



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
PATOLOGÍA ADENOAMIGDALINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2015 – 2018**

Elaborado por:	Revisado Por:	Aprobado por:
<p>Dr. David Wachter Jefe unidad de Otorrinolaringología Hospital E. Torres G.</p> <p>Dra. Marisol Molina Médico EDF C. Pedro Pulgar M.</p> <p>Dr. Emerson Rojas Médico EDF CESFAM Aguirre</p>	<p>Dr. Pablo Carvacho Köstner Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio Salud Iquique</p> <p>Hayleen Pol Jacome Oficina de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dr. Nelson Castillo Barriga Departamento Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Dra. Miriam Escobar Alaniz Directora Servicio de Salud Iquique</p> 
Fecha: Septiembre 2015	Fecha: Septiembre 2015	Fecha: 30 de Septiembre 2015



**PROTOCOLO
PATOLOGIA ADENOAMIGDALINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: CG 6 ORL-002

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: de 8

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
MAPA DE RED.....	3
OBEJTIVOS.....	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN.....	4
RESPONSABLES.....	4
DEFINICIONES.....	5
DESARROLLO.....	6
FUJOGRAMA.....	7
INDICADORES.....	8
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.....	8
REFRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	8



**PROTOCOLO
PATOLOGIA ADENOAMIGDALINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: CG 6 ORL-002

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: de 8

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

Ninguno de los participantes ha declarado conflicto de interés respecto a los temas abordados en el protocolo.

2. INTRODUCCIÓN

La patología otorrinolaringológica en general es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. El tejido linfático del anillo de Waldeyer es altamente activo en la infancia, alcanzando un peak de crecimiento entre los 3 y 7 años de edad, llegando la patología adenoamigdalina a constituir de las más recurrentes causas de consulta a especialidad en la población pediátrica y la adenoamigdalectomía una de las cirugías más frecuentes en los niños. Es por este motivo que se hace necesario constituir un red organizada de atención para estos pacientes, con el fin de disminuir la morbilidad y evitar complicaciones de esta patología.

3. MAPA DE RED



4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la coordinación entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso normado de diagnóstico y tratamiento de patologías otorrinolaringológicas con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con patologías adenoamigdalinas.
- Entregar criterios de priorización para la atención a nivel secundario.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias dichas patologías.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), servicios de urgencia rural (SUR), servicios de atención primaria de urgencia (SAPU), centros de salud (CES), centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG) y unidad de emergencia hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.



PROTOCOLO
PATOLOGIA ADENOAMIGDALINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-002

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: de 8

Vigencia: 3 años

6. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN

Médico APS

- Es responsable de realizar la sospecha diagnóstica, descartar diagnósticos diferenciales (por ej. .1. Patología infecciosa aguda), otorgar tratamiento/s inicial/es según corresponda.
- Realizar derivación en forma oportuna y adecuada, tras realizar descarte de patología aguda, por ejemplo infección aguda amigdalina, resfrío, etc.
- Realizar interconsulta en forma adecuada, conteniendo los antecedentes relevantes para la atención.
- Médico APS debe describir historia clínica con síntomas que producen derivación, examen físico atingente, con tamaño de las amígdalas en grados y otoscopia.

Médico Especialista:

- Es responsable de descartar o confirmar el diagnóstico e indicar el tratamiento según sea el diagnóstico encontrado.
- Iniciar tratamiento médico y/o quirúrgico secundario o contrarreferir, mediante formulario de contrarreferencia, para manejo en APS, si el diagnóstico corresponde a un nivel primario

Responsables de su evaluación

- Médico interfaz de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia e informar al Jefe CAE y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

7. POBLACIÓN OBJETIVO

El protocolo va destinado a los usuarios con patología quirúrgica adenoamigdalina de cualquier edad.

8. DEFINICIONES

- **Adenoiditis crónica.** Se refiere al paciente que ha presentado al menos cuatro episodios de adenoiditis al año (Fiebre, rinorrea purulenta, obstrucción nasal). Descartar clínicamente que no correspondan a cuadros de sinusitis aguda.
- **Hiperplasia adenoidea obstructiva:** Con patología concomitante como:
 - Otitis media secretora (mucositis timpánica)
 - Otitis media recurrente
 - Sinusitis recurrente
 - Apnea obstructiva del sueño
 - Respirador bucal
 - El médico APS debe solicitar una **radiografía de cavum**, con el fin de estimar el grado de obstrucción de la vía respiratoria por tejido adenoideo, siempre y cuando el paciente no presente hiperplasia de amígdalas palatinas (grado mayor a II) o patología que indique la amigdelectomía (amigdalitis crónica, sospecha de tu, etc)
 - Para determinar el grado de obstrucción se deben trazar dos líneas, una que pasa a nivel del velo del paladar y otra paralela siguiendo el cuerpo del esfenoides. Dependiendo del área que ocupa el tejido adenoideo entre estas dos líneas tendremos la siguiente clasificación:
 - **Grado I:** obstrucción < al 33%
 - **Grado II:** obstrucción hasta el 66%
 - **Grado III:** obstrucción mayor al 66%



PROTOCOLO
PATOLOGIA ADENOAMIGDALINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-002

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: de 8

Vigencia: 3 años

- **Amigdalitis crónica:** Se define como el paciente que ha presentado:
 - Siete episodios de amigdalitis en un año
 - Cinco episodios de amigdalitis por año en dos años consecutivos
 - Tres episodios de amigdalitis por año durante tres años consecutivos.

Los episodios deben haber sido evaluados por un médico y deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Fiebre mayor a 38°C
- Exudado amigdalino
- Idealmente cultivo o test rápido positivo para estreptococo beta hemolítico A

- **Hiperplasia Amigdalina:** Esta se clasifica en:
 - **Grado 0:** amígdalas cubiertas por el pilar anterior.
 - **Grado I:** menos del 25%
 - **Grado II:** entre un 25 y 50% de obstrucción
 - **Grado III:** entre un 50 y 75% de obstrucción.
 - **Grado IV:** el espacio es ocupado es mayor a 75%.

Derivar en caso igual o mayor que grado III o aquellos que presenten Apneas obstructivas del sueño

- **Apnea Obstructiva del Sueño:** La presencia de apnea obstructiva del sueño es una de las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la hiperplasia amigdalina. El paciente en el cuál se sospecha requiere evaluación integral cardiovascular.
- **Sospecha de Tumor Periamigdalino:** Dos episodios de absceso periamigdalino previos.
- En resumen, los **criterios de derivación de la patología del anillo de Waldeyer** se relacionan con la indicación de resolución quirúrgica de esta:

INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE ADENOIDECTOMIA	INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE AMIGDALECTOMIA
<ul style="list-style-type: none">– Hiperplasia adenoidea grado II a III sintomática– Otitis media con efusión sin respuesta a tto medico– Sinusitis a repetición	<ul style="list-style-type: none">– Crecimiento unilateral amigdalino (sospecha de tumor)– Amigdalitis crónica– Absceso periamigdalino (2º episodio)– Apnea obstructiva del sueño– Hiperplasia amigdalina sintomática– Tonsilolito sintomático sin respuesta a tto medico.– Amigdalitis hemorrágica

9. DESARROLLO

Derivación de paclentes desde APS a Policlínico de Otorrinolaringología (ORL) en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- El médico de APS derivará a los pacientes en base a lo expuesto en el punto 6.0
- El médico APS, ante la sospecha de las patologías descritas debe indicar manejo inicial, resolver patología aguda asociada y descartar diagnósticos diferenciales. In caso de presencia de tapón de cerumen se debe realizar lavado de oídos previo a evaluación por especialidad.
- Previo a la derivación, el médico de APS debe solicitar los exámenes que el paciente debe presentar en el Policlínico al momento de su atención con el médico especialista:
 - Ante la sospecha de hiperplasia adenoidea, en ausencia de patología amigdalina que indique su indicación quirúrgica, debe describirse detalladamente radiografía de Cavum.
 - En caso de amigdalitis recurrente, en lo posible realizar test pack para estreptococo, que confirme el diagnóstico y describir radiografía de Cavum de forma detallada (Adjuntar informe de ser posible).



PROCOLO
PATOLOGIA ADENOAMIGDALINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-002
Edición: Segunda
Fecha: 30 Septiembre 2015
Página: de 8
Vigencia: 3 años

Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC), el cual debe contener:
 - Datos del paciente (nombre, RUT, edad). El resto de los datos es responsabilidad de la sala SIC de cada centro de APS.
 - Hipótesis diagnóstica, se debe realizar la clasificación correspondiente para que el médico especialista de interfase sea capaz de priorizarla.
 - Otoscopia bilateral descartando patología obstructiva del conducto auditivo externo.
 - Tamaño en grados de amígdalas palatinas
 - Nombre, RUT, firma y timbre del médico que realiza la referencia.

Criterios de priorización para atención en Poli ORL, CAE:

- Toda SIC será recibida en admisión del CAE y remitida al médico especialista de interfase (MIR), quien en base al motivo de derivación desde APS (diagnóstico completo y pertinente), solicitará los exámenes y priorizará al paciente para que sea evaluado en Policlínico de ORL.

Los tiempos de respuesta y criterios de priorización dependerán de la evaluación de médico interfase secundario en base a signos de alarma y riesgos potenciales del paciente. Toda coordinación se realizará en Red, con el objetivo de asegurar la atención oportuna de quienes así lo requieran.

Evaluación del paciente por médico especialista en Policlínico de Otorrinolaringología (ORL) en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Una vez confirmada la patología qx. Se ingresara de inmediato a lista espera quirúrgica
- Una vez operado de adeno con o sin amigdelectomía su primer control post operatorio sera en un plazo no mayor a 10 días. Un segundo control, dependerá de la disponibilidad de horas según agenda, pero que no debe ser mayor a 3 meses, para luego ser dado de alta a su consultorio, siempre que no se haya realizado algun otro acto quirúrgico como la postura de colleras o alguna biopsia que amerite sus controles posteriores o tratamiento complementarios según resultados
- Al alta será realizada su contrarreferencia
- El médico especialista debe corroborar diagnóstico, concluir estudio y determinar necesidad de resolución quirúrgica.
- En caso de requerir cirugía, el médico especialista debe solicitar exámenes complementarios y pase quirúrgico en caso de necesidad y solicitud de pabellón en hospital regional.
- En caso de descartar necesidad de manejo de especialidad o posterior al alta del paciente, el médico especialista realizara contrarreferencia a APS.

9.5 Contrarreferencia y documentos emitidos por el médico especialista tratante desde el nivel secundario a la APS.

- El médico especialista debe enviar la información en el formulario oficial para la Contrarreferencia, con **letra clara y legible**, el cual debe al menos incluir: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamiento, próximos controles en atención secundaria y/o APS. Dicho documento siempre debe contar con nombre, RUT, firma y timbre del especialista tratante.
- En este caso particular, remitirá las características clínicas del paciente que determinan su egreso o su seguimiento en frecuencia diferida de control en atención secundaria, o controles sólo en APS según indicación especialista.
- Se realizará contrarreferencia para confirmar diagnóstico, para toma de conocimiento de médico tratante de APS, en caso de que el paciente deba permanecer en tratamiento nivel secundario o terciario.

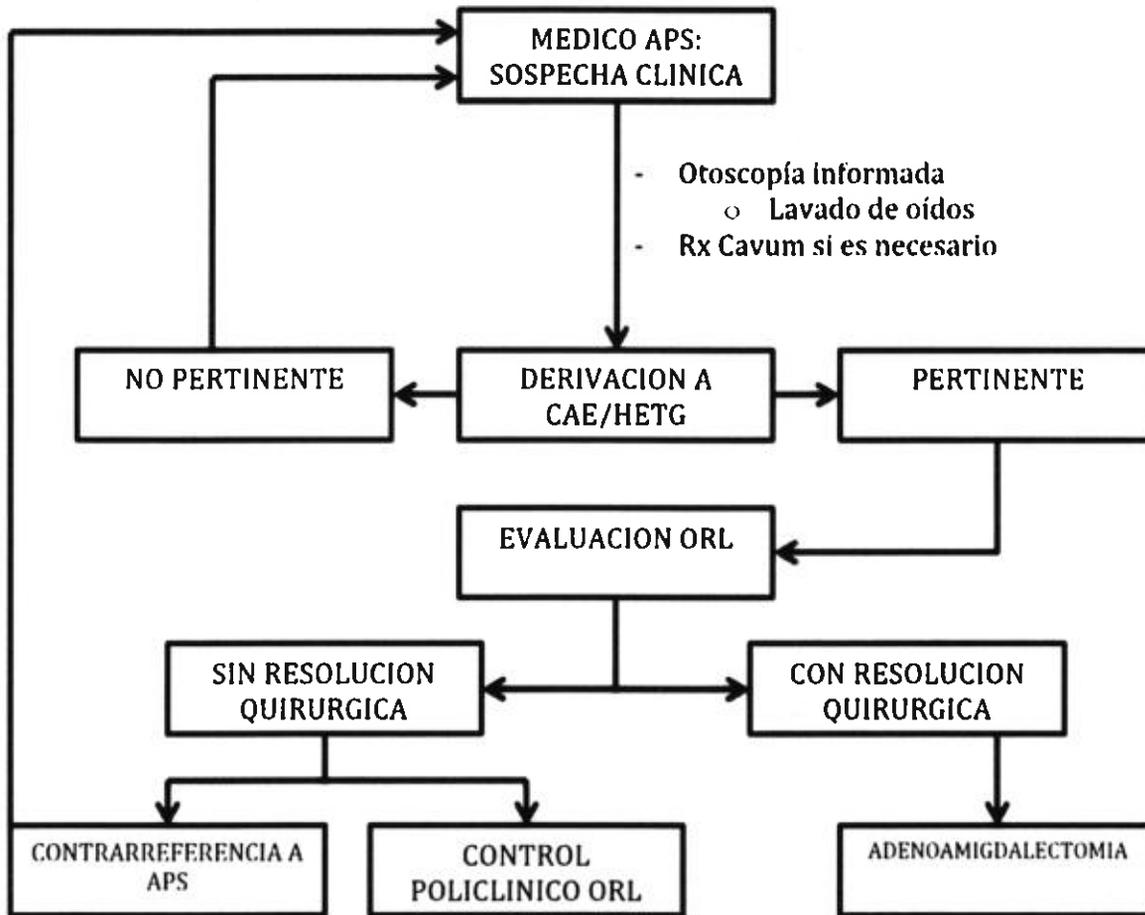


PROTOCOLO
PATOLOGIA ADENOAMIGDALINA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-002
Edición: Segunda
Fecha: 30 Septiembre 2015
Página: de 8
Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA

Flujograma patología adenoamigdalina



11. INDICADORES

- **Numerador:** Nº de pacientes evaluados a nivel secundario en Policlínico de Otorrinolaringología que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo para patologías adenoamigdalinas.

Denominador: Nº total de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a Policlínico de Otorrinolaringología con diagnóstico de patologías adenoamigdalinas.

Nº de pacientes evaluados a nivel secundario en Policlínico de Otorrinolaringología que cumplen con criterios de referencia establecidos en este protocolo para patologías adenoamigdalinas.

Nº total de pacientes referidos por médico desde centro de atención primaria a Policlínico de Otorrinolaringología con diagnóstico de patologías adenoamigdalinas.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Patología otorrinolaringológica ambulatoria en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el año 2008: Reporte de 9.157 pacientes Camila Seymour M, Javiera Pardo J, Héctor Bahamonde S. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2011; 71: 237-240
- Wetmore RF. Tonsils and adenoids. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Otorrinolaringology. 18th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:cap 380.