meses.

En el caso de que la lesión genera mucho dolor e impotencia funcional, se sugiere derivar a dermatología o realizar cirugía menor en un plazo menor a 1 mes, donde existan las condiciones para ello.

VERRUGAS PLANAS:

Pápulas planas de tamaño pequeño, habitualmente entre 2-3 mm., del color de la piel o levemente hiperpigmentadas. Superficie papilomatosa pero no irregular. A veces muy numerosas, y pueden agruparse o seguir una distribución lineal en una zona traumatizada (Fenómeno de Koebner). Se localizan habitualmente en la cara, y dorso de manos. Son más frecuentes en la infancia y adolescencia y tienden a resolverse espontáneamente.

PRECAUCIONES:

Las medidas generales están orientadas a evitar o disminuir la irritación local de las lesiones, para no provocar el fenómeno de koebner. Implica no traumatizar o rascar las verrugas planas, evitar el roce permanente con elementos duros. Se sugiere también mantener cuidados mínimos de la piel de la cara, evitando productos cosméticos irritantes.

FARMACOLOGIA:

Dada su evolución a la autorresolución, en muchos casos es preferible no realizar tratamiento y esperar la autoinvolución. Se recomienda esperar 6 meses antes de derivar al dermatólogo, controlando la evolución.

La derivación a Dermatología se justifica para aplicación de tratamiento farmacológico tópico con ácido retinoico (tretinoína) al 0.025, 0.05 y 0,1% (Dermodan®, Stieva-A®).

La utilización de este producto tiene riesgos asociados de lesión de la piel por su efecto irritante y fotosensibilizante, por lo que se recomienda su uso por Dermatólogo.

Criterios de referencia a Especialidad.-

Dadas las características de las verrugas comunes y su frecuente evolución a la desaparición espontánea, no se recomienda derivar a Dermatología antes de 6 meses y solo en relación a fracasos terapéuticos reiterados de tratamientos bien llevados.

Ocasionalmente por razones estéticas o laborales (faciales o dorso de manos permanentemente expuestas) y en que el manejo se dificulte, se recomienda derivar con mayor premura.

CONDILOMAS ACUMINADOS:

	PROTOCOLO VERRUGAS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Septiembre-2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	--

Los condilomas acuminados son una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes, y en la mayoría de los casos, se trata de una infección latente o subclínica.

Se manifiestan como pápulas del color de la piel o hiperpigmentadas, de superficie papilomatosa, que se localizan en los genitales, el periné, los pliegues inguinales o el ano, desde donde pueden extenderse a la vagina, la uretra, el cérvix y el recto.

Suelen medir pocos milímetros aunque por confluencia pueden formar grandes masas tumorales, exofíticas, con aspecto de coliflor. Cuando aparecen en los pliegues (ingles, región perianal, surco balanoprepucial, pliegues de los labios) adoptan la forma de cresta de gallo, de donde proviene el nombre de condilomas acuminados.

Se transmiten por contacto sexual y aparecen tras un período de incubación de semanas a 6 meses. Tras el contagio la mayoría de las veces se produce una infección subclínica, evidenciable únicamente si examinamos la piel con una lente de aumento tras aplicar una solución de ácido ascético al 3-5% durante 3-5 minutos.

En unos pocos casos se produce una infección visible en forma de condiloma. Su grado de contagiosidad es elevado. Tras un solo contacto sexual se calcula que se infectan más del 60% de las parejas sexuales. Como con el resto de ITS debemos realizar un examen genitoanal completo para descartar otras ITS concomitantes y solicitar pruebas de laboratorio (VDRL, VIH, Marcadores de Hepatitis Viral). Se debe asimismo examinar a la/las parejas de los últimos 6 meses y realizar educación sexual sobre medidas preventivas. Para reducir el riesgo de contagio es importante el uso del preservativo.

Se ha comprobado que los Condilomas Acuminados tienen una estrecha relación con el cáncer anogenital, en especial cuando están causadas por los PVH serotipos 16 y 18. Se calcula que el 90% de los carcinomas de cérvix está causado por VPH.

PRECAUCIONES:

Es necesario insistir en que los condilomas son una infección de transmisión sexual y por ello debemos aplicar un protocolo de seguimiento de un paciente con una ITS:

- 1) realizar un interrogatorio dirigido y una exploración física y genito anal detallada,**
- 2) solicitar serologías de sífilis, VIH, marcadores de hepatitis viral.**
- 3) examinar la/las parejas de los últimos 6 meses y**
- 4) informar sobre medidas preventivas (evitar conductas de riesgo y utilizar preservativos).**

Es muy probable que un elevado porcentaje de sus parejas tengan una infección subclínica, sin que lleguen nunca a desarrollar verrugas. Otro factor a tener en cuenta es la relación de algunos serotipos de papiloma virus genitales con el cáncer ano genital, en especial con el carcinoma de cérvix, lo que obliga al examen ginecológico anual de las pacientes con condilomas que incluya el test de Papanicolaou. Si una paciente sufre condilomas durante el embarazo existe un riesgo de transmitir papilomatosis laríngea al recién nacido lo que debe tenerse en cuenta a la hora de decidir el tipo de parto.

Criterios de referencia a Especialidad.-

Se recomienda que el manejo Farmacológico de los Condilomas acuminados sea realizado por especialista, por lo cual realizado el diagnóstico se sugiere derivar a Dermatología. El manejo se realiza con Nitrógeno líquido por especialista

	PROTOCOLO VERRUGAS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Septiembre-2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	--

7.- DEFINICIONES:

Verrugas:

Lesiones epiteliales benignas hiperqueratósicas y circunscritas, ocasionadas por la proliferación de piel y mucosas causadas por el virus papiloma humano (VPH).

Existen más de 100 diferentes tipos de VPH, y aun cuando hay algunas localizaciones que se asocian más frecuentemente con un tipo de VPH, las verrugas por cualquier tipo de VPH pueden aparecer en cualquier sitio.

La infección se limita al epitelio y no existe posibilidad de diseminación.

La transmisión se puede producir por mecanismos directos o indirectos, y la disrupción de la barrera epitelial normal es un factor predisponente.

Se estima que las verrugas afectan alrededor del 10% de la población, aumentando la prevalencia en escolares y adolescentes. El periodo de incubación es variable entre 1 a 6 meses, aun cuando se señalan períodos de hasta 20 meses. (Fernández-Obanza 2004)

El diagnóstico se puede establecer por la Historia Clínica y la exploración física, y habitualmente se clasifican de acuerdo a su localización y morfología, en los siguientes tipos:

1. Verrugas Vulgares
2. Verrugas Plantares
3. Verrugas Planas
4. Verrugas Anogenitales (Condilomas Acuminados)

Habitualmente las verrugas se resuelven en forma espontánea en algunos meses o años. En general un 60 a 70% de las verrugas desaparece espontáneamente antes de 3 meses. En niños, dos tercios de los casos se resuelven en un plazo de 2 años. Al desaparecer lo hacen sin dejar cicatriz, lo cual puede no ocurrir si se utiliza algún tratamiento.

Pese a que la mayoría de las verrugas son asintomáticas y desaparecen en forma espontánea, muchos pacientes consultan por las repercusiones estéticas que ellas implican.

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

	PROTOCOLO VERRUGAS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Septiembre-2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	--

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 RESULTADO:

$\frac{\text{Nº de pacientes con aplicación de indicaciones preventivas desde su ingreso a APS}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en el mes X 100}}$

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

11.1 Indicador Complementario:

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

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

	PROTOCOLO VERRUGAS	Código: Versión: 0 Fecha versión: Septiembre-2015 Página: Vigencia: 2018 Próxima Reunión:
--	---	--

12.- REFERENCIAS:

Opinión de expertos: Equipo Medico de Dermatología 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

PROTOCOLO

VERRUGAS

Código:
Versión: 0
Fecha versión: Septiembre-2015
Página:
Vigencia: 2018
Próxima Reunión:

15.- FLUJOGRAMA.

