



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 29 de Abril de 2013

Visto el Oficio Nº 001-2013/ORL-HNCH, del Jefe Servicio de Otorrinolaringología, el Memorando Nº 092-DCI-2013-DCI/HCH del Jefe del Departamento de Cirugía, el Memorando Nº 187-OGC-2013-HNCH, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Memorando Nº 092-2013-DME/HNCH, el Jefe del Departamento de Cirugía remite los proyectos de la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Vértigo Paroxístico benigno (VPPB) en el adulto, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Laringitis Aguda, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Sinusitis Crónica, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Rinofaringitis Aguda en el Niño y la Niña, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Rinosinusitis Aguda, Guía de Práctica Clínica de Otitis Media Crónica, Guía de Práctica Clínica de Otitis Media Aguda, para su aprobación mediante Resolución Directoral;

Que, con el Memorando Nº 307-OCG-2013-HNCH., el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el proyecto de las Guía de Práctica Clínica; Sepsis Severa y Shock Séptico, indicando que los mismos cumplen con lo estipulado en la N.T.027-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Prácticas Clínica, y la R.M. Nº 526-2011/MINSA Norma Técnica para la elaboración de documentos normativos del MINSA, para su aprobación con la respectiva Resolución Directoral;

Que, la Ley Nº 26842 Ley General de Salud establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 422-2008-SA-HCH/DG, se aprueba la N.T. Nº 027-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, los profesionales del Servicio de Otorrinolaringología del Departamento de Cirugía como parte del equipo de salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA del 11 de julio de 2011 se aprueba las Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, habiendo el Jefe del Departamento de Cirugía cumplido con las normas legales en la elaboración de la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Vértigo Paroxístico benigno (VPPB) en el adulto, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Laringitis Aguda, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Sinusitis Crónica, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Rinofaringitis Aguda en el Niño y la Niña, Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Rinosinusitis Aguda, Guía de Práctica Clínica de Otitis Media Crónica, Guía de Práctica Clínica de Otitis Media Aguda, resulta necesario aprobar los proyectos remitidos mediante un acto resolutorio, para ello cuenta con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, conforme a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 216-2007-SA/MINSA, son funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar; además el inciso c) del artículo 41º del Reglamento antes citado, establece como funciones del Servicio de Otorrinolaringología proponer, actualizar e implementar Guías Clínicas de atención, protocolos procedimientos de atención médica integral y especializada en otorrinolaringología orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe Nº 287-OAJ-2013/HNCH;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,



En uso de las atribuciones que le confiere el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, del 9 de marzo de 2007;

SE RESUELVE:

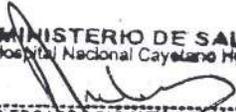
Artículo 1°.- Aprobar las Guías de Práctica Clínica del Servicio de Otorrinolaringología del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional Cayetano Heredia, que a continuación se detallan y que forman parte de la presente resolución:

- Guía Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Vértigo paroxístico benigno (VPPB) en el adulto
- Guía Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Laringitis Aguda.
- Guía Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Sinusitis Crónica.
- Guía Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Rinofaringitis Aguda en el Niño y la Niña.
- Guía Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Rinosinusitis Aguda
- Guía Práctica Clínica de Otitis Media Crónica
- Guía Práctica Clínica de Otitis Media Aguda.

Artículo 2°.- Encargar al Departamento de Cirugía proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de las Guías de Práctica Clínica aprobadas por el Artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a publicar la presente resolución en la página web del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese.

 **MINISTERIO DE SALUD**
Hospital Nacional Cayetano Heredia

Dr. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
CMP. 14270

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
"FIEL DEL ORIGINAL"

EMILIANO ENNAS SUAREZ QUIJPE
AGENTE ADMINISTRATIVO
REDI-JANO TIVILLO

Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la
RINOSINUSITIS AGUDA
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Nacional Cayetano
Heredia

I. FINALIDAD:

Presentar una guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de Rinosinusitis aguda, para estandarizar su diagnóstico y manejo.

II. OBJETIVO:

Uniformar criterios actualizados tanto en El diagnóstico como en El manejo de La Rinosinusitis aguda, con el fin de evitar complicaciones y evolución a cronicidad.

III. AMBITO DE APLICACION:

Fundamentalmente en la práctica hospitalaria, aunque también de referencia en los centros de salud y en la práctica privada. Nivel de atención en centros I, II, III.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE RINOSINUSITIS AGUDA:
Código J01.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 DEFINICION:

La rinosinusitis (incluidos los pólipos nasales) se define como:
Inflamación de la fosas nasales y los senos paranasales caracterizada por dos o más síntomas, uno de los cuales debe ser bloqueo/obstrucción/congestión nasal o secreción nasal (goteo nasal anterior/posterior):

+/- dolor/presión facial.

+/- disminución o pérdida de olfato.

y algunos de los siguientes signos endoscópicos de:

-pólipos.

-secreción mucopurulenta, principalmente de meato medio, y/o

-edema/obstrucción mucosa, principalmente en el meato medio y/o

Alteraciones en la TC:

-alteraciones mucosas en el complejo osteomeatal o de los senos.



5.2 ETIOLOGIA:

- Viral: Usualmente precede a la infección bacteriana.
- Bacteriana: Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes B y C, Haemophilus influenzae, Moraxella catharralis, Staphylococcus aureus.
- Alérgica.
- Micótica: aspergilosis, mucormicosis.
- Odontogénica: absceso periapical, granuloma, fistula oroantral
- Traumática
- Enfermedades autoinmunes: pénfigo, penfigoide, esclerodermia, enfermedad de Bechet, granulomatosis de Wegener.
- Hemopatías: leucemia, linfomas malignos, reticulosis polimórfica.
- Disquinesias ciliares.

5.3 FISIOPATOLOGIA:

Hay tres elementos importantes en la fisiología de los senos paranasales: la permeabilidad del orificio de drenaje, el funcionamiento de los cilios y la calidad de las secreciones. La obstrucción del orificio, la reducción del aclaramiento ciliar o el aumento de la cantidad o la viscosidad de las secreciones provoca retención de secreciones mucosas en el interior de los senos, lo cual favorece que se produzca una infección bacteriana.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES:

Entidad frecuente, sobre todo en los países desarrollados. Afecta un aproximado del 10-15% de la población adulta anualmente. Representa aproximadamente el 10% de todas las prescripciones de antibióticos.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

Factores predisponentes para padecer sinusitis incluyen el resfrío común, hipertrofia mucosa debida a rinitis alérgica y no alérgica, desviación septal, pólipos, hipertrofia de adenoides o también adenoiditis crónica. Menos comunes son: tumores, cuerpos extraños o atresia coanal unilateral.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1 CUADRO CLINICO:

6.1.1 Signos y síntomas:

- Obstrucción nasal.
- Rinorrea purulenta.
- Dolor facial.
- Cefalea.
- Rinorrea posterior.



- Tos.

Menos comunes: fiebre, malestar, fatiga, halitosis, dolor de garganta. Otras según pueda existir o no complicaciones: alteraciones orbitarias, proptosis, etc.

6.1.2 Interacción cronológica:

La RS vírica y bacteriana aguda suele diferenciarse en función de la duración de los síntomas en este marco de tiempo. En diversos estudios se indica que puede aplicarse una norma de 7-10 días en la que es más probable una RS bacteriana aguda si los síntomas no mejoran o se agravan en este punto de tiempo.

Las rinosinusitis, según las últimas revisiones, se pueden clasificar en:

. Aguda: duración hasta un máximo de tres meses, con remisión completa de los síntomas. Mucosa de seno con daño reversible.

. Crónica: duración mayor de tres meses, sin remisión completa de los síntomas. Mucosa dañada usualmente de manera irreversible. Es posible que ocurran exacerbaciones (reagudizaciones).

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías:

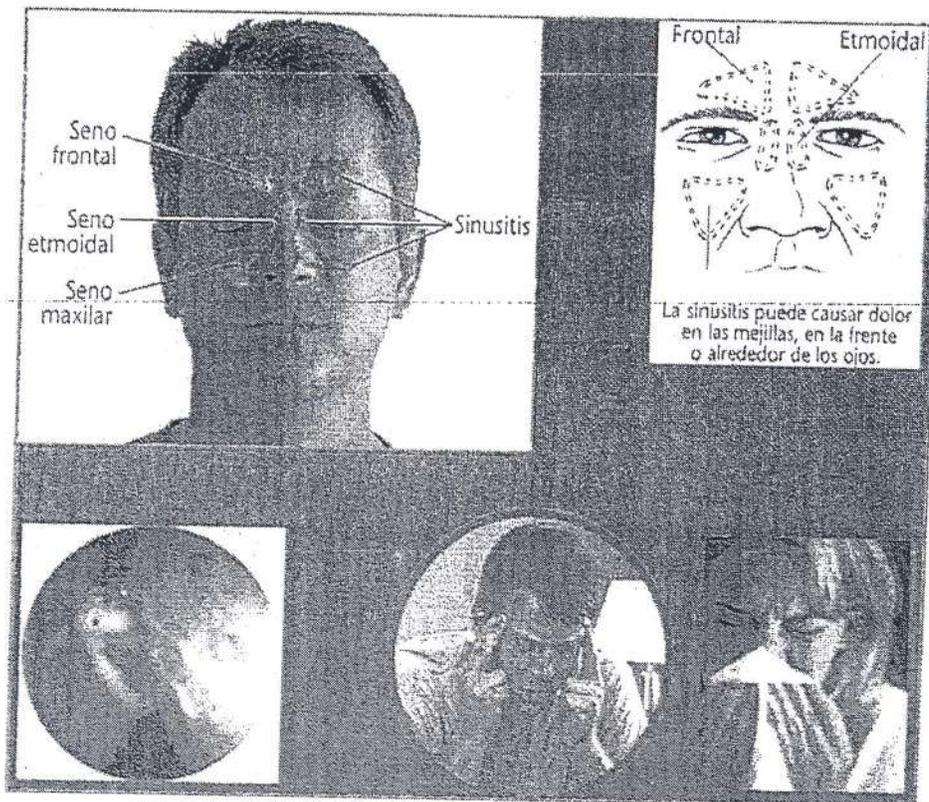


Fig.1 Sinusitis aguda



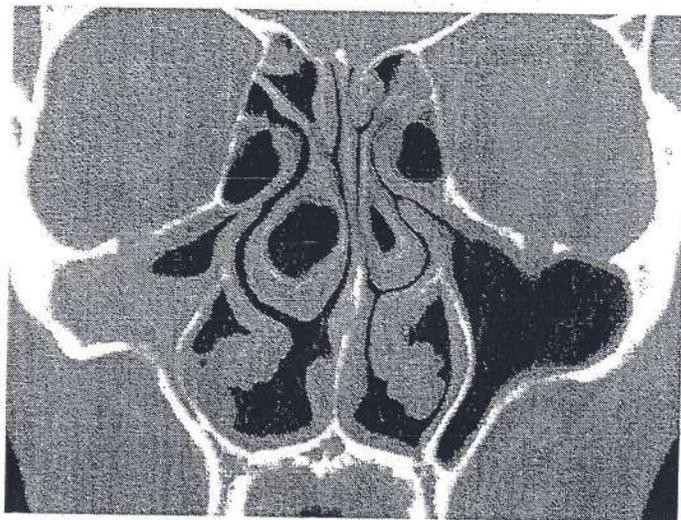


Fig.2 Tomografía que muestra sinusitis maxilar derecha y concha bullosa bilateral



Fig.3 Sinusitis aguda complicada: Absceso orbitario

6.2 DIAGNOSTICO:

6.2.1 Criterios de diagnóstico:

La presencia de un cuadro clínico característico (forma "persistente") es todo lo que se requiere, en la mayoría de los casos, para establecer el diagnóstico, existiendo un correlato alto entre el cuadro clínico y el diagnóstico, así como también con alteraciones radiológicas, esta última sobre todo en niños. Cuando el diagnóstico basado en la anamnesis y la exploración física es dudoso o hay una mala respuesta al tratamiento empírico puede ser necesario efectuar otros estudios de imagen y, eventualmente, una aspiración sinusal para confirmar o



descartar el diagnóstico. En pacientes mayores de diez años, la transluminación de los senos maxilares y frontales puede contribuir al diagnóstico.

6.2.2 Diagnóstico diferencial:

- Rinitis alérgica y no alérgica
- Infecciones virales del tracto respiratorio superior
- Pólipos nasales
- Tumores nasosinusales
- Tumor nasofaríngeo, granulomas, infecciones dentales
- Hipertrofia de adenoides o adenoiditis en niños

6.3 EXAMENES AUXILIARES:

6.3.1 De Patología clínica:

- Rinoscopía anterior.
- Puntos faciales dolorosos (Valleux).
- Toma de biopsia según sea el caso: sospecha de lesiones granulomatosas, tumores, micosis u otros.

6.3.2 De imágenes:

Sólo como confirmación diagnóstica ocasional o cuando no hay respuesta al tratamiento antibiótico al 4to. día.

- . Radiografía de senos paranasales: Incidencias de Waters, Hirtz, Caldwell y lateral en posición supina.
- . TAC: sospecha de complicaciones.

6.3.3 De exámenes especializados complementarios:

- Estudios endoscópicos mediante endoscopios rígidos de diferentes angulaciones (principalmente 0 y 30 grados) o flexibles, que permiten evidenciar lesiones anatómicas predisponentes como desviación septal, hipertrofia de cornetes, o también el hallazgo de secreciones mucopurulentas en meato medio o pólipos nasales, tumores, entre otros.
- Punción de seno maxilar: permite el estudio bacteriológico del contenido líquido del seno maxilar.

6.4 MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Identificación y control de factores de riesgo, principalmente rinitis alérgica y desviación septal y en niños hipertrofia de adenoides. Se busca también evitar



complicaciones y evolución a cronicidad, así como el uso racional de antibióticos. Es importante también conocer problemas generales que podrían generar evoluciones tórpidas, fundamentalmente inmunodeficiencia y diabetes mellitus.

6.4.2 Nivel de atención:

Nivel I y II, diagnóstico y tratamiento ambulatorio

Nivel III -IV, manejo de las complicaciones - hospitalización.

6.4.3 Gravedad de la enfermedad:

La enfermedad se puede dividir en LEVE, MODERADA o GRAVE según la puntuación total de gravedad de la escala visual analógica (EVA) (0-10 cm):

- LEVE = EVA 0-3
- MODERADA = EVA + 3-7
- GRAVE = EVA + 7-10

Para evaluar la gravedad total se pide al paciente que señale en una EVA la respuesta a la pregunta

¿Hasta que punto son molestos sus síntomas de rinosinusitis?

Un EVA de + de 5 afecta la calidad de vida del paciente

Duración de la enfermedad:

AGUDA: Menos de 12 semanas, resolución completa de los síntomas

CRONICA: Más de 12 semanas con síntomas, sin resolución completa de los síntomas, también puede haber exacerbaciones

CATEGORIA DE LOS DATOS CIENTIFICOS

Ia. Datos procedentes de metaanálisis de ensayos aleatorios controlados

Ib. Datos procedentes de al menos un ensayo aleatorio controlado

IIa. Datos procedentes de al menos un estudio controlado sin aleatorización

IIb. Datos procedentes de al menos un estudio semi-experimental de otro tipo

III. Datos procedentes de estudios descriptivos no experimentales, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos y controles

IV. Datos procedentes de informes u opiniones de comités de expertos, de la experiencia clínica de autoridades en la materia, o de ambos

SOLIDEZ DE LA RECOMENDACION

A. Basada directamente en datos de categoría I

B. Basada directamente en datos de categoría II o recomendación extrapolada de datos de categoría I

C. Basada directamente en datos de categoría III o recomendación extrapolada de datos de categoría I o II

D. Basada directamente en datos de categoría IV o recomendación extrapolada de



datos de categoría I, II o III

6.4.4 Terapéutica:

El manejo es médico

TRATAMIENTO	NIVEL	GRADO DE RECOM.	APLICABILIDAD
Antibiótico oral	Ia	A	Sí, después de 5 d. o casos graves
Corticoide tópico	Ib	A	Sí
Cort. Tópico y Ab. Oral, combinados	Ib	A	Sí
Corticoide oral	Ib	A	Sí, disminuye el dolor en enfermedad grave
Antihistamínico oral	Ib	B	Sí, sólo en pacientes alérgicos
Lavado nasal	Ib (-)	D	No
Descongestionante nasal	Ib (-)	D	Sí, como alivio sintomático
Mucolítico Fitoterapia	Ninguno o Ib	No D	

Ib (-) Estudio con un resultado negativo

Vasoconstrictores tópicos:

1. Oximetazolina 0.05% gotas c/6-8 horas, por 3-5 días
2. Fenilefrina 0.25% gel o gotas c/6-8 horas, por 3 o 5 días.

Corticoides tópicos:

- Fluticasona: 1*-2** inhalaciones por nasal al día (niños*-adultos**)
- Mometasona: 1*-2** inhalaciones por fosa nasal al día (niños*-adultos*)
- Budesonida 32 mcg: 1*-2** inhalaciones por fosa nasal al día (niños*-adultos**)

Antibióticos:

Si la rinorrea es purulenta o hay persistencia de malestar de más de cinco días.

1. Amoxicilina:

- Niños: 40 mg/Kg/día, divididos en 2 a 4 dosis por 10-14 días, primera elección siempre y cuando

el paciente no tenga antecedentes de uso inadecuado de antibióticos (resistencia) o alergia al fármaco.

- Adultos: 500 – 875 mg c/8-12 horas.



2. Amoxicilina – ácido clavulánico: (*en función a amoxicilina):
 - Niños: 25* – 45* mg/Kg/día divididos en 2 a 3 dosis.
 - Adultos: 500* - 875* mg c/8-12 horas.
3. Sultamicilina:
 - Niños: 25 – 50 mg/Kg/día dividido en 2 dosis
 - Adultos: 375 mg c/12 horas
4. Azitromicina:
 - Niños: 10 mg/Kg/día, por 3 días, c/24 horas
 - Adultos: 500 mg c/24 horas o 2gm dosis única
5. Axetil cefuroxima:
 - Niños: 20 – 30 mg/Kg/día, repartidos en 2 dosis
 - Adultos: 250 – 500 mg c/12 horas
6. Claritromicina:
 - Niños: 15 mg/Kg/día, repartidos en 2 dosis por 10 días
 - Adultos: 250 – 500 mg c/12 horas, por 10 días
 - Si hay hipersensibilidad a B-lactámicos
7. Cefaclor: 30 – 40 mg/Kg/día repartidos en 2 a 3 dosis
8. Ciprofloxacino: 500 mg c/12 horas por 10 días
9. Levofloxacino: 500 – 750 mg c/24 horas por 7 días

Descongestionantes orales:

1. Pseudoefedrina: 60 a 120 mg c/8-12 horas asociado a un antihistamínico (evitar su uso en hipertensos o pacientes con alteraciones cardiovasculares, glaucoma, prostáticos).

Sintomáticos y coadyuvantes:

1. Inhalaciones con vapor de agua y aromáticos.
2. Paracetamol, ibuprofeno o loxoprofeno-sódico a criterio médico.
3. Corticoide VO en ciertos casos a criterio médico.

Punción de seno maxilar: (previa radiografía de senos paranasales) Indicado cuando hay respuesta inadecuada a los antibióticos, luego del 7° día de administración. Dolor intenso y progresivo, por lo menos 24 horas después del inicio del tratamiento antibiótico.

Circunstancias que modifican el tratamiento:

-Sinusitis odontógena: Incluir en el tratamiento.

1. Clindamicina: 10-20 mg/Kg/día IM, EV, o VO, repartido en 4 dosis
2. Cloranfenicol: 100 mg/Kg/día, repartido en 4 dosis.

-Enfermedad severa invasiva en niños mayores y jóvenes que podría ser originado por estafilococo

-Diabetes mellitus, cetoacidosis aguda con neutropenia, síndromes inmunodeficitarios (tomar en cuenta mucormicosis nasosinusal)



6.4.5 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Son dependientes de los medicamentos utilizados y de los más diversos. Reacciones alérgica, gastrointestinales. Con los corticoides intranasales están descritos irritaciones locales, epistaxis y cefalea como más frecuentes. No usar vasoconstrictores en pacientes con hipertensión arterial, glaucoma, problemas prostáticos, ni por tiempo prolongado.

6.4.6 Signos de alarma

Aumento de volumen de la zona orbitaria. Rinorrea purulenta sin respuesta o con pobre respuesta a tratamiento antibiótico o con epistaxis. Cefalea creciente. Signos de hipertensión endocraneana.

6.4.7 Criterios de Alta

- Alta: Desaparición de los síntomas.
- Control: Médico ambulatorio, 1 vez por semana por 4 semanas.

6.4.8 Pronóstico.

Generalmente, las infecciones sinusales se curan con los cuidados personales y con atención médica. Si se sufre de ataques recurrentes, se debe evaluar al paciente para buscar causas subyacentes (como pólipos nasales o algún otro problema estructural).

6.5 COMPLICACIONES:

- Craneales o intracraneales: osteomielitis, meningitis, absceso cerebral, trombosis de seno cavernoso.
- Complicaciones orbitarias: celulitis orbitaria.
- Mucocele o mucopiocele: tratamiento quirúrgico.
- Progresión a formas crónicas.

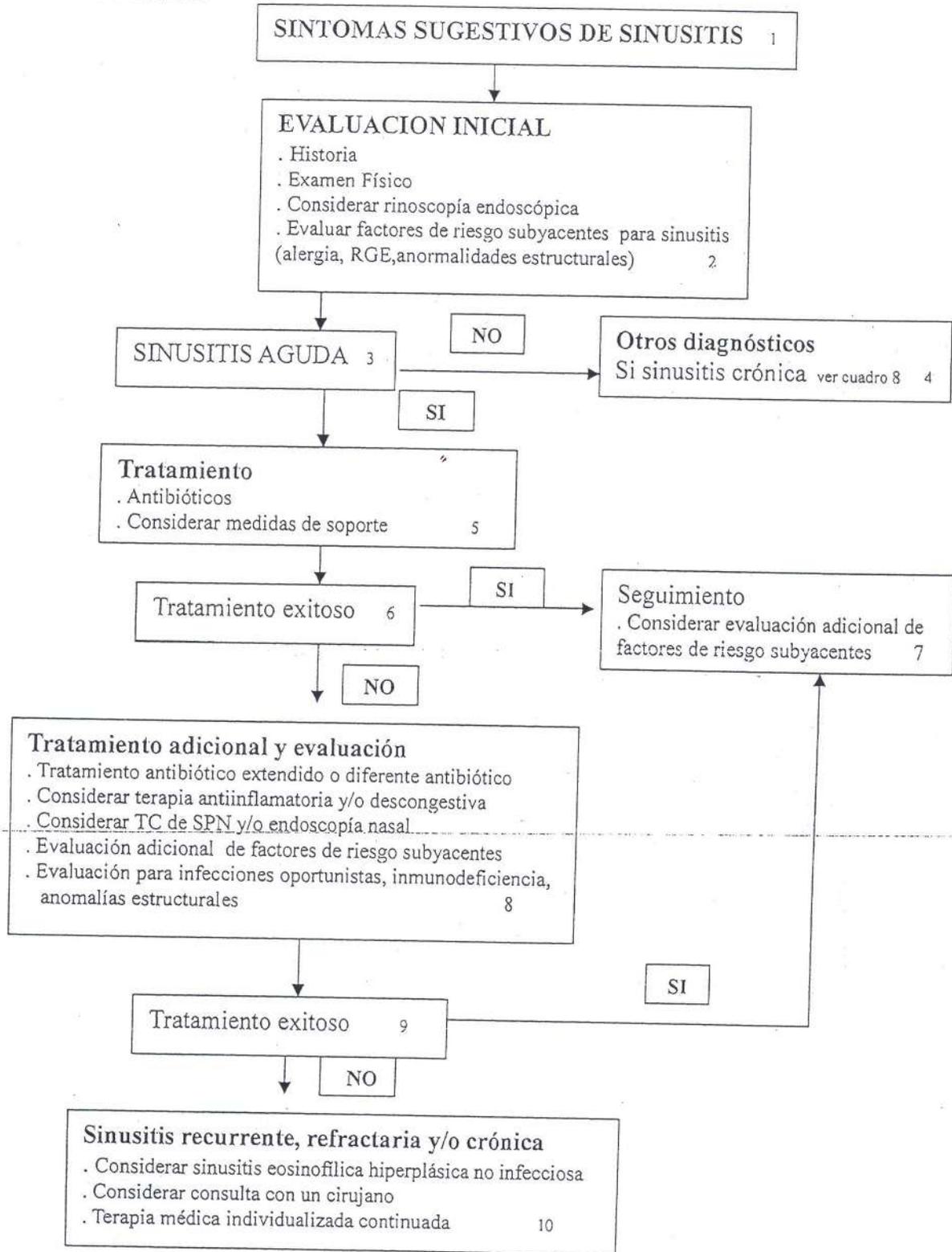
Para su tratamiento, referencia a nivel III y IV para evaluación y hospitalización.

6.6 CRITERIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

- Contrarreferencia: Luego de la resolución de las complicaciones para control ambulatorio periódico, con indicaciones.
- Descanso médico: 48 – 72 horas en los casos no complicados.



6.7 FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS:

Anexo 1. Etiología microbiológica de las sinusitis agudas

Causa global más frecuente:

- Etiología viral:

Adenovirus, parainfluenza, gripe y rinovirus

Le siguen en orden de frecuencia:

- Etiología bacteriana (usualmente posterior a cuadro viral):

Streptococcus pneumoniae y *H. influenzae* son las bacterias más frecuentemente halladas. Le sigue moraxella catarrhalis.

Flora mixta: aerobios y anaerobios, más relacionado con abscesos periodontales.

S. aureus, *Streptococcus*, bacilos grampositivos.

Sinusitis nosocomiales.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sociedad Peruana de Otorrinolaringología y Cirugía Facial. 2006. GUIAS DE ATENCION Y PROCEDIMIENTOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA.
2. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. GUIAS PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO. Volumen I, Noviembre 1998
3. Rhinol. Suppl. 20 (67) EUROPEAN POSITION PAPER ON RHINOSINUSITIS AND NASAL POLYPS EPOS - 2007
4. Servicio Otorrinolaringología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen. MANUAL DE PROTOCOLOS, Noviembre 1998.
5. Ramirez Camacho, Enrique. TRATADO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, 2001
6. Papparella, M. OTORRINOLARINGOLOGIA, 1995
7. Slavin R., Spector SH. et al. The diagnosis and management of sinusitis: A practice parameter update. J. Allergy Clin. Immunol. Volume 116, Number 6, December 2005.



Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del
Vértigo paroxístico benigno (VPPB) en el adulto.
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Nacional
Cayetano Heredia

1. **FINALIDAD:** Establecer los lineamientos que permitan establecer correctamente el diagnóstico y que nos permitan establecer tratamientos adecuados y oportunos, que correspondan con los estándares de calidad Internacionales.
2. **OBJETIVO** Que todos los médicos del Servicio de Otorrinolaringología del HNCH, establezcan criterios homogéneos y otorguen servicios de calidad, que repercutan en el adecuado abordaje de nuestros usuarios.
3. **ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Centro de atención de Salud nivel I-II-III
4. **PROCESO A ESTANDARIZAR:** Diagnóstico y Tratamiento del Vértigo Paroxístico Benigno (H81.1)

5. **CONSIDERACIONES GENERALES**

5.1 Definición

Alteración vestibular periférica que se manifiesta por episodios súbitos y breves de vértigo y que se relaciona con movimientos específicos de la cabeza.

En ocasiones se acompaña de náuseas y vómitos pero no de clínica auditiva, hipoacusia o acúfenos (Ojala M, 2003).

5.2 Etiología

En la mitad de los casos el VPPB es de causa "idiopática". En menores de 50 años, la etiología más común, es el traumatismo de cráneo. En personas mayores (ancianos) es la degeneración del sistema utricular. Algunos virus pueden afectar el oído interno y causar Neuritis Vestibular, pequeños strokes (eventos vasculares cerebrales) que afecten la arteria cerebelosa antero-inferior (AICA syndrome") y la enfermedad de Meniere son conocidas pero infrecuentes causas de VPPB. Ocasionalmente luego de una cirugía, (reposo prolongado y/o traumatismo quirúrgico del oído) (Atacan et al 2001). Se pueda asociar a migraña (Ishiyama et al, 2000).

5.3 Fisiopatología

Se origina en cualquiera de los canales semicirculares: canal posterior (90%) canal horizontal (7%), varios canales (2%), excepcionalmente el canal superior o anterior (1%).

Teoría de la cupulolitiasis: Existencia de material basófilo (restos de la mácula otolítica utricular) en la cúpula del canal semicircular posterior, que se hace más



densa respecto a la endolinfa que lo rodea y pasa a ser un receptor de aceleraciones lineales además de angulares.

Teoría de la canalolitiasis: Explica la mayoría de los hallazgos clínicos. La existencia de partículas que flotan libres en el laberinto, en el espacio endolinfático de cualquiera de los conductos, lo hace responsable de un estímulo inadecuado en la cúpula del conducto semicircular al desplazamiento del individuo.

5.4 Aspectos Epidemiológicos

Representa el 25% de los pacientes que consultan vértigo. Su incidencia se estima entre 11-64 casos por 100.000 habitantes, con un incremento del 38% en cada década de la vida (Froehling DA, 1991). En la variedad idiopática o primaria es más frecuente entre los 50 y los 70 años (Hilton M, 2004) y es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero no se encuentran diferencias de género cuando su etiología es postraumática o por neuritis vestibular (Mizukoshi K, 1988).

En sujetos mayores de 65 años puede pasar desapercibido y sólo se pone de manifiesto cuando se realizan las pruebas diagnósticas (Oghalai JS, 2000; Amor-Dorado JC, 2003).

5.5 Factores de riesgo asociados

Sexo femenino (OR 2.4), depresión en el último año (OR 1.4), hipertensión (OR 2.2), elevación de lípidos sanguíneos (OR 2.25), diabetes (OR 1.6), enfermedad coronaria (OR 2.1), antecedente de EVC (OR 6.9), sobrepeso (OR 2.4), antecedente de migraña (7.5).

Antecedentes: traumatismo de cabeza, cirugía del oído medio e interno, laberintopatía postviral y enfermedad isquémica vestibular; presentan mayor frecuencia de VPPB. Estilo de vida: Alcoholismo, drogadicción, uso de sedantes.

6. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro clínico

- 6.1.1 Signos y síntomas: Vértigo y nistagmus, provocado por las maniobras de Dix-Hallpike y/o tracción cervical, de menos de 60 segundos de duración, acompañado de síntomas vagales, sin síntomas auditivos.
- 6.1.2 Interacción cronológica: Se presenta en pacientes mayores de 25 años (preferentemente mayores de 50 años), y no existe diferencia por género. Su historia natural, de no mediar terapia adecuada y oportuna, se



caracteriza por múltiples episodios breves de vértigo, durante semanas o meses. Una vez tratados, un 20-30% presenta recurrencias dentro de los siguientes años. el VPPB tiende a resolverse espontáneamente, en períodos variables de tiempo (semanas o meses). En general, los vértigos originados por alteraciones del CSC posterior tardan más en recuperarse sin tratamiento, pero responden mejor a las maniobras de reposicionamiento de partículas.

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías:

Fig.1 Maniobra de Dix-Hallpike

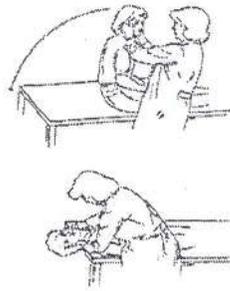


Fig.3 Maniobra se Semont

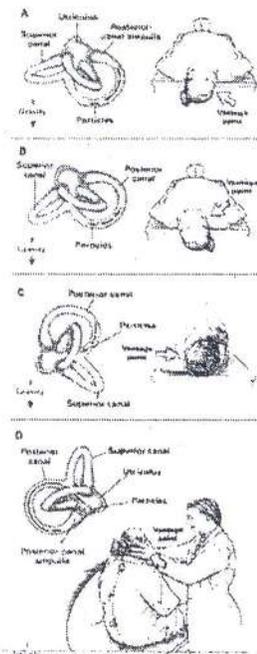
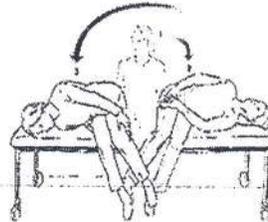


Fig.2 Mniobra de Epley

6.2 Diagnóstico

6.2.1 Criterio de diagnóstico: Vértigo provocado por movimientos, de pocos segundos de duración. Examen físico: Provocación de nistagmo y vértigo en la maniobra de Dix Hallpike (Anexo 1- Fig. 2), nistagmo rotatorio con duración de menos de 60 segundos, inversión de la dirección del este al regresar la cabeza hacia arriba y fatiga al repetir la maniobra, acompañado de vértigo, el nistagmo es breve en caso de canalolitiasis y persiste en cupulolitiasis. El canal afectado se determina en función de la dirección de la fase rápida del nistagmo.



6.2.2 Diagnóstico diferencial:

1. El vértigo cervical, depende de la posición pero no hay nistagmus. Suele acompañarse de cervicalgia.
2. Ataques isquémicos transitorios.
3. Otros desordenes otológicos:
 - Neuritis vestibular: vértigo intenso con importante desequilibrio, de horas de duración.
 - Enfermedad de Meniere: Crisis de vértigo sostenido (a veces horas), hipoacusia fluctuante, acufenos.
 - Vértigo postraumático: vértigo con desequilibrio, acufenos y cefalea.
4. Lesiones del ángulo pontocerebeloso y cerebelo (tumores de fosa posterior, esclerosis múltiple o hemorragias cerebelosas): nistagmo atípico, es decir, sin latencia, ni fatiga, ni agotamiento.
5. Ortostatismo, no tienen sensación de giro de objetos al incorporarse.
6. Otros: Desordenes de ansiedad o pánico, uso de medicamentos (antihipertensivos, mysoline, carbamazepina, fenitoina, medicación cardiovascular.)

6.3 Exámenes auxiliares

- 6.3.1 De patología Clínica: No indispensables: Hemograma Glucosa, Urea, Creatinina, Colesterol y fracciones.
Otros: Trastornos hormonales.
- 6.3.2 De Imágenes: No indispensables: TAC, Resonancia magnética.
- 6.3.3 De exámenes especializados complementarios:

Cocleares: No indispensables: Audiometría, Logaudiometría, Emisiones otoacústicas.

Vestibular: Pruebas calóricas, Videonistagmografía y Posturografía dinámica computarizada.

6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva.

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Reposo absoluto, disminución de líquidos, sal, azúcar.

El reposo en cama como el tratamiento medicamentoso, deben ser breves (de 3 a 5 días), dado retrasan la compensación vestibular.



6.4.6 Pronóstico

Curso benigno, control con maniobras de Epley, suele recidivar.

Asociado a trastornos cardiovasculares, metabólicos, senectud empeora el cuadro clínico. En los pacientes sin tratamiento, diagnosticados de VPPB del canal posterior, se estima que a los 12 meses las recaídas son del 18%, porcentaje que se va incrementando y que a los 5 años alcanza entre el 37 y el 50%. En el VPPB del canal horizontal, el índice de recurrencias, incluso con tratamiento de recolocación de partículas, es mayor que en los casos de VPPB del canal posterior.

6.5 Complicaciones

No control de los síntomas, cefalea intensa, síntomas neurológicos, trastornos hemodinámicos. Solicitar evaluación por Neurología y /o Medicina Interna

6.6 Criterios de referencia y contrareferencia

Manejo ambulatorio: Centro nivel I -II - III
Diagnóstico y tratamiento precoz.

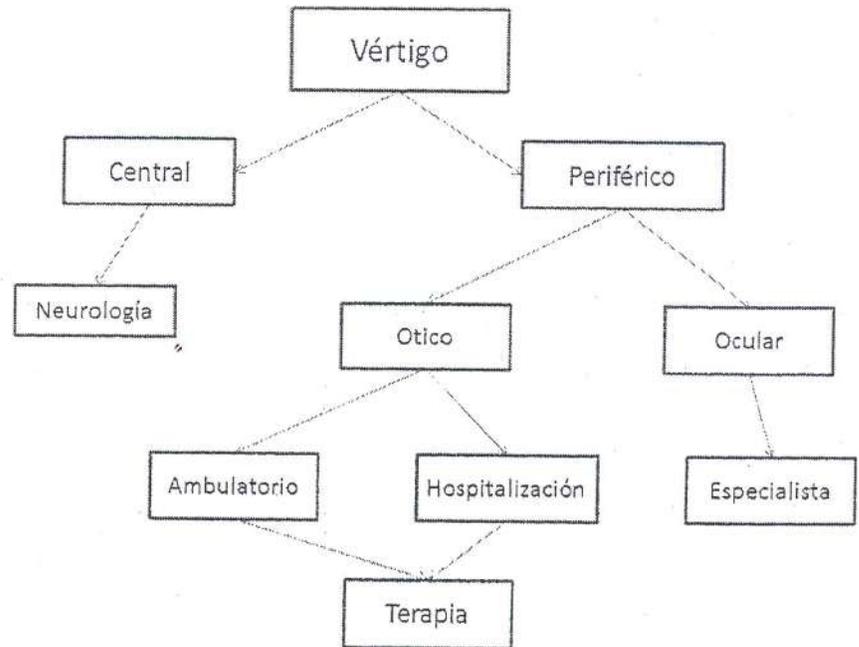
Hospitalización: Centro Nivel III- IV
Vértigo incapacitante.
Interconsulta a neurología y/o medicina interna.

Contrareferencia: Entre 30 y 60 días



6.7 Fluxograma

Flujograma Vértigo

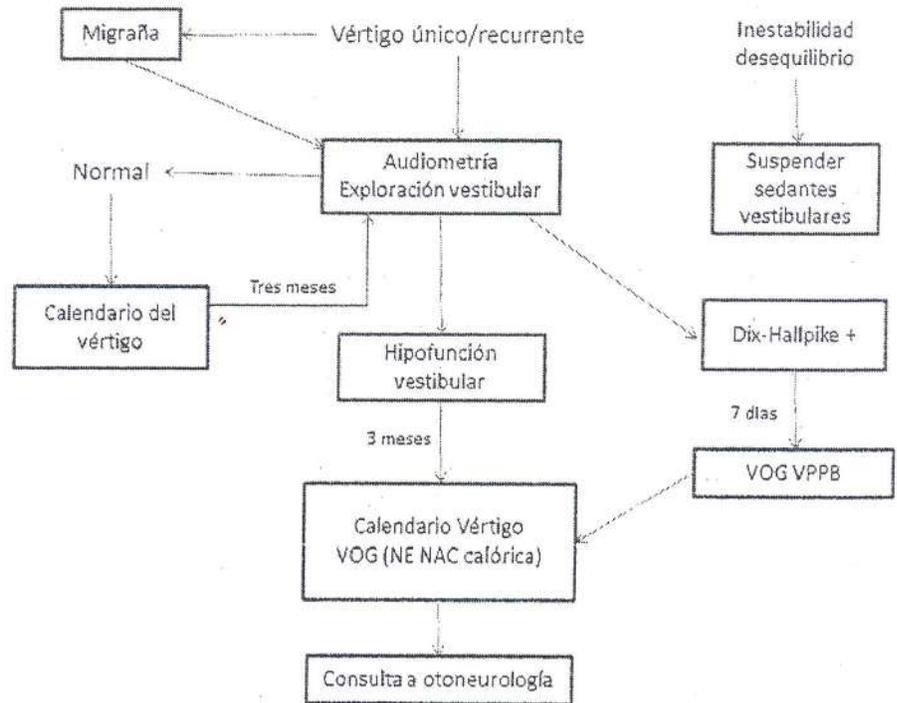


Flujograma para definir causa del vértigo en general para el inicio de la terapéutica por Servicio de Otorrinolaringología.



Flujograma Diagnóstico del VPPB

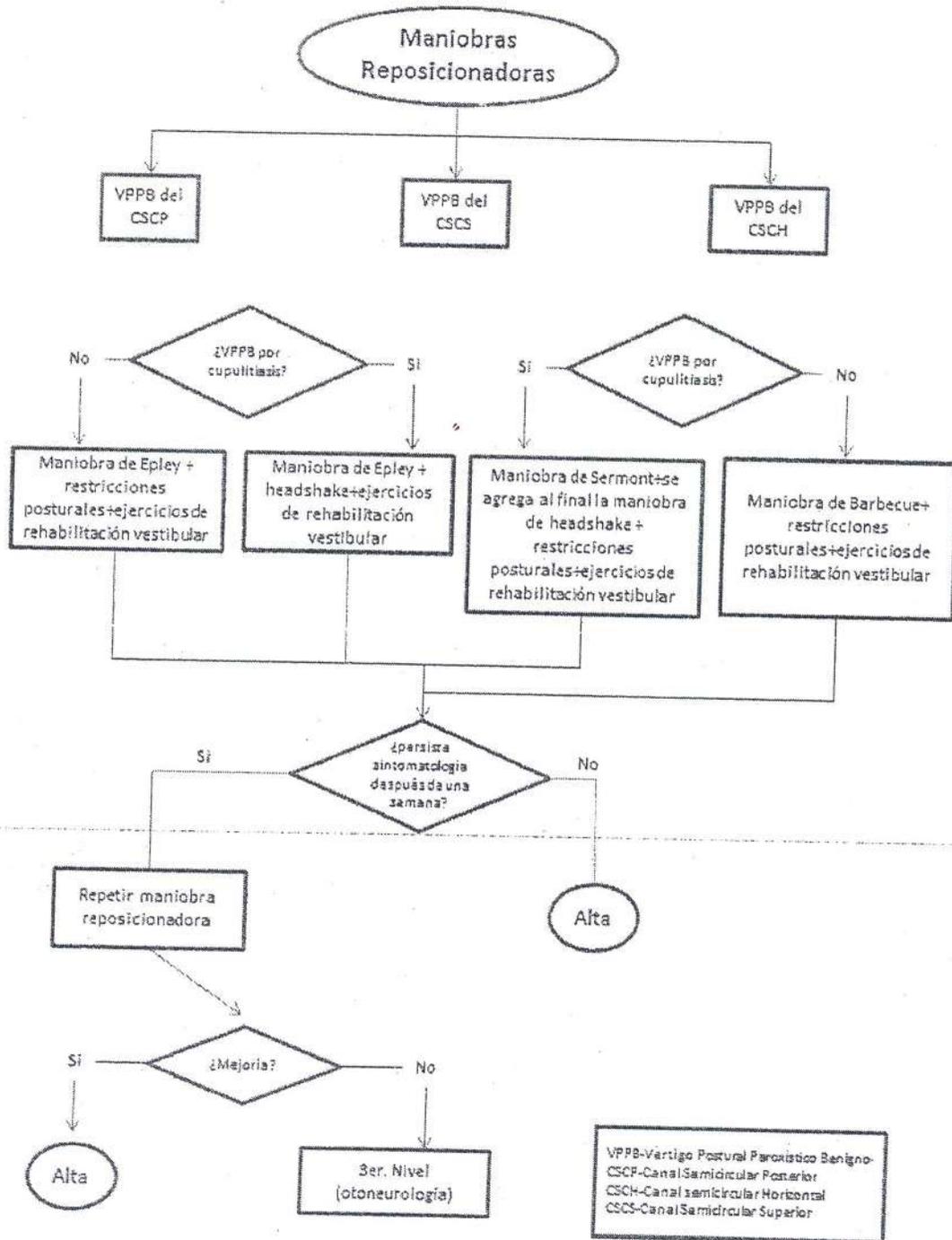
Flujograma VPPB



Flujograma diagnóstico para pacientes con trastorno del equilibrio. DH +: prueba de Dix-Hallpike; NAC: nistagmo de agitación cefálica; NE: nistagmo espontáneo; VOG: videooculografía.



Algoritmo: Tratamiento del VPPB



Flujograma para la aplicación de maniobras de reposicionamiento



7. ANEXOS

Anexo 1 – Maniobra de Dix-Hallpike

Maniobra clásica para el diagnóstico del VPPB. Nistagmo paroxístico por estimulación del conducto semicircular posterior. El paciente se sienta en una camilla, con la cabeza girada 30° hacia el lado que se va a examinar. A continuación se le tumba hacia atrás bruscamente, con la cabeza fuera de la mesa y en hiperextensión de 25-30°. Este cambio brusco de posición puede provocar un nistagmo rotatorio geotrópico, paroxístico, patológico y patonogmónico de un vértigo paroxístico posicional. Sinónimos: prueba de Hallpike; prueba de Fitzgerald-Hallpike; fórmula de Hallpike. (Uso reservado en pacientes con trastornos cervicales).

Anexo 2 - Maniobra de Epley

1. Sentarse derecho
2. Girar la cabeza hacia el lado sintomático a un ángulo de 45 grados, y recostarse.
3. Permanecer cinco minutos en esta posición.
4. Girar la cabeza 90 grados hacia el otro lado.
5. Permanecer cinco minutos en esta posición.
6. Girar el cuerpo hacia la dirección de su cara, ahora esta apuntando su cabeza con la nariz hacia abajo.
7. Permanecer cinco minutos en esta posición.
8. Regresar a la posición sentada y permanecer treinta segundos en esta posición.

(El procedimiento completo debe repetirse dos veces más, para un total de tres veces. Durante cada paso de este procedimiento el paciente podría experimentar mareos).

Anexo 3 – Maniobra de Semont

Tres pasos: El afectado comienza sentado con la cabeza girada 45° hacia el lado del oído malo. Después debe dejarse caer en la cama rápidamente hacia el lado contrario al que giró la cabeza y permanecer en esta postura 30 segundos. Es decir, si la cabeza está girada hacia la izquierda la persona debe dejarse caer hacia la derecha y viceversa. El siguiente paso es mover rápido la cabeza y el tronco hacia el otro lado, sin pararse en la posición erguida en la que empezó el ejercicio. Después de otros 30 segundos, hay que incorporarse.

Anexo 4 – Maniobra de la Barbacoa

Consiste en realizar giros de 90° desde la posición de decúbito supino, iniciando los giros hacia el oído sano, para realizar un giro de la cabeza de 270° en total.

Anexo 4 – Maniobra de Lempert

Maniobra de reposición canalítica para canal horizontal. Ejemplo para el CSCH derecho. En primer movimiento el paciente en decúbito supino con la cabeza en posición indiferente y flectada 30° rota la cabeza 90° a la izquierda. Luego rota el cuerpo 180° hacia la izquierda. En el siguiente paso la cabeza gira 90° a la izquierda, quedando el paciente boca abajo. A continuación gira la cabeza 90°, siempre a la izquierda. Por último gira el cuerpo otros 180° y la cabeza 90° volviendo a su posición original.



Anexo 5 – Características del VPPB según canal comprometido

Canal afectado	CSP	CSH	CSS
Frecuencia	91%	6%	3%
Maniobra de provocación	Hallpike	Giro lateral de cabeza en posición supina (30° de flexión)	Hallpike
Nistagmus	Rotatorio geotropico.	Horizontal geo o ageotrópico	Rotatorio ageotropico
Latencia	3-30 seg	1-5 seg	3-15 seg
Duración	< 45 seg	< 1 min	< 45 seg
Fatigabilidad	Si	No	Si
Recuperación	Espontanea a gradual	Abrupta	Gradual abrupta
Duración del cuadro	Días a meses	Días ameses	Días semanas
Tratamiento	Eppley o Semont	Lempert , Appianis	Eppley o semont

Anexo 5 – Diferencias entre vértigo central y periférico

Características	Vértigo Periférico	Vértigo Central
Intensidad	Muy intenso	Menos intenso
Forma de inicio	Brusco	Progresivo
Síntomas neurovegetativos	Siempre presente	Raro
Nistagmus	Horizontal si se presenta	Vertical, rotatorio u horizontal si se presenta
Duración	No mas de 3 semanas	Persistente
Nistagmus provocado:		
Fatigabilidad	Fatigable	Persistente
Latencia	Aprox. 2 minutos	Ausente
Vértigo	Permanente e intenso	Lave o ausente
Adaptación	Corta duración	Persistente



8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acta Otorrinolaringológica Española Volume 59, Issue 8, October 2008, Pages 413-419.
2. Amor JC, Castiñeira C, Costa C. Vértigo posicional paroxístico benigno. Guías clínicas. 2004; 4(14).
3. Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, et al. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008; 139: S47-S81.
4. Cuadernos de Neurología. XXXI: 2007. Pontificia Universidad Católica de Chile.
5. EVIDENCIA - Guía Práctica Clínica-Actualización en la Práctica Ambulatoria - Guía para el abordaje del paciente adulto con mareos Mayo / Junio 2007.
6. Guía de Práctica Clínica GPC - Diagnóstico y Tratamiento del Vértigo Paroxístico Benigno en el adulto - México - Secretaría de Salud 2010.
7. Guías de Atención y Procedimientos en Otorrinolaringología de la Sociedad Peruana de Otorrinolaringología y Cirugía Facial-2010. Lempert T, Tiel-Wilck K. A positional maneuver for treatment of horizontal-canal benign positional vertigo. *Laryngoscope.* 1996; 106:476-8.
8. Hilton M, Pinder D. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
9. *Rev. méd. Chile* v.128 n.6 Santiago jun. 2000.
10. Sociedad Iberoamericana de Información Científica - Hospital de Poniente de Almería, El Ejido, España - Vol. 2, Nº 1 - Enero de 2007.



OK

Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento
de la LARINGITIS AGUDA
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Nacional
Cayetano Heredia

I. FINALIDAD:

Servir de guía para el diagnóstico y manejo oportuno de las laringitis agudas y sus complicaciones, fundamentalmente en las laringitis agudas infantiles, estandarizando esquemas de tratamiento.

II. OBJETIVO:

- . Recuperación del tono de la voz para readaptación del individuo a su medio laboral.
- . Evitar complicaciones fundamentalmente en las laringitis agudas infantiles las que son disneizantes y ponen en peligro la vida.
- . Evitar el uso inadecuado de antibióticos.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

- . I-II Nivel: Diagnóstico y tratamiento primario
- . III Nivel: Complicaciones.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LARINGITIS AGUDA

. NOMBRE: LARINGITIS AGUDA

. CODIGO: JO4.0

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION: Inflamación de la mucosa de la Laringe. Usualmente difusa, las formas circunscritas se presentan fundamentalmente en la infancia.

5.2 ETIOLOGIA:

Infeciosas:

- Virus. Entre los más frecuentes están los que afectan a la vía aérea superior: Rhinovirus, Parainfluenza tipos 1 y 2 (síndrome del crup viral), Virus respiratorio sincitial, Adenovirus, Influenza A, B y C y Herpes virus.
- Bacterias. Haemophilus influenzae tipo B (Epiglotitis en niños), Streptococcus beta-hemolitico (frecuente en Epiglotitis del adulto), Moraxella catarrhalis, Bordatella pertussis, Corynebacterium diphtheriae.
- Hongos y mohos.



Otras causas:

- Laringitis por reflujo.
- Irritantes inhalados (químicos, ambientales, orgánicos, humo de tabaco).
- Alérgica (edema angioneurótico).
- Causas mecánicas: Abuso o mal uso vocal.

5.3 FISIOPATOLOGIA

Se distinguen 2 estadios evolutivos catarral y supurativo.

. Estadio catarral: Se caracteriza por la hiperemia de la mucosa con hipersecreción glandular, que provoca la aparición de abundantes filamentos mucosos entre las cuerdas vocales. En esta fase la congestión y el edema son los elementos dominantes.

La congestión difunde en toda la mucosa, pero con preferencia en las cuerdas, que pierden su aspecto liso y nacarado, apareciendo rojas e infiltradas con disminución de su movilidad, por la parestesia que ocasiona a todo musculo subyacente una mucosa inflamada.

El edema tiene preferencia por las zonas de laxitud entre el corion y la mucosa: caras lingual y laríngea de la epiglotis, aritenoides, repliegues, espacio de Reinke y el borde superior de las cuerdas. El edema es pálido, con exudado fibrinoso y rico en elementos celulares.

. Estadio supurativo: En raras ocasiones se llega a este estadio, sólo en caso de gérmenes hipervirulentos o en terrenos inmunodeficientes.

En un momento determinado, las secreciones se vuelven espesas y purulentas, la mucosa se recubre de placas adherentes blancas grisáceas sobre todo en la zona de la comisura posterior. Todavía puede resolverse el proceso favorablemente, o bien pasar a una siguiente fase en la que se forman ulceraciones que pueden comportar una pericondritis por afección del pericondrio, llegando a formar abscesos o flemones, que representan la extensión del proceso a los espacios celulares perilaríngeo, La localización preferente de estas colecciones es en el espacio periepiglótico, bandas ventriculares, aritenoides y repliegue aritenoepiglótico.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Las laringitis agudas son más frecuentes en el varón que en la mujer, y más en el adulto que en el niño.

Las laringitis Subglóticas afectan de preferencia a niños varones de 1 a 3 años, excepcionalmente a los de menos de 6 meses. Tienen una incidencia estacional (mayormente en invierno).

Las Epiglotitis son propias de la infancia alrededor de los 3 años pero no excepcional en el recién nacido ni en el adulto y entre estos en los varones más que en las mujeres.



Las Laringotraqueobronquitis, frecuente en niños del sexo masculino, de edades comprendidas entre 1 mes y los 6 años.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio ambiente: Factores climáticos, el ambiente epidémico con noción de contagio, factores contaminantes (inhalación de polvo y vapores irritantes).

5.5.2 Estilo de vida: En relación a factores irritativos de la mucosa laríngea (tabaco alcohol), en relación al abuso o mal uso vocal en profesionales de la voz (docentes, cantantes).

5.5.3 Factores hereditarios: Como la rinitis alérgica que dificultan la ventilación nasal correcta.

5.5.4 Factores anatómicos: Que condicionen obstrucción nasal y respiración bucal como desviación de tabique, hipertrofia de adenoides. El diámetro de la laringe en el lactante es un factor importante ya que es muy reducido (igual al de su dedo índice).

5.5.5 Factores locales: patología aguda o crónica rinofaríngea.

VI CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 Signos y síntomas

- Tos irritativa
- Disfonía
- Febrícula
- Dolor faríngeo
- Disfagia
- Disnea
- Estridor o cornaje.
- Tiraje

Que encuentra el doctor.

Los signos clínicos de obstrucción laríngea se deben evaluar según la siguiente escala:

- Grado I:



Disfonía (tos y voz), estridor inspiratorio leve e intermitente, que se acentúa con el esfuerzo (llanto).

• Grado II:

Disfonía (tos y voz), estridor inspiratorio continuo, tiraje leve (retracción supraesternal, intercostal o subcostal).

• Grado III:

Disfonía (tos y voz), estridor inspiratorio y espiratorio, tiraje intenso, signos de hipoxemia (palidez, inquietud, sudoración, polipnea), disminución del murmullo pulmonar)

• Grado IV: Fase de Agotamiento

Disfonía, estridor, tiraje intenso; palidez, somnolencia, cianosis; aparente disminución de la dificultad respiratoria.

Esta escala referencial de obstrucción laríngea es muy importante para precisar el manejo adecuado por el médico y evaluar si este tratamiento será realizado en forma ambulatoria o en un centro hospitalario.

6.1.2 Interacción cronológica:

La inflamación aguda de la laringe suele formar parte del cuadro clínico de un proceso infeccioso agudo de las vías respiratorias altas. Sin embargo también puede representar una enfermedad estrictamente limitada a una zona de la laringe, sea el vestíbulo, la glotis o la subglotis. En el adulto la inflamación interesa el vestíbulo y la hendidura glótica afectando sobre todo la función fonatoria. En el niño tiene un tropismo subglótico y afecta sobre todo la función respiratoria.

A pesar del carácter benigno que conllevan los cuadros de laringitis agudas no se deben subestimar 2 aspectos importantes:

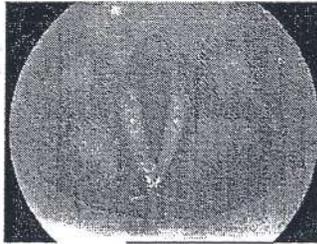
a) Toda laringitis aguda que se prolongue por más de 10 a 15 días debe ser reconsiderada para delimitar con seguridad el origen de la disfonía.

b) La laringitis aguda es una enfermedad banal generalmente de manejo ambulatorio, pero en cualquier momento puede presentar complicaciones graves, sobre todo en las formas infantiles.

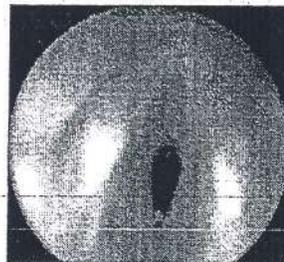


6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías

Laringitis del adulto-catarral: Alteración de la voz.



Laringitis del niño-circunscrita: Obstrucción Laringea.



6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios diagnósticos:

Clínico: El diagnóstico se basa fundamentalmente en la historia clínica y los antecedentes.

6.2.2 Diagnóstico diferencial:

- La laringitis subglótica (laringotraqueitis) aguda es normalmente fácil de diagnosticar; sin embargo, es difícil de diferenciar del pseudocrup espasmódico. En este último no existen síntomas catarrales ni fiebre (aunque este dato es muy inespecífico en una población infantil que habitualmente acude a guarderías y que presenta estos síntomas catarrales habitualmente), la presentación es más brusca, con claro predominio nocturno y tendencia a repetirse. El cuadro de pseudocrup se resuelve habitualmente en un plazo máximo de una hora, en caso de que la duración del cuadro sea mayor hay que pensar en una laringitis Subglótica. Ante la presencia de estridor es necesario establecer el diagnóstico diferencial con todos los procesos que producen obstrucción de las vías respiratorias alta:
 - Los recién nacidos pueden presentar estridor y, en estos casos, se debe descartar la existencia de malformaciones congénitas que afecten a la vía aérea (laringomalacia, estenosis subglótica congénita).
 - Puede asociarse broncospasmo, pero la fiebre elevada o la afección del estado general son excepcionales.
 - El mayor problema reside en diferenciar el crup de otras causas menos frecuentes aunque más graves de obstrucción de las vías respiratorias altas: Epiglotitis aguda, traqueítis bacteriana, absceso retrofaríngeo o aspiración de cuerpo extraño. También deben descartarse el laringospasmo psicógeno y el déficit de C1-inhibidor (que provoca angioedema de glotis) y suele tener antecedentes familiares.

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De patología clínica: Los exámenes de laboratorio de urgencia como el hemograma, no suelen mostrara alteraciones significativas.

6.3.2 De imágenes: La tomografía de cuello con contraste y la RMN son imprescindibles en complicaciones severas como los abscesos o flemones perilaringeos.

6.3.3. De exámenes especializados complementarios: En adultos puede realizarse laringoscopia indirecta o endoscopia laríngea. En niños no se recomienda por que puede agravar la disnea.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas: Se deben evitar los factores irritantes, tabaco alcohol sobre todo, y tratar correctamente todo foco infeccioso rinofaríngeo.



6.4.2 Terapéutica:

. Laringitis aguda difusa:

- Reposo general y vocal.
- Antitérmicos, supresión de irritantes.
- Corticoides a criterio médico: Dexametazona 0,3-0,6 mg/Kg en dosis única o fraccionada.

. Epiglotitis, acudir a un centro de emergencia hospitalario

- Corticoides: Dexametazona 0.3-0,6 mg /Kg en dosis única o fraccionada.
- Antibioticoterapia
- Intubación endotraqueal o traqueotomía de acuerdo a la gravedad del paciente.

. Laringitis Subglótica, acudir a un centro de emergencia hospitalario:

- Corticoides: 0,3-0,6 mg/Kg en dosis única o fraccionada.
- Nebulización con simpaticomiméticos, de acuerdo a criterio especializado.
- Antibioticoterapia.
- Oxígeno húmedo.
- Intubación endotraqueal de agravarse disnea.

. Laringitis Estridulosa:

- Corticoides: Dexametazona 0.3-0.6 mg/Kg en dosis única o fraccionada.
- Identificar focos infecciosos cercanos.

Basándose en los grados de obstrucción laríngea el tratamiento se establecerá como sigue:

Grado I:

- Observación. Manejo ambulatorio. Antipiréticos en caso necesario. Indicación expresa de volver a consultar en caso de progresión de síntomas hacia grado 2 o 3. Instruir a la madre o cuidador (a) en forma detallada.

Grado II:



- Nebulización con adrenalina racémica al 2,25%: 0.05 ml/kg/dosis en 3.5 ml de solución salina.
- Nebulizar durante 10 minutos con flujo de 8 lt por minuto (Idealmente en Servicio de Urgencia). Se puede repetir cada 20 minutos por un máximo de 3 veces, sólo si es necesario, se mantiene o vuelve a grado 2 después de la primera nebulización. Observar durante 2 horas después de la última nebulización por probable efecto rebote.
- Como alternativa se puede nebulizar con adrenalina corriente (1/1000), en dosis de 0.5-0.9 mg/kg/dosis. En lactantes, se recomienda usar 2 ml de adrenalina en 2 ml de suero fisiológico.
- Corticoides por vía parenteral, preferentemente EV: Dexametazona 0,4 mg/kg/dosis o su equivalente en betametazona, metilprednisolona o hidrocortisona (Ver anexo fármacos) o Prednisona 2 mg/kg en 1 dosis, máximo 40 mg.
- Hospitalizar si el paciente empeora o no mejora al cabo de 2 horas de observación post tratamiento.

Grado III:

- Hospitalización. Aplicar medidas de grado 2 si hay demora en el traslado.

Grado IV:

- Hospitalización inmediata. Traslado con oxígeno e idealmente intubado. En lugares apartados, y ante la imposibilidad de intubación, puede intentarse la instalación transcricóidea de un trocar grueso (cricotirotomía).

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:

Los efectos adversos importantes con la adrenalina nebulizada son excepcionalmente raros. En general, la evidencia muestra que la nebulización con 3 a 5 ml de adrenalina al 1:1000 es un tratamiento seguro, con escasos efectos adversos (ligero aumento de la frecuencia cardiaca). Sin embargo, hay publicado un caso de IAM en un niño que recibió tres dosis en 60 min, por ello, si se precisan varias dosis de adrenalina, sería aconsejable utilizar monitorización cardiaca, y de forma general los niños que requieren más de una dosis para estabilizar su función respiratoria deberían estar ingresados en observación

6.4.4 Signos de alarma:

Hay una serie de signos que nos deben hacer pensar en la posibilidad de empeoramiento del cuadro:

- Presencia de estridor (ruido sibilante ronco o sordo a la inspiración que indica un obstáculo o trastorno en el piso vestibular o glótico) o carraje (ruido sibilante agudo



la inspiración que indica lesión Subglótica) en reposo: su existencia indica una obstrucción significativa de la vía aérea superior.

- Dificultad respiratoria con tiraje (la disnea laríngea es inspiratoria con enlentecimiento del ritmo o bradipnea; el tiraje por activación de la musculatura inspiratoria accesoria puede ser supraesternoclavicular, subesternal e intercostal).

- Agotamiento, niño exhausto; mal estado general, cianosis palidez y sudoración.

- Alteración del nivel de conciencia: somnolencia o gran agitación.

6.4.5 Criterios de alta:

. Ausencia de síntomas importantes (estridor en reposo o tiraje) luego de tratamiento.

. Observación mínima de 2 horas luego de nebulización con adrenalina (en pacientes en el servicio de emergencia).

. Periodo de 12 horas sin necesidad de nebulización con adrenalina (en pacientes hospitalizados).

. Padres en condiciones de volver a control en caso de deterioro clínico.

6.4.6 Pronóstico:

En términos generales el pronóstico de las laringitis agudas en el adulto es bueno, aunque es un proceso benigno, de breve duración, que cualquier adulto ha padecido alguna vez en la vida, en ocasiones puede complicarse. Por ello, toda disfonía que persiste más de 2 semanas obliga a la práctica de una laringoscopia.

En relación a las laringitis agudas del niño se debe tener en cuenta las peculiaridades anatómicas de la laringe, por lo que el cuadro reviste una gravedad mayor (laringitis disneizantes) pudiendo comprometer la vida del paciente.

6.5 COMPLICACIONES

. Necesidad de intubación endotraqueal

. Traqueítis bacteriana (puede complicar y agravar un cuadro inicial)

. Paro cardiorespiratorio (puede ocurrir en pacientes no adecuadamente monitorizados).

. Neumonía (complicación poco frecuente)

. La aparición de ulceraciones mucosas no es excepcional, la tos se hace muy dolorosa. Las pericondritis, abscesos o flemones perilaringeos son poco frecuentes actualmente, y siempre debido a gérmenes virulentos: estreptococos o anaerobios, se



trata de cuadros gravísimos que en caso de curar dejan secuelas cicatrízales irreversibles.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

. Referir de urgencia a un centro hospitalario a los casos identificados con disnea progresiva.

. Contrarreferencia a su nivel de origen a la mejoría del cuadro clínico.

6.7 FLUXOGRAMA:

A continuación se presenta un fluxograma basándose fundamentalmente en los cuadros de laringitis aguda del adulto y del niño, teniendo en cuenta:

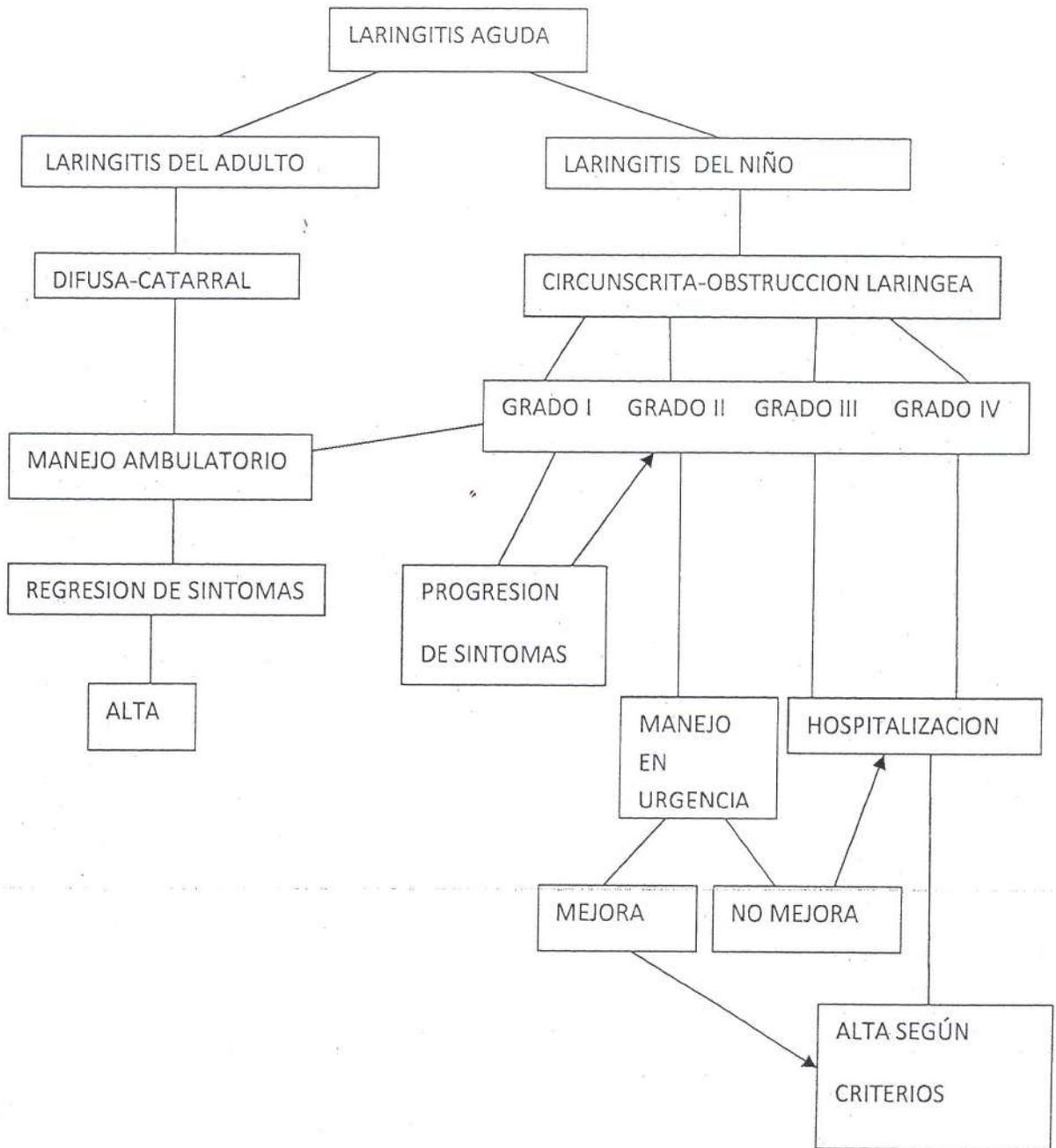
. Las laringitis del adulto son difusas, catarrales y su principal manifestación es la alteración de la voz (disfonía).

. Las laringitis agudas del niño son fundamentalmente circunscritas y disneizantes, es decir producen obstrucción laríngea en diversos grados de intensidad, la que ya anteriormente fue debidamente descrita.

. Es importante resaltar el manejo del cuadro que se presenta en el fluxograma ya que está vinculado al tipo de laringitis y al grado de obstrucción laríngea.



FLUXOGRAMA



VII BIBLIOGRAFIA

- Guías de Atención y Procedimientos en Otorrinolaringología de la Sociedad Peruana de Otorrinolaringología y Cirugía Facial. 2010.
- Manejo de Laringitis Aguda Viral en atención primaria, Guía de Práctica Clínica, Complejo Asistencial "Dr. Víctor Ríos Ruiz" los Angeles. 30/06/2011.
- Guías de Práctica Clínica, servicio de especialidades quirúrgicas Otorrinolaringología. Hospital Santa Rosa. 2009.
- Guía Práctica Clínica De Otorrinolaringología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2010.
- Dr. Héctor Rondón Cardoso y colaboradores, Emergencias en Otorrinolaringología, 2007.
- Guía rápida correspondiente a laringitis, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 14/04/2010.
- Gobierno de Chile-Ministerio de Salud, Guía Clínica-Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 Años. 2005.



OK

Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento
de la SINUSITIS CRONICA
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Nacional
Cayetano Heredia

I. FINALIDAD

Servir de guía para el diagnóstico y manejo oportuno de las sinusitis crónicas y sus complicaciones, estandarizando los esquemas de tratamiento.

II. OBJETIVO

Restituir la permeabilidad de los complejos osteomeatales.

Evitar recurrencias.

Evitar complicaciones

III. AMBITO DE APLICACION

Nivel I y II, diagnóstico y tratamiento ambulatorio.

Nivel III y IV Para tratamiento quirúrgico, manejo de complicaciones y hospitalización.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SINUSITIS CRONICA

NOMBRE: SINUSITIS CRONICA

CODIGO: J32.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION: La rinosinusitis se ha definido como la enfermedad resultante de la inflamación de la mucosa de uno o más senos paranasales, con la presencia o no de derrame en su interior. Según la clasificación propuesta por la Academia Americana de Otorrinolaringología, se considera sinusitis crónica cuando el paciente presenta síntomas continuos por un periodo mayor de 12 semanas y se puede dividir en dos grupos con o sin poliposis.

5.2 ETIOLOGIA: Se manejan varias hipótesis; biofilms, superantígenos, bloqueo en la nariz por alergias. La alergia puede ocasionar inflamación crónica del revestimiento de los senos y la nariz. Esta inflamación impide la eliminación frecuente de bacterias de estas cavidades, aumentando las probabilidades de desarrollar sinusitis. En concreto, la alergia a la especie de hongo *Aspergillus* parece producir una forma de sinusitis crónica difícil de tratar.



Problemas inmunológicos: se están llevando a cabo investigaciones para relacionar la sinusitis crónica en niños con anomalías en el sistema inmunológico.

Problemas estructurales en la cavidad nasal, como el estrechamiento de los conductos de drenaje dentro de la nariz o la obstrucción nasal por tumores, pólipos o desviación del septum nasal.

Infecciones dentales que se pueden diseminar a los senos paranasales.

Procesos catarrales no tratados.

Reflujo gastroesofágico: el efecto irritativo del material refluido actúa directamente sobre la mucosa de los senos, provocando edema y disminución de la capacidad de limpieza de los cilios. En diferentes estudios realizados en niños con sinusitis refractarias al tratamiento habitual se ha demostrado una incidencia de reflujo gastroesofágico del 63%. En este tipo de pacientes, el tratamiento del reflujo gastroesofágico mejora los síntomas de sinusitis hasta en el 80% de los casos.

5.3 FISIOPATOLOGIA: El mecanismo fisiopatológico básico que desencadena la rinosinusitis es la obstrucción del orificio de drenaje del seno. A partir de la obstrucción se va a generar una hipoxia y alteración del recambio gaseoso dentro del seno, responsable de los siguientes cambios en la mucosa: vasodilatación, alteración de la función ciliar (estancamiento de secreciones) y alteración de secreción glandular (aumento de células caliciformes y aumento de la viscosidad del moco). El conjunto de estos tres mecanismos va a favorecer la retención de secreciones y la posterior infección

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS: Es difícil establecer la incidencia de la rinosinusitis y sus diferentes formas clínicas debido a la disparidad de criterios que se han venido empleando en el diagnóstico y tratamiento de la rinosinusitis; y la escasez de estudios epidemiológicos publicados. El consenso europeo sobre rinosinusitis y pólipos nasales (EPOS) ha intentado acabar con esta dificultad y es de esperar que en el futuro tengamos datos más fiables de la verdadera incidencia de la rinosinusitis. Se estima en la actualidad que la rinosinusitis crónica afecta en la actualidad del 5 al 15 % de la población. La prevalencia de este padecimiento se ha estimado en 146/1000 habitantes y, en diversos estudios, se indica que excede a la prevalencia de cualquier otra enfermedad, por lo tanto representa un problema importante de salud pública.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- 5.5.1 Medio ambiente: contaminación, aire acondicionado, natación en agua clorada.
- 5.5.2 Estilos de vida: hábitos nocivos (tabaco cocaína, etc.)
- 5.5.3 Factores hereditarios: Rinitis alérgica
- 5.5.4 Factores locales: infecciones de vecindad (rinitis infecciosa, adenoiditis, patología dentaria)
- 5.5.5 Factores anatómicos; desviación septal, concha bullosa.
- 5.5.6 Factores sistémicos: Inmunodeficiencias. Fibrosis quística, discinesia ciliar primaria.
- 5.5.7 Iatrogenia: intubación nasal, sonda naso gástrica, ventilación mecánica.



VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 Signos y síntomas

En la sinusitis crónica los síntomas suelen ser insidiosos o faltar por completo, la fiebre y cefalea son poco frecuentes.

► Son síntomas mayores:

- Obstrucción nasal persistente
- Rinorrea purulenta
- Goteo post-nasal
- Hiposmía
- Tos crónica
- Dolor a la presión

► Son síntomas menores:

- Cefalea
- Fiebre
- Halitosis
- Dolor dental
- Síntomas óticos

La rinosinusitis crónica es muy probable en caso de que el paciente presente:

- 2 o más síntomas mayores
- 1 síntoma mayor y 3 menores.

Es tan solo sugestiva en caso de:

- 1 síntoma mayor
- 2 menores

Uno de estos signos inflamatorios debe estar presente en asociación con los síntomas relatados por el paciente:

- Secreciones nasales no hialinas, pólipos nasales y/o edema polipoideo de la mucosa nasal
- Edema y eritema del meato medio o bulla etmoidal identificados por endoscopia nasal
- Eritema generalizado, tejido de granulación o costras en la cavidad nasal

6.1.2 Interacción cronológica

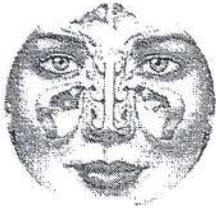
Las sinusitis, en función de la duración de los síntomas, se pueden clasificar en:

Aguda: dura menos de 1 mes y los síntomas remiten completamente.

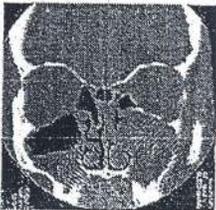


- Subaguda: con una duración de 1-3 meses y resolución completa de los síntomas.
 - Crónica: dura más de 3 meses, con posibles reagudizaciones.
- La sinusitis crónica es mucho menos común que la aguda y aunque puede producir síntomas menos graves, puede ocasionar daño a los tejidos de los senos paranasales.

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías



Rinoscopía anterior



Tomografía sinusal



6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1. Criterios diagnósticos: el diagnóstico de sinusitis crónica se puede hacer cuando se cumplen varios criterios:

- Síntomas de sinusitis con más de 12 semanas de duración.
- Cambios objetivos en la tomografía de senos paranasales
- Hallazgos anormales en la Endoscopia Nasal.

6.2.2. Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de rinosinusitis se realiza con: rinitis viral, alérgica o no alérgica, inducida por fármacos, anomalías sistémicas (fibrosis quística, discinesia ciliar, meningocele), causas mecánicas (cuerpo extraño, mucocele, piocele, desviación septal), tumores benignos o malignos y rinitis secundaria a síndrome de Wegener, sarcoidosis, inmunodeficiencia, sensibilidad al Ac. Acetil salicílico e infecciones específicas

VII EXAMENES AUXILIARES

7.1 De patología clínica

- Toma de biopsias: ante sospecha de neoplasias, lesiones por hongos y granulomatosis.
- Pruebas de transporte mucociliar: para Disquinesia ciliar, Sd. Kartagener. Sd. Young.
- Cloruro en sudor: para Fibrosis quística.
- Determinación de Igs, HIV, Diabetes: Para inmunodeficiencias.

7.2 De Imágenes

- TC DE SENOS: la TC revela la presencia de niveles hidroaéreos, engrosamientos mucosos, obstrucción o bloqueo del complejo osteomeatal, factores anatómicos pre disponentes. Para la correcta valoración de estos hallazgos hay que recordar que hasta en un 30-60% de pacientes asintomáticos pueden presentar como hallazgo engrosamientos mucosos de alrededor de 3 mm. La TC será obligada para la valoración de la presencia de complicaciones en la evolución. La RM tiene un papel reservado a la evaluación de complicaciones intracraneales u orbitarias, y para el diagnóstico diferencial con neoplasias sinusales. La Rx simple de SPN ha mostrado muchos falsos positivos y negativos.

7.3 De exámenes especializados complementarios

- La endoscopia nasal con endoscopio rígido o fibroscopio flexible permite visualizar alteraciones anatómicas predisponentes, presencia de secreciones mucopurulentas en meato medio o pólipos nasales entre otros.
- Estudio bacteriológico a través de punción de los senos maxilares (estándar de oro).



VIII MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

8.1 Medidas generales y preventivas

La mejor manera de prevenir la sinusitis es evitando o tratando rápidamente la gripe y los resfriados:

- Comer mucha fruta y verduras, que son ricas en antioxidantes y otros químicos que pueden reforzar el sistema inmunitario y ayudar al cuerpo a resistir infecciones
- Vacunarse anualmente contra la influenza
- Reducir el estrés
- Lavarse las manos con frecuencia, particularmente después de darle la mano a otros

Algunos consejos adicionales para prevenir la sinusitis:

- Evitar el humo y los contaminantes
- Beber bastante líquido para incrementar la humedad en el cuerpo
- Tomar descongestionantes durante una infección de las vías respiratorias altas
- Tratar las alergias de manera apropiada y rápida
- Utilizar un humidificador para incrementar la humedad en la nariz y áreas sinusales

8.2 Terapéutica: El tratamiento puede ser médico o quirúrgico.

-MEDICO.

Si tenemos en cuenta el papel de la infección bacteriana, obviamente el uso de agentes antimicrobianos está indicado como parte fundamental del manejo de la sinusitis crónica.

Según la recomendación de varios autores y de la Academia Americana de Otorrinolaringología se debe comenzar con antibióticos de amplio espectro dado el origen poli microbiano de la enfermedad, además en adición al espectro de acción del antibiótico debe considerarse la penetración tisular y ósea por la osteítis asociada con la rinosinusitis crónica. Se ha demostrado la persistencia de síntomas en un 30-40% de pacientes tratados por 2 semanas o menos por lo que se recomienda un periodo de tratamiento con antibióticos de 3-4 semanas.

Los antibióticos usados en sinusitis crónica son amoxicilina con Ac. Clavulánico como primera línea tanto en niños como adultos por un periodo de 3 a 4 semanas. En caso de persistencia de síntomas o exposición previa a antibióticos en las últimas 4-6 semanas se deben usar los de segunda línea como acetil cefuroxima, moxifloxacino y levofloxacino (solo en adultos); se debe considerar macrólidos tipo claritromicina para pacientes alérgicos a la penicilina. En las complicaciones infecciosas de sinusitis se recomienda asociación de antibióticos como ceftriaxona con clindamicina, además del drenaje quirúrgico si está indicado.



El tratamiento de los factores coexistentes es importante en el manejo global de la sinusitis crónica para corregir el resultado común a todas las causas etiológicas: la inflamación.

El uso de esteroides nasales es ampliamente aceptado y actualmente se describe su uso en la sinusitis crónica, además del uso de esteroides orales. Las irrigaciones con solución salina reducen los síntomas, se ha demostrado mejoría en el aclaramiento ciliar con el suero de solución salina hipertónica. No hay evidencia suficiente para el uso de mucolíticos en esta patología. Hay interés reciente en el uso de macrólidos a bajas dosis por periodos prolongados de tiempo (3 a 4 meses) por su efecto antimicrobiano y antiinflamatorio.

Se deben considerar otros diagnósticos asociados para su manejo específico como: reflujo gastroesofágico, sinusitis fúngica alérgica, hipertrofia de adenoides, poliposis nasosinusal, desviaciones del septum nasal, entre otras.

Después de 4 a 6 semanas de terapia médica se debe reevaluar al paciente con una TC de control y endoscopia nasal. Si los síntomas se han resuelto se debe mantener una terapia con esteroides nasales e irrigaciones de solución salina. Si hay evidencia de enfermedad en la TC acompañada de síntomas persistentes se debe pensar en la opción quirúrgica, además de estudiar patologías concomitantes.

-QUIRURGICA

En sinusitis crónica las indicaciones de cirugía son:

- .Historia previa de sinusitis recurrente tratada medicamente
- .Cambios en la TC después de 4 a 6 semanas de terapia médica máxima.
- .Alergia concomitante y cambios a pesar de tratamiento o recaída, que denoten un severo bloqueo del meato medio.
- .Adenoidectomía en niños con sinusitis recurrente.
- . Variantes anatómicas como desviación septal impactando meato medio, conchas bullosas, cornetes medios con curvaturas paradójicas severas.
- .Presencia de pólipos en cavidad nasal, provenientes de meato medio o sinusal a pesar de manejo médico.
- .Complicaciones agudas o crónicas. Las celulitis orbitarias en adultos y por sinusitis crónica con mayor frecuencia requieren manejo quirúrgico endoscópico.

8.3 Efectos adversos o colaterales en el tratamiento

Se debe tener en cuenta los efectos adversos de cada fármaco que se usa en el manejo médico de la sinusitis crónica, así por ejemplo: las reacciones alérgicas con el uso de antibióticos y las alternativas adecuadas cuando existe esta; la posibilidad de sangrado nasal con el uso de corticoides intranasales.



En relación al tratamiento quirúrgico para la sinusitis crónica con o sin pólipos más de cien series de revisión de casos indican resultados muy beneficiosos para los pacientes, pero también se producen complicaciones importantes en menos del 1% de los casos y se realiza cirugía de revisión en el 10% de los casos en un margen de 3 años.

8.4 Signos de alarma:

- . Edema palpebral-abceso palpebral
- . Inflamación de la mejilla
- . Dolor no controlado con analgésicos y dosificaciones habituales
- . Fiebre alta, especialmente en adultos y adolescentes.
- . Disminución del estado de conciencia
- . Signos meníngeos
- . Parálisis oculomotora
- . Cuadro grave en paciente inmunodeprimido.

8.5 Criterios de alta

La ausencia de síntomas y evidencia radiológica (tomográfica) de ausencia de complicaciones son criterios para dar de alta a un paciente.

8.6 Pronóstico

El pronóstico de recuperación para la rinosinusitis aguda es del 70%, mientras que en la crónica las cifras son variables. Se estima que los pacientes que son sometidos a tratamiento quirúrgico presentan una mejoría del 90%. En general el pronóstico es bueno para la vida o para la función siempre y cuando también se resuelva la comorbilidad.

8.7 COMPLICACIONES

- Infecciones Oseas faciales (osteomielitis).
- Celulitis orbitaria:
 - preseptal
 - postseptal.
- Diseminación intracraneal:



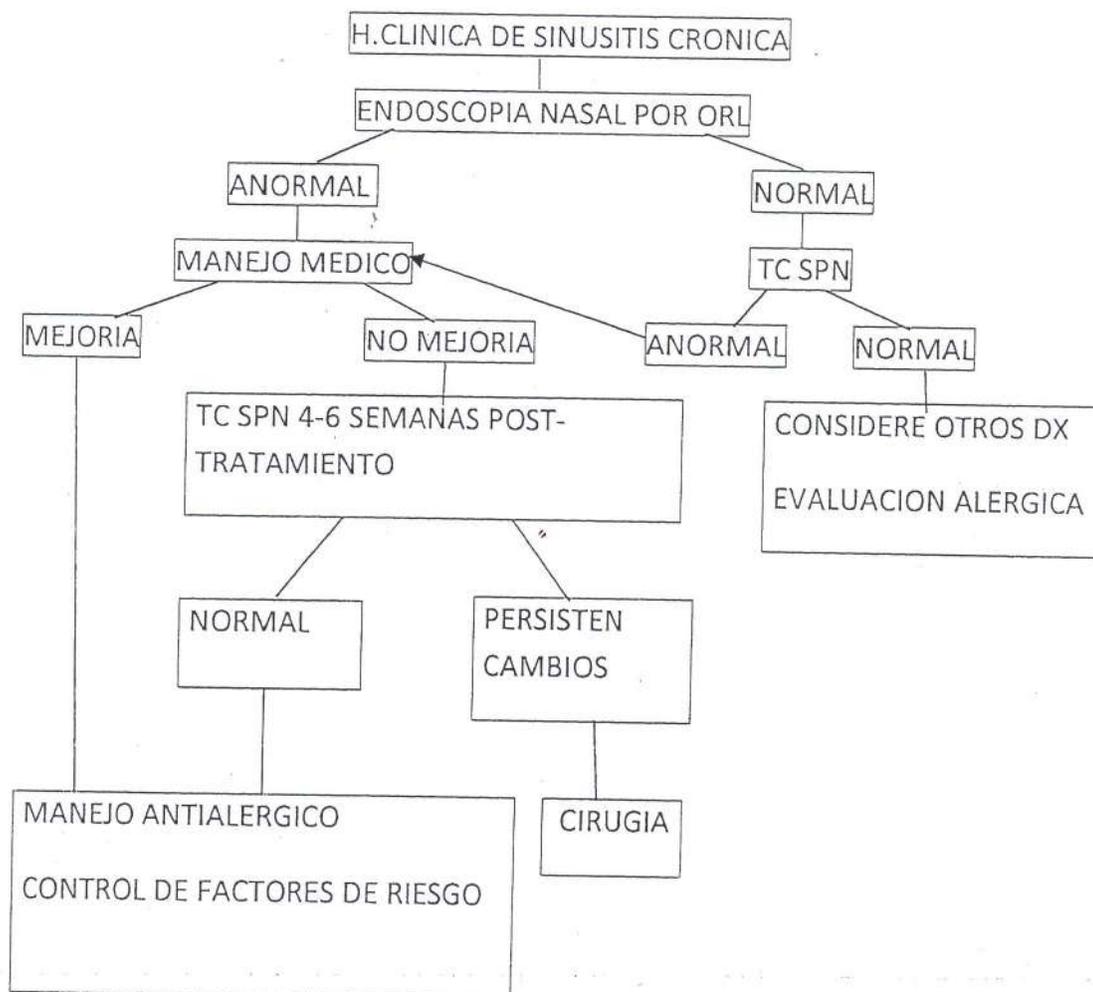
- Meningitis, absceso epidural, empiema subdural, absceso cerebral, trombosis del seno cavernoso

8.8 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Deben de referirse a un nivel superior los casos de rinosinusitis crónica que no responden al tratamiento médico y cuando existen complicaciones por rinosinusitis aguda o crónica. Una vez resuelto el problema se puede contra referir al paciente y ser manejado en un 1er nivel de atención



8.9 FLUXOGRAMA



IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Dr. Alfredo Herrera, profesor de la Unidad de Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario San Ignacio-Bogotá; Guía de Manejo de Rinosinusitis Aguda y Crónica, 20/02/2010.
- Hospital Santa Rosa, Servicio de Especialidades Quirúrgicas Otorrinolaringología, Guía Práctica Clínica Sinusitis Crónica, 2009.
- Blanca Estela del Rio Navarro, Fernando Mitsutoshi Ito-Tsuchilla, Benjamín Zepeda-Ortega, Rinitis Sinusitis y Alergia; artículo de revisión México 2009
- Rhinology Suplemento 20- Consejo Europeo sobre Rinosinusitis y Pólipos Nasaes; EPOS-2007.
- Servicio de Otorrinolaringología del HNGAI, Manual de Protocolos, Noviembre 2008.



Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la
RINOFARINGITIS AGUDA EN EL NIÑO Y LA NIÑA
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Nacional Cayetano
Heredia

I. FINALIDAD:

Presentar una guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de Rinofaringitis Aguda en el niño.

II. OBJETIVO:

Uniformar criterios actualizados tanto en el diagnóstico como en el manejo de La Rinofaringitis Aguda en el niño.

III. AMBITO DE APLICACION:

Fundamentalmente en la práctica hospitalaria, aunque también de referencia en los centros de salud y en la práctica privada. Nivel de atención en centros I, II, III.

IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE RINOFARINGITIS AGUDA EN PEDIATRIA:

4.1 PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Nombre: Rinofaringitis aguda (resfrio común)

Código: J00

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 DEFINICION:

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamado también "catarro común", "resfrío", "rinofaringitis" o "nasofaringitis".

5.2 ETIOLOGIA:

Su etiología es predominantemente viral, encontrándose ocasionalmente agentes bacterianos, en forma secundaria, en casos de complicación. Los agentes más importantes son el rinovirus, con más de 100 serotipos distintos, el coronavirus, el virus sincicial respiratorio (VRS), adenovirus y parainfluenza.

5.3 FISIOPATOLOGIA:

El periodo de incubación de la rinofaringitis aguda es corto, de 1 a 3 días. Esto se



debe principalmente a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada. El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de Pflugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre. La replicación viral en una puerta de entrada abierta hacia el exterior explicaría su alta contagiosidad.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

Es la infección más frecuente en los niños quienes presentan en promedio 5 a 8 infecciones al año, con una incidencia máxima en el menor de dos años. Esta frecuencia se mantiene relativamente alta a lo largo de la vida, aunque con cuadros más leves, con un promedio de 2 a 4 resfríos al año en el adulto. El período de incubación es corto, pudiendo ser incluso de pocas horas y el cuadro dura generalmente de 3 a 7 días. La transmisión viral se produce por vía aérea desde un enfermo o portador a un individuo susceptible. La infección se localiza preferentemente en la mucosa nasal y rinofaríngea, donde se produce un fenómeno de inflamación local, con edema y vasodilatación en la submucosa, seguido de una infiltración de mononucleares y posteriormente de polimorfonucleares. Finalmente se produce descamación del epitelio afectado.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

- a. Estacionalidad: A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año, las rinofaringitis agudas de origen viral tienden a tener una estacionalidad, presentándose principalmente en las épocas frías en forma de brotes epidémicos de duración e intensidad variable.
- b. Edad: Las rinofaringitis agudas son más frecuentes y graves en niños pequeños, en menores de un año y especialmente en los menores de dos meses de edad.
- c. Bajo de peso al nacer.
- d. Desnutrición.
- e. Niño no vacunado o con calendario incompleto.
- f. Niño sin lactancia materna.
- g. Exposición al aire doméstico contaminado.
- h. Uso indiscriminado de sintomáticos respiratorios
- i. Contaminación ambiental dentro o fuera del hogar.
- j. Tabaquismo pasivo.
- k. Deficiente ventilación de la vivienda.
- l. Cambios bruscos de temperatura.
- m. Asistencia a lugares de concentración como cines, jardines infantiles, etc.
- n. Contacto con personas enfermas con infección Respiratoria Aguda.



VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS:

6.1 CUADRO CLINICO:

6.1.1 Signos y síntomas:

- Rinorrea.
- Obstrucción nasal.
- Estornudos.
- Tos.
- Dolor de garganta.
- Cefalea.
- Fiebre.

Puede presentar:

- Malestar general, irritabilidad.
- Dolor torácico
- Vómitos,
- Diarrea
- Mialgias,
- Dolor abdominal.

Mientras más pequeño el niño, más depende de su respiración nasal, por lo que esta obstrucción puede incluso producir síntomas de dificultad respiratoria. Cuando se asocia fiebre, habitualmente se presenta al inicio del cuadro extendiéndose no más allá de 72 horas. Puede ocurrir aumento transitorio de las evacuaciones intestinales. En el examen físico solo se objetiva congestión faríngea y presencia de coriza. Los síntomas comienzan a disminuir hacia el cuarto día, pudiendo aparecer otros signos respiratorios por extensión o por contigüidad, como disfonía o tos productiva.

Los lactantes mayores y preescolares habitualmente presentan menos fiebre y menor compromiso del estado general. A mayor edad, el cuadro comienza con sensación de sequedad e irritación nasal, seguida de estornudos y coriza serosa. Otros síntomas como mialgias, cefaleas, fiebre baja y tos pueden estar presentes. Esta fase aguda también dura, por lo general, 2 a 4 días.

6.1.2 Interacción cronológica:

Los niños presentan en promedio 5 a 8 infecciones al año, con una incidencia máxima en el menor de dos años. Esta frecuencia se mantiene relativamente alta a lo largo de la vida, aunque con cuadros más leves, con un promedio de 2 a 4 resfriados al año en el adulto. El período de incubación es corto, pudiendo ser incluso de pocas horas, y el cuadro dura generalmente de 3 a 7 días.

La rinofaringitis es una enfermedad que suele ser benigna.

- En general tiene una duración entre 7 y 10 días.



- Pueden aparecer ciertas complicaciones en el transcurso de una rinofaringitis: otitis, laringitis, sinusitis, bronquitis.

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías:

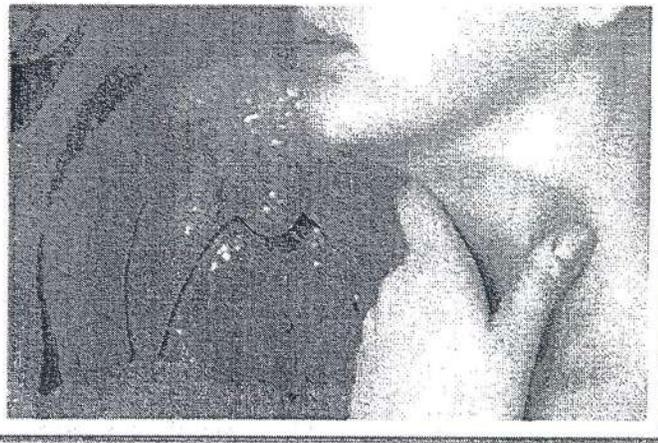


Fig.1 Dolor faringeo - Congestión faringea



Fig.2 Congestión de la mucosa nasal

6.2 DIAGNÓSTICO:

6.2.1 Criterios de diagnóstico:

- a. Antecedente epidemiológico actual, es decir, un cuadro similar a otro miembro



de la familia, en alguien con quien el niño a estado en contacto.

b. Comienzo abrupto de los signos y síntomas caracterizado por congestión nasal con rinorrea, estornudos y tos. Puede aparecer fiebre, especialmente en niños pequeños.

6.2.2 Diagnóstico diferencial :

- a. Rinitis alérgica.
- b. Pródromos de sarampión, la tos ferina y otras.
- c. Bronquiolitis o una laringitis.

6.3 EXAMENES AUXILIARES:

No son necesarios.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:

6.4.1 Medidas generales y preventivás

La vacuna contra la gripe, también conocida como vacuna contra la influenza o vacuna antigripal, es una vacuna anual para proteger del virus altamente mutable de la gripe. Precisamente por su alta mutabilidad la vacuna debe comenzar a desarrollarse mucho antes de saberse la cepa o cepas concretas mayoritarias el siguiente invierno, de ahí su relativamente baja eficacia. La Organización Mundial de la Salud advierte que la vacunación antigripal es más eficaz "cuando hay una buena concordancia entre los virus vacunales y los virus circulantes", y que los virus de la gripe sufren cambios constantes". Se recomienda vacunar los siguientes grupos de personas (por orden de prioridad) según la OMS:

- . Quienes viven en residencias asistidas (ancianos o discapacitados)
- . Ancianos
- . Personas con enfermedades crónicas
- . Otros grupos en riesgo: embarazadas, profesionales, sanitarios, trabajadores con funciones sociales esenciales y **niños de 6 meses a 2 años**

6.4.2 Terapéutica

El tratamiento se puede resumir en seis reglas:

1. Alivio de la fiebre
2. Continuidad de la alimentación
3. Aumento de la ingesta de líquidos.
4. Alivio del dolor de garganta o la tos con remedios inocuos.



5. Enseñar a la familia a reconocer el empeoramiento del niño.
6. Limpieza de las fosas nasales.

6.4.2.1 Alivio de la fiebre (tratamiento de la fiebre):

En el niño de 2 meses a 4 años

TEMPERATURA	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Fiebre alta (38.5° axilar o más)	Paracetamol cada 6 horas (15 mg. X Kg. de peso x dosis), hasta que cese la fiebre alta.	El objetivo es evitar el posible desencadenamiento de una convulsión. Adicionalmente evitar las molestias propias de la fiebre alta.
Si la fiebre es baja (37.6° - 38.4° axilar)	Aplicación de medios físicos. No administrar Paracetamol.	Efectuar una exigente evaluación por la probabilidad de infección sistémica.

En el menor de 2 meses:

TEMPERATURA	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
La fiebre puede ser un signo de peligro.	Aplicación de medios físicos. No administrar Paracetamol.	Efectuar una exigente evaluación por la probabilidad de infección sistémica

6.4.2.2 Continuidad de la alimentación:

Como regla general al niño con IRA se le debe continuar dando sus alimentos habituales, a fin de prevenir la desnutrición.

Si el niño es menor de 6 meses o aún no ha iniciado su alimentación complementaria, alentar a la madre a amamantarlo con frecuencia.

6.4.2.3 Aumento de la ingesta de líquidos:

El niño con IRA pierde más líquidos que lo normal, a través de secreciones incrementadas, pérdidas insensibles y especialmente si tiene fiebre. Se debe reponer estas pérdidas adicionales, para mantener una adecuada hidratación del



organismo.

6.4.2.4 Alivio del dolor de garganta y/o la tos con remedios caseros:

La madre puede aliviar el dolor de garganta del niño y controlar la tos, dándole productos caseros como té con azúcar o con miel. También puede usar un remedio comercial, que no contenga algún ingrediente nocivo, como Paracetamol (15mg. x Kg. de peso x dosis, cada 6 horas). Evitar el uso de antitusivos, expectorantes, etc.

6.4.2.5 Limpieza de las fosas nasales:

Proceda a la limpieza de las fosas nasales, usando una tela suave, si la presencia de secreción interfiere con la alimentación o el sueño. Si la obstrucción es debido a mucosidad seca o espesa y pegajosa, aplicar en las fosas nasales una solución de agua con sal (media cucharadita de sal en media taza de agua) o solución fisiológica al 9 o/oo: 2 gotas en cada fosa nasal (esto consigue ablandar la mucosidad) con una frecuencia según el grado de obstrucción y limpieza a los 10 minutos.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

En este cuadro básicamente se administra medicación para alivio sintomático. Dependerán de los medicamentos a utilizar, sobre todo del tipo de reacciones alérgicas o molestias gastrointestinales.

6.4.4 Signos de alarma

Observar al niño por la posibilidad que desarrolle alguna manifestación de empeoramiento, en cuyo caso deberá trasladarlo rápidamente al servicio de salud más cercano

- Respira con dificultad
- Respira rápidamente
- Presenta hundimiento en la parte inferior del tórax o entre las costillas al respirar.
- No puede beber
- Presenta somnolencia anormal.
- La salud del niño empeora.

6.4.4 Criterios de alta

Alivio sintomático y ausencia de complicaciones y/o signos de alarma.



6.4.5 Pronostico

Bueno, salvo complicaciones o pacientes inmunodeprimidos.

6.5 COMPLICACIONES:

- Sobreinfección bacteriana.
- Desencadenamiento de fenómenos alérgicos.
- La más frecuente es la otitis media aguda favorecida por una trompa de Eustaquio, más corta y más ancha en el lactante lo que facilita la contaminación del oído medio.
- Otra complicación es la adenoiditis en el lactante, favorecida por un anillo de Waldeyer hiperplásico.
- En el escolar, la complicación más frecuente es la sinusitis. El mal uso de los antibióticos suprime la flora bacteriana normal lo que permite la sobreinfección con agentes patógenos

Considerando la evolución normal del resfrío común, se debe poner atención a la persistencia o reaparición de fiebre más allá del cuarto día, prolongación más allá de 7 días de la etapa purulenta de la rinorrea y falta de tendencia a la mejoría a partir del quinto día de evolución, hechos que pueden indicar sobreinfección del cuadro.

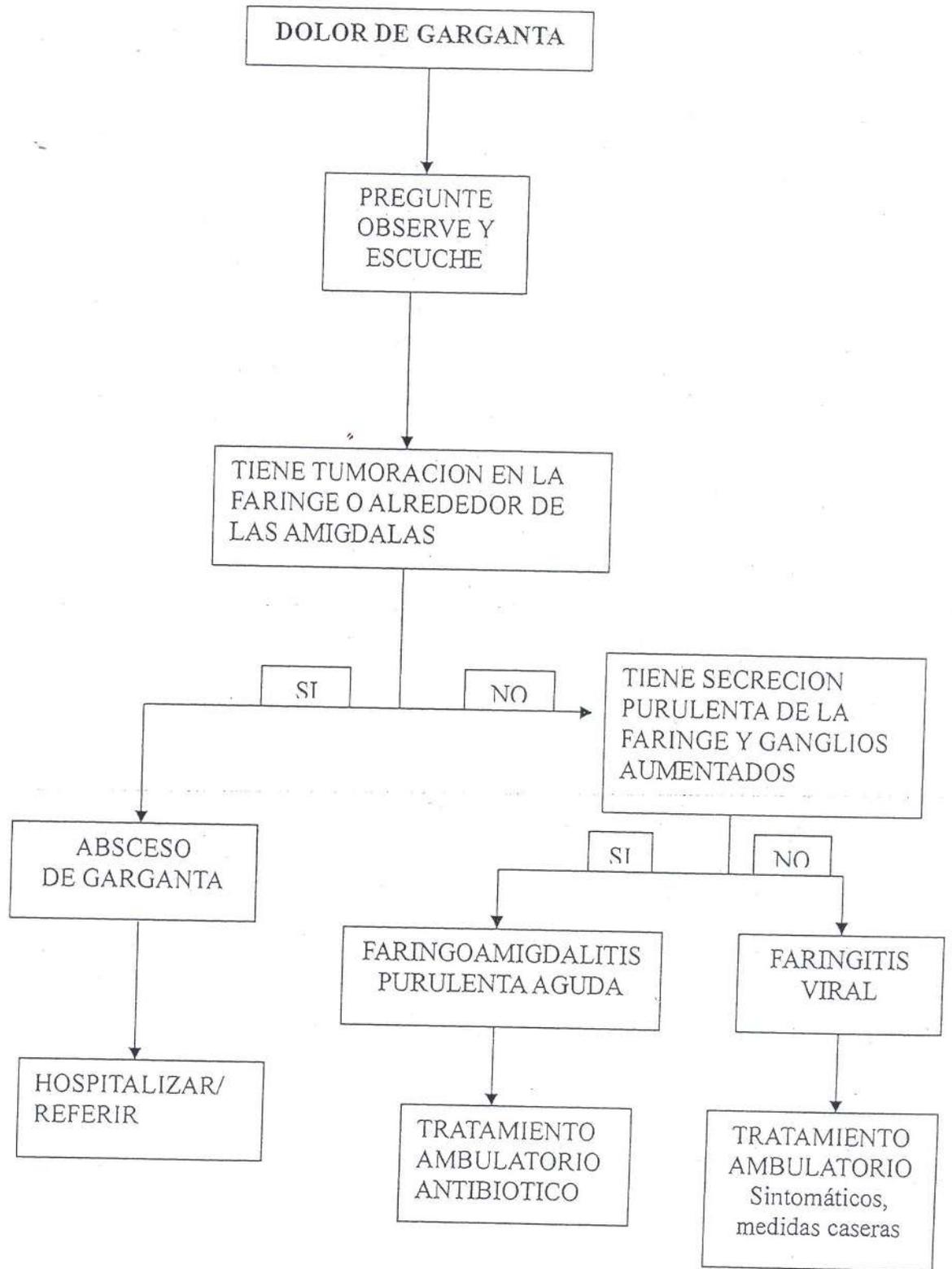
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Se manejará en el primer nivel.

Referencia a Instituciones de nivel II, III por complicaciones.



6.7 FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS:

Etiología del resfrío común

El resfriado común es una infección viral del tracto respiratorio superior. En total más de 200 tipos virales serológicamente diferentes causan resfriados. El virus más frecuentemente implicado es un rinovirus (30-50%), un tipo de picornavirus con 99 serotipos conocidos. Otros virus implicados incluyen: los coronavirus (10-15%), virus influenza (5-15%), los virus parainfluenza humano, y los virus sincitial respiratorio, adenovirus, enterovirus, y metapneumovirus.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Avendaño LF. Resfrío común, influenza y otras infecciones respiratorias virales. En: Meneghello J. Pediatría. 5ª edición, editorial Médica Panamericana 1997, 1264-8. OMS. Infecciones respiratorias agudas. WHO/ARI/90-17
2. Organización Panamericana de la Salud/OMS. Curso de capacitación sobre organización de las acciones de control de infección respiratorias agudas, PNSP/90-03. Vol. 1 a 5, junio de 1990.
3. Organización Panamericana de la Salud/OMS, implantación, monitoreo y seguimiento de las acciones de control de las IRA en el contexto de la atención integral de niño. Indicadores Seleccionados según las Metas de la Cumbre en favor de la Infancia. HPM/ARI/05-92
4. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños. Publicación Científica número 493, 1985.
5. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños. Tratamiento de casos en hospitales pequeños. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No 24, 1992.



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE OTITIS MEDIA CRONICA

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es servir y orientar al personal de otorrinolaringología para tomar decisiones terapéuticas al seleccionar varias terapias alternativas, no pretendiendo reemplazar el criterio clínico, sino mas bien ofrecer las herramientas necesarias que le permitan tomar las mejores decisiones racionales.

II. OBJETIVO

- Diagnosticar y tratar en forma electiva y oportuna las OTITIS MEDIAS CRONICAS.
- Utilizar esquemas terapéuticos estandarizados.
- Evitar las complicaciones por esta entidad, otomastoiditis petrositis, laberintitis, meningitis aguda, parálisis facial, tromboflebitis cerebral.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Las recomendaciones contenidas en la presente guía basada en la evidencia son aplicables a todo paciente evaluado en el ámbito de atención primaria o de urgencias hospitalarias autoreferidas, y consulta externa con riesgo de padecer OTITIS MEDIAS o con manifestaciones compatibles con dicha enfermedad.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 NOMBRE: OTITIS MEDIA CRONICA (OMC)

CODIGO: H66.3 / H70.1 / H71.X



V. CONSIDERACIONES GENERALES

- 5.1 **DEFINICIÓN:** La otitis media crónica (OMC) es cualquier cambio estructural del oído medio asociado con defectos permanentes en la membrana timpánica (MT). Usualmente, pero no siempre está asociado a una inflamación de la mucosa de oído medio, el cual puede involucrar a las células mastoides. La condición es considerado crónico si el periodo es mayor a 3 meses.
- 5.2 **ETIOLOGÍA:** Aunque varios episodios de OMA pueden preceder a OMC, los microorganismos responsables para cada diagnóstico difieren considerablemente. Los gérmenes aerobios aislados en OMC con frecuencia son *Staphilococcus aureus* y *Pseudomona aeruginosa*. Y entre los anaerobios destacan *Fusobacterium* sp, *Prevotella*, *Bacteroides fragilis*, y *Porphyromonas*.
- 5.3 **FISIOPATOLOGÍA:** La OMC es un proceso insidioso, y los pacientes tienden a presentar una enfermedad de largo plazo. Como resultado, la etiología y el curso natural de este proceso es obscuro, aunque existen varias teorías que han sido desarrolladas.
La disfunción de la trompa de Eustaquio provoca inflamación crónica y presión negativa del oído medio, retracciones de la pars flácida y alteraciones en la migración celular.
- 5.4 **ASPECTOS EPIDIDOMOLÓGICOS:** La OMC es una enfermedad asociada a poblaciones en sobre crecimiento, casas prefabricadas con alta exposición al humo de cigarro, estándares de salubridad y hábitos alimentarios pobres.
- 5.5 **FACTORES DE RIESGO ASOCIADO**
- 5.5.1 **Medio Ambiente:** La inadecuada ingestión de nutrientes como una disfunción del sistema inmunológico y, por tanto, una mayor susceptibilidad a las infecciones. Tóxicos como el tabaco o los contaminantes industriales provocan alteraciones histológicas en la mucosa de fosas nasales y oídos, dando como consecuencia una hipoventilación (por obstrucción) y un entorpecimiento del transporte mucociliar.
- 5.5.2 **Estilos de vida:** Manipulación ótica, ingreso de líquidos al oído perforado, hacinamiento, tabaquismo, alcoholismo.
- 5.5.3 **Factores Anatómicas:** Entre estos factores es preciso tener en cuenta siempre las alteraciones traumáticas o tumorales del área craneofacial, y las provocadas incluso por las cirugías empleadas para su reparación.



VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

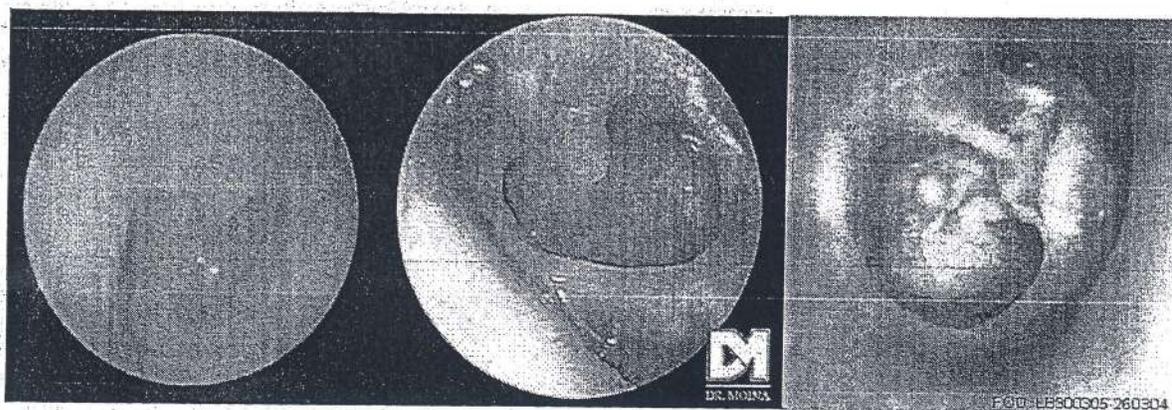
6.1.1 Signos y Síntomas:

Los síntomas primordiales en la OMC son la otorrea y la hipoacusia. El dolor es inusual en la OMC e indica una otitis externa reactiva o indica la posibilidad del desarrollo de una complicación intracraneal o intratemporal. La naturaleza de la otorrea es útil en la descripción del tipo específico de OMC. Un drenaje mucoso, profuso e intermitente es comúnmente visto en OMC simple. Una otorrea escasa pero persistente, purulenta y con olor fétido está asociado a OMC colestomatosa. Un drenaje sanguinolento es frecuente en un tejido de granulación o pólipos. Mediante otoscopia u otomicroscopía se debe detallar las características de la perforación timpánica. Usualmente la OMC simple está asociada con una perforación central, mientras la OMC con colestatoma es común observar defectos en la pars flácida o una perforación marginal.

6.1.2 Interacción cronológica

La otitis media crónica es una patología de larga evolución, es habitual que pueda ser secuela de una OMA que puede no haber remitido completamente teniendo una alteración de fondo como una disfunción tubaria. La permanencia de una perforación timpánica por secuela de una OMA o por una ruptura traumática por más de tres meses desencadena una OMC.

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías.



MT normal

MT con perforación central

MT con colestomatoso

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

El diagnóstico es predominantemente clínico y examen físico mediante otoscopia y/u otomicroscopía asociado a los exámenes de imágenes auxiliares. Aproximadamente la tercera parte de individuos con OMC son diagnosticados incidentalmente durante un examen general de rutina.



6.2.2 Diagnóstico Diferencial

Entre los cuadros que pueden cursar con otorrea tenemos a:

- Granuloma del CAE.
- Otitis Externa Micótica.
- Otitis Externa Recidivante.
- Otitis Externa Eczematosa.
- Tumores de conducto u oído medio.

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica: Estudio bacteriológico. Y además se realizan exámenes pre-operatorios de rutina para el momento de la intervención quirúrgica.

6.3.2 De Imágenes: Se pueden realizar radiografías con incidencia en mastoides. La tomografía axial computada (TAC) es de gran utilidad para la observación de estructuras internas.

6.3.3 De Exámenes Especializados Complementarios

Se puede contar con ayuda de la otomicroscopía, otoscopia neumática, timpanometría y Audiometría.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Limpieza externa de secreciones, la intervención requiere múltiples aspiración de secreciones. La principal meta es remover los múltiples detritus del CAE, membrana timpánica y caja timpánica para que el antibiótico tópico pueda tener una buena penetración en la mucosa del oído medio. Para pacientes con colesteatoma la meta es minimizar el tejido de granulación y quizá lograr un oído seco previo a la intervención quirúrgica.

Los pacientes con perforación timpánica deben ser instruidos en que deben mantener sus conductos y oídos medio secos.

El manejo ambulatorio se realiza en hospitales de nivel I-II-III hasta cuando se indique tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico especializado se realiza en hospital nivel III-IV.

6.4.2 Terapéutica

El tratamiento tópico con antibióticos tales como ciprofloxacino y ofloxacino han ganado popularidad por sus propiedades anti pseudomonas, resistencia bacteriana mínima, pérdida de ototoxicidad, y la vía de administración oral. Por la vía sistémica se recomienda el ciprofloxacino, Amoxicilina + ac. Clavulánico, ampicilina + sulbactan o levofloxacino. Con este tratamiento no se pretende desplazar el tratamiento quirúrgico sino buscar una erradicación de la infección para obtener mejores resultados post operatorios.

La meta del tratamiento quirúrgico consiste en erradicar la enfermedad y obtener un oído seco y seguro. La restauración de la hipoacusia es una consideración secundaria. Hay numerosas técnicas quirúrgicas para la OMC, el procedimiento de elección dependerá del la naturaleza y extensión de la enfermedad, así como el entrenamiento y experiencia del cirujano.



Las técnicas empleadas con mayor frecuencia son:

- Miringoplastia.
- Timpanoplastia.
- Canaloplastia.
- Osiculoplastia.
- Mastoidectomia radical.
- Mastoidectomia modificada.
- Aticotomia.
- Aticoantrostomia.
- Meatoplastia.

6.4.3 Efectos Adversos

Depende de cada medicamento utilizado y pueden ser muy diversos.

6.4.4 Signos de Alarma

- Cefalea intensa
- Síntomas neurológicos centrales
- Compromiso del VIII par (vértigo)
- Compromiso del VII par (paresia, parálisis)

6.4.5 Criterios de alta

Paciente requiere un tratamiento quirúrgico de por medio. El alta hospitalaria se da al día siguiente de la intervención quirúrgica, siempre y cuando no exista alguna complicación. El alta por consultorio externo se realiza dependiendo de la evolución post operatoria, para controlar la cicatrización, la adhesión del injerto colocado o el control de la otorrea en el caso de haber corregido la infección en el acto operatorio.

6.4.6 Pronóstico

Pronóstico variable dependiendo del grado de afectación del oído medio o si tiene alguna complicación de per se o post operatoria.



6.5 COMPLICACIONES (VER ANEXOS)

INTRATEMPORALES

- Mastoiditis.
- Petrositis.
- Laberintitis.
- Parálisis Facial.

INTRACRANEALES

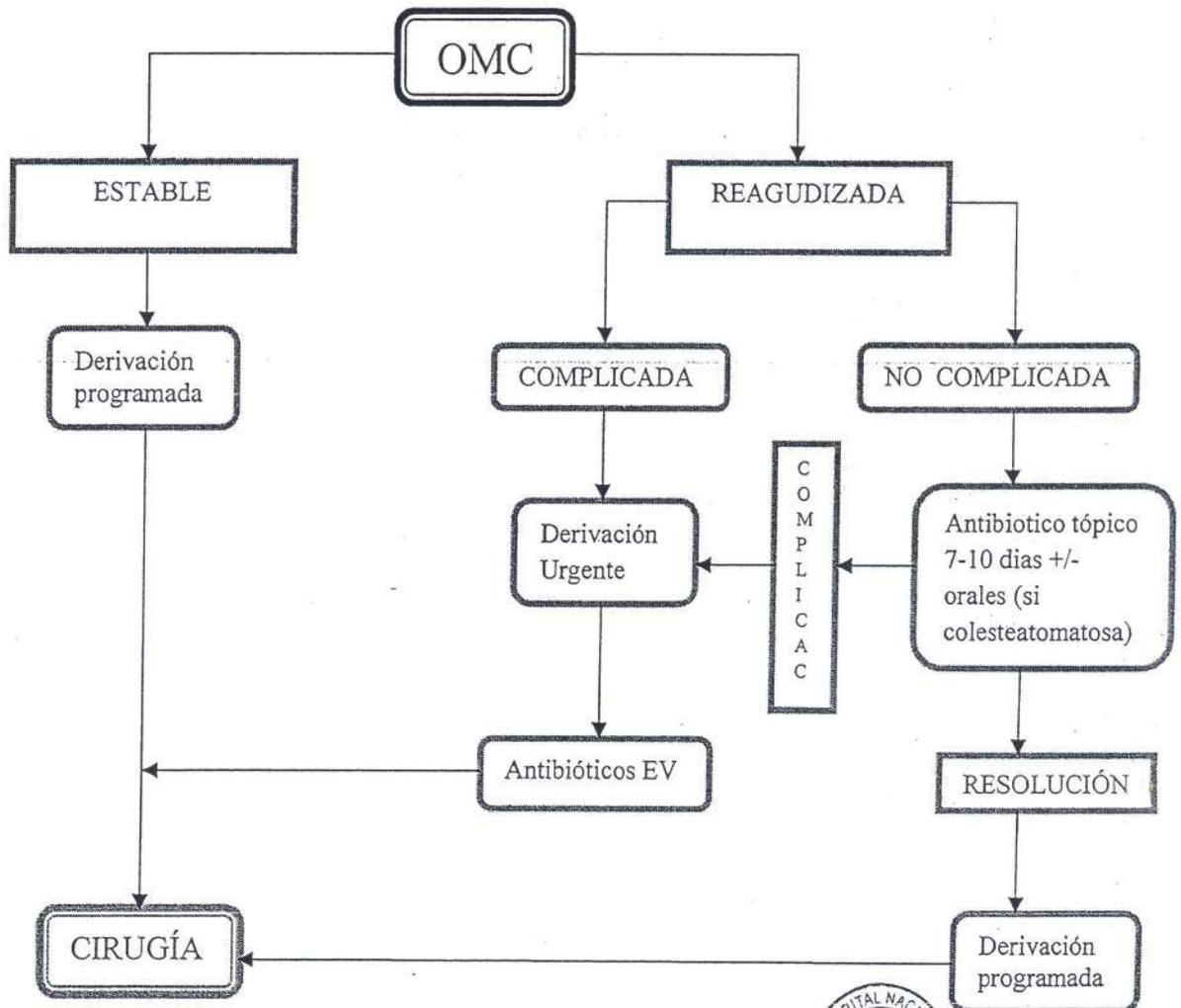
- Meningitis
- Abscesos
- Tromboflebitis seno Caveroso

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA: Nivel IV al Servicio de ORL para manejo de complicaciones y para intervención quirúrgica en la mayoría de los casos:

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

6.7 FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS

COMPLICACIÓN	SINTOMA ORIENTATIVO
INTRACRANEAL	
Parálisis Facial	Disminución o pérdida de la movilidad hemifacial y de la simetría, afectando tanto al nivel inferior como al superior (ramas frontales y oculares)
Laberintitis	Episodio único de vértigo de horas o días de duración (con inestabilidad posterior) acompañado de pérdida de audición
Fistula Perilinfática	Episodios repetidos de vértigo de segundos o minutos de duración, acompañados de pérdida fluctuante y progresiva de audición
EXTRACRANEALES	
Meningitis	Cefalea, fiebre, vómitos
Encefalitis	Cefalea, fiebre, alteración del estado de conciencia
Absceso cerebral	Cefalea retroocular
Empiema subdural	Cefalea y fiebre insidiosas y progresivas
Absceso extradural	Cefalea temporal continua
Tromboflebitis del seno lateral	Dolor e inflamación de la punta de la mastoides (signo de Griesinger) y fiebre alta

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Otitis media crónica en el adulto. *Gabriel Trinidad Ruiz*. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. Extremadura. Marzo 2011.
- Consensus panel report. Use of ototopical antibiotics in treating 3 common ear diseases. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2000; 122: 934-940.
- Bernáldez P, Morales G, Quantin L, Hernández C, Litterio M. Otitis media crónica supurada en niños. *Arch argent pediatr* 2004; 102(3): 174-179.
- Etiología y consideraciones terapéuticas en otitis media crónica. Análisis de un período de 5 años. I. de Miguel Martínez1, C. del Rosario Quintanal, *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005; 56: 459-462.
- Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. 16th ed. United States. 2003.
- Otitis media crónica en el adulto. *Rinidad Ruiz, Gabriel*. Publicado en Jano.2011; 00 :62-8 - vol.00 núm 1769. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. Extremadura.



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE OTITIS MEDIA AGUDA

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es servir y orientar al personal de otorrinolaringología para tomar decisiones terapéuticas al seleccionar varias terapias alternativas, no pretendiendo reemplazar el criterio clínico, sino mas bien ofrecer las herramientas necesarias que le permitan tomar las mejores decisiones racionales.

II. OBJETIVO

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

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Las recomendaciones contenidas en la presente guía basada en la evidencia son aplicables a los niños con edad superior a 6 semanas y hasta los 18 años, atendidos en el ámbito de atención primaria o de urgencias hospitalarias autoreferidas, con riesgo de padecer OTITIS MEDIAS o con manifestaciones compatibles con dicha enfermedad.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 NOMBRE: OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

CODIGO: H65 / H65.1 / H66.0



V. CONSIDERACIONES GENERALES

- 5.1 DEFINICION: La otitis media aguda (OMA) es la inflamación del oído medio con o sin perforación timpánica y puede afectar, como estructuras asociadas, a la caja timpánica, la trompa de Eustaquio y la mastoides. Se define como otitis media aguda cuando el cuadro clínico no tiene evolución de más de tres semanas.
- 5.2 ETIOLOGIA: Los agentes bacterianos que con más frecuencia se aíslan en el exudado de OMA en estudios multinacionales son *Streptococcus Pneumoniae* (30%), *Haemophilus influenzae* (17%) y *Moraxella Catarralis* (4%). En conjunto, con los medios actuales de diagnostico, las bacterias se aíslan como agente etiológico en aproximadamente el 55% de los casos. Otros patógenos menos habituales son *Streptococcus pyogenes*, *Staphilococcus aureus* y mas excepcionalmente, bacilos anaerobios y Gram negativos como *E. coli* y *Pseudomonas aeruginosa*. Se acepta que la infección vírica de vías respiratorias es un factor favorecedor de la OMA, aunque se discute el papel etiológico de los virus, considerándose a la OMA como un proceso fundamentalmente bacteriano.
- 5.3 FISIOPATOLOGIA: El oído medio comunica con nasofaringe a través de la trompa de Eustaquio. Su obstrucción por causas inflamatorias infecciosas o alérgicas, condiciona la retención de secreciones en oído medio y celdillas mastoideas, favoreciendo la proliferación bacteriana.
- 5.4 ASPECTOS EPIDIOMOLOGICOS: La OMA es una enfermedad propia de lactantes y niños pequeños. Se calcula que a la edad de 5 años más del 90% de los niños han sufrido algún episodio de OMA y un 30% tiene OMA recurrente.
- 5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO
- 5.5.1 Medio Ambiente: La asistencia a guarderías es un factor de riesgo para contraer OMA y para contraer patógenos resistentes. El contacto intimo y mantenido entre los niños y la permanencia en lugares cerrados facilitan esta predisposición. El humo de tabaco ambiental es otro factor predisponente para padecer todo tipo de infección respiratoria en la infancia. Por otro lado en los meses de frio es más fácil contraer OMA.
- 5.5.2 Estilos de vida: La presencia de agentes antinfecciosos en la leche materna y posiblemente, la menor asistencia a guarderías de niños alimentados a pecho son factores protectores de la lactancia natural.



5.5.3 Factores Hereditarios: El antecedente de tener un hermano con historia de OMA recurrente aumenta el riesgo de padecer la enfermedad. Seguramente este factor esta en relación a la constitución hereditaria de la trompa de Eustaquio.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1 Signos y Síntomas:

Si bien es cierto el síntoma más importante y específico es la otalgia o sus equivalentes en lactantes (irritabilidad, tracción del pabellón), éste no es patognomónico del OMA. Además se pueden presentar fiebre, cefalea, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea. Cuando la membrana timpánica se perfora, puede apreciarse la salida de secreción, purulenta o sanguinolenta, a través del conducto auditivo externo, con lo cual disminuye o desaparece el dolor.

6.1.2 Interacción Cronológica:

La OMA suele aparecer habitualmente a los pocos días del inicio de un resfriado común, aunque puede presentarse súbitamente, sin signos catarrales previos o cuando la infección respiratoria pareció resuelta.

6.1.3 Gráfico, diagramas, fotografías

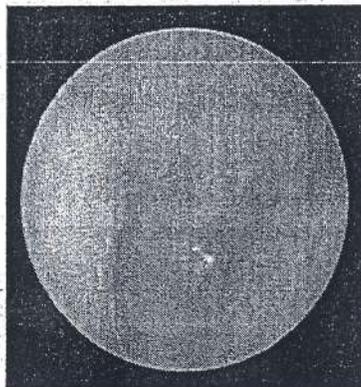
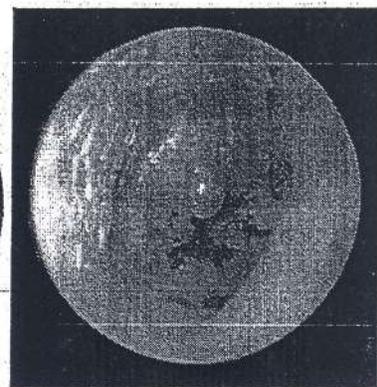


Imagen MT normal



Imagenes MT congestiva por OMA



6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

El diagnóstico es predominantemente clínico y los estudios de laboratorio y gabinete no sustituyen al interrogatorio y a la exploración física. El diagnóstico de OMA consiste en establecer la presencia de secreción en oído medio mediante otoscopia simple o otoscopia neumática, además de constatar la presencia de por lo menos un signo o síntoma de enfermedad aguda.



6.2.2 Diagnóstico Diferencial

Entre los cuadros que pueden cursar con otalgia u otorrea tenemos a:

- Otitis Externa Difusa.
- Otitis Externa Forunculosa.
- Otitis Externa Micótica.
- Erisipela.
- Otitis Externa Eczematosa.
- Tumores de conducto u oído medio.
- Cuerpos Extraños.

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica: Se puede realizar una miringocentesis para extraer secreción de la caja timpánica para estudio bacteriológico o viral para cultivo y antibiograma.

6.3.2 De Imágenes: No son indispensables.

6.3.3 De Exámenes Especializados Complementarios
Se puede contar con ayuda de la otomicroscopía, otoscopia neumática, timpanometría y Audiometría.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Limpieza externa de secreciones, aspiración de secreciones (en perforaciones).
No utilizar hisopos por peligro de mayor daño de la membrana timpánica.

Miringocentesis para drenaje y control del dolor en fase supurativa.

6.4.2 Terapéutica

El tratamiento en todos los casos es la analgesia, y en la mayoría de los casos es suficiente con ibuprofeno (10mg/Kg/dosis), paracetamol (15mg/Kg/dosis) o metamizol (15mg/Kg/dosis).

El tratamiento de un niño con OMA plantea dos alternativas: Observar por 48 – 72 horas con sintomáticos o tratar de un inicio con antibióticos. Esta decisión está basada en la edad del niño, certeza del diagnóstico, severidad de la enfermedad y seguridad de poder hacer un seguimiento.

El fármaco de elección es la Amoxicilina 80 – 90 mg/Kg/día por 7 a 10 días. Fármacos alternativos pueden ser la Amoxicilina + Ac. Clavulánico. Si el paciente es alérgico a la penicilina puede utilizar Cefuroxima 30mg/Kg/día en dos dosis, Cefpodoxima 10mg/Kg/día una dosis, Cefdinir 14mg/Kg/día una o dos dosis. En casos de paciente intrahospitalario o intolerancia oral una alternativa es la Ceftriazona. (Ver dosis de fármacos en anexos).

El rol de *S. pneumoniae* resistente a PNC en las eventuales fallas de tratamiento en infecciones respiratorias ha sido la principal causa esgrimida, con o sin sustento microbiológico, para indicar otros antimicrobianos, tales como cefalosporinas de segunda y tercera generación de uso oral, de amoxicilina (AMX) + inhibidores de β lactamasas y de macrólidos, considerando, como es tradicional, que la resistencia a PNC implica resistencia a otros antimicrobianos del mismo grupo, incluida la AMX.



6.4.3 Efectos Adversos

Depende de cada medicamento utilizado.

6.4.4 Signos de Alarma

- Cefalea intensa
- Síntomas neurológicos centrales
- Compromiso del VIII par (vértigo)
- Compromiso del VII par (paresia, parálisis)

6.4.5 Criterios de alta

Hay controversia respecto a la duración óptima del tratamiento. Al comparar 5 días de antibioterapia con 7-10 días, la pauta larga resultó discretamente más eficaz al final del tratamiento, pero a los 20-30 días ambos eran similares. El alta esta indicada cuando el paciente remite los síntomas y se evidencia una mejoría clínica en la otoscopia.

6.4.6 Pronóstico

El pronóstico en la mayoría de los pacientes es gratamente favorable y el cuadro suele remitir por completo.

6.5 COMPLICACIONES

INTRATEMPORALES

- Mastoiditis: La más frecuente
- Petrositis: otorrea, dolor retroocular, diplopía (VI par)
- Laberintitis: Hipoacusia Neurosensorial, vértigo y nistagmus.
- Parálisis Facial: Más frecuente en niños

INTRACRANEALES

- Meningitis
- Abscesos
- Tromboflebitis seno Cavernoso

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

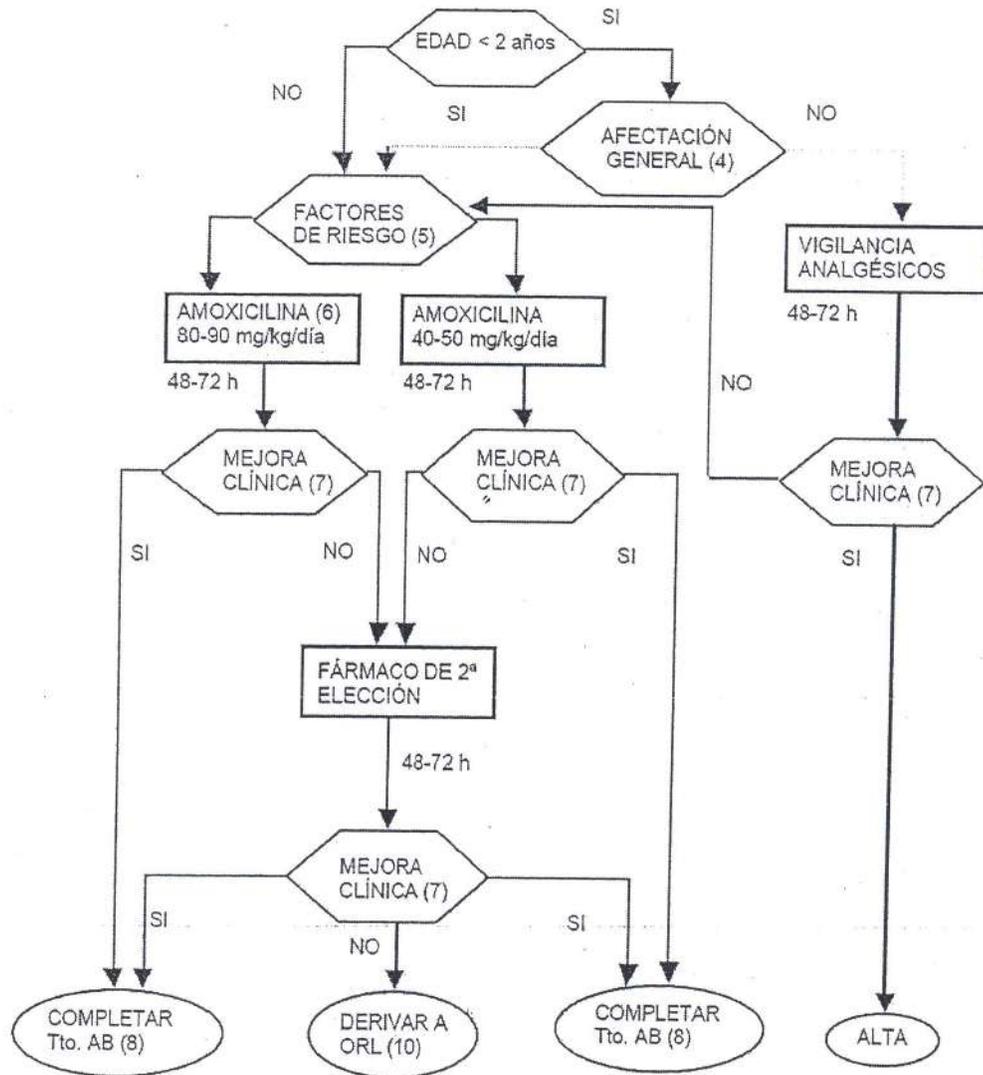
REFERENCIA: Nivel II, III Al Servicio de ORL (con capacidad de resolución en caso de:

1. Otomicroscopía.
2. Falta de respuesta al tratamiento.
3. Ruptura timpánica.
4. Complicación con mastoiditis.
5. Presencia de colesteatoma



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

6.7 FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS

ANTIBIOTICOS	DOSIS	DURACION	OBSERVACIONES
AMOXICILINA	80-90 mg/Kg/día	6-7 días en no complicadas 10 días en complicadas	Niños mayores de 2 años
AMOXICILINA + AC. CLAVULANIC	90 mg/Kg/día 6.4 mg/Kg/ día	6-7 días en no complicadas 10 días en complicadas	Resistencia antibiologica
CEFTRIAZONA	50 mg/Kg/ día	1-3 días	Situaciones severas
CEFUROXIMA	30 mg/Kg/ día	6-7 días en no complicadas 10 días en complicadas	
AZITROMICINA	10 mg/Kg/ día	5 días	Alergia a PNC
CLARITROMICINA	15 mg/Kg/ día	5-7 días	Alergia a PNC

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Subcomité on management of acute Otitis Media, American Academy of Pediatrics and American Academy of family Physicians – Clinical practice Guideline – Diagnosis and Management of Acute otitis Media, Pediatrics Vol. 113 N°5 Mayo 2004.
2. Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. 16th ed. United States. 2003.
3. Ministerios de Salud. Hospital Santa Rosa Departamento de Pediatría / Servicio de Medicina Pediátrica / 2010. GUIAS DE PRACTICA CLINICA.
4. Otitis media aguda. *F. del Castillo Martín, F. Baquero Artigao, M.J. García Miguel, A. Méndez Echevarría.* Unidad de Infectología Pediátrica. Servicio de Pediatría General. Hospital Infantil La Paz. Madrid. 2009.
5. Otitis media aguda. Diagnóstico y tratamiento *M. Elena Santolaya de P.* Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile. Rev Chil Infect 2007; 24 (4):297-300.
6. Manejo de la Otitis Media en la Infancia. Guía de práctica clínica Basada en la evidencia. Pedro Martin Muñoz, Juan Ruiz-Canela Cáceres. Sevilla, España. 2000.
7. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. Del Castillo Martín F, Baquero Artigao F, de la Calle Cabrera T, López Robles MV, Ruiz Canela J, Alfayate Miguélez S y cols. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; 14:195-205.

