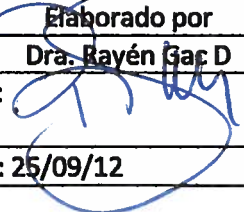

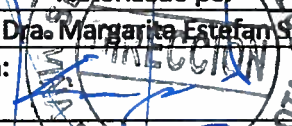
	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-URG 40
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE URGENCIAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ALTAS	F. Emisión : 25/09/12
		F. Revisión : 25/09/15
	Página 1 de 10	

PROTOCOLO

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ALTAS

EN EL ADULTO

AÑO 2012

Elaborado por Dra. Rayén Gac D	Revisado por Dr. Francisco Armijo B	Autorizado por Dra. Margarita Estefan S
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Fecha: 25/09/12	Fecha: 26/09/12	Fecha: 26/09/12



1. **Introducción:** Las enfermedades respiratorias constituye una frecuente causal de consulta en Unidades de Urgencia Hospitalarias, Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), Servicios de Urgencia Rural (SUR) y consulta electiva en los Centros de Salud.

2. **Objetivo:** Definir y estandarizar criterios diagnósticos y terapéuticos de las patologías respiratorias altas del adulto, con el fin de uniformar conductas, optimizar la resolutiveidad en cada dispositivo y finalmente mejorar la seguridad y calidad de atención de los usuarios consultantes.

3. **Alcance:**
 - 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU y SUR
 - 3.2. Equipo de Salud de Centros de Salud Atención Primaria
 - 3.3. Equipos de Salud Unidades de Urgencia Hospitalarias

4. **Responsabilidad:**
 - 4.1. Directores Centros de Salud Atención Primaria
 - 4.2. Jefes de SAPU y SUR
 - 4.3. Jefes de Unidades de Urgencia Hospitalarias

5. **Bibliografía:**
 - 5.1. Beltrán, M Constanza. Apuntes de otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
 - 5.2. Caro, Jorge. Apuntes de otorrinolaringología, Patología del Oído Medio, Pontificia Universidad Católica de Chile.
 - 5.3. Fonseca, Ximena. Apuntes de otorrinolaringología, Rinosinusitis, Pontificia Universidad Católica de Chile.
 - 5.4. MINSAL, Manual de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto.

Definición: Infección respiratoria alta, son todas las afecciones que comprometen el aparato respiratorio por sobre el nivel anatómico de la carina traqueal (nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senosparanasales), no obstante la mucosas del tracto respiratorio superior es continua por lo que una infección en cualquiera de sus sectores puede propagarse hacia sus sectores inferiores. En general representan un menor riesgo vital que las afecciones que comprometen los niveles anatómicos bajos (enfermedades respiratorias bajas que incluyen la Bronquitis y las Neumonías), a excepción de la Laringitis obstructiva, que es un cuadro poco frecuente en el adulto. Habitualmente el agente etiológico más frecuente es el viral, predominando los rinovirus (35%), virus influenza A y B (30%), virus parainfluenza (12%), virus sincicial respiratorio (11%) y adenovirus (8%), siendo los mecanismo de contagio más frecuentes la inhalación de aerosoles o microgotas con gérmenes e inoculación en las mucosas nasal, ocular o cavidad oral de secreciones infectadas transportadas por las manos.

RESFRIO COMUN:

Enfermedad generalmente leve y de corta duración, que produce síntomas de la vía aérea superior especialmente rinorrea. Suele también aparecer malestar general, prurito ocular y otalgia discretas. Se caracterizado por leve compromiso del estado general, congestión nasal, coriza, tos seca y escasa, fiebre ausente o habitualmente leve. Al examen físico es posible encontrar congestión ocular, estridor nasal, rinorrea serosa o mucosa, faringe congestiva.

No requiere de apoyo de laboratorio y pueden coexistir o complicarla: Faringitis aguda; Sinusitis aguda; Laringitis; Traqueítis; Otitis media; Bronquitis e incluso Neumonía. En su génesis se han identificado más de 200 agentes etiológicos, predominando los rinovirus entre los agentes identificados.

De curso habitualmente benigno, no existen terapéutica ni medidas preventivas específicas siendo el tratamiento sintomático, con una duración promedio entre 2 a 5 días

Diagnóstico:

Eminentemente clínico, la principal preocupación deberá ser la de obtener la máxima certeza posible para descartar una complicación o para hacer diagnóstico diferencial con una afección bacteriana de la vía respiratoria superior o inferior,

Tratamiento:

Por ser una infección viral leve y autolimitada en personas con sistema inmunitario normal, no requiere tratamiento específico, siendo este más bien sintomático. No corresponde el uso de antibióticos, ya que no logran acortar la evolución ni prevenir las complicaciones bacterianas.

FARINGITIS AGUDA Y AMIGDALITIS AGUDA:

La mayoría de las faringo amigdalitis son virales, pero a diferencia de lo que ocurre con laringitis, también puede ser de etiología bacteriana y es especialmente importante diferenciar unas de las otras.

El cuadro clínico viral se caracteriza por catarro respiratorio alto/bajo, mucosa faríngea eritematosa/granular, por lo general ausencia exudado amigdalino (excepto VEB, adenovirus, CMV), presencia de úlceras y vesículas (enterovirus, virus herpes simples).

Habitualmente el paciente acusa dolor en la región faríngea, que se acentúa en la deglución, a veces hay tos irritativa.

La etiología estreptocócica se encuentra en aproximadamente el 30% de las faringoamigdalitis, destacando en la historia clínica y examen fiebre, dolor abdominal / vómitos, odinofagia, ausencia de catarro naso-traqueo-bronquial, exantema escarlatíniforme, adenitis submaxilar sensible, glositis/ saburra blanquecina, hiperemia facial, petequias palatinas, exudado amigdalino, cefalea/ mialgias.

Diagnóstico diferencial:

Mononucleosis infecciosa, herpangina, leucemia, adenovirus, tonsilolitiasis, sarampión, difteria

Tratamiento:

Los antibióticos benefician exclusivamente a los cuadros de etiología bacteriana, para cuya identificación se han recomendado precisar la existencia de a lo menos 3 de los siguientes 4 criterios clínicos: 1) Fiebre, 2) Exudado amigdalino, 3) Ausencia de tos, 4) Linfadenopatías cervicales sensibles.

Dada su demora, no se recomienda efectuarse cultivo faríngeo para iniciar la terapia. El tratamiento de elección es la Penicilina Benzatina - 1.200.000 Unidades (peso superior a 27 kilos) por una sola vez o Eritromicina – comprimidos 500 mg c/6 horas durante 10 días en casos de alergia.

El uso de antibióticos junto a prevenir las complicaciones supuradas (absceso periamigdalino, adenoflegmón de cuello) y no supuradas (enfermedad reumática, glomerulonefritis postestreptocócica), acorta el período sintomático de la enfermedad y evita el estado de portador.

RINOSINUSITIS

Definición:

Rinosinusitis se define como una condición manifestada como una respuesta inflamatoria que compromete las membranas mucosas de la nariz, los senos paranasales, los líquidos que están dentro de estas cavidades y/o del hueso subyacente.

En general se dice que se trata de un resfrío, o rinosinusitis viral un cuadro que dura menos de 10 días.

Se piensa en una sobre infección bacteriana cuando hay un empeoramiento de los síntomas después de 5 días de evolución, en caso de que los síntomas sean desproporcionadamente severos a pesar de llevar pocos días, o en caso de persistencia de síntomas por más de 10 días

Va precedida de una infección viral que es la precipitante, ya que la inflamación aguda produce una obstrucción en la zona de drenaje de las cavidades paranasales, lo que secundariamente va a provocar una sobreinfección bacteriana. La obstrucción además determina el acumulo de células inflamatorias que van a determinar más daño sobre la mucosa y transporte mucociliar.

Diagnóstico:

El diagnóstico de rinosinusitis se basa en la presencia de 2 o más hechos mayores, o un hecho mayor y dos menores. El único elemento diagnóstico per se es la presencia de secreción purulenta al examen.

Hechos mayores:

- Dolor o sensación de presión facial
- Congestión facial
- Obstrucción nasal
- Rinorrea, que puede ser purulenta, o descarga posterior
- Hiposmia/anosmia
- Pus en la cavidad nasal en el examen
- Fiebre, sólo en la rinosinusitis aguda

Hechos menores:

- Cefalea
- Fiebre, en todas las no agudas
- Halitosis
- Decaimiento
- Dolor dental
- Tos
- Otagia

Estos autores señalan que la fiebre y el dolor facial no constituyen una historia sugerente de rinosinusitis en ausencia de signos y síntomas nasales.

Elementos de apoyo diagnóstico:

1. Estudio radiológico simple:

Se solicita en pacientes en los que se quiere confirmar el diagnóstico o para evaluar un tratamiento que no parece haber funcionado adecuadamente.

Tiene un uso bastante limitado, con una baja sensibilidad, lo que significa que confirma, pero no descarta el diagnóstico. También existen casos de falsos positivos. Es un examen difícil de interpretar en ocasiones debido a que pueden aparecer algunos velamientos en los cuales no se aclara la etiología de ellos.

Sirve para documentar casos de rinosinusitis aguda y para control de tratamiento médico con una radiografía basal. NO está indicada en rinosinusitis crónica.

2. Endoscopía nasal:

Examen reservado para el otorrinolaringólogo

3. TAC de cavidades paranasales:

El scanner es especialmente útil en la rinosinusitis crónica, sobre todo cuando la endoscopía es irrelevante y hay una persistencia de los síntomas. También sirve como parte del estudio previo a una cirugía para definir la anatomía.

Es útil en el diagnóstico diferencial del velamiento completo de un seno maxilar: agenesia vs sinusitis vs pólipo antrocoanal.

Tratamiento médico:

✓ Antibióticos:

La duración del tratamiento es variable, de 10 a 14 días (de preferencia 14 días si los síntomas son muy importantes). El antimicrobiano de elección es la amoxicilina

en dosis de 50 ó 80 mg/kg/día en los niños fraccionado cada 8 horas. En los adultos se recomienda 750 mg cada 8 horas. El antimicrobiano de segunda línea es amoxicilina + ácido clavulánico o cefuroximo. En general los macrólidos no tienen buenos resultados en esta patología. También se pueden utilizar como segunda o tercera línea quinolonas.

✓ **Descongestionantes tópicos:**

Oximetazolina (sólo por 5 días para evitar efecto rebote)

✓ **Descongestionantes orales:**

En el caso de pacientes muy congestionados, y asociados a algún antialérgico si existen antecedentes atópicos (recordar los efectos adversos de estos medicamentos en los niños y pacientes hipertensos).

✓ **Lavados nasales:**

Muy útiles en adultos y niños. Mantienen las fosas nasales libres, actuarían como descongestionante tópico. Se puede usar suero fisiológico o una cucharadita de sal en una taza de agua hervida tibia. Se puede instilar con jeringa. Es importante recordar que en hipertensos se debe usar agua sin sal.

✓ **Mucolíticos** Fluidifican las secreciones y colaborarían con la permeabilidad del ostium.

✓ **Antialérgicos** En los casos en que la rinitis alérgica sea la patología de base.

✓ **Corticoides tópicos** Reducen inflamación y edema. Por ejemplo: mometasona, fluticasona

OTITIS AGUDA

Definición:

Se define como tal a la infección bacteriana del oído medio. Es la forma más frecuente de OM. Su inicio es súbito, con síntomas claros y precisos, con compromiso del estado general, generalmente secundario a estado viral y con una evolución rápida y una involución lenta. Su principal síntoma es la otalgia. Otros síntomas son fiebre, irritabilidad,

vómitos y diarrea. Puede existir otorrea la que va precedida de una leve otorragia. Al producirse esto, la otalgia se alivia. Otro síntoma claro es la hipoacusia.

Etiología:

Los gérmenes más frecuentemente encontrados en la OMA son el S. Neumoniae y el H. Influenzae. La M. Catharralis es el tercer germen en frecuencia. Este último germen presenta una producción de betalactamasa cercana a un 100%. La cifra de betalactamasa del H. Influenzae es mucho menor pero aparentemente en aumento. Últimamente se han aislado en nuestro país cepas de S. Neumoniae resistentes, situación ya reportada en otros países.

Diagnóstico:

El diagnóstico de esta enfermedad se sospecha por el cuadro clínico y se confirma con la otoscopia.

En la OM aguda la membrana timpánica se observa con hiperemia, abombada a lateral y en ocasiones con vesículas en su superficie. En función del tiempo la hiperemia va desapareciendo lentamente. En ocasiones se puede apreciar una otorrea y si esta es pulsátil el diagnóstico de proceso infeccioso agudo es indiscutible. Si se aspira la otorrea es posible ver una perforación puntiforme la que desaparecerá rápidamente en algunos días. Es muy raro la secuela de perforación luego de una OMA.

La hipoacusia que acompaña al cuadro es el síntoma más tardío en desaparecer y raramente se confirma con la audiometría e impedanciometría. Estos exámenes sólo están indicados en casos de sospecha de secuelas del proceso. En aquellos casos en que se sospecha una complicación se puede solicitar estudios imagenológicos que mostraran el estado de la caja timpánica y del complejo mastoideo.

Tratamiento:

El tratamiento de la OMA es la antibióticoterapia y la analgesia.

La resistencia bacteriana en nuestro medio es baja y por esto la amoxicilina sigue siendo el antibiótico más recomendado, en dosis de 50 - 90 mg/kg/día en dos o tres dosis y durante al menos 10 días. Si a las 72 horas persiste fiebre y dolor se debe cambiar a un antibiótico de segunda línea y evaluar la necesidad de una punción timpánica para evacuar secreción y tomar cultivo. Los antibióticos a usar en este caso son amoxicilina más ácido clavulánico o cefalosporinas de segunda generación (cefuroximo). Las dosis de amoxicilina-clavulánico es igual a la amoxicilina sola y la de cefuroximo es de 30 mg/kg/día en dos dosis. El alto porcentaje de resolución espontánea demostrado por la Medicina Basada en Evidencias no es suficiente en nuestro medio para evitar el tratamiento, el que queda fundamentado para la necesidad de evitar las complicaciones. Se han publicado trabajos suecos que obligan a una observación diaria para determinar a quienes tratar, pero esta conducta no es aplicable en nuestro medio.

Es común observar un derrame intra timpánico concluido el proceso agudo. En estos casos se debe observar hasta que desaparezca el derrame.

No se recomiendan las gotas óticas ni los descongestionantes orales.



MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota
Int. N° 89 de 15.11.2013

RESOLUCIÓN EXENTA N°

6827

VIÑA DEL MAR,

28 NOV. 2013

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

- 1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al mejoramiento de la capacidad resolutive de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.
- 2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas,



planes y programas del Ministerio de Salud.

3.- El Memorandum N° 219, de fecha 21 de octubre de 2013, del Subdirector de Gestión Asistencial de este Servicio de Salud, dirigido al Departamento Jurídico del mismo Servicio, por medio del cual se solicita la elaboración de la respectiva resolución aprobatoria del Protocolo de Enfermedades Respiratorias Altas en el Adulto año 2012.

4.- El Protocolo de Enfermedades Respiratorias Altas en el Adulto año 2012, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Enfermedades Respiratorias Altas en el Adulto año 2012, en las Unidades de Urgencia Hospitalarias, Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), Servicios de Urgencia Rural y los Centros de Salud.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

PROTOCOLO ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ALTAS EN EL ADULTO AÑO 2012

1. **Introducción:** Las enfermedades respiratorias constituye una frecuente causal de consulta en Unidades de Urgencia Hospitalarias, Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), Servicios de Urgencia Rural (SUR) y consulta electiva en los Centros de Salud.
2. **Objetivo:** Definir y estandarizar criterios diagnósticos y terapéuticos de las patologías respiratorias altas del adulto, con el fin de uniformar conductas, optimizar la resolutivez en cada dispositivo y finalmente mejorar la seguridad y calidad de atención de los usuarios consultantes.
3. **Alcance:**
 - 3.1. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU y SUR
 - 3.2. Equipo de Salud de Centros de Salud Atención Primaria



3.3. Equipos de Salud Unidades de Urgencia Hospitalarias

4. **Responsabilidad:**

- 4.1. Directores Centros de Salud Atención Primaria
- 4.2. Jefes de SAPU y SUR
- 4.3. Jefes de Unidades de Urgencia Hospitalarias

5. **Bibliografía:**

- 5.1. Beltrán, M Constanza. Apuntes de otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 5.2. Caro, Jorge. Apuntes de otorrinolaringología, Patología del Oído Medio, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 5.3. Fonseca, Ximena. Apuntes de otorrinolaringología, Rinosinusitis, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 5.4. MINSAL, Manual de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto.

Definición: Infección respiratoria alta, son todas las afecciones que comprometen el aparato respiratorio por sobre el nivel anatómico de la carina traqueal (nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea, oído y senosparanasales), no obstante la mucosas del tracto respiratorio superior es continua por lo que una infección en cualquiera de sus sectores puede propagarse hacia sus sectores inferiores. En general representan un menor riesgo vital que las afecciones que comprometen los niveles anatómicos bajos (enfermedades respiratorias bajas que incluyen la Bronquitis y las Neumonías), a excepción de la Laringitis obstructiva, que es un cuadro poco frecuente en el adulto. Habitualmente el agente etiológico más frecuente es el viral, predominando los rinovirus (35%), virus influenza A y B (30%), virus parainfluenza (12%), virus sincicial respiratorio (11%) y adenovirus (8%), siendo los mecanismo de contagio más frecuentes la inhalación de aerosoles o microgotas con gérmenes e inoculación en las mucosas nasal, ocular o cavidad oral de secreciones infectadas transportadas por las manos.

RESFRIO COMUN:

Enfermedad generalmente leve y de corta duración, que produce síntomas de la vía aérea superior especialmente rinorrea. Suele también aparecer malestar general, prurito ocular y otalgia discretas. Se caracterizado por leve compromiso del estado general, congestión nasal, coriza, tos seca y escasa, fiebre ausente o habitualmente leve. Al examen físico es posible encontrar congestión ocular, estridor nasal, rinorrea serosa o mucosa, faringe congestiva.

No requiere de apoyo de laboratorio y pueden coexistir o complicarla: Faringitis aguda; Sinusitis aguda; Laringitis; Traqueítis; Otitis media; Bronquitis e incluso Neumonía. En su

génesis se han identificado más de 200 agentes etiológicos, predominando los rinovirus entre los agentes identificados.

De curso habitualmente benigno, no existen terapéutica ni medidas preventivas específicas siendo el tratamiento sintomático, con una duración promedio entre 2 a 5 días

Diagnóstico:

Eminentemente clínico, la principal preocupación deberá ser la de obtener la máxima certeza posible para descartar una complicación o para hacer diagnóstico diferencial con una afección bacteriana de la vía respiratoria superior o inferior,

Tratamiento:

Por ser una infección viral leve y autolimitada en personas con sistema inmunitario normal, no requiere tratamiento específico, siendo este más bien sintomático. No corresponde el uso de antibióticos, ya que no logran acortar la evolución ni prevenir las complicaciones bacterianas.

FARINGITIS AGUDA Y AMIGDALITIS AGUDA:

La mayoría de las faringo amigdalitis son virales, pero a diferencia de lo que ocurre con laringitis, también puede ser de etiología bacteriana y es especialmente importante diferenciar unas de las otras.

El cuadro clínico viral se caracteriza por catarro respiratorio alto/bajo, mucosa faríngea eritematosa/granular, por lo general ausencia exudado amigdalino (excepto VEB, adenovirus, CMV), presencia de úlceras y vesículas (enterovirus, virus herpes simples). Habitualmente el paciente acusa dolor en la región faríngea, que se acentúa en la deglución, a veces hay tos irritativa.

La etiología estreptocócica se encuentra en aproximadamente el 30% de las faringoamigdalitis, destacando en la historia clínica y examen fiebre, dolor abdominal / vómitos, odinofagia, ausencia de catarro naso-traqueo-bronquial, exantema escarlatiniforme, adenitis submaxilar sensible, glositis/ saburra blanquecina, hiperemia facial, petequias palatinas, exudado amigdalino, cefalea/ mialgias.

Diagnóstico diferencial:

Mononucleosis infecciosa, herpangina, leucemia, adenovirus, tonsilolitiasis, sarampión, difteria



Tratamiento:

Los antibióticos benefician exclusivamente a los cuadros de etiología bacteriana, para cuya identificación se han recomendado precisar la existencia de a lo menos 3 de los siguientes

4 criterios clínicos: 1) Fiebre, 2) Exudado amigdalino, 3) Ausencia de tos, 4) Linfadenopatías cervicales sensibles.

Dada su demora, no se recomienda efectuarse cultivo faríngeo para iniciar la terapia. El tratamiento de elección es la Penicilina Benzatina - 1.200.000 Unidades (peso superior a 27 kilos) por una sola vez o Eritromicina – comprimidos 500 mg c/6 horas durante 10 días en casos de alergia.

El uso de antibióticos junto a prevenir las complicaciones supuradas (absceso periamigdalino, adenoflegmón de cuello) y no supuradas (enfermedad reumática, glomerulonefritis postestreptocócica), acorta el período sintomático de la enfermedad y evita el estado de portador.

RINOSINUSITIS

Definición:

Rinosinusitis se define como una condición manifestada como una respuesta inflamatoria que compromete las membranas mucosas de la nariz, los senos paranasales, los líquidos que están dentro de estas cavidades y/o del hueso subyacente.

En general se dice que se trata de un resfrío, o rinosinusitis viral un cuadro que dura menos de 10 días.

Se piensa en una sobre infección bacteriana cuando hay un empeoramiento de los síntomas después de 5 días de evolución, en caso de que los síntomas sean desproporcionadamente severos a pesar de llevar pocos días, o en caso de persistencia de síntomas por más de 10 días

Va precedida de una infección viral que es la precipitante, ya que la inflamación aguda produce una obstrucción en la zona de drenaje de las cavidades paranasales, lo que secundariamente va a provocar una sobreinfección bacteriana. La obstrucción además determina el acumulo de células inflamatorias que van a determinar más daño sobre la mucosa y transporte mucociliar.



Diagnóstico:

El diagnóstico de rinosinusitis se basa en la presencia de 2 o más hechos mayores, o un hecho mayor y dos menores. El único elemento diagnóstico per se es la presencia de secreción purulenta al examen.

Hechos mayores:

- Dolor o sensación de presión facial
- Congestión facial
- Obstrucción nasal
- Rinorrea, que puede ser purulenta, o descarga posterior
- Hiposmia/anosmia
- Pus en la cavidad nasal en el examen
- Fiebre, sólo en la rinosinusitis aguda

Hechos menores:

- Cefalea
- Fiebre, en todas las no agudas
- Halitosis
- Decaimiento
- Dolor dental
- Tos
- Otagia

Estos autores señalan que la fiebre y el dolor facial no constituyen una historia sugerente de rinosinusitis en ausencia de signos y síntomas nasales.

Elementos de apoyo diagnóstico:

1. Estudio radiológico simple:

Se solicita en pacientes en los que se quiere confirmar el diagnóstico o para evaluar un tratamiento que no parece haber funcionado adecuadamente.

Tiene un uso bastante limitado, con una baja sensibilidad, lo que significa que confirma, pero no descarta el diagnóstico. También existen casos de falsos positivos. Es un examen difícil de interpretar en ocasiones debido a que pueden aparecer algunos velamientos en los cuales no se aclara la etiología de ellos.

Sirve para documentar casos de rinosinusitis aguda y para control de tratamiento médico con una radiografía basal. NO está indicada en rinosinusitis crónica.



2. Endoscopia nasal:

Examen reservado para el otorrinolaringólogo

3. TAC de cavidades paranasales:

El scanner es especialmente útil en la rinosinusitis crónica, sobre todo cuando la endoscopia es irrelevante y hay una persistencia de los síntomas. También sirve como parte del estudio previo a una cirugía para definir la anatomía.

Es útil en el diagnóstico diferencial del velamiento completo de un seno maxilar: agenesia vs sinusitis vs pólipos antrocoanales.

Tratamiento médico:

✓ **Antibióticos:**

La duración del tratamiento es variable, de 10 a 14 días (de preferencia 14 días si los síntomas son muy importantes). El antimicrobiano de elección es la amoxicilina en dosis de 50 ó 80 mg/kg/día en los niños fraccionado cada 8 horas. En los adultos se recomienda 750 mg cada 8 horas. El antimicrobiano de segunda línea es amoxicilina + ácido clavulánico o cefuroxime. En general los macrólidos no tienen buenos resultados en esta patología. También se pueden utilizar como segunda o tercera línea quinolonas.

✓ **Descongestionantes tópicos:**

Oximetazolina (sólo por 5 días para evitar efecto rebote)

✓ **Descongestionantes orales:**

En el caso de pacientes muy congestionados, y asociados a algún antialérgico si existen antecedentes atópicos (recordar los efectos adversos de estos medicamentos en los niños y pacientes hipertensos).

✓ **Lavados nasales:**

Muy útiles en adultos y niños. Mantienen las fosas nasales libres, actuarían como descongestionante tópico. Se puede usar suero fisiológico o una cucharadita de sal en una taza de agua hervida tibia. Se puede instilar con jeringa. Es importante recordar que en hipertensos se debe usar agua sin sal.

✓ **Mucolíticos** Fluidifican las secreciones y colaborarían con la permeabilidad del ostium.

✓ **Antialérgicos** En los casos en que la rinitis alérgica sea la patología de base.

✓ **Corticoides tópicos** Reducen inflamación y edema. Por ejemplo: mometasona, fluticasona



OTITIS AGUDA

Definición:

Se define como tal a la infección bacteriana del oído medio. Es la forma más frecuente de OM. Su inicio es súbito, con síntomas claros y precisos, con compromiso del estado general, generalmente secundario a estado viral y con una evolución rápida y una involución lenta. Su principal síntoma es la otalgia. Otros síntomas son fiebre, irritabilidad, vómitos y diarrea. Puede existir otorrea la que va precedida de una leve otorragia. Al producirse esto, la otalgia se alivia. Otro síntoma claro es la hipoacusia.

Etiología:

Los gérmenes más frecuentemente encontrados en la OMA son el S. Neumoniae y el H. Influenzae. La M. Catharralis es el tercer germen en frecuencia. Este último germen presenta una producción de betalactamasa cercana a un 100%. La cifra de betalactamasa del H. Influenzae es mucho menor pero aparentemente en aumento. Últimamente se han aislado en nuestro país cepas de S. Neumoniae resistentes, situación ya reportada en otros países.

Diagnóstico:

El diagnóstico de esta enfermedad se sospecha por el cuadro clínico y se confirma con la otoscopia.

En la OM aguda la membrana timpánica se observa con hiperemia, abombada a lateral y en ocasiones con vesículas en su superficie. En función del tiempo la hiperemia va desapareciendo lentamente. En ocasiones se puede apreciar una otorrea y si esta es pulsátil el diagnóstico de proceso infeccioso agudo es indiscutible. Si se aspira la otorrea es posible ver una perforación puntiforme la que desaparecerá rápidamente en algunos días. Es muy raro la secuela de perforación luego de una OMA.

La hipoacusia que acompaña al cuadro es el síntoma más tardío en desaparecer y raramente se confirma con la audiometría e impedanciometría. Estos exámenes sólo están indicados en casos de sospecha de secuelas del proceso. En aquellos casos en que se sospecha una complicación se puede solicitar estudios imagenológicos que mostraran el estado de la caja timpánica y del complejo mastoideo.

Tratamiento:

El tratamiento de la OMA es la antibióticoterapia y la analgesia.



La resistencia bacteriana en nuestro medio es baja y por esto la amoxicilina sigue siendo el antibiótico más recomendado, en dosis de 50 - 90 mg/kg/día en dos o tres dosis y durante al menos 10 días. Si a las 72 horas persiste fiebre y dolor se debe cambiar a un antibiótico de segunda línea y evaluar la necesidad de una punción timpánica para evacuar secreción y tomar cultivo. Los antibióticos a usar en este caso son amoxicilina más ácido clavulánico o cefalosporinas de segunda generación (cefuroximo). Las dosis de amoxicilina-clavulánico es igual a la amoxicilina sola y la de cefuroximo es de 30 mg/kg/día en dos dosis. El alto porcentaje de resolución espontánea demostrado por la Medicina Basada en Evidencias no es suficiente en nuestro medio para evitar el tratamiento, el que queda fundamentado para la necesidad de evitar las complicaciones. Se han publicado trabajos suecos que obligan a una observación diaria para determinar a quienes tratar, pero esta conducta no es aplicable en nuestro medio.

Es común observar un derrame intra timpánico concluido el proceso agudo. En estos casos se debe observar hasta que desaparezca el derrame.

No se recomiendan las gotas óticas ni los descongestionantes orales.

3. **ESTABLÉCESE**, el cumplimiento de la presente resolución a equipos de Salud Atención Primaria Sapu y Sur, equipos de Salud de Centros de Atención Primaria y Equipos de Salud Unidades de Urgencia Hospitalarias.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA
DIRECTORA
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

EMES//FAB/RSM/WTP/ctp

DISTRIBUCION:

- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.

[Handwritten signature]
TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE
S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

