



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL SANTA ROSA

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU

“Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa”

GUIAS DE PRACTICA CLINICA



SERVICIO DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

OTORRINOLARINGOLOGÍA

AÑO 2009

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	03
 GUIAS CLINICAS DE ATENCION :	
GUIAS CLINICAS DE ATENCION EN PATOLOGIAS OTICA	
➤ OTITIS MEDIA AGUDA	04
➤ OTITIS MEDIA CRONICA	07
➤ OTOESCLEROSIS	12
➤ SORDERA	13
➤ SINDROME VERTIGINOSO.....	18
➤ PARALISIS FACIAL	22
➤ OTITIS EXTERNA MALIGNA	28
➤ ATRESIA DEL CONDUCTO EXTERNO.....	30
 GUIAS CLINICAS DE ATENCION EN PATOLOGIAS NASALES	
➤ DESVIACION SEPTAL Y DEFORMACION DE PIRAMIDE NASAL.....	32
➤ NASOANGIOFIBROMA JUVENIL	34
➤ SINUSITIS CRONICA.....	36
 GUIAS CLINICAS DE ATENCION EN PATOLOGIAS FAROLARINGEA	
➤ AMIGDALITIS AGUDA	37
➤ AMIGDALITIS CRONICA	39
➤ HIPERTROFIA ADENOIDEA	42
➤ HEMORRAGIA POST AMIGDALEANA.....	44
➤ ABSCESO PERIAMIGDALEANA	46
➤ LARINGITIS AGUDA.....	48
➤ LARINGITIS CRONICA.....	51
➤ TUMORES BENIGNOS DE LA LARINGE	54
➤ CANCER LARINGEO	55
 BIBLIOGRAFIA	 58

INTRODUCCION

La medicina es una ciencia que nace con el hombre, que pasa por diferentes periodos y sufre sucesivos cambios en la búsqueda de la constante de la verdad.

Cuando el hombre capta los conocimientos que le son heredados y sabiamente logra enriquecerlos con sus propias experiencias y análisis, para finalmente aplicarlos en beneficio de los asegurados.

Una forma bastante convencional de transferir conocimientos es a través de un MANUAL DE GUIAS CLINICAS DE ATENCION, sobre todo cuanto existen criterios diversos contribuyendo a la formación de futuras generaciones y ayudando a la toma de decisiones terapéuticas sin reemplazar el juicio clínico.

Los cuadros sinópticos y flujo gramas al final de cada protocolo pretenden ser útiles para refrescar y ordenar conocimientos, brindando de esta forma a dar una información sencilla pero exacta de la actitud a tomar.

Este manual ha sido elaborado tomando una serie de datos bibliográficos adaptándose a la realidad nacional y la cual servirá como puntal para su modificación conforme vaya avanzando la ciencia

GUIAS CLINICAS DE ATENCION EN PATOLOGIAS OTICA

OTITIS MEDIA AGUDA

I. CODIGO : H 66.9

II. DEFINICION:

Nombre genérico que se define como la inflamación aguda serosa, catarral o purulenta del mucoperiostio de revestimiento de las cavidades del oído medio. Todo episodio inicial de Otitis Media aguda menor de 21 días o hasta 5 episodios por año.

III. ODJETIVOS:

- ❖ Diagnosticar y tratar en forma efectiva y oportuna las OMA
- ❖ Utilizar esquemas terapéuticos estandarizados
- ❖ Evitar las complicaciones por esta entidad (perforación timpánica, otomastoiditis, colesteatoma, meningitis aguda, tromboflebitis cerebral), así como evitar la cronicidad.

IV. NIVEL DE ATENCION:

Nivel I y II

Nivel III o IV: Cuando se requiera exámenes especializados como Tomicroscopia.

V. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:

	<u>Puntaje</u>
- Membrana timpánica: Congestiva, abombada y opaco (eutróficos) grisácea desnutridos.....	3
- Ontalgia y/o irritabilidad	2
- Signo del trago positivo.....	2
- Otorrea... ..	2
- Vómitos y diarreas	1

TOTAL	10

Con presencia o ausencia de fiebre, le puntaje mayor de 5 sugiere el diagnóstico e inicio de la terapia.

VI. MANEJO:

Procedimientos generales

Generalmente no requiere de exámenes auxiliares.

En caso de presentar membrana timpánica abombada y con dolor intenso, se debe realizar la miringocentesis y ser evaluado por un otorrinolaringólogo dentro de las 24 horas.

Medidas generales

1. Limpieza externa de la secreción. Aspiración de secreciones (perforado).
2. No utilizar hisopos por peligro de mayor daño de la membrana timpánica.
3. Miringocentesis (fase supurativa).

Tratamiento específico

1. Amoxicilina: ,40 mg/kg/d dividido en 3 dosis por 10 días.
2. Cefalosporinas.
3. Alternativas en casos de hipersensibilidad a las penicilinas:
 - Sulfametoxazol /trimetropin: 25-50 y 6-10 mg/kg/día respectivamente en 2 dosis por 10 días.
 - Eritromicina : 25-50 mg/kg/día, dividido 4 dosis por 10 días.

Tratamiento coadyuvante

- Paracetamol: 10-12 mg/kg/d V.O. c/4 hrs por 2 días (en caso de dolor o fiebre)
- Corticoides: Niños 1 mg/kg/d y adultos 16 mg/kg/d

VII. CRITERIOS DE CONTROL, ALTA, REFERENCIA Y CONTRATRANSREFERENCIA:

CONTROL: Una consulta al 5º día de tratamiento

ALTA: En la consulta de control (con la remisión del cuadro clínico en base al puntaje signado durante el diagnóstico).

REFERENCIA: Nivel II, III Al Servicio de ORL (con capacidad de resolución en caso de:

1. Otomicroscopía magnificada
2. Falta de respuesta al tratamiento

3. Ruptura timpánica.
4. Mastoiditis.
5. Colesteatoma
6. Desnutrición o síndrome de Down

CONTRATRANSREFERENCIA: Según criterio de la especialidad para el control ambulatorio con indicaciones.

VIII. DESCANSO MEDICO: 2 - 3 días de descanso físico

OTITIS MEDIA CRONICA

I. **CODIGO:** H 66.3

II. **DEFINICION:**

Es el cuadro caracterizado por la presencia de una perforación timpánica permanente acompañado de alteraciones crónicas de la mucosa del oído medio. Suele presentar otorrea continua o intermitente, e hipoacusia de distinto grado.

III. **OBJETIVO**

- ❖ Evitar las infecciones locales o por vecindad
- ❖ Recuperar la audición

IV. **NIVEL DE ATENCIÓN:**

- a) Ambulatorio: Hasta cuando se indique el tratamiento quirúrgico Hospital I, II, III
- b) Hospitalario: Quirúrgico o cuando existe complicaciones Hospital III – IV.

V. **CRITERIOS DE DIAGNOSTICO**

- ❖ Anamnesis: Otorrea - Hipoacusia - Acúfenos
- ❖ Clínica: - Otorrea a repetición c/s otodinea ó c/s mal olor
- Hipoacusia de diferente grado
- Parálisis facial y/o vértigos
- Perforación timpánica.
- ❖ Exámenes auxiliares:
 - Acumetría y audiometría
 - Exámenes preoperatorio: Hb. , Hto. , orina, coagulación, sangría
 - Riesgo Quirúrgico: Pediátrico, Medicina o Cardiológico
 - Cultivo y antibiograma de secreción ótica.
 - Radiografías de mastoides. (Shuller, Stenvers)
 - TAC de mastoides. (colestomatoma).

VI. **MANEJO:**

- ❖ Ambulatorio: Prequirúrgico (para la solicitud de análisis y tratamiento Médico).

- ❖ Hospitalización: Cuando requiere tratamiento parenteral por complicaciones
- Quirúrgico (Microcirugía de oído de acuerdo al caso) Oído Seco mayores 4 semanas
- Postquirúrgico: ATB, AINE

Tratamiento específico:

1. Amoxicilina : 40 mg/kg/d dividido en 3 dosis por 10 días.
2. Alternativas en casos de hipersensibilidad a las penicilinas: .
 - SM-TM: 25-50 y 6-10 mg/kg/día respectivamente dividido en 2 dosis por 10 días.
 - Eritromicina : 25-50 mg/kg/día, dividido 4 dosis por 10 días.
 - Clindamicina
 - Ciprofloxacina 250 - 500 mg Cada 12 horas

Tratamiento coadyuvante

- Paracetamol: 10-12 mg/kg/d V.O. c/4 hrs por 2 días (en caso de dolor o fiebre).
- Dexametasona
- Gotas ópticas : Gentamicina, Ciprofloxacina, Corticoides
- Dimenhidrato

VII. CRITERIOS DE CONTROL, ALTA, REFERENCIA Y CONTRATRANSREFERENCIA

CONTROL:

- Retiro de puntos al 6-7 mo día postcirugía.
- 1ª curación al 10-12 día post-cirugía.
- Curaciones periódicas, según el caso lo amerite. (Promedio: 3)

ALTA: En la consulta de control (con la remisión del cuadro clínico postquirúrgico).

REFERENCIA: Nivel IV Servicio de ORL, con capacidad de resolución en caso de:

1. Otomicroscopía magnificada.
2. Falta de respuesta al tratamiento.
3. Mastoiditis.
4. Colesteatoma
5. Desnutrición o síndrome de Down
6. Tratamiento quirúrgico

CONTRATRANSREFERENCIA: Según criterio de la especialidad para el control ambulatorio con indicaciones, si es de provincia.

VIII. DESCANSO MEDICO: 2 -3 semanas de descanso físico, de acuerdo a

complejidad.

IX. COSTO APROXIMADO:

A) Número consulta

B) Procedimientos y análisis

- Cultivo + antibiograma (resistencia al tratamiento habitual)
- Hemograma, Hematocrito, Hemoglobina
- Coagulación y Sangría
- Serológicas
- Examen de orina
- Radiografía Mastoides y/o TAC
- Riesgo Quirúrgico

C) Tiempo de Hospitalización: 05 días

D) T. Operatorio: 2 - 3 horas.

E) Procedimiento: Postquirúrgico: 4 - 5 horas

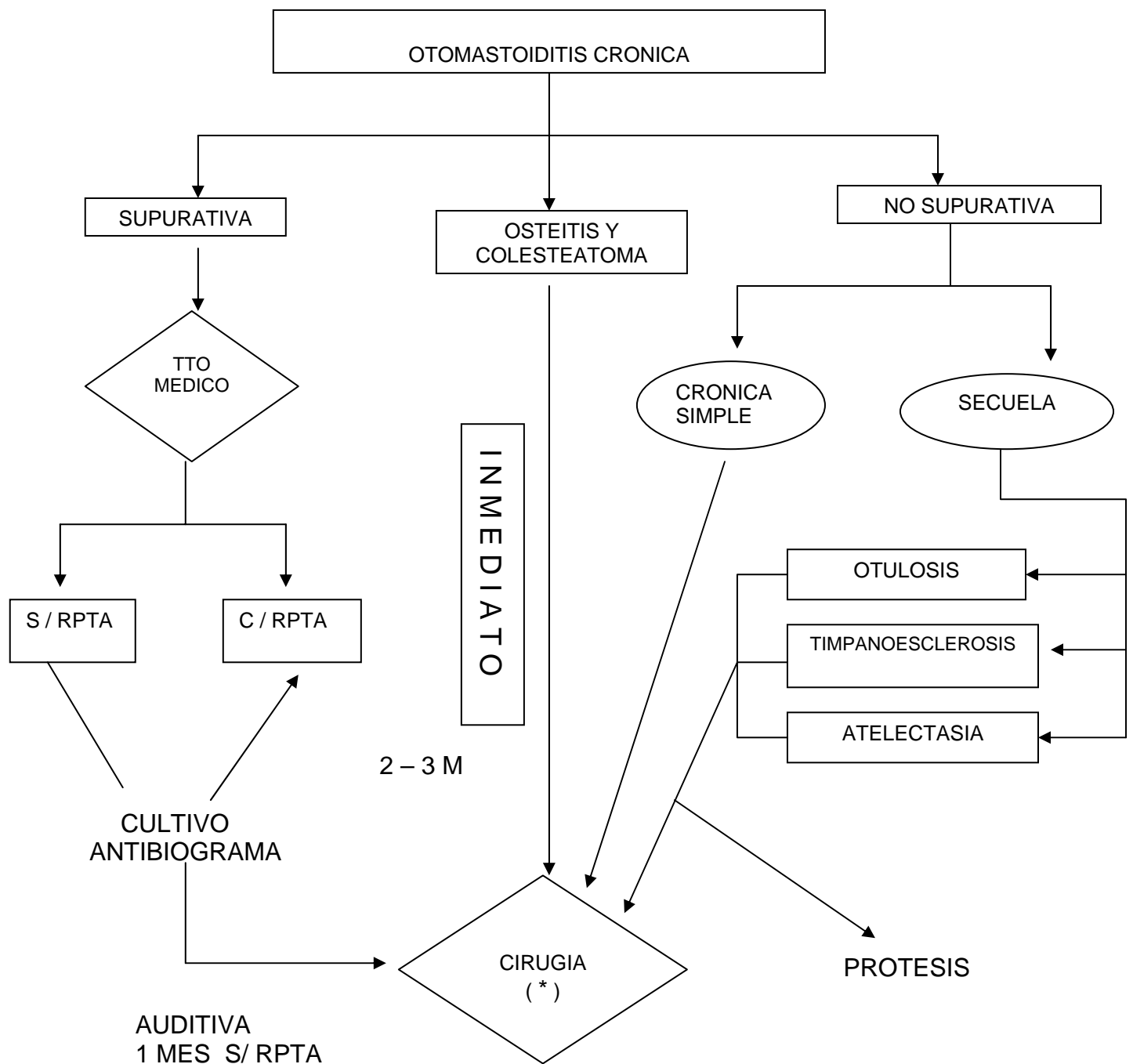
F) Medicamentos:

Antibióticos: Local

Oral

Analgésicos.

G) Subsidios: 21 días



- Deberá evaluarse el estado del paciente y el grado de recuperabilidad auditiva.

OTOESCLEROSIS

I. **CODIGO:** H 180.X

II. **DEFINICION:**

Es una osteodistrofia localizada en la cápsula laberíntica o difusa.

III. **OBJETIVO:**

Mejorar la audición

IV. **NIVEL DE ATENCION:** Hospital de III Nivel

- ❖ Ambulatorio: Hasta cuando se indique el tratamiento quirúrgico.
- ❖ Hospitalario: Quirúrgico (Estapedectomía)

V. **CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:**

- ❖ Anamnesis: - Hipoacusia conductiva uni o bilateral pudiendo afectar elementos neurológicos y ocasionando las hipoacusias mixtas.
 - Usualmente en pacientes jóvenes (20 - 50 años).
 - Es más frecuente en mujeres 2.5 = 1, progresando más durante o inmediatamente antes del embarazo.
- ❖ Clínica: - Hipoacusia,
 - Acúfenos.
 - Triada de Bezold
 - Signo de Schwrtze.
- ❖ Exámenes auxiliares:
 - Acumetría y audiometría.
 - Potenciales evocados (niños)
 - Logoaudiometría.
 - Impedanciometría

VI. **MANEJO:**

Ambulatorio: Prequirúrgico (Para la solicitud de análisis y tratamiento médico). Hospitalización

- Quirúrgico (Estapedectomias) .
- Postquirúrgico: ATB , AINE.

Tratamiento específico .

Antibioticoprofilaxis: Cafalotina 01 gr EV por dos días

Corticoterapia post-quirúrgica

Tratamiento Coadyuvante

Paracetamol: 10-12 mg / kg / día V.O. c/4 hs por 2 días (en caso de dolor o fiebre).

VII. CRITERIOS DE CONTROL, ALTA, REFERENCIA Y CONTRATRANSREFERENCIA

CONTROL: - 1ª curación al 10-12 día post-cirugía.
- Curaciones periódicas, según el caso lo amerite.

(Promedio: 3)

ALTA: En la consulta de control (con la remisión del cuadro clínico Postquirúrgico).

REEFERENCIA: Nivel IV Servicio de QRL

CONTRATRANSREFERENCIA: Según criterio de la especialidad para el control ambulatorio con indicaciones, si es de provincia

VIII. DESCANSO MEDICO:

2 - 3 semanas de descanso físico, de acuerdo a la complejidad del caso

SORDERA

I. CODIGO: H90.X / H91.1

II. DEFINICION

Disminución o pérdida parcial de la acuidad auditiva varía desde una mínima anormalidad la pérdida total con incapacidad.

III. OBJETIVO

- Contribuir al diagnóstico y tratamiento oportuno, transfiriendo a los casos detectados a los niveles de atención especializada.
- Disminuir los costos por atención e indemnización a través de mediadas de prevención y detección precoz.
- Reintegrar al asegurado a su medio laboral.

IV. NIVEL DE ATENCION:

A). AMBULATORIO: I- II- III

B). HOSPITALIZACION: II - IV En casos de Sordera súbita o Cirugía por Hipoacusia Conductiva.

V. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

5.1. ANAMNESIS: Forma de instalación: Baja auditiva, acúfenos c/s alteración vestibular.

5.2. CLINICA: Examen otorrinolaringológico completo

5.3. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

- Lavado de oído en los casos necesarios.
- Audiometría de tonos puros
- Logaudiometría o audiometría verbal.
- Potenciales evocados auditivos.
- Pruebas de reclutamiento.
- Pruebas de simulación.

VI. MANEJO

6.1. Laboratorio: Algunas veces necesario .

6.2. Terapia específica : En casos de Sordera súbita ... Vasodilatadores por vía parenteral etc.

Post quirúrgico en OMC Véase terapia

6.3. Terapia Coadyuvante: - Labiolectura.

- Prótesis auditiva.

VII. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL , REFERENCIA Y CONTRATRANSREFERENCIA

7.1. ALTA: Cuando fue detectado el grado y tipo de hipoacusia.

7.2. CONTROL. Fase inicial 2 - 3 meses.

7.3. REFERENCIA Hospitales III - IV cuando requiera solución quirúrgica.

7.4. CONTRATRANSFERENCIA: a los 30 - 60 días.

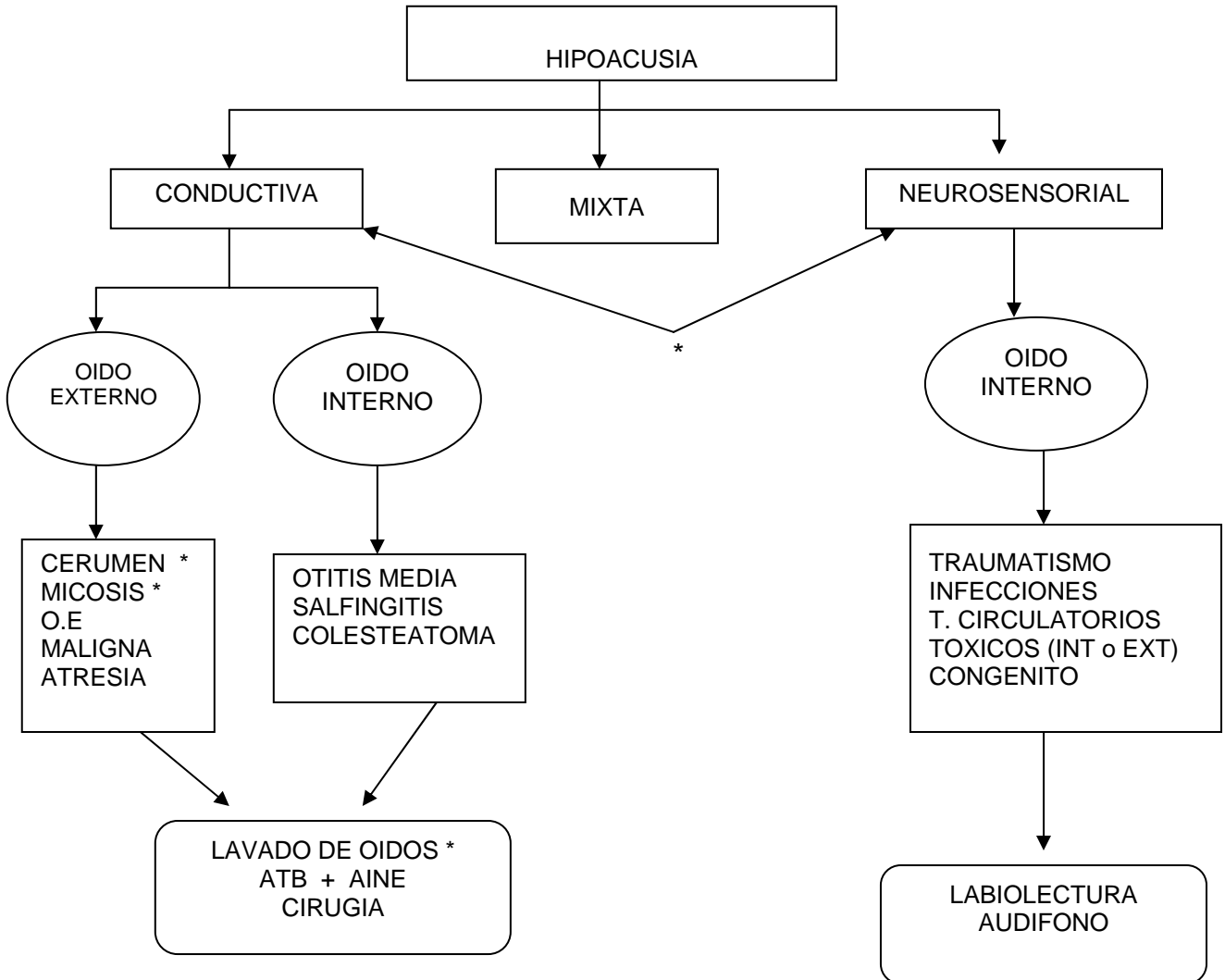
VIII. DESCANSO MEDICO

- Sordera súbita 15 días
- Post quirúrgico 20 – 25 días (vease tto. De O.M.C).

IX. COSTO APROXIMADO

- Número de consulta : 03.
- Número de exámenes auxiliares: sólo en casos necesarios.
- Hospitalización: 07 días sólo en caso de sordera súbita.
- Subsidios sólo en sordera súbita y post quirúrgico.

X. FLUXOGRAMA



COMBINACION

SINAPSIS DE PRUEBAS

PRUEBA TIPO	II CONDUCCIO	II PERCEPTIVA
VOZ ACUCHILLADA	DISMINUCION NETA	ABOLIDA
VOZ ALTA	POCO DISMINUIDA	DISMINUIDA
DIAPAZONES: - TONOS GRAVES - TONOS AGUDOS	ABOLIDO CONSERVADO O POCO DISMINUIDO	CONSERVADO DISMINUIDA
* WEBER	LATERALIZADO AL LADO ENFERMO	LATERALIZADO AL OIDO SANO
* RINNE	NEGATIVO	POSITIVO
* SCHWACH	PROLONGADO	ACORTADO
AUDIOMETRIA	PERFIL ÓSEO ASCENDIDO PERFIL ÁEREO DESCENDIDO	PERFIL ÓSEO DESCENDIDO PERFIL ÁEREO DESCENDIDO

AUDIOGRAMA - SIMBOLOGIA

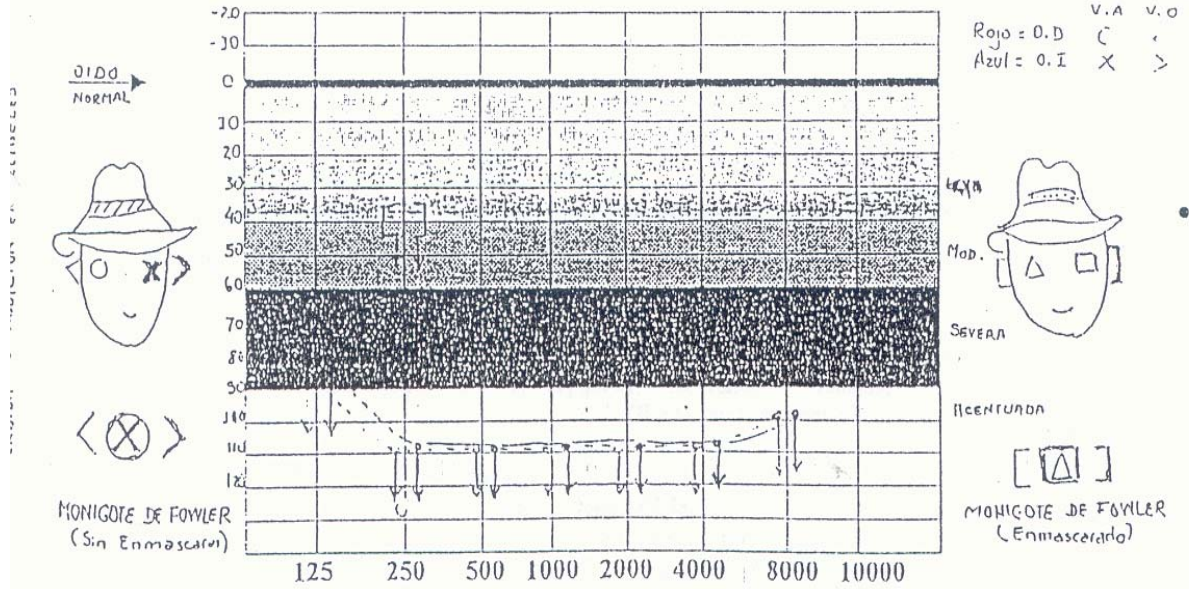
Ipss

HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMANARA
IRIGOYEN

AUDIOGRAMA

H.C. N°

FICHA



SINDROME VERTIGINOSO

I. CODIGO: H81.X -H83.X

II. DEFINICION:

Sensación de rotación del cuerpo de la persona (subjetiva) o del ambiente (objetiva) asociada a signos neurovegetativos.

III. NIVEL DE ATENCION:

- a) Ambulatorio II - III Diagnostico y tratamiento precoz
- b). Hospitalización: III - IV Vértigo Incapacitante. Interconsulta: Neurología.

IV. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

4.1. Anamnesis : Exhaustivo

- 4.2. Clínica:
- Nistagmus
 - Acufenos
 - Hipoacusia
 - Asociado a signos neurovegetativos
 - Inestabilidad en la marcha

4.3. Complementarios:

- Examen del VIII par ... Rama Coclear: Audiometría - logaudiometría. *
- Rama vestibular P. Calóricas
electronistagmografía
- TAC - RMN
- Potenciales auditivos evocados (*)
- Electrocoelcografía (*)
- Laboratorio: algunas veces es necesario.

V. MANEJO:

5.1 Medidas generales:

- Reposo absoluto
- Disminución de líquidos y sal

5.2 Terapia especifica

- Colocar VIA endovenosa: Dextrosa 5% AD..... 500 cc
- Vasodilatador (Nimodipino) 01 amp. XXX
gotas / M.
- Dexametasona 4 mg. 02 amp. POR 7 DIAS
- Xilocaina 2% s/ epinefrina 15cc
- Agregar Antiemeticos : Dimenhidrato EV c/8 hras por 7 días
- Sedantes : Diazepan 10 mg por vía EV u oral por 7 días

5.3 Terapia Coadyuvante: Vitamina B (complejo B).

VI. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSREFERENCIA

- 6.1.1 ALTA: Cuando se ha reducido más del 70% del cuadro
- 6.1.2 CONTROL 15 días por consultorio externo
- 6.1.3 REFERENCIA Hospital II - III Nivel
- 6.1.4 CONTRATRANSFERENCIA : 60 días.

VII. DESCANSO MEDICO: 10 - 15 días.

VIII. COSTO APROXIMADO:

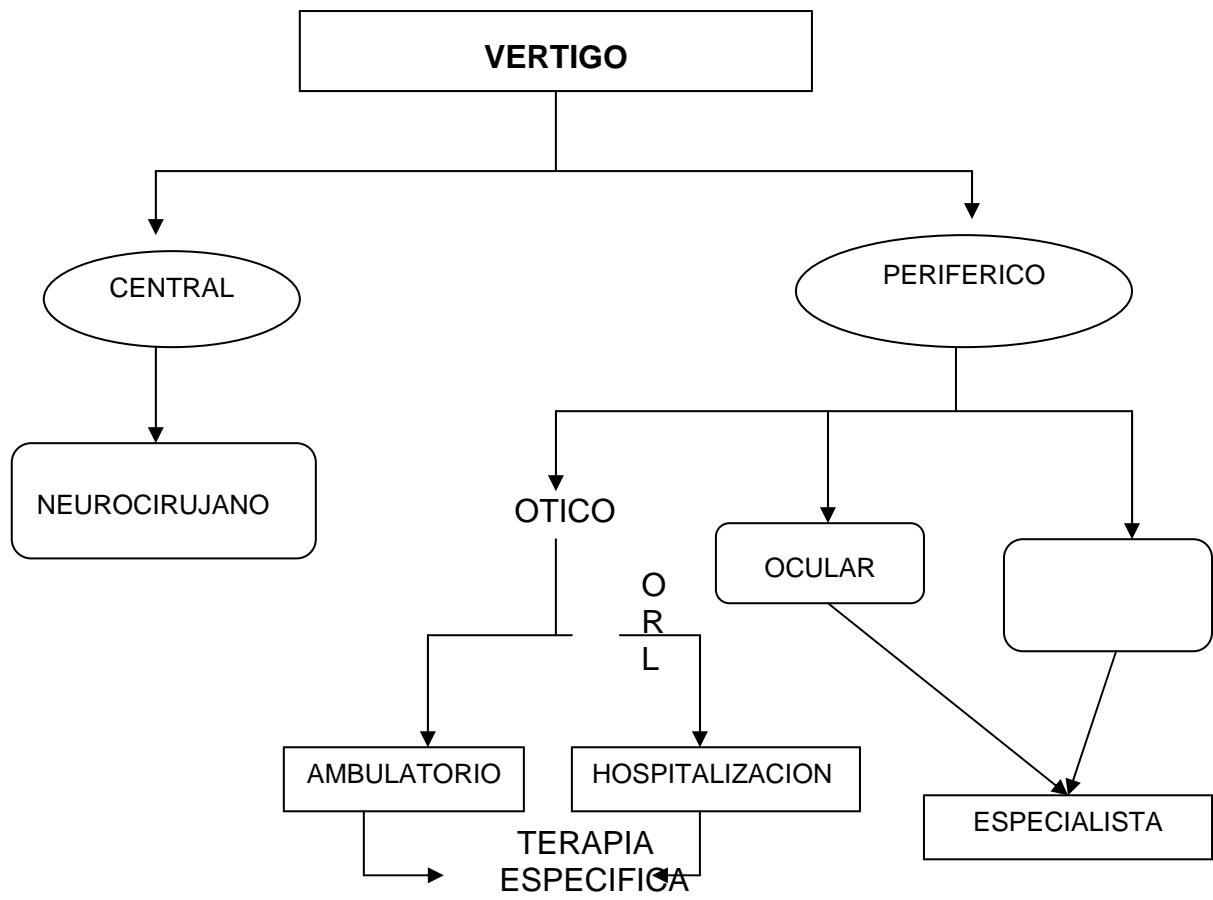
- Nº de consultas 03
 - Exámenes auxiliares: si esta en relación con problema central
 - hospitalización de acuerdo al cuadro.
- Subsidios: 15 días

IX. FLUXOGRAMAS

* CARACTERISTICAS DEL TIPO DE VERTIGO

CARACTERISTICA VERTIGO	PERIFERICO	CENTRAL
* GRAVEDAD	Muy grave	Menos grave
* INICIO	Brusco	Insidioso
* SIGNO NEUROVEGETATIVO	Siempre	Raro
* NISTAGMUS	Horizontal, si existe	Rotatorio, horizontal o vertical Si existe
* ESQUEMA DE FRENZEL Hacia un lado o normal Dirección determinada Regular, hacia todos los lados
* DURACION	Temporal (no más de 3 semanas)	Permanente
* NISTAGMUS INDUCIDO		
Fatigabilidad	Presente	Ausente
Latencia	2' 20"	Ninguna
Vértigo	Presente y severo	Ausente o leve
Adaptación	Corta duración	Persistente

ALGORITMO



PARALISIS FACIAL

I. CODIGO: G51.O

II. DEFINICIÓN:

Abolición total o parcial de todos los músculos de una hemicara (inferior y/o superior) acompañada de alteraciones sensitivo-vegetativas de diversas modalidades.

III. OBJETIVO:

Mejorar el estado estético y funcional del paciente.

IV NIVEL DE ATENCIÓN:

- A) Ambulatorio: II, III, IV para diagnóstico y prequirúrgico
- B) Hospitalización: IV Nivel para cirugía
Interconsulta a Neurología y Medicina Física
y Rehabilitación

V. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:

Dependerá de la naturaleza, la extensión y el grado de lesión.

5.1 Anamnesis : Determinación de la causa

5.2 Clínica

a) Ectoscopia:

Central: Nuclear: Inmovilización de toda la hemicara
Supranuclear: Inmovilización de región muscular inferior
Periférica o intranuclear: Inmovilización total de hemicara

b) Signos Clínicos TEST DE HOUSE:

- ❖ Incapacidad para cerrar los párpados. Signos de Bell
- ❖ Asimetría facial en mayor o menor grado
- ❖ Signo de Revilliod (imposibilidad de cerrar aisladamente el párpado afectado)
- ❖ Ectropión y epífora
- ❖ Asimetría de la boca al silbar, enseñar los dientes etc.

c) Exámenes complementarios

- ❖ Estudio VII par: Test Schimer, Gustometría, reflejo estapedial
- ❖ Test audiológico: Audiometría, logaudiometría, impedanciometría, potenciales evocados auditivos etc.
- ❖ Radiográficos: Rx simple TAC
- ❖ Test Eléctricos: Electromiografía 15 días de instalado
- ❖ Electroneuronografía* (*No se cuanta con dicha prueba)

GRADO DE LESION:



NEUROPRAXIA +
AXONOTMESIS ++
NEUROMETSIS +++

VI. MANEJO

- 6.1 Medidas generales: Dieta blanda
Oclusión de globo ocular
- 6.2 Terapia específica: Corticoides
Antivirales (Herpes Otico .. Ransay Hunt
Antibioticoterapia .. sí está en realción con cdro. Infeccioso
Vitaminoterapia compensatoria: Complejo B
Cirugía: Descomprensión del facial (traumatismo o post
Quirúrgica INMEDIATO.
- 6.3 Terapia Coadyuvante: Masajes y rehabilitación precoz

VII. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRASREFERENCIA

- 7.1 ALTA: En relación al cuadro de origen y grado de lesión
- 7.2 CONTROL: Mensual
- 7.3 REFERENCIA: Hospitales II, III, IV Nivel
- 7.4 CONTRATRANSFERENCIA: 3 - 6 meses

VIII. DESCANSO MEDICO

IX. COSTO TOTAL APROXIAMDO

- Número de Consulta: 05
- Procedimiento: Exámenes complementarios
- Hospitalización: En relación al cuadro
- Subsidios: 1 – 3 meses

X. FLOXOGRAMA

* TOPODIAGNOSTICO DEL SEPTIMO PAR

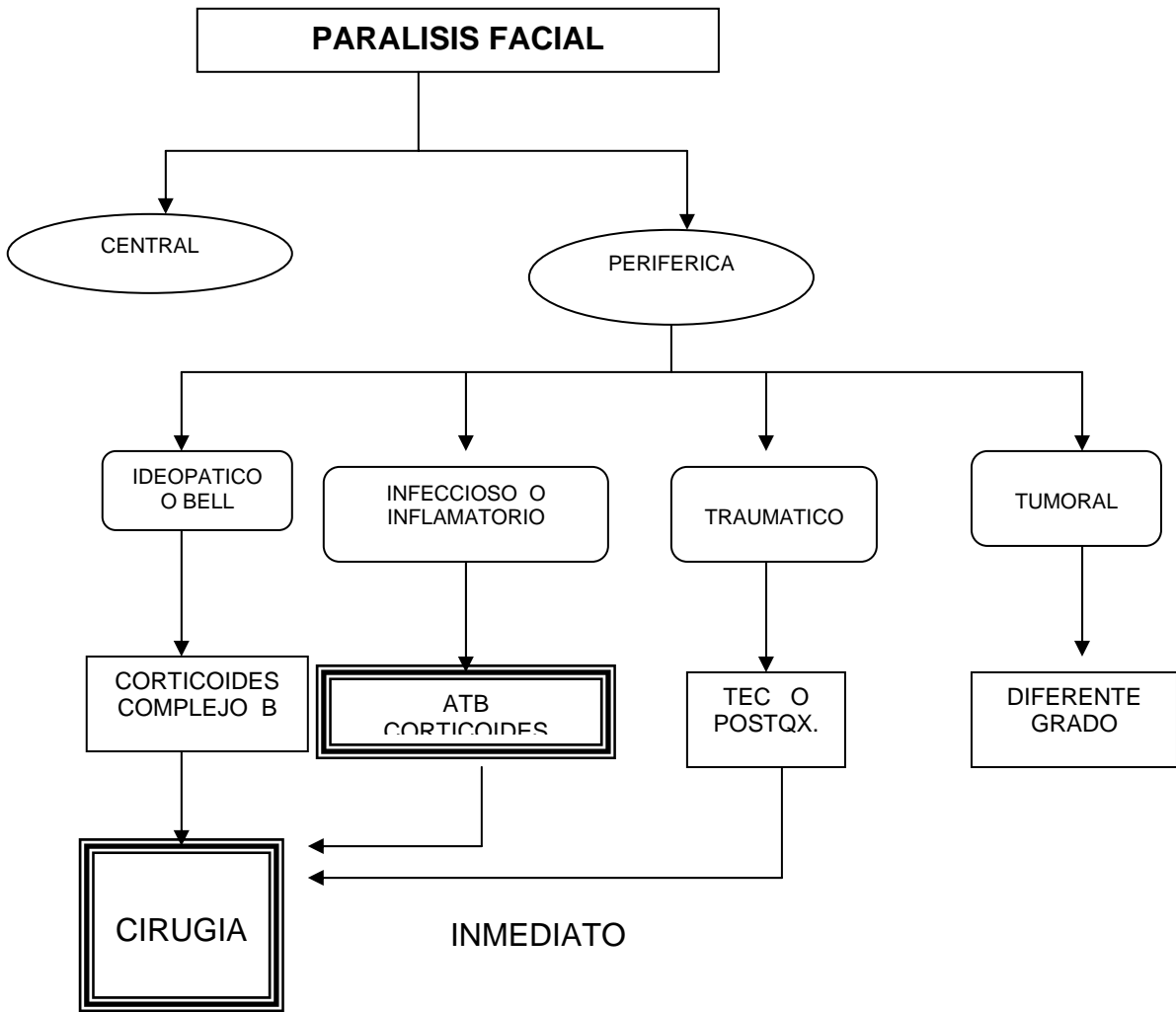
TOPODIAGNOSTICO	ESTAPEDIAL	LAGRIMEO	GUSTO
NUCLEAR	-	+	+
SUPRAGENICUALDO	-	-	+ / -
TRANSGENICULADO	-	-	-
SUPRAESTAPEDIAL	-	+	-
INFRAESTAPEDIAL	+	+	-
INFRACORDAL	+	+	+

TEST DE HOUSE - SISTEMA DE GRADUACION DEL NERVI0 FACIAL

GRADO	DESCRIPCION	CARACTERISTICAS
I	NORMAL	Función facial normal En todas las áreas
II	DISFUNCION LEVE	General: Ligera debilidad al examen minucioso. Puede haber leve sinequiasia Movimiento: - Frente: moderada a buena función - Ojos: cierre completo con leve esfuerzo - boca: leve asimetría
III	DISFUNCION MODERADA	General: diferencia obvia entre ambos lados pero desfigurante, sinequiasia evidente. Contractura y/o espasmo facial Reposo: simetría y tono normal Movimiento: - Frente : ligero a moderado movimiento - Ojos: Cierre completo con moderado esfuerzo - Boca: leve debilidad con esfuerzo
IV	DISFUNCION MODERADA SEVERA	General: Debilidad obvia y/o asimetría desfigurante Reposo: Tono y simetría normal Movimiento: - Frente Ninguno - Ojos: Cierre incompleto - Boca: Leve debilidad con esfuerzo
	DISFUNCION SEVERA	General: Movimiento casi imperceptible

V		Reposo: Asimtria Movimiento: - Frente: ninguno - Ojos: Cierre incompleto - Boca: Leve movimiento
VI	PARALISIS TOTAL	No movimiento

GRADO	DESCRIPCION	MEDIDA	FUNCION %	EX. ESTIMADA
I	NORMAL	8/8	100	100
II	LEVE	7/8	70 – 99	80
III	MODERADA	5/8 - 6/8	5 - 75	60
IV	MODERADA SEVERA	38 - 48	26 – 50	40
V	SEVERA	1/8 - 2/8	1 - 25	20
VI	TOTAL	0/8	0	0



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	ESPECIFICO COADYUVANTE	QUIRURGICO
A. PARALISIS DE BELL (Viral o vascular)	Corticoides Complejo B Rehabilitación	Descomprensión del facial (Si no hay solución en + 6 meses)
B. TRAUMATICOS • ACCIDENTAL Longitudinal Transversal • POSTQUIRURGICO Inmediato Tardío	Corticoides Corticoterapia Rehabilitación Corticoides - Rehabilitación	Qx. Inmediato (menor de 1 mes) Cirugía de inmediato menor de 2 meses Descomprensión del facial o sutura termino – Terminal o injerto
C. INFECCIOSO O INFLAMATORIO • Otitis Media Aguda o crónica • Colesteatoma • Herpes	Antibióticos Corticoides Rehabilitación Aciclovir - Complejo B	Cirugía Paracentesis descomprensiva
D. TUMORAL (Neurinoma)		Cirugía

OTITIS EXTERNA MALIGNA

I. **CODIGO:** H60.2

II. **DEFINICIÓN:**

Inflamación crónica del oído externo producida por *Pseudomona auriginosa* y /o *Stafilococo*, generalmente en pacientes de edad avanzada con diabetes mellitas o inmunodeprimidos.

III. **OBJETIVO**

- Diagnosticar y tratar adecuada y oportunamente las otitis externa
- Evitar recurrencias y complicaciones por estas patologías como la piodermitis

IV. **NIVEL DE ATENCION:**

Ambulatorio: Nivel I, II y III

V. **CRITERIOS DE DIAGNOSTICO**

- Signos de inflamación en CAE 3
- Dolor a la palpación y movilidad del pabellón auricular..... 2
- Dolor en el oído afectado y hemicara correspondiente... 2
- Hipoacusia leve 1
- Antecedente de trauma 1
- Otorrea leve 1

El puntaje mayor o igual que 5 requiere el diagnóstico y el inicio de terapia.

VI. **MANEJO:**

Medidas generales:

- 1 Alimentación blanda mientras existe dolor
- 2 Limpieza continúa de la piel del pabellón auricular con agua y jabón evitando el ingreso de agua.

Tratamiento específico

- 1 Paracetamol: 10 – 12 mg/Kg. c/6 hrs. por dos días.
- 2 Irrigar con solución Burrow de acuerdo a criterio médico.
- 3 Antibioticoterapia dirigida a *Pseudomona* y/o estafilococo
- 4 Tratamiento tópico: Microaspiraciones de detritus y secreciones
Gotas óticas: Corticoides + Gentamicina Ciprofloxacina etc.

VII. **CRITERIO DE CONTROL, ALTA, REFERENCIA Y CONTRATRANFERENCIA**

CONTROL:

Sólo en los casos de tratamiento especializado

ALTA:

Esta implícita con el inicio de la terapia porque los síntomas remitirán a las 48 a 72 horas de tratamiento.

REFERENCIA:

Para interconsultas de Otorrinolaringología preferencialmente Nivel II ó III en casos de:

- a. Falta de respuesta al tratamiento (persistencia de inflamación en el CAE).
- b. Paciente inmunosuprimido
- c. Otitis externa a repetición (recidivas mayor o igual que 3 por año)
- d. Si hay tapón ceruminoso

CONTRATRASFERENCIA:

De acuerdo al criterio del especialista, contrarreferencia a nivel I con indicaciones.

VIII. DESCANSO MEDICO: Por lo menos 15 días

ATRESIA AURAL CONGENITA

I. CODIGO: Q16.1

II. DEFINICION:

Malformación uni bilateral del Conducto Auditivo Externo (CAE) que se asocia a deformidad del pabellón auricular y desarrollo erróneo del oído medio y a veces oído interno.

Son anomalías anatómicas y producidas en el aparato auditivo durante el periodo embriogénico. Pueden determinar dificultades funcionales.

III. OBJETIVO:

- Recuperar la parte estética
- Mejorar la audición.

IV. NIVEL DE ATENCIÓN: hospital de III y IV Nivel

Ambulatorio:

Hasta cuando se indique el tratamiento quirúrgico excepto si se asocia a fístula auricular infectada o Coles.

- ° Unilateral después de los 18 años
- ° Bilateral antes de los 5 años

Hospitalario: Quirúrgico (apertura de CAE)

V. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

* Clínica:

- o Malformación uni o bilateral que suele asociar deformidad del pabellón auricular, atresia de CAE y desarrollo anómalo del oído medio, a veces comprometen el oído interno
- o Hipoacusia que puede ser conductivo y/o neurosensorial.
- o Alteración en la comprensión y desarrollo del lenguaje si es bilateral.

* Exámenes auxiliares:

- o Acometía y Audiometría
- o Potenciales evocados (niños)
- o Radiografías de mastoides (Schuller, Stenver)
- o TAC de mastoídes

VI. MANEJO

- Ambulatorio: Prequirúrgico (para la solicitud de análisis clínicos y tratamiento Médico).

- Hospitalización

* Quirúrgico (microcirugía de oído de acuerdo al caso)

* Postquirúrgico: ATB, AINE

Tratamiento específico: Quimioprofilaxia antibiótica

Tratamiento coadyuvante: Paracetamol 10 – 12 mg/kg/d VO. c/4 hrs por 2 días (en caso de dolor o fiebre)

VII. CRITERIOS DE CONTROL. ALTA, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

CONTROL:

- e. Retiro de puntos al 6 – 7mo día post-cirugía
- f. Primera curación al 10 – 12 día post-cirugía
- g. Curaciones periódicas, según el caso lo amerite (promedio 3)

ALTA: En la consulta de control (con la remisión del cuadro clínico post-quirúrgico)

REFERENCIA: Nivel IV Servicio ORL

CONTRATRANSFERENCIA:

- Según criterio de la especialidad para el control ambulatorio con indicaciones si es de provincia.
- Interconsulta pediátrica y genética para descartar anomalías.
- Interconsulta a cirugía plástica
- Interconsulta a rehabilitación, estimulación.

VIII. DESCANSO MEDICO:

2 - 3 semanas de descanso físico de acuerdo a la complejidad del caso.

GUIAS CLINICAS DE ATENCION EN PATOLOGIAS NASALES

DESVIACION SEPTAL Y DEFORMACION DE PIRAMIDE NASAL

I. CODIGO: J34.2

II. DEFINICION:

Desplazamiento hacia uno o ambos lados de la línea septal que condiciona obstrucción nasal parcial o total

Desplazamiento lateral con o sin hundimiento del eje de la pirámide nasal como consecuencia de fractura de los huesos propios de la nariz, con o sin reducción previa.

III. OBJETIVO:

- Recuperar la funcionabilidad nasal
- Mejorar estéticamente la pirámide nasal.

IV. NIVEL DE ATENCIÓN:

- Cirugía ambulatoria en Hospitales de III - IV Nivel
- Sólo hospitalización: Niños por la anestesia general
- Adultos en casos graves y/o afecciones hemáticas o cardiovasculares.

V. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

- Anamnesis: Obstrucción nasal de grado variable Cefalea frontal
Rinorrea o tupidez nasal, Respiración oral.

- Clínica: Rinoscopía anterior Deformación septal
Ectoscopía Desviación del eje de al
pirámide nasal.

- Exámenes auxiliares: Radiografías frontal y lateral de los huesos propios nasales.

VI. MANEJO:

6.1 Quirúrgico (resección de Submucosa de tabique); Niños con anestesia general.

Adultos con anestesia local c/s sedación

6.2 2Post- cirugía:

- Antibióticos: Dicloxacilina 500 mg c/6hrs por 4 días.....
24 cp.

Alergicos: Sulfas c/ 12 hrs. por 4 días 08 cp.

Erotromicina 500 mg/ 6 hrs. por 4 días..... 24 cp

- Antihistaminicos:

Clorferinamina 3 v/d por 7 días 21 tb.

- Analgésicos:

Acetaminofen 1 tab. c/8 hrs por 2 días Igo cond a dolor
Diclofenaco 1 amp. IM STAT Igo. Cond.

- Antiinflamatorios * (si se realizan rinoplastias)
 - Piroxicam 10 mg. c/12 hrs. por 10 días 20 tb.
 - Dexametasona 1 amp IM/día por 3 días 03 amp

VII. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

- ALTA:** - Hospitalaria: Al día siguiente de al operación o 4 hrs. después de terminar la cirugía dependiendo del estado general del paciente o si se evidencia sangrado luego de retiro de mechas.
- General: Recuperación de al funcionalidad nasal

CONTROL : Al 3º día post – quirúrgico Retiro de mechas de fosa nasales.
Al 5º día pos - quirúrgico Retiro de costras con o sin cambio de yeso en rinoplastias.

REFERENCIA: Hospitales de III - IV Nivel

VIII. DESCANSO MEDICO:

Siete días desde el momento quirúrgico
Si estuviese hospitalizado desde el día de ingreso.

IX. COSTO APROXIMADO:

9.1 Número de consultas: 3

9.2 Procedimientos auxiliares: Hgma - Hto - Hb

Coagulación y sangría

Serológicas

Ex. de orina

Riesgo quirúrgico en niños, adultos mayores de 50 a.

9.3 Tiempo de Hospitalización: Ser ambulatoria (reposo hospitalario 3 hs.)
o Hospitalario de 3 días.

9.4 Tiempo quirúrgico: 45 - 90 minutos

9.5 Costo medicamentos:

Antibióticos..... 4 días

Antihistamínicos..... 7 días

Analgésicos 4 días

Antiinflamatorios 10 días

9.6 Subsidios: 7 - 10 días

NASOANGIOFIBROMA JUVENIL

I. CODIGO D10.6

II. DEFINICION

Tumoración vascularizada nososinusal del techo de la Nasofaringe de consistencia dura que desplaza hacia un lado la línea septal que condiciona obstrucción nasal parcial o total ocasionando cuadro de sinusitis.

III. OBJETIVO

Recuperar la funcionabilidad nasal

IV. NIVEL DE ATENCION

- Hospitales de III - IV Nivel

Solo hospitalización:

* Niños por la anestesia general

* Adultos en casos graves y/o afecciones hemáticas o cardiovasculares.

V. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:

- Anamnesis: Epistaxis

Obstrucción nasal de grado variable

Cefalea frontal

Rinorrea o tupidez nasal

Respiración oral

Varones jóvenes

- Clínica: Palidez moderada de piel y mucosas

Rinoscopía anterior --- Deformación septal y Tumoración nasal

Rinoscopía posterior – Masa tumoral por canoas

Nasofibroscoopia ----- En lesiones pequeñas.

- Exámenes auxiliares: Radiografía de Senos paranasales

TAC de senos paranasales

Angiografía (diagnóstico y tratamiento)

VI. MANEJO

6.1 Hospitalización: Embolización

6.2 Quirúrgico (exeresis tumoral con anestesia general)

6.3 Post- cirugía

- Antibióticos: Dicloxacilina 500 mg c/6 hr por 4 días 24 cp.

Alergicos Sulfas c/12 hr por 4 días 08 cp

Eritromicina 500 mg c/6 hr. X 4 d 24 cp

- Antihistamínicos: Clorferinamina 3v/d por 7 días 21 tb
- Analgésicos: Acetaminofen 1 tb c/8 hs. Por 2 lgo cond. dolor
Diclofenaco 1 amp. IM STAT lgo cond.
- Antiinflamatorios * (si se realiza rinoplastias)
Piroxicam 10 mg c/12 por 10 días 20 tab
Dexametasona 1 amp IM / día por 3 días ... 03 amp

VII. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

ALTA: Hospitalaria: dependiendo del estado general del paciente o si se evidencia sangrado luego de retiro de mechas
General: Recuperación de la funcionabilidad nasal

CONTROL: Al 5º día post-quirúrgico... retiro de mechas de fosas nasales
Al 7º día post-quirúrgico... retiro de costras
Periódico cada 3 meses

REFERENCIA: Hospitales de III - IV Nivel

VIII. DESCANSO MEDICO

Siete días desde el momento quirúrgico
Si estuviese hospitalizado, desde el día de ingreso.

IX. COSTO APROXIMADO:

9.1 Número de consultas: 5

9.2 Procedimientos auxiliares: Hgma – Hto – Hb.
Coagulación y sangría
Serológicas
Ex. De orina
Riesgo quirúrgico

9.3 Tiempo de hospitalización: Hospitalario de 5 días

9.4 Tiempo quirúrgico: 45 - 90 minutos

9.5 Costo Medicamentoso:

Antibióticos	4 días
Antihistamínicos	7 días
Analgésicos	4 días
Antiinflamatorios	10 días

9.6 Subsidios: 7 - 10 días

SINUSITIS CRONICA

I. **CODIGO:** J 132.X

II. **DEFINICION:**

Inflamación crónica de al mucosa que tapiza las cavidades paranasales.
Es el resultado de un ataque agudo de sinusitis que nunca se alivio o de ataques repetidos de sinusitis.

III. **OBJETIVO:**

Restituir la permeabilidad nasal de los complejos osteomeatales
Evitar recurrencias.

IV. **NIVEL DE ATENCIÓN:**

- h. Ambulatoria en casos reagudizados en hospitales II - III Nivel
- i. Hospitalización: Cuando existe complicaciones.
- j. Cuando es quirúrgico Cadwell Luck y/o microcirugía endonasal en hospitales de III - IV Nivel.

V. **CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:**

- Anamnesis: Rinorrea anterior o posterior (síntoma principal)
Dolor con menor intensidad que en al sinusitis aguda
Tos por rinorrea posterior (al acostarse o al despertarse)
Respiración oral
- Clínica: Rinoscopia anterior ---- evidencia de secreción nasal en meatos
Inflamación de mucosa
Diafanoscopia y/o punción de senos maxilares
Nasoendoscopia
- Exámenes auxiliares: Radiografías de Senos paranasales
Estudio bacteriológico (cultivo + antibiograma)
Tomografías axiales y coronales computarizadas.

VI. **MANEJO:**

- 6.1 Médico: Cuando el cuadro esta reagudizado y/o presente complicaciones
- Descongestionantes nasales y /o muculoticos
 - Antibioticoterapia: siempre y cuando se confirme etiopatogenia
 - Inhalaciones
 - Corticoterapia preoperatorio 15 días antes (local) 7 días (sistémica)
- 6.2 Quirúrgico: cuando a pesar del tratamiento no se obtenga mejoría (debridaje o corrección del factor mecánico) Niños con anestesia general Adultos con anestesia local c/s sedación.
- 6.3 Post. Cirugía:
- Antibióticos: Dicloxacilina 500 mg c/6 hr por 4 días... 24 cp.
 - Clindamicina – Metronidazol (anaerobios)
 - Alergicos: Sulfas c/12 hr por 4 día.....08cp.
 - Eritromicina 500 mg c/6 hr por 4 días 24 cp.

GUIAS CLINICAS DE ATENCION EN PATOLOGIA FAROLARINGEA

AMIGDALITIS AGUDA

I. **CODIGO :** J O 3.9

II. **DEFINICIÓN:**

Enfermedad infecciosa que afecta con mayor frecuencia a la amígdala palatina caracterizada por inicio brusco, fiebre alta (39 – 40) odinofagia precedida por coriza, otalgia y dolores ostemusculares.

III. **OBJETIVO:**

- a) Reducir riesgo de complicaciones
- b) Combatir la infección mediante diagnóstico y tratamiento adecuado.

IV. **NIVEL DE ATENCIÓN:** Ambulatorio por Hospitales I - II - III Nivel

V. **CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:**

- 5.1 Anamnesis: Molestias faringeadas (odinofagia, sensación de cuerpo extraño) fiebre alta
- 5.2 Clínica: Examen orofaríngeo: hipertrofia amigdaleana, congestión edema con o sin exudado
- 5.3 Laboratorio: (no indispensable)
 - k. Hemograma, hematocrito, hemoglobina
 - l. Estudio bacteriológico (diagnóstico preciso)

VI. **MANEJO:**

- a) Tratamiento higiénico – dietético6 días
- b) Reposo en cama 3 días
- c) Tratamiento médico Mínimo10 días
 - c.1 Antibióticos:
 - Amoxicilina c/ 8 horas de 500 mg. 30 cp.
 - Alérgico a PN:
 - Sulfa cada 12 hr 20 cp
 - Eritromicina c/6 hr 500 mg 40 cp
 - c.2 Analgésicos:
 - acetaminofen c/8 hr por 2 días lgo. Cond. al dolor 10 tb.
 - c.3 Antiinflamatorios:
 - Piroxicam 10 mg c/12 hr ó Naproxeno c/8 hr 21 tb.

VII. **CRITERIOS DE ALTA, CONTROL TREFERENCIA Y CONTRANSFERENCIA**

- a) Alta: Término de tratamiento médico con mejoría del cuadro
- b) Control: Médico cada 5 días o 7 días

c) Referencia: hospital de I - II - III Nivel

VIII. DESCANSO MÉDICO

Cinco días

IX. COSTO APROXIMADO:

A. Número consulta : 3

B. Costo medicamento: Mínimo 10 días

C. Subsidios: 5 días

D. Procedimientos auxiliares hospitalización, operación: Ninguno

AMIGDALITIS CRONICA

- I. CODIGO:** J 35.0
- II. DEFINICIÓN:**
Inflamación linfoidea que ocurre por infecciones agudas o sub-clínicas a repetición, produciendo aumento de tamaño amigdaleano por hiperplasia parenquimatosa o degeneración fibrinoide.
- III. OBJETIVO**
Diagnóstico y tratamiento adecuado para evitar complicaciones locales y/o a distancia.
- IV. NIVEL DE ATENCIÓN**
m. Ambulatorio : Casos reagudizados en hospitales I – II – III nivel
n. Hospitalaria : Casos quirúrgicos en hospitales I - II - III nivel
- V. CRITERIOS DIAGNOSTICO:**
5.1 Anamnesis: Odinofagias recurrentes
En exacerbaciones: astenia, artralgias
Síntomas menores: halitosis, mal sabor
5.2 Clínica: Enrojecimiento pilar anterior
Exudado purulento en criptas
5.3 Laboratorio: (no específico)
- Antiestreptolisinas
- Cultivo y antibiograma.
- VI. MANEJO:**
6.1 No quirúrgicos
En cuadros reagudizados tratamiento médico (tratamiento de amigdalitis).
6.2 Quirúrgicos.
a) Indicaciones de amigdalectomía
- Ataques repetitivos de amigdalitis por lo menos 4 veces / año
- Absceso periamigdaleano
- Amigdalitis crónica a pesar de terapia adecuada que dura varios meses.
- Hipertrofia amigdaleana si obstaculiza deglución o respiración
- Crecimiento ganglionar cervical a pesar de terapia y/o absceso ganglionar
- Detritus en criptas asociada a odinofagia y a halitosis
- Portadores de difteria
- Foco de enfermedades: Fiebre reumática, glomerulonefritis y convulsiones febriles.
b) Dependerá del tipo de paciente
Niños Anestesia general
Adultos Anestesia local

VII. CRITERIOS DE ALTA. CONTROL REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

7.1 No quirúrgico. Reagudizados. Véase acápite de amigdalitis aguda

7.2 Quirúrgica:

- a) Alta: al 7º día post-quirúrgico
- b) Control: Médico 1 vez / semana por dos semanas
- c) Referencia: Hospital III – IV Nivel

VIII. DESCANSO MÉDICO

Diez días desde el ingreso a hospitalización

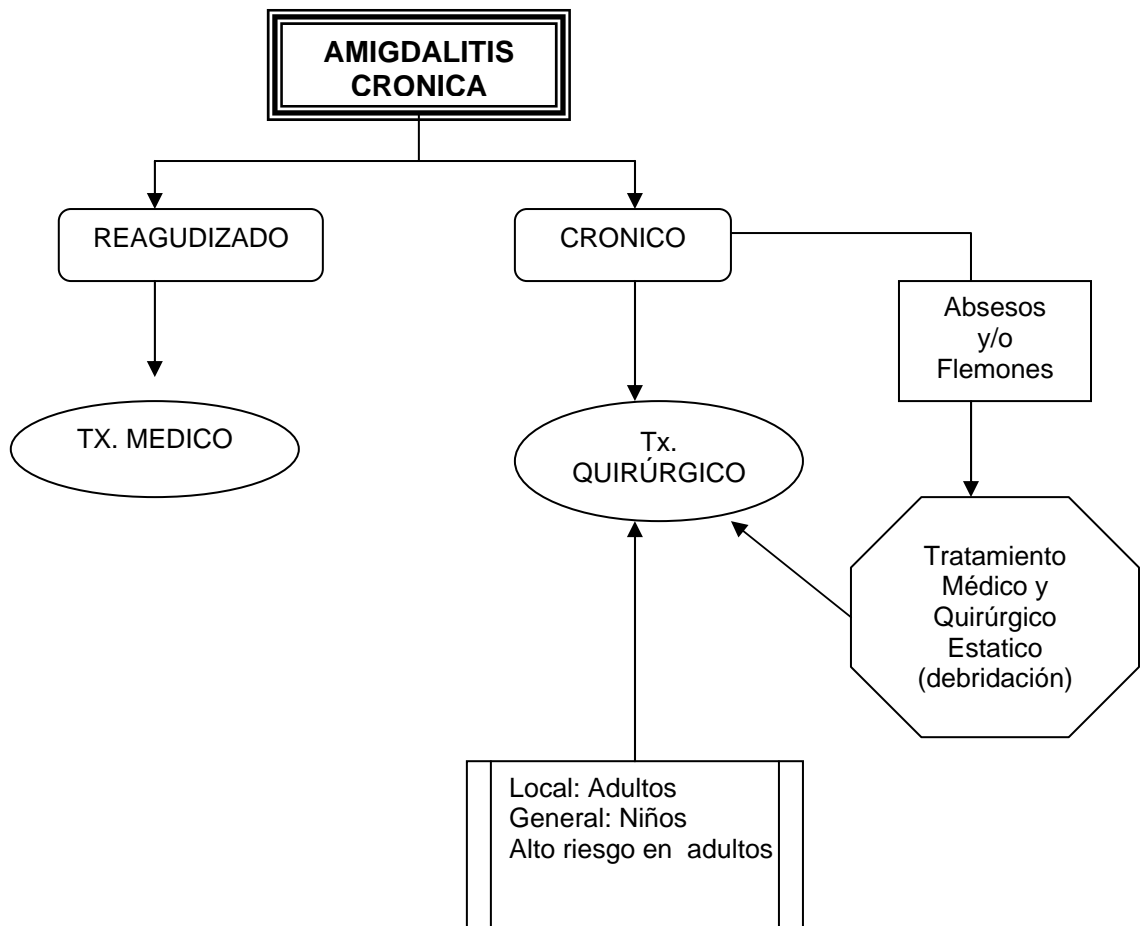
IX. COSTO APROXIMADO

9.1 No quirúrgico:

Cuadro reagudizado (véase acápite de amigdalitis aguda).

9.2 Quirúrgico:

- a. Numero de consultas : 3
- b. Procedimiento auxiliares pre-quirúrgicos
 - Hemograma, hematocrito, hemoglobina
 - Coagulación, sangría
 - Serológicas
 - Examen de orina
 - Elisa
 - I/C Pediátrica (si fuese niños RQ)
- c. Tiempo de hospitalización : 3 días
- d. Operación:
 - Tipo de anestesia:
 - Niños General
 - Adultos Local
 - Tiempo operatorio: 45 - 60 minutos.
- e. procedimiento de control : Ninguno
- f. Costo medicamentos: por cinco días
 - Antibiótico (según el estado amigdaleano)
 - AINE
 - Analgésicos
- g. Subsidios: 7 - 10 días



HIPERTROFIA ADENOIDEA

I. **CODIGO:** J 35. 2

II. **DEFINICION:**

Inflamación crónica e hiperplasia de la amígdala nasofaríngea (adenoides)

III. **OBJETIVO:**

Evitar complicaciones por continuidad y/o alteraciones craneofaciales o torácicas.

IV. **NIVELES DE ATENCIÓN:**

Ambulatorio: Cuando existen cuadros respiratorios asociados en Hospitales I- II y III.

Nivel

Hospitalario: Por horas (intervención quirúrgica ambulatoria)

V. **CRITERIOS DIAGNOSTICO:**

5.1 Anamnesis: Obstrucción respiratoria generalmente durante el sueño (ronca).

Rinolalia cerrada

Apnea del sueño

5.2 Clínica: Facies adenoidea con paladar ojival

Obstrucción tubárica: Otitis serosa con hipoacusia

Compromiso de vías respiratorias: sinusitis, bronquitis, etc.

5.3 Laboratorio Radiografía cavum

Y exámenes Rinoscopia posterior

Nasofaringoscopia

VI. **MANEJO:**

6.1 Ambulatorio: (cuadro de infección aguda)

Antialérgicos

Descongestionantes nasales

Antibioticoterapia cuando existen complicaciones

Masaje adenoideo

Medidas ambientales.

6.2 Hospitalización: por horas adenoidectomía Quirúrgico mayores de 3 años.

VII. CRITERIOS DE ALTA. CONTROL REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

7.1 **ALTA:** Post-quirúrgica Cuando se recupera de la anestesia general y no se constata sangrado ambulatorio (cuadros agudos) cuando haya desaparecido los síntomas

7.2 **CONTROL:** Médico una vez a la semana por dos semanas

7.3 **REFERENCIA:** Hospital II – III Nivel.

VIII. DESCANSO MÉDICO: tres días.

IX. COSTO APROXIMADO:

- a) N° de consulta : 02
- b) Procedimiento y análisis
 - Hemograma, hematocrito, hemoglobina
 - Coagulación, sangría
 - Serológicas
 - Examen de orina
 - Elisa
 - I/C Pediátrica (riesgo quirúrgico)
- c) T. Hospitalización: puede ser ambulatoria
- d) T. operatorio : anestesia general 20 - 30 minutos
- e) Procedimientos post-quirúrgico: Ninguno
- f) Costo medicamentario:
 - Analgésico por dos días luego condicional
- g) Subsidios: 3 días.

HEMORRAGIA POST AMIGDALECTOMIA

I. **CODIGO:** RO4.1

II. **DEFINICION :**

Sangrado temprano o precoz de lecho postamigdalectomia,

III. **OBJETIVO :**

Evitar compromiso hemodinámica por sangrado

IV. **NIVELES DE ATENCIÓN:**

Ambulatorio: Adultos en Hospitales II y III Nivel

Hospitalario: Niños y adultos (graves) en hospitales III - IV Nivel

V. **CRITERIOS DIAGNOSTICO:**

5.1 Anamnesis y signos:

Sangrado masivo con o sin hematemesis

Palidez de piel – mucosa

Desequilibrio hemodinámica

5.2 Laboratorio

Hematocrito hemoglobina

Perfil de coagulación

VI. **MANEJO:**

Dependerá de la edad, colaboración del paciente y etapa en que se presenta.

6.2 Temprana o inmediata menor de 24 horas

En estos casos los pacientes se encuentran hospitalizados: hemostasia

a. Niños bajo anestesia general

b. Adultos anestesia local.

6.3 Tardía mayor de 24 horas a 10º día post quirúrgico

a. Niños hospitalización y hemostasia (cauterización química o sutura) bajo anestesia general

b. Adultos dependerá del estado general del paciente

Leve a moderado..... Ambulatorio

Grave Hospitalización

En resumen: Quirúrgico (revisión de hemostasia)

Tipos:

o. Cauterización química o eléctrica

p. Ligadura de vaso

q. Sutura

VII. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

ALTA: Cuando no se evidencia sangrado activo

CONTROL: dos veces / semana por una semanas

REFERENCIA: Hospitales de II - III Nivel

VIII. DESCANSO MEDICO

Dos días.

IX. COSTO APROXIMADO:

- a. N° de consulta: 02
- b. Procedimiento y análisis:
Hematocrito, hemoglobina
Perfil de coagulación
- c. Tiempo de Hospitalización:
Temprana 0
Tardía 2 días
- d. Tiempo quirúrgico
Con anestesia general 20 - 30 minutos
Con anestesia local 10 minutos
- e. Costo Medicamentos:
Hemostasia
Cauterización química o eléctrica
Lino % un paquete
Catgut Crómico 2 /00 MR 20 un paquete
Coagulante
Konakion 3 días
Dicynone o Adona 3 días
Analgésico:
Diclofenaco o piroxican 5 días
- f. Subsidios: dos días más que una amigdalectomia.

ABSCESO PERIAMIGDALEANO

I. **CODIGO:** J. 36. X

II. **DEFINICION:**

Infección localizada entre el espacio amigdaleano y el músculo adyacente fuera de la cápsula secundaria a cuadros bacterianos,

III. **OBJETIVO:**

Calmar sintomatología (trismos)

Evitar complicaciones: Insuficiencia respiratoria por continuidad laríngea.

IV. **NIVELES DE ATENCIÓN:**

Ambulatorio: Flemones ó absceso localizado en Hospitales II y III Nivel

Hospitalario: Cuando estado general del paciente lo amerite en hospitales III (terapia parenteral) - IV Nivel

V. **CRITERIOS DIAGNOSTICO:**

5.1 Anamnesis y signos:

Odinofagia

Trismus

Voz de papa caliente

Tumefacción unilateral del Istmo de la fauces c/s desplazamiento de úvula, fluctuante

5.2 Laboratorio: Ninguno

VI **MANEJO:**

a. Tratamiento higiénico dietético

b. Reposo en cama 5 días

c. Tratamiento médico mínimo 10 días.

Parenteral: (Si el estado del paciente lo amerita) previo drenaje quirúrgico

Antibiótico:

Penicilina G sódica 2 millones cada 4 horas por 4 días *

Megacilina cada 12 horas por 4 días *

Linconcin 600 mg cada 12hr por 4 días (si es alérgico) *

Analgésicos – Antiinflamatorios

Dexametasona cada 8 hr. EV por 2 días

Diclofenaco condicional al dolor

* seguir con antibióticos por vía oral por seis días más

Oral:
Drenaje quirúrgico
Casos sub-agudos o seguimiento post-parenteral

Antibióticos:
Megacilina 1 millón cada 8 hr por seis días
Ampicilina 50 - 100 mg/kg dividido en cuatro tomas
Alérgicos: Eritromicina 40 mg/kg dividido en cuatro tomas
SM / TM 10 mg/kg dividido en dos tomas

Analgésicos:
Acetaminofen cada 6 hr por dos días, luego condicional

Antiinflamatorio:
Piroxicam 10 mg cada 12 hr por 7 días.

VII. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

ALTA: Cuando ha remitido la sintomatología con tratamiento adecuado.

CONTROL: Una vez a la semana por tres semanas

REFERENCIA:

Ambulatorio: en Hospitales de II - III Nivel
Hospitalario: cuando el estado general del paciente lo amerite

VIII. DESCANSO MEDICO

Diez días

IX. COSTO APROXIMADO:

- a. N° de consulta: 03
- b. Hospitalización: Sólo en casos graves 4 días
- c. Operación: Debridación quirúrgica 15 minutos
- d. Costo medicamento 10 días
- e. Subsidios: 10 días
- f. Procedimientos auxiliares pre-post: ninguno

Nota: Sugerencia amigdalectomía al mes

LARINGITIS AGUDA

I. **CODIGO:** JO4.0

II. **DEFINICION :**

Inflamación aguda de instalación generalmente súbita de la mucosa laríngea y que suele formar parte de un cuadro inflamatorio y generalizado de las vías aéreas.

III. **OBJETIVO :**

Recuperación del tono de voz, para readaptación del individuo a su medio de trabajo.

Evitar complicaciones respiratorias agudas.

IV. **NIVELES DE ATENCIÓN:**

Ambulatorio: Hospitales I - II y III Nivel

Hospitalario: III - IV Nivel

V. **CRITERIOS DIAGNOSTICO:**

5.1 Anamnesis :

Antecedente de cuadro gripal previo

Distress respiratorio

Disfonía progresiva

Tos irritativa, sequedad de garganta

5.2 Clínica:

Laringoscopia indirecta: Congestión y disminución de movilidad de cuerdas vocales. Presencia de mucosidad, edema de borde libre

Nasofibroscoopia: Si no es posible visualizar cuerdas vocales sí la epiglotis es alta

5.3 Laboratorio: No es indispensable

VI. **MANEJO:**

6.1 Medidas generales: Reposo TOTAL de voz

Ambiente húmedo con micronebulización

Buena hidratación.

6.2 Terapia específica: Dependiendo de la causa severidad y localización.

AINE : Corticoide por 3 a 5 días EV o IM

Antibióticos:

Megacilina 1,000.000 por 7 días IM

Alérgicos SM/TM por 7 días

Lincomicina por 7 días

6.3 Terapia Coadyuvante: Analgésicos por 5 días.

VII. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

ALTA: Término del tratamiento médico con mejoría del cuadro.

CONTROL: Médico cada 5 ó 7 días

REFERENCIA: Hospital I - II - III Nivel

CONTRATRANSFERENCIA: Hospital IV Nivel. Epiglotis

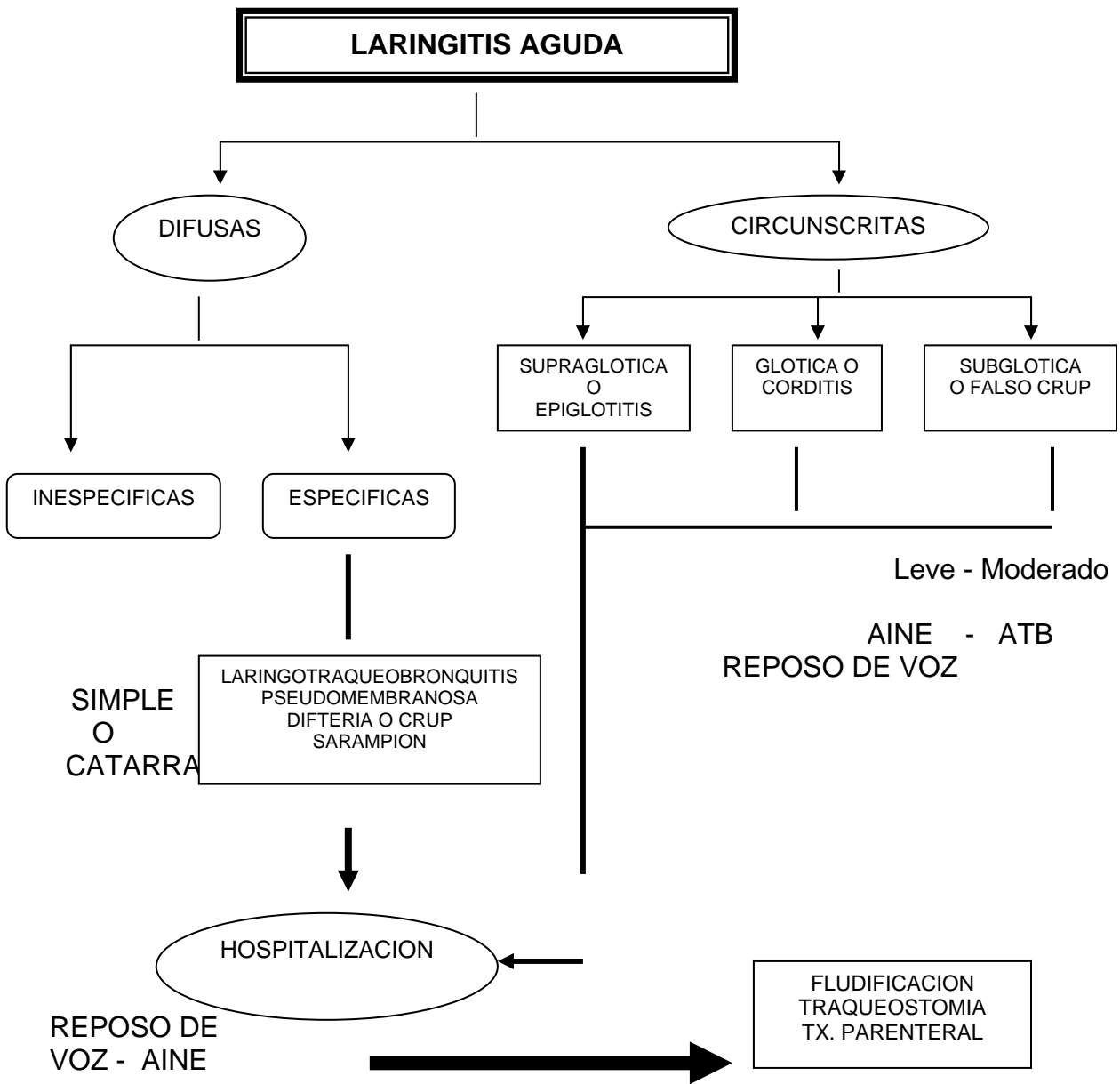
VIII. DESCANSO MEDICO

Tres días

IX. COSTO APROXIMADO:

- a. N° de consulta : 02
- b. Costo de medicamento: Antibiótico + AINE por 7 días
- c. Subsidios : 03 días
- d. Procedimientos auxiliares: Ninguno
- e. Hospitalización:

X. FLUXOGRAMA:



LARINGITIS CRONICA

I. **CODIGO:** J 37.0

II. **DEFINICION :**

Inflamación permanente de la mucosa laríngea resultante de una agresión prolongada.

III. **OBJETIVO :**

Recuperar la totalidad de la voz

IV. **NIVELES DE ATENCIÓN:**

Ambulatorio: Hospitales II y III Nivel

Hospitalario: Cirugía Hospitales IV Nivel

Interconsulta Medicina Física y Rehabilitación (terapia de lenguaje)

V. **CRITERIOS DIAGNOSTICO:**

5.1 **Anamnesis :**

Factores predisponentes al tabaco, alcohol, clima, abuso de la voz

5.2 **Clínico**

Obstrucción nasal

Disfonía meses

Tos irritativa

5.3 **Procedimientos:**

Laringoscopia indirecta

Laringoscopia directa

Nasofibroscopia

Estroboscopia

VI. **MANEJO:**

6.1 **Medidas generales:**

Hidratación

Control de los factores etiológicos desencadenantes.

6.2 **Terapia específica:**

Corticoides

Cambios irreversible = Cirugía decorticación de las cuerdas vocales en dos tiempos.

6.3 **Terapia Coadyuvante:**

Terapia de lenguaje

VII. CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

CONTROL: Al mes

ALTA: Después de tratamiento quirúrgico

REFERENCIA: Hospitales de III y IV Nivel

CONTRATRANSFERENCIA: 60 días IV Nivel

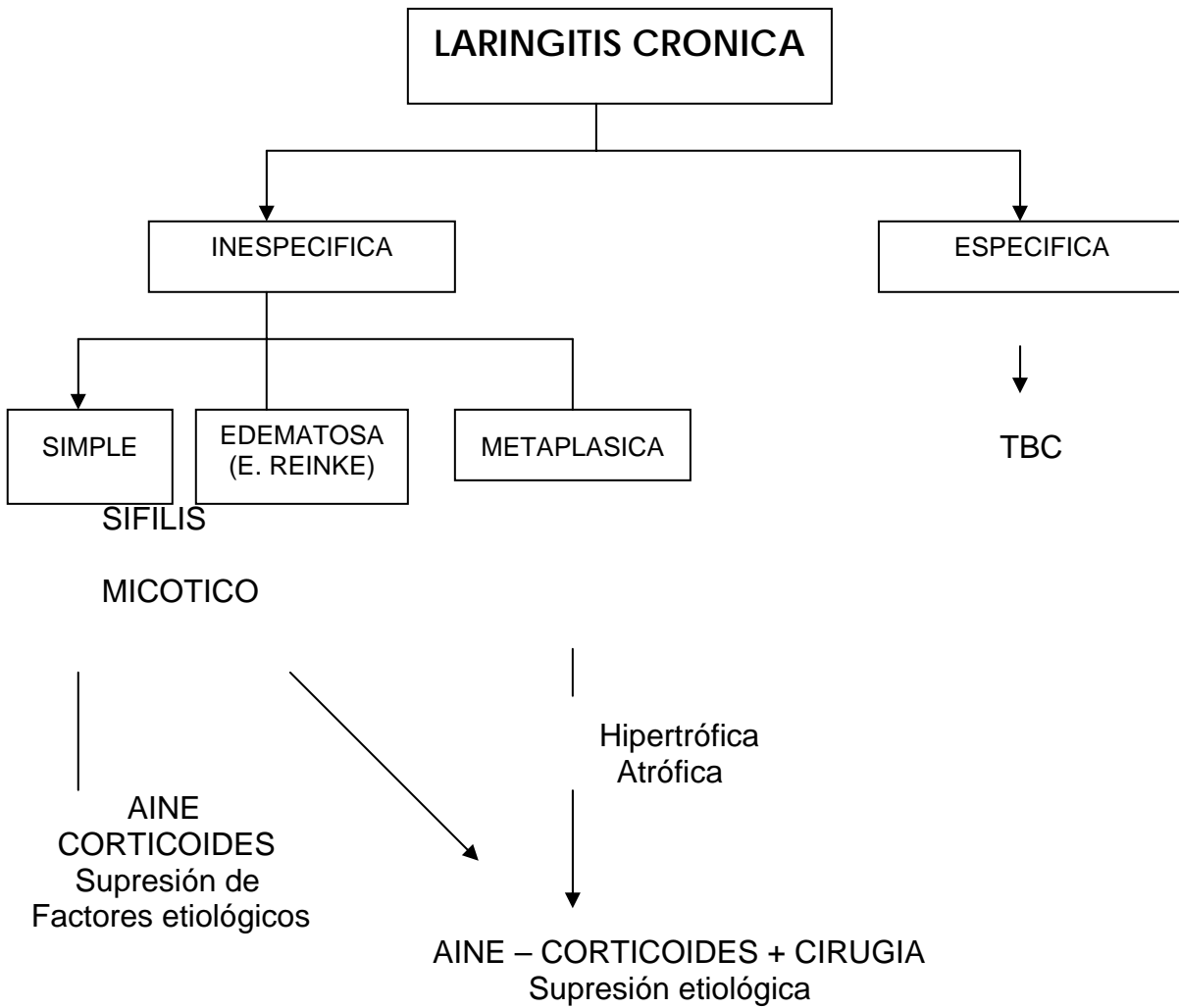
VIII. DESCANSO MEDICO

15 días de acuerdo a la complejidad del caso

IX. COSTO :

- r. Fases reagudizada: Tratamiento similar a las laringitis aguda
- s. Número consultas: 03
- t. Hospitalización dos días
- u. Tratamiento pre –post: Premeditación (atropina – Diazepan)
 - 1. Corticoides.
 - 2. Analgésicos parenteral
- v. Descanso médico: 15 días.

X. FLUXOGRAMA



TUMORES BENIGNOS DE LA LARINGE

I. **CODIGO:** D 14. 1

II. **DEFINICION :**

Son alteraciones reactivas localizadas frente a los más diversos estímulos irritativos: físicos, químicos, infecciosos.

III. **OBJETIVO :**

Recuperar el tono de la voz

IV. **NIVELES DE ATENCIÓN:**

Hospitales: IV Nivel

Hospitalización: Cirugía

V. **CRITERIOS DIAGNOSTICO:**

5.1 Anamnesis: Sólo disfonía

5.2 Clínico: Laringoscopia indirecta
Nasofibroscopia

VI. **MANEJO:**

Ambulatorio: Prequirúrgico.

Hospitalización: Quirúrgico (microcirugía endolaríngea)
Post-quirúrgico: sólo un día.

Tratamiento específico: Reposo de voz.

Antiinflamatorios: Corticoides por 7 días.

VII. **CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA**

CONTROL: A la semana postoperatorio

ALTA: Después de resultado Anatomopatológico

REFERENCIA: Hospital IV Nivel

CONTRATRANSFERENCIA: Según criterio de la especialidad

VIII. **DESCANSO MEDICO:**

2 - 3 semanas de acuerdo a la complejidad del caso

CANCER LARINGEO

I. **CODIGO:** C 32.X

II. **DEFINICION:**

Son alteraciones neoforativas cuya clasificación se basa en la localización de la neoplasia en el área anatómica afectada.

III. **OBJETIVO:**

Evitar su diseminación

IV. **NIVELES DE ATENCIÓN:**

Hospital IV Nivel

Hospitalización: Cirugía (Biopsia).

V. **CRITERIOS DIAGNOSTICO:**

Anamnesis : De acuerdo al nivel del compromiso.

Clínico: Laringoscopia indirecta o directa Nasofibroscopia.

Ex. Auxiliares: Radiografía lateral de parte blanda de cuello (extensión)
Tomografía lineal o TAC laringeo.

VI. **MANEJO:**

Ambulatorio: Prequirúrgico

Hospitalización: Quirúrgico (Microcirugía endolaríngea).

Posquirúrgico: Sólo un día

Tratamiento específico: De acuerdo a resultado de Anatomía Patológica.

Tratamiento coadyuvante: Analgésicos si fuese necesario.

VII. **CRITERIOS DE ALTA, CONTROL, REFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA**

CONTROL: A la semana postoperatorio

ALTA: Después de resultado Anatómo Patológico y derivación a los Servicios Cabeza y Cuello u Oncología, según los resultados

REFERENCIA: Hospital de IV Nivel

CONTRATRANSFERENCIA: según criterio de la especialidad

VIII. DESCANSO MEDICO

2 – 3 semanas de acuerdo a la complejidad del caso

IX. ANEXOS :

AREAS DE AFECCION MAS COMUNES: Niños..... Suglotis
Adultos..... Endolaringe posterior

ETIOLOGIA:

1. CONGENITA
2. ADQUIRIDA
 - 2.1 Trauma externo Laríngeo
 - 2.2 Trauma interno Laríngeo: Iatrogénico (intubación endotraqueal prolongada 0.9% - 8.3%) Radioterapia, Quemadura por gases
 - 2.3 Infecciones crónicas: TBC lepra, sífilis, micosis, escleroma laríngeo.
 - 2.4 Inflammatorias crónicas LES sarcoidosis S. Bechet, granulomatosis de Wegener, Pengigoide, epidermitis bulosa, amiloidosis, ulceración aflosa e infección crónica por reflujo gastroesofágico.
 - 2.5 Neoplasia malignas: Condroma, fibroma, hemangioma y carcinomas.

CONTRAINDICACIONES QUIRURGICAS

1. Inadecuada función pulmonar: Ventilación mecánica
Suplemento de Oxígeno mayor de 35%
2. Patología glótica y/o traqueal muy extensa.
3. Insuficiencia cardiaca congestiva o hipertensión arterial incontrolables que puedan exacerbarse por el uso de corticoides.
4. Reflujo gastroesofágico significativo que pueda producir: Aspiración o Laringoespasma.

ESTADIAJE:

CLASIFICACION POR PORCENTAJE DE OBSTRUCCION DEL LUMEN LARINGEO (Cotton 1984)

Grado I : Menor del 70%
Grado II: Entre 70 y 90%

Grado III :Mayor de 90%
Grado IV :Obstrucción total

CLASIFICACION DE ESTENOSIS GLOTICA POSTERIOR: (Bodgasarian y Olson 1980)

Grado I : Adhesión interarriotenoidea

- Grado II : Cicatrización interaritenoides y de comisura posterior
- Grado III : Cicatrización de la comisura posterior que se extiende hacia una articulación cricoaritenoides
- Grado IV : Cicatrización extensa que compromete ambas articulaciones cricoaritenoides

ESTADIAJE SEGÚN LOCALIZACIÓN Y EXTENSIÓN (Mc Caffrey 1992)

- Grado I : Lesiones confinadas a subglotis menores de 1 cm.
- Grado II : Lesiones confinadas a subglotis mayores de 1 cm.
- Grado III : Lesiones subglóticas que se extienden a tráquea pero no a glotis.
- Grado IV : Lesiones que comprometen glotis con fijación de una o ambas cuerdas vocales.

X. BIBLIOGRAFIA

1. ABELLO P. Otorrinolaringología
Ed. Doyma España 1992
2. ALONSO SECO Y A. Y DENIA LA FUENTE Otorrinolaringología
Acta ORL Española 82
3. ANTONIO CANDELA FERNANDO Otorrinolaringología
Acta ORL española 82
4. AUBRY M Otorrinolaringología
práctica
Ed. Torry Masson SA
España 1966
5. AUBRY M Consultas diarias ORL
Ed Torry Masson SA
España 1966
6. BALLENGER JOHN JACOBO Enfermedades de la nariz
garganta y oído JIMS España 81
7. BECKER WALTER Otorrinolaringología Manuel
Ilustrado Ed. Doyna 2ª Ed.
1993
8. BERENDES J Tratado de
otorrinolarongología
Ed. Española 1979
9. BRUNAS REMIGIO Sistema Vestibular y
trastornos
Oculomotores Ed. Ateneo 2ª
Ed. 1985
10. CLINICAS ORL DE NORTEAMERICA Ed. Interamericana 90 -96
11. DE WESESE DAVID Otorrinolaringología
Ed. Panamericana 199.
12. DIAMANTE VICENTE Otorrinolaringología y
afecciones
Conexas Ed. Promedicina 2ª
Ed. Argentina 1992
13. FARB STANLEY Otorrinolaringología
Ed Manual moderno 2ªed.
México 1981

14. GARCIA GOMEZ MD. JORGE
Patología
Fundamentos de ORL y
Cervicofacial
Ed. Salvat Colombia 1989
15. GONZALO DE SEBASTIAN
Audiología práctica
Ed. Panamericana 3º Ed.
1979
16. HEINZ NAUAMNN HANS
Differ Ential Diagnosis in
Otorhinolaryngology
Thieme Med. Pblisher 1993
17. KIG HUESTON
A. Practical Guide to the
Managemen of Nasal and
Sinus Disorders
Ed. Library of Congress
1993
18. LEHNHARD ERNST
Practica de la audiometría
Ed. Panamericana Buenos
A.
19. LEVY PINTO SAMUEL
Terapéutico
Diccionario Clínico
En ORL Ed. Científico PLM
México 1985
20. LEVI PINTO SAMUEL
pediátrica
Otorrinolaringología
Ed. Internamericana 3º Ed.
1981.
21. PAPARELLA
Otorrinolaringología
Ed. Panamericana 3º Ed.
Buenos Aires 1993
22. PORTMAN
Otorrinolaringología
Ed. Revolucionaria España
1984
23. SCHUJARTZMAN – J
electricas
Audiometría y respuestas
PE Ed. ETM Buenos Aires
1984

24. STROME MARSHALL
Otorrinolaringología

Manual de

Dx y Tx. Ed. Salvat España
1987

25. THOMPSON VALENTIN
otorrinolaringología

Compendio de

Ed. Ateneo Argentina 1991

26. ZOLLNER FIRTZ

Otorrinolaringología
Ed. Salvat España 1º Ed.
1982

HOSPITAL "SANTA ROSA"

DRA. ESTHER OSTOLAZA ORE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

AGRADECIMIENTO:

A TODO EL PERSONAL MEDICO QUE HIZO POSIBLE LA ELABORACION DE LAS GUIAS CLINICAS DE ATENCION DEL SERVICIO DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS EN OTORRINOLARINGOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA.