

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS
Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN QUIRÚRGICA

**SUBDIRECCIÓN DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA**



Código:
MG-SOT-01



Fecha:
MAY 23

Rev. 06

Hoja: 1 de 50

GUÍA CLÍNICA DE LA SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de Servicio de Aparato Fonoarticulador y de la Deglución / Jefatura de Servicio de Trastornos de la Audición y el Equilibrio	Subdirección de Otorrinolaringología	Dirección Quirúrgica
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 2 de 50

1. Propósito

Establecer un criterio uniforme para el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos tratados dentro de la Subdirección de otorrinolaringología.

2. Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal médico de la Subdirección de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

3. Responsabilidades

Subdirector:



- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:

- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Medico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 3 de 50

4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

1. AMIGDALITIS CRÓNICA

1. Definición



1.1 Definición del padecimiento.

Amigdalitis crónica: Enfermedad inflamatoria de las amígdalas palatinas y faríngeas con expresión clínica de enfermedad caracterizado por crecimiento desproporcionado de estos tejidos, capaz de producir trastornos respiratorios condicionantes de síndrome de apnea obstructiva crónica; así como que las mismas actúen como responsables de cuadros febriles en número de 6 por año o 3 cuadros consecutivos anuales durante 2 años.

2. Diagnóstico

2.1 Cuadro clínico.

- Paciente pediátrico y adulto con;
- Respiración oral constante.
- Roncador nocturno
- Periodos de apnea durante el sueño
- Somnolencia diurna
- Cuadros febriles repetitivos, promedio de 6 por año
- Odinodisfagia

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 4 de 50

2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar historia clínica Otorrinolaringológica completa con particular atención a la faringe con la utilización de endoscopia rígida o flexible.

Siendo el crecimiento amigdalino desproporcionado de origen multifactorial, el medico indicara los estudios complementarios que fortalezcan su alto índice de sospecha en cuanto a la causa, sin embargo, deberá individualizar cada paciente y se señalan por su frecuencia:

- A. Descartar patología nasosinusal (endoscopia y tomografía).
- B. Interconsulta a gastroenterología (faringopatía por reflujo).
- C. Química sanguínea (Neuropatía faringea diabética).
- D. Descartar neoplasias benignas o malignas.
- E. Interconsulta a Alergología.



Estudios de Imagen: radiografía lateral de cuello con técnica para partes blandas, y en casos seleccionados (tomografía computarizada en cortes axiales y coronales sin medio de contraste de la región cervical)

2.3 Estudios especiales.

N/A

2.4 Clasificación en su caso.

N/A

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 5 de 50

3. Tratamiento

3.1 Médico

3.1.1 Medicamentos.

Se trata de una patología multifactorial por lo tanto el otorrinolaringólogo deberá atender las causas locales o sistémicas que actúan como factores y cofactores en la génesis de este problema, dependiendo de los factores asociados a las amigdalitis se indicara lo siguiente:

Infecciosos: Antibioticoterapia (Penicilinas aumentadas, cefalosporinas de segunda generación y Claritromicina para alérgicos a penicilinas), teniendo en cuenta que estos esquema cuando se mantienen por un período de 8 a 14 días son suficientes para erradicar al *Str. β. Hemolítico*.

En los casos de sospecha de alergia respiratoria: Se inicia con antihistamínicos, asociados o no a descongestivos sistémicos. En casos especiales se puede indicar esteroide tópico nasal.



Reflujo gastroesofagico: omeprazol 40 mgrs diarios por 90 días como tratamiento de prueba y/o ínter consulta a gastroenterología.

3.1.2 Rehabilitación.

N/A

3.1.3 Otros.

N/A

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 6 de 50

3.2 Quirúrgico.

3.2.1 Técnica sugerida.

Se indicará amigdalectomía en los pacientes adultos y asociado a adenoidectomía en los pacientes pediátricos, cuando recibió tratamiento suficiente y se descartaron otras causas especialmente del dolor faríngeo asociado a cuadros febriles. En general este procedimiento, se puede realizar junto con otras plastias velopalatinas cuando se sospecha apnea obstructiva del sueño o bien en pacientes seleccionados con paladar hendido.

Al recomendar y ser aceptada la cirugía se solicitarán preoperatorios y valoración pre - anestésica. Los pacientes mayores a 40 años serán enviados a valoración preoperatoria a Medicina Interna previa solicitud de tele de tórax y electrocardiograma. Cuando este servicio lo juzgue necesario, el paciente debe ser evaluado y controlado por endocrinología o cardiología u otra subespecialidad, a fin de llevarlo a quirófano en las mejores condiciones generales.

El procedimiento quirúrgico se realizará bajo anestesia general con intubación orotraqueal previa aceptación del enfermo o de su tutor, firmando en el escrito de consentimiento informado, redactado para ese fin.

3.2.2 Manejo postoperatorio.



3.2.3 Seguimiento.

En general, el paciente causa egreso hospitalario el mismo día de la cirugía, quedando a criterio del médico la permanencia por mayor tiempo a su salida lleva consigo la información por escrito de las molestias propias de la misma, medicamentos, cuidados especiales y síntomas y signos de alerta de complicación así como a donde deberá recurrir en situación de urgencia, así como la fecha y hora de su próxima revisión.

4. Evaluación del resultado

4.1 Cuantitativo.

En base a escala análogo visual se establece del 1-10, teniendo como puntos a evaluar si el paciente presenta los siguientes síntomas: Paciente pediátrico y adulto con: Respiración oral constante, Roncador nocturno,

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 7 de 50

Periodos de apnea durante el sueño, Somnolencia diurna, Cuadros febriles repetitivos en promedio de 6 por año, Odinodisfagia.

1. Ninguna mejoría
2. Pobre mejoría con más de 3 síntomas acompañantes.
3. Poca mejoría de la obstrucción y acompañan 2 a 3 síntomas acompañantes.
4. Poca mejoría de la obstrucción nasal y acompaña 1 de los síntomas acompañantes.
5. Mediana mejoría de la obstrucción nasal con 2 ó más síntomas agregados.
6. Mediana mejoría de la obstrucción nasal y sólo un síntoma agregado.
7. Mejoría casi total de la obstrucción pero persisten dos ó más síntomas agregados
8. Mejoría casi total de la obstrucción nasal excepto un síntoma agregado
9. Desapareció la obstrucción nasal y sólo resta un síntoma agregado.
10. Alivio total de obstrucción nasal y síntomas agregados.

4.2 Cualitativo.

Evalúa de acuerdo a la mejoría obtenida por el paciente y los datos de mejoría de la exploración física en una:

- a. Mala respuesta al tratamiento médico, referir a subespecialidad o revalorar el caso
- b. Mediana respuesta al tratamiento médico : agregar otro tipo de tratamiento
- c. Buena respuesta al tratamiento médico

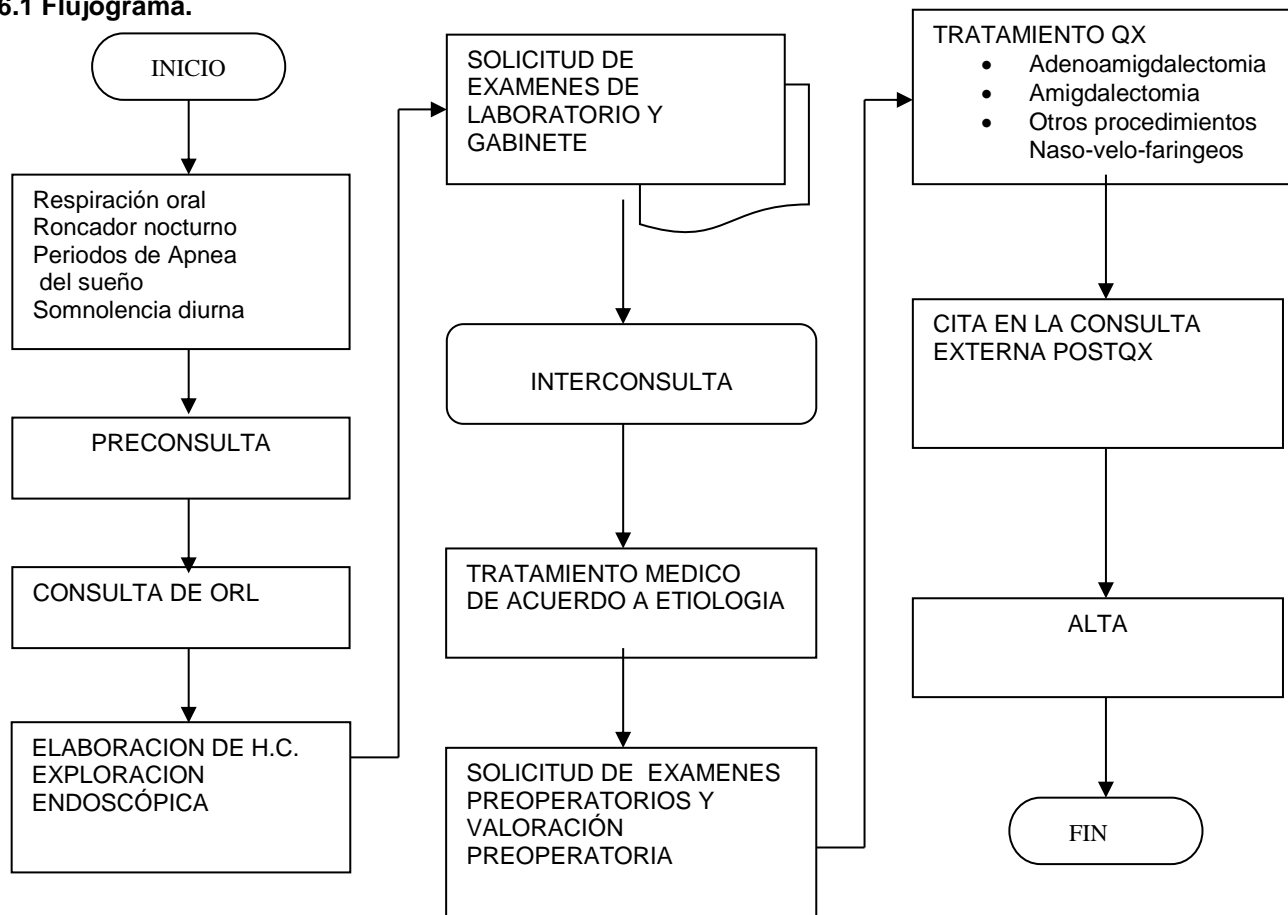
5. Criterios de alta



El paciente podrá ser dado de alta si:

- Hubo mejoría total a alivio completo de los síntomas y se le dan indicaciones para continuar con hábitos higiénicos y rescate con medicamentos en caso de reiniciar los síntomas.
- Fueron corregidos las alteraciones que podrían haber tenido implicaciones en la calidad de vida del paciente y se resolvió el motivo para acudir al servicio de Otorrinolaringología del Instituto

6. Anexos

6.1 Flujoograma.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 9 de 50

6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

5. Burton MJ, Glasziou PP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev, 2009 Jan 21 (1) CD001802.

1. Brook I. Current management of upper respiratory tract and head and neck Infections. Eur Arch Otorhinolaryngol 2009, Mar 266 (3): 315-23

6. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical Practice Guidelines (Editorial). Ann Intern Med. 1990; 113: 645-646.



2. Hoddeson EK, Gourn CG. Adult tonsillectomy: current indication and outcomes. Otolaryngol HGead Neck Surg 2009, Jan: 140 (1): 19-22.
3. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Guidelines. En: Sackett DL. Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000. pp. 169-82.

7. Burton MJ, Glasziou PP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev, 2009 Jan 21 (1) CD001802.

4. Brook I. Current management of upper respiratory tract and head and neck
5. Infections. Eur Arch Otorhinolaryngol 2009, Mar 266 (3): 315-23

8. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical Practice Guidelines (Editorial). Ann Intern Med. 1990; 113: 645-646.

6. Hoddeson EK, Gourn CG. Adult tonsillectomy: current indication and outcomes. Otolaryngol HGead Neck Surg 2009, Jan: 140 (1) : 19-22.
7. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Guidelines. En: Sackett DL. Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000. pp. 169-82.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 10 de 50

2. DEFORMIDAD RINOSEPTAL

1. Definición

1.1 Definición del padecimiento.

Desviación rinoseptal: deformidad congénita y/o adquirida del septum y de la bóveda osteocartilaginosa como causa de obstrucción nasal.



2. Diagnóstico

2.1 Cuadro clínico.

- Obstrucción nasal.
- Infección nasosinusal de repetición.
- Epistaxis.
- Algia Facial de origen rinogenico.
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño.
- Deformidad nasal aparente en el entorno facial.

2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar historia clínica Otorrinolaringológica completa con particular atención a la región nasosinusal con la utilización de endoscopia rígida o flexible.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 11 de 50

Solicitar estudios de Imagen: Tomografía computada de nariz y senos paranasales en corte axial y coronal sin medio de contraste y en su caso toma de fotografía clínica de frente, de los perfiles derecho, izquierdo y de la base nasal.

2.3 Estudios especiales.

N/A

2.4 Clasificación en su caso.

N/A

3. Tratamiento

3.1 Médico.

3.1.1 Medicamentos.



- Aseo y lubricación nasal.
- Tx Farmacológico individual (dirigido a tratar alergia, infección de nariz y senos paranasales o rinitis vasomotora).
- Referir a Genética y/o maxilofacial si existen síndromes genéticos asociados.

3.1.2 Rehabilitación.

N/A

3.1.3 Otros.

N/A

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 12 de 50

3.2 Quirúrgico.

3.2.1 Técnica sugerida.

Si se decide efectuar tratamiento quirúrgico y es aceptado por el paciente, se solicitarán preoperatorios y valoración pre- anestésica. Los pacientes mayores a 40 años serán enviados a valoración preoperatoria a Medicina Interna previa solicitud de tele de tórax y electrocardiograma. Cuando este servicio lo juzgue necesario, el paciente debe ser evaluado y controlado por endocrinología o cardiología u otra subespecialidad, a fin de llevarlo a quirófano en las mejores condiciones generales.

El procedimiento quirúrgico se realizará bajo anestesia general con intubación orotraqueal previa aceptación del paciente o de su tutor, firmando en el escrito de consentimiento informado, redactado para ese fin.

3.2.2 Manejo postoperatorio.

3.2.3 Seguimiento.



En general, el paciente causa egreso hospitalario el mismo día de la cirugía, llevando consigo la información por escrito de las molestias propias de la misma, los medicamentos que deberá tomar, cuidados especiales, así como síntomas y signos de alerta de complicación, a donde deberá recurrir en situación de urgencia y de la fecha y hora de su próxima revisión.

Indicaciones preventivas:

Formato escrito de cuidados postoperatorios y se programa la siguiente cita. Se establece un promedio de 3 a 4 consultas postoperatorias para el alta definitiva con fotografía clínica de las mismas características de la fotografía preoperatoria.

4. Evaluación del resultado.

4.1 Cuantitativo.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 13 de 50

En base a escala análogo visual se establece del 1-10, teniendo como puntos a evaluar grado de obstrucción nasal, Infección nasosinusal de repetición Epistaxis, Algia facial y/o cefalea que se sospeche sea de origen rinogénico.

Síndrome de apnea obstructiva del sueño, deformidad nasal aparente en el entorno facial.

1. Ninguna mejoría
2. Pobre mejoría con más de 3 síntomas acompañantes.
3. Poca mejoría de la obstrucción y acompañan 2 a 3 síntomas acompañantes.
4. Poca mejoría de la obstrucción nasal y acompaña 1 de los síntomas acompañantes.
5. Mediana mejoría de la obstrucción nasal con 2 ó más síntomas agregados.
6. Mediana mejoría de la obstrucción nasal y sólo un síntoma agregado.
7. Mejoría casi total de la obstrucción pero persisten dos ó más síntomas agregados
8. Mejoría casi total de la obstrucción nasal excepto un síntoma agregado
9. Desapareció la obstrucción nasal y sólo resta un síntoma agregado.
10. Alivio total de obstrucción nasal y síntomas agregados.

4.2 Cualitativo.

Evalúa de acuerdo a la mejoría obtenida por el paciente y los datos de mejoría de la exploración física en una:

- a. Mala respuesta al tratamiento médico, referir a subespecialidad o revalorar el caso
- b. Mediana respuesta al tratamiento médico : agregar otro tipo de tratamiento
- c. Buena respuesta al tratamiento médico

5 Criterios de alta

El paciente podrá ser dado de alta si:

- Hubo mejoría total a alivio completo de los síntomas y se le dan indicaciones para continuar con hábitos higiénicos y rescate con medicamentos en caso de reiniciar los síntomas.



- Fueron corregidos las alteraciones que podrían haber tenido implicaciones en la calidad de vida del paciente y se resolvió el motivo para acudir al servicio de Otorrinolaringología del Instituto.

6.1 Flujograma





6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

- Cottle MH. The "maxilla-premaxila" approach to extensive nasal septum surgery, Arch. Otolaryngology. 1958; 68: 301.
- Fajardo-Dolci G, Chavolla-Magaña R. Estudio descriptivo de pacientes con fracaso en la cirugía funcional de la nariz. Cir Ciruj. 2001; 69(2):84-6

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 15 de 50

3. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical Practice Guidelines (Editorial). Ann Intern Med. 1990; 113: 645-646.
4. Giles WC, Gross CW, Abram AC, Greene M, Avner TG. Endoscopy Septoplasty. Laryngoscope 1994; 104:1507-9.
5. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Guidelines. En: Sackett DL. Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburg Churchill Livingstone; 2000. pp. 169-82.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 16 de 50

3. OTOESCLEROSIS

1. Definición

1.1 Definición del padecimiento.

Distrofia de la capsula otica de etiología genética; en su mayoría con un carácter hereditario autosómico dominante de penetrancia y expresividad variable.

2. Diagnóstico



2.1 Cuadro clínico.

- Hipoacusia lentamente progresiva en adultos jóvenes.
- Uni o bilateral.
- Acufeno.
- Vértigo ocasional.
- Antecedentes familiares de hipoacusia.
- Tímpanos integros

2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar Historia Clínica, exploración física, otoscopia, evaluación de la conducta auditiva, prueba de Diapasones.

Solicitar estudios de gabinete audiológico: audiometría tonal (vía aérea y vía ósea) logaudiometría, impedanciometría (timpanometría y reflejos estapediales ipsi y contralateral).

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 17 de 50

2.3 Estudios especiales.

Solo en casos seleccionados se solicitara audiometría automática de Bekesy, tomografía computada del hueso temporal y exámenes de laboratorio específicos para el caso.

2.4 Clasificación en su caso.

3. Tratamiento

3.1 Médico

3.1.1 Medicamentos.

Solo en casos seleccionados se utilizara fluoruro de sodio por la vía oral a dosis de 10mgrs diarios, acompañados de calcio y vitamina D por 6 meses.

Dar a conocer al enfermo las alternativas de Tratamientos quirúrgicos y conservadores como la utilización de auxiliares auditivos electrónicos y/o quirúrgicos.

3.1.2 Rehabilitación.

N/A



3.1.3 Otros.

N/A

3.2 Quirúrgico.

3.2.1 Técnica sugerida.

Se solicitan preoperatorios, valoración preanestésica y debe predominar en la indicación quirúrgica los siguientes aspectos generales que deberá cumplir el enfermo en estudio: Hipoacusia de predominio conductivo con diferencial aéreo ósea de 25 dB a mas (Se utilizara la prótesis que prefiera el cirujano).

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 18 de 50

Interviniéndose en los casos de sordera bilateral, primero el oído de mayor afectación. Nunca intervenir quirúrgicamente de este procedimiento a oído único.

Todo paciente mayor de 40 años, requiere de una evaluación preoperatoria por medicina interna y/o cardiología para conocer status cardiopulmonar.

Se debe firmar por el enfermo la hoja de consentimiento informado en el que se detalla que el objetivo de la cirugía únicamente es modificar favorablemente la audición sin comprometerse a mejorar algún otros síntoma o signo otológico. Se debe contemplar también los riesgos con posibilidades de complicación del oído interno, dependiendo de la experiencia de cada cirujano.

3.2.2 Manejo postoperatorio.

En hoja especial y diseñada para ese fin se indican los cuidados domiciliarios que deberán tener el enfermo y las molestias propias y normales inherentes a la cirugía así como los síntomas y signos de alerta sobre complicaciones. Al final del escrito se señala la hora y fecha de su próxima evaluación.

3.2.3 Seguimiento.

Se contemplan de 3 a 4 citas postoperatorias y solicitar estudios audiométricos a los 1, 3,6 y 12 meses, dependiendo del resultado, valorar alta.

Canalizar al Servicio de Audiología aquellos pacientes que por decisión personal o por razones estrictamente medicas, elijan la adaptación de auxiliares auditivos.

4. Evaluación del resultado

4.1 Cuantitativo.

Por estudio audiométrico a los 30, días 3 ,6 y 12 meses.

Prueba de diapasones para corroborar la integridad del nervio facial

4.2 Cualitativo.

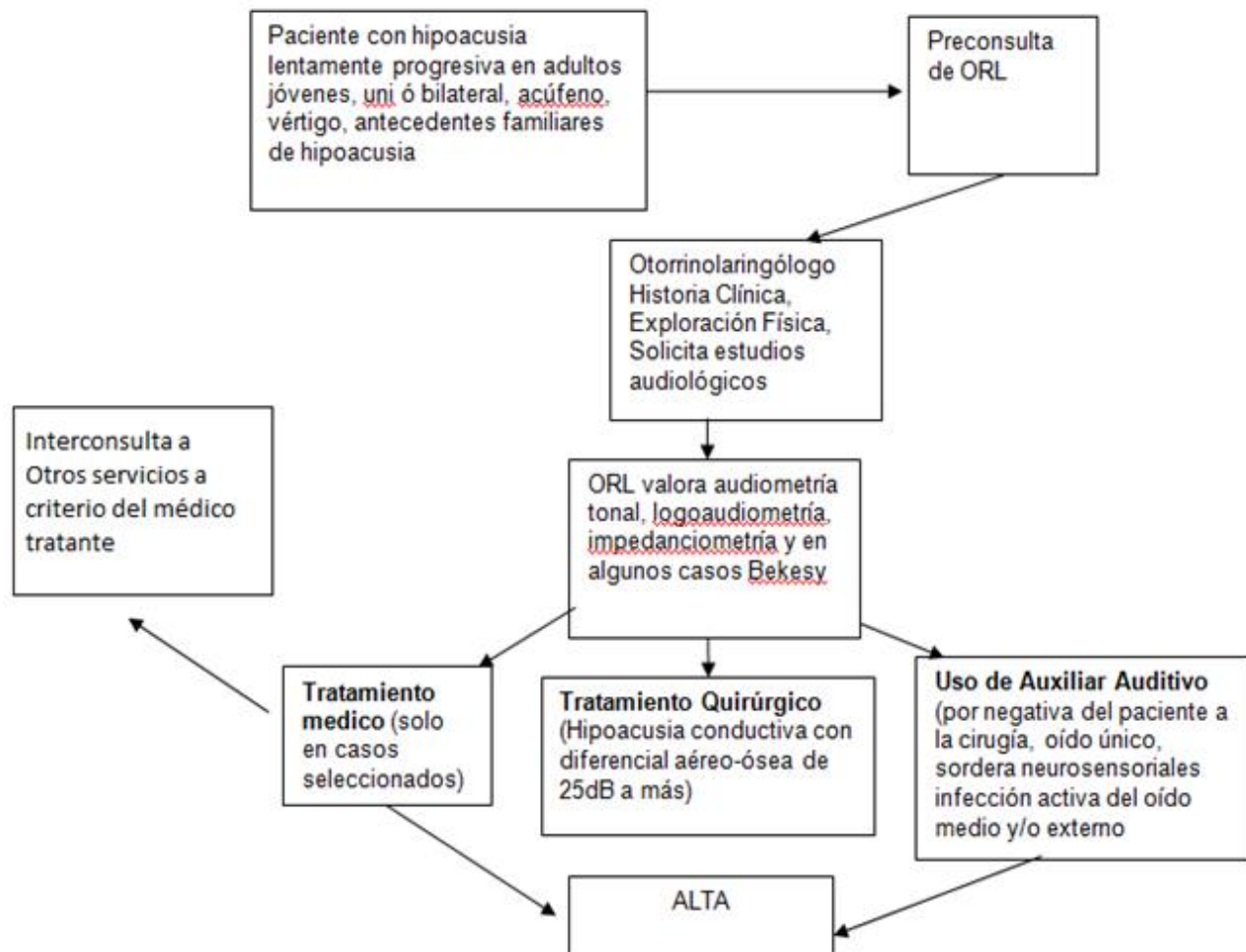
Con testimonio del paciente sobre mejoría auditiva y evolución a los 6 meses



5. Criterios de alta

Al año del procedimiento quirúrgico con vigilancia audiométrica cada 6 meses

6 Anexos

6.1 Flujograma.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 20 de 50

6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

1. Legislación Sanitarias, "Reglamento interior de la secretaria de salud" 1ª edición Editorial Delma. pag.802.
2. Liliana Velázquez García."Comisión de Arbitraje Medico Estado de México", consentimiento bajo información o consentimiento informado Segunda Edición Ampliada y Actualizada, Septiembre, 2001, pag. 99.

4. PERFORACIÓN TIMPÁNICA

1. Definición

1.1 Definición del padecimiento.



Perforación timpánica (sin afección a mastoides): Orificio de la membrana timpánica ocasionada por un evento inflamatorio de caja timpánica que fue resuelto dejando como secuela sólo la ruptura de la misma, o bien originada por un evento traumático (barotrauma, introducción de cuerdo extraño, posterior a una miringotomía o colocación de tubo de ventilación.

2. Diagnóstico

2.1 Cuadro clínico.

Antecedentes de otorrea u otorragia resueltos o que se repiten después de contaminación por falta de cuidados de oído perforado.

- Antecedente de otorrea
- Hipoacusia
- Antecedente traumático
- Antecedente quirúrgico.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 21 de 50

2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar historia clínica Otorrinolaringológica completa, exploración física, con particular atención a la exploración otológica e indicar al paciente cuidados de oído perforado.

Solicitar interconsulta con Audiología para realización de audiometría tonal, logodimetria.

Estudios complementarios:

Imagen; Tomografía computada de hueso temporal en cortes axiales y coronales sin medio de contraste.

2.4 Estudios especiales.

2.5 Clasificación en su caso.

3 Tratamiento

3.1 Médico.



3.1.1 Medicamentos.

Antibiótico tópico y en casos seleccionados por vía sistémica.

Limpieza de oído bajo visión microscópica con la frecuencia que el cirujano lo crea conveniente.

Evitar que penetre agua y cualquier objeto en el oído enfermo.

Exámenes preoperatorios. Biometría hemática, química sanguínea, grupo y Rh, pruebas de tendencia hemorrágica.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 22 de 50

Se interconsulta a Medicina Interna o Cardiología aquellos enfermos mayores de 40 años que a juicio del cirujano requieran de esas u otras valoraciones.

3.1.2 Otros.

3.2 Quirúrgico.

3.2.1 Técnica sugerida.



El objetivo principal es sellar la caja timpánica evitando la contaminación del oído medio a partir del conducto auditivo externo y en forma secundaria restablecer el mecanismo de transmisión del sonido (miringoplastia, timpanoplastia). Cirugía Otomastoidea en los casos en que se pueda sospechar desde el punto de vista clínico y de imagen la participación inflamatoria al antro y celdillas mastoideas y debe ser extendida hasta donde la patología lo dicte, en los casos de complicación.

El enfermo deberá leer y aceptar una hoja de consentimiento informado en donde se exprese el tipo de procedimiento que se va a realizar, la vía de acceso al oído medio, posible cicatriz externa o no, así como el objetivo y los beneficios que se obtengan con el procedimiento; enfatizando que bien solo puede ser la erradicación de la enfermedad ó bien recibir el beneficio de mejorar su audición.

3.2.2 Manejo postoperatorio.

Se da instructivo por escrito de las molestias postoperatorias esperables así como los signos y síntomas de alerta en cuanto a complicaciones y finalmente indicar en ese mismo documento fecha y hora de su próxima revisión.

3.2.3 Seguimiento.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 23 de 50

4.4. Evaluación del resultado

4.4.1 Cuantitativo.

Evidencia clínica por microscopia de Membrana timpánica integra

Valoraciones postoperatorias a los 30, 60 días y 6 meses de oído seco con MT integra

Anexos

4.4.2 Cualitativo.

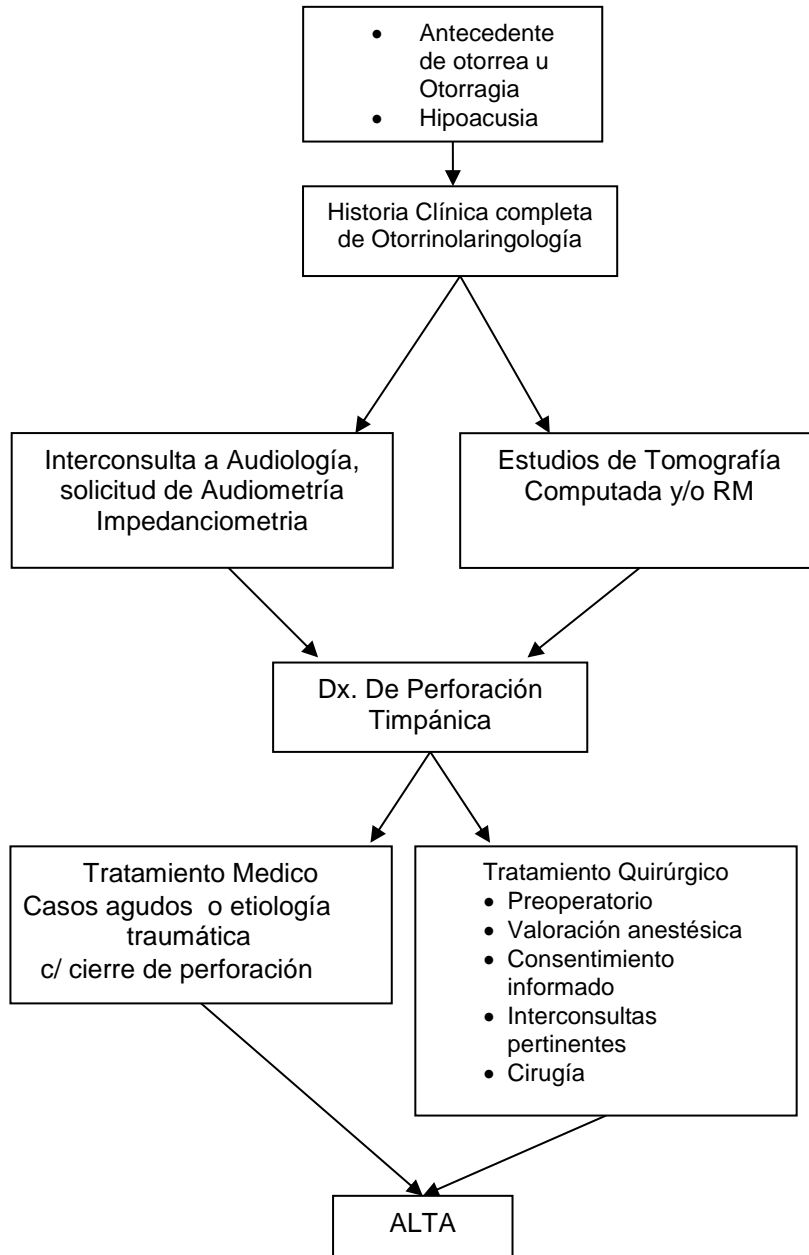
Audiometría tonal con cierre de la brecha aérea ósea en los casos de hipoacusia conductiva.



4.5. Criterios de alta

- Oído seco
- Membrana timpánica integra con injerto adelgazado y normomovilidad

4.6 Anexos

4.6.1 Flujoograma.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 25 de 50

6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

1. Legislación Sanitarias, “Reglamento interior de la secretaria de salud” 1ª edición Editorial Delma. pag.802.
2. Liliana Velázquez García., “Comisión de Arbitraje Medico Estado de México”, consentimiento bajo información o consentimiento informado Segunda Edición Ampliada y Actualizada, Septiembre ,2001, pág. 99

5. RINITIS CRÓNICA

1. Definición



1.1 Definición del padecimiento.

Rinitis crónica: Enfermedad inflamatoria de la nariz de más de tres meses de evolución.

2. Diagnóstico

2.1 Cuadro clínico.

- Obstrucción nasal.
- Rinorrea anterior y posterior generalmente hialina.
- Ardor o prurito nasal.
- Hiposmia.
- Sequedad nasal.
- Formación de costras.
- Epistaxis.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 26 de 50

2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar historia clínica, exploración física, con particular atención a la rinoscopia anterior y posterior con endoscopios rígidos o flexibles o bien con microscopio.

Solicitar estudios de Imagen (tomografía computarizada en cortes axiales y coronales sin medio de contraste) sólo en casos seleccionados por crecimiento de cornetes con historia de mala respuesta a medicamentos y para descartar diagnóstico de rinosinusitis.

En caso individualizado solicitar citológico del moco nasal, así como cultivo del mismo y determinación sérica de IgE u otros exámenes para determinación de alergia.

2.3 Estudios especiales.

2.4 Clasificación en su caso.

5.3. Tratamiento



5.3.1 Médico.

5.3.1.1 Medicamentos.

Realizar historia clínica, exploración física, con particular atención a la rinoscopia anterior y posterior con endoscopios rígidos o flexibles o bien con microscopio.

Solicitar estudios de Imagen (tomografía computarizada en cortes axiales y coronales sin medio de contraste) sólo en casos seleccionados por crecimiento de cornetes con historia de mala respuesta a medicamentos.

Solicitar citológico del moco nasal, así como determinación de IgE y otros exámenes para determinación de alergia.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 27 de 50

5.3.1.2 Rehabilitación.

5.3.1.3 Otros.

5.3.2 Quirúrgico.

5.3.2.1 Técnica sugerida.

Reducción volumétrica de cornetes inferiores con radiofrecuencia o cauterización submucosa o por microdebridación cuando se asocie degeneración polipoidea de la mucosa, en caso de cornetes medios se decidirá la plastía de los mismos mediante resección submucosa y en otros casos seleccionados se indicaran otros procedimientos quirúrgicos que por sí solos no justifican la sintomatología como pequeñas desviaciones septales.



5.3.2.2 Manejo postoperatorio

Se da instructivo por escrito de las molestias postoperatorias esperables, así como la siguiente cita.

Se contemplan de 3 a 4 citas postoperatorias a los 7, 15, 30 y 60 días para el alta definitiva, para continuar bajo control en otros servicios que lo requieran (a manera de ejemplo mencionamos el Servicio de Alergología)

5.3.2.3 Seguimiento.

En general, el paciente causa egreso hospitalario el mismo día de la cirugía, llevando consigo la información por escrito de las molestias propias de la cirugía, medicamentos, cuidados especiales, síntomas y signos de alerta de complicación, así como a donde deberá recurrir en situación de urgencia, fecha y hora de su próxima revisión.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 28 de 50

5.4 Evaluación del resultado

5.4.1 Cuantitativo.

En base a escala análoga visual se establece del 1-10, teniendo como puntos a evaluar grado de obstrucción y síntomas acompañantes como rinorrea, ardor o prurito nasal, hiposmia, sequedad nasal, formación de costras y por último epistaxis.

1. Ninguna mejoría
2. Pobre mejoría con más de 3 síntomas acompañantes.
3. Poca mejoría de la obstrucción y acompañan 2 a 3 síntomas acompañantes.
4. Poca mejoría de la obstrucción nasal y acompaña 1 de los síntomas acompañantes.
5. Mediana mejoría de la obstrucción nasal con 2 ó más síntomas agregados.
6. Mediana mejoría de la obstrucción nasal y sólo un síntoma agregado.
7. Mejoría casi total de la obstrucción pero persisten dos ó más síntomas agregados
8. Mejoría casi total de la obstrucción nasal excepto un síntoma agregado
9. Desapareció la obstrucción nasal y sólo resta un síntoma agregado.
10. Alivio total de obstrucción nasal y síntomas agregados.

5.4.2 Cualitativo.

Evalúa de acuerdo a la mejoría obtenida por el paciente y los datos de mejoría de la exploración física en una:

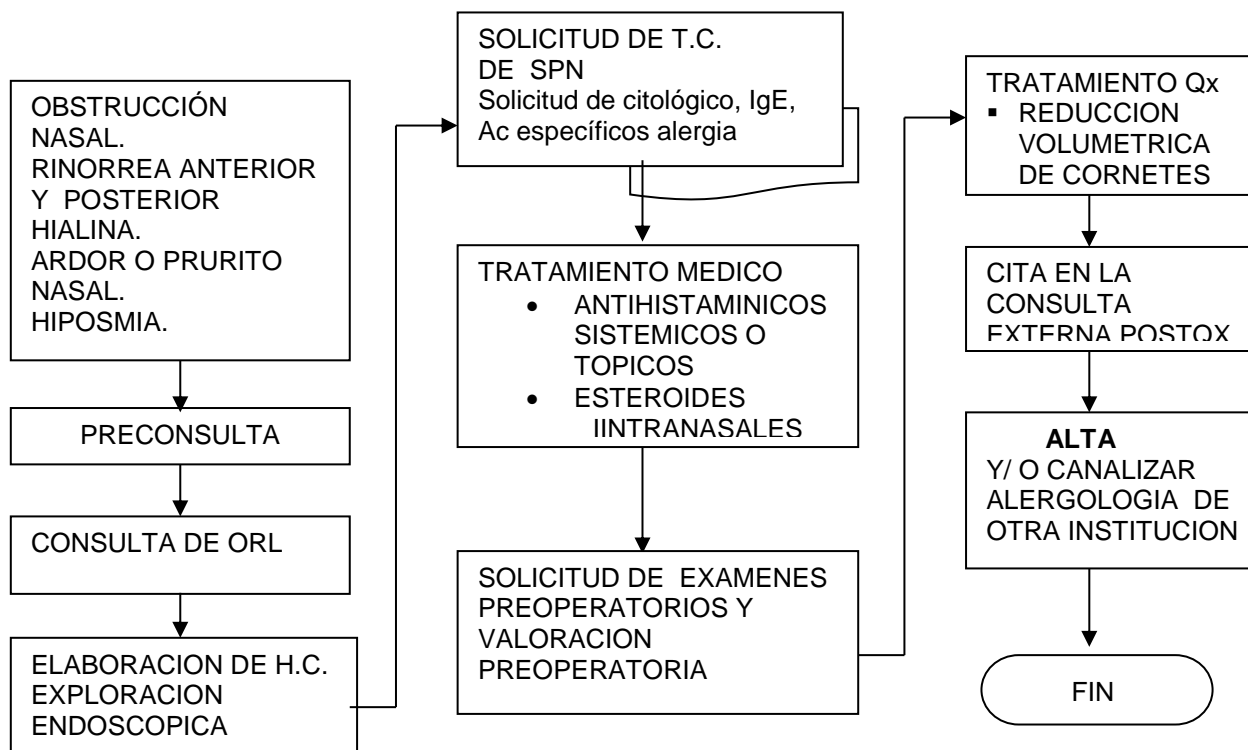
- Mala respuesta al tratamiento médico, referir a subespecialidad o revalorar el caso
- Mediana respuesta al tratamiento médico : agregar otro tipo de tratamiento
- Buena respuesta al tratamiento médico

5.5 Criterios de alta

El paciente podrá ser dado de alta si:



- Hubo mejoría total ó alivio completo de los síntomas y se le dan indicaciones para continuar con hábitos higiénicos y rescate con medicamentos en caso de reiniciar.
- Fueron corregidas las alteraciones que podrían haber tenido implicaciones en la calidad de vida del paciente y se resolvió el motivo para acudir al Servicio de Otorrinolaringología del Instituto.

5.6.1 Flujograma.



5.6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Management of Allergic and Nonallergic Rhinitis. Summary. [Internet] Evidence Report/Technology Assessment. 2002. Number 54.
2. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP et al. Diagnosis and management of rhinitis: Complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology.
3. Introducción a la confección de guías clínicas basadas en evidencias. [23 de marzo del 2006].
4. Morris P. Antibióticos para el exudado nasal persistente (rinosinusitis) en niños (Revisión Cochrane). En: *La Cochrane Library Plus*, Número 2, 2002. Oxford: Update Software.
5. Weiner J M, Abran M J, Puy R M. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1998; 317: 1624-1629.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 30 de 50

6. TUMORES LARÍNGEOS

6.1. Definiciones

6.1.1 Definición del padecimiento.

Tumores laríngeos: Enfermedad de cualquier etiología localizada en la laringe y se manifiesta por aumento de volumen.

6.2 Diagnóstico

6.2.1 Cuadro clínico.

- Disfonía
- Estridor
- Dificultad respiratoria
- Odinodisfagia
- Disfagia



6.2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar historia clínica Otorrinolaringológica completa, exploración física, con particular atención a la región laríngea por endoscopia rígida y flexible.

Solicitar interconsulta con foniatría para análisis dinámico de voz.

6.2.3 Estudios especiales.

Se solicitarán interconsultas a otros servicios de acuerdo al criterio del médico tratante y a la etiología del padecimiento.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 31 de 50

6.2.4 Clasificación en su caso.

6.3 Tratamiento

6.3.1 Médico.

6.3.1.1 Medicamentos.

Los necesarios a criterio de cada servicio (tratante e interconsultante)

6.3.1.2 Rehabilitación.

A criterio del Servicio de Foniatria

6.3.1.3 Otros.

6.3.2 Quirúrgico

6.3.2.1 Técnica sugerida.



Se indicará una vez que el servicio de foniatria haya corregido los factores y cofactores favorecedores de esta patología sin lograr la desaparición del tumor mediante un tratamiento médico y ejercicios correspondientes.

Se recomendará Microlaringoscopia directa con resección de la lesión con micro pinzas. Al ser aceptada la cirugía se solicitarán preoperatorios y valoración pre- anestésica.

Los pacientes mayores a 40 años serán enviados a valoración preoperatoria a Medicina Interna previa solicitud de tele de tórax y electrocardiograma. Cuando este servicio lo juzgue necesario, el paciente debe ser evaluado y controlado por endocrinología o cardiología u otras subespecialidades, a fin de llevarlo a quirófano en las mejores condiciones generales.

El procedimiento quirúrgico se realizará bajo anestesia general con intubación orotraqueal previa aceptación del enfermo o de su tutor, firmando en el escrito de consentimiento informado, redactado para ese fin.

Se realizará Microlaringoscopia directa con resección de la lesión con micro pinzas enviando el material resecado a estudio histopatológico.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 32 de 50

6.3.2.2 Manejo postoperatorio.

Se da instructivo por escrito de las molestias postoperatorias esperables, así como la siguiente cita. y síntomas de alerta ante posibles complicaciones, como sangrado o dificultad respiratoria. Se contempla reposo de voz absoluto o relativo durante la primera semana (a criterio del médico tratante) posteriormente al mes, tres y seis meses. Durante este tiempo se informara al enfermo del resultado histopatológico debiendo continuar con su terapia rehabilitatoria (foniátrica).

6.3.2.3 Seguimiento.

6.4 Evaluación del resultado

6.4.1 Cuantitativo.

En base a escala análogo visual se establece del 1-10, teniendo como puntos a evaluar si el paciente presenta: Disfonía, estridor, dificultad respiratoria, como síntomas principales y como síntomas acompañantes: sensación de cuerpo extraño, odinofagia, disfagia, broncoaspiración

1. Ninguna mejoría
2. Pobre mejoría con más de 3 síntomas acompañantes.
3. Poca mejoría de la obstrucción y acompañan 2 a 3 síntomas acompañantes.
4. Poca mejoría de la obstrucción nasal y acompaña 1 de los síntomas acompañantes.
5. Mediana mejoría de la obstrucción nasal con 2 ó más síntomas agregados.
6. Mediana mejoría de la obstrucción nasal y sólo un síntoma agregado.
7. Mejoría casi total de la obstrucción pero persisten dos ó más síntomas agregados
8. Mejoría casi total de la obstrucción nasal excepto un síntoma agregado
9. Desapareció la obstrucción nasal y sólo resta un síntoma agregado.
10. Alivio total de obstrucción nasal y síntomas agregados.

6.4.2 Cualitativo.

Evalúa de acuerdo a la mejoría obtenida por el paciente y los datos de mejoría de la exploración física en una:

- Mala respuesta al tratamiento médico, referir a subespecialidad o revalorar el caso
- Mediana respuesta al tratamiento médico : agregar otro tipo de tratamiento
- Buena respuesta al tratamiento

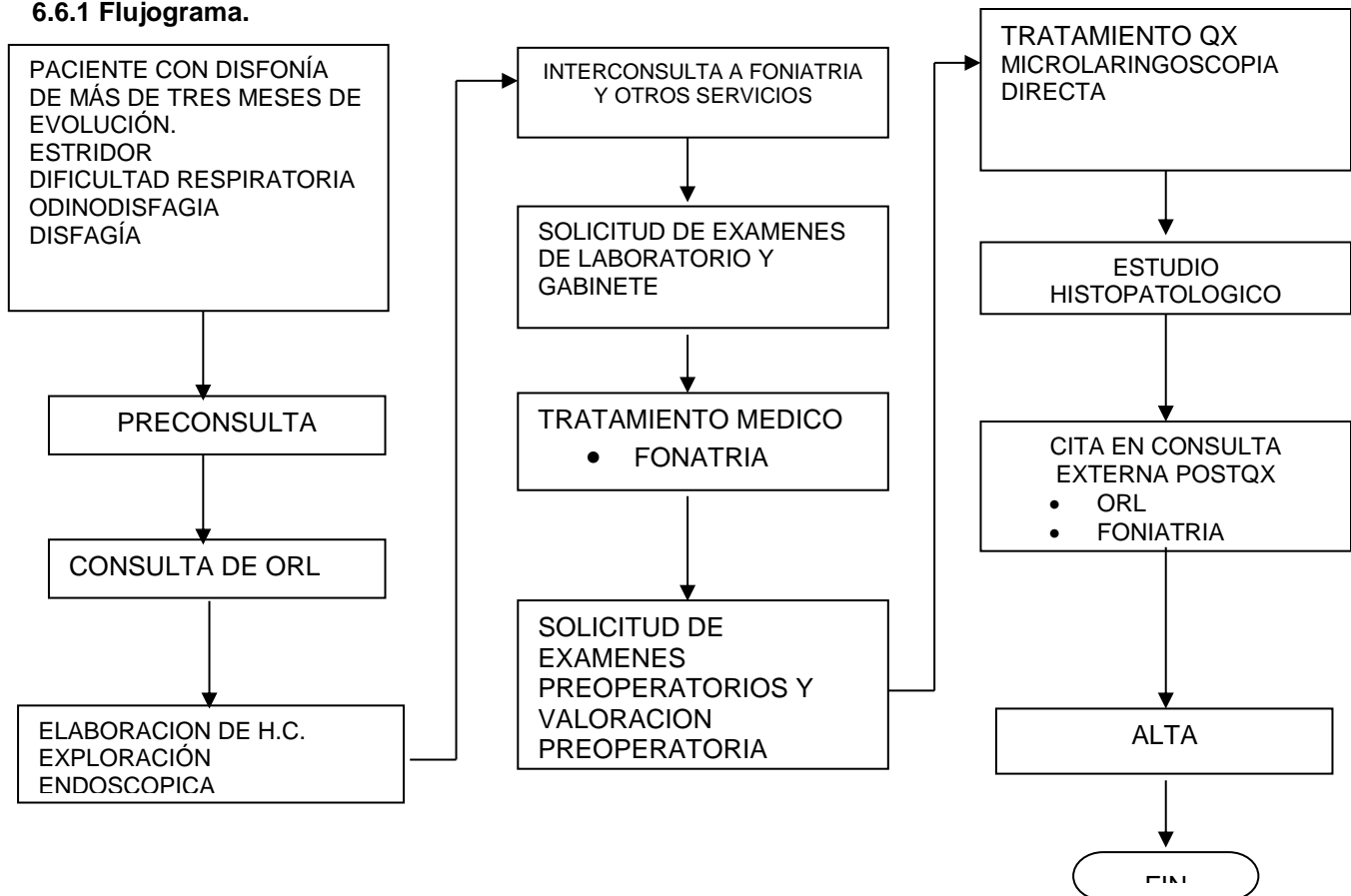
6.5. Criterios de alta.



El paciente podrá ser dado de alta si:

- Hubo mejoría total a alivio completo de los síntomas y se le dan indicaciones para continuar con hábitos higiénicos y rescate con medicamentos en caso de reiniciar los síntomas.
- Fueron corregidos las alteraciones que podrían haber tenido implicaciones en la calidad de vida del paciente y se resolvió el motivo para acudir al servicio de Otorrinolaringología del Instituto.

6 Anexos

6.6.1 Flujoograma.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 34 de 50

6.6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

1. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical Practice Guidelines (Editorial). Ann Intern Med. 1990; 113: 645-646.
2. Franco RA, Andrus JG. Common diagnoses and treatments in professional voice users. Otolaryngol Clin North Am. 2007 Oct;40(5):1025-61, VIII. Review.
3. MacKenzie K, Millar A, Willson JA, Is voice therapy an effective treatment for dysphonia?. A randomized controlled trial. BMJ 2001; 323: 1-6.
4. Pedersen M, Mc Glashan J. Intervenciones quirúrgicas versus no quirúrgicas para los nódulos vocales (Revisión Cochrane) In; La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002, Oxford: Update Software.
5. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Guidelines. En: Sackett DL. Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000. pp. 169-82.

7. OTITIS MEDIA CON DERRAME

7.1 Definiciones



7.1.1 Definición del padecimiento.

Otitis media con derrame: Enfermedad inflamatoria del oído medio caracterizada por la presencia de líquido en ausencia de proceso infeccioso activo y con tímpano íntegro.

7.2. Diagnóstico

7.2.1 Cuadro clínico.

- Hipoacusia
- Sensación de oído ocupado
- Trastornos de lenguaje
- Bajo rendimiento escolar

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 35 de 50

7.2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar historia clínica Otorrinolaringológica completa con particular atención a la otoscopia con visión microscópica, otoscopia neumática, pruebas con diapasones en pacientes cooperadores.
 Solicitar estudios de audiometría tonal con vía aérea y vía ósea Logaudiometría y timpanometria.
 Estudios de Imagen: radiografía lateral de cuello con técnica para partes blandas (adenoides)

7.2.3 Estudios especiales.

Solo en casos seleccionados se solicitará Resonancia Magnética.
 En casos seleccionados por su edad o complejidad potenciales auditivos evocados.
 Tomografía computarizada en cortes axiales y coronales sin medio de contraste del hueso temporal en casos seleccionados.



7.2.4 Clasificación en su caso.

7.3 Tratamiento

7.3.1 Médico.

7.3.1.1 Medicamentos.

Infeciosos: Antibióticoterapia (Penicilinas aumentadas, cefalosporinas de segunda generación y Claritromicina para alérgicos a penicilinas), Mucolíticos, antiinflamatorios no esteroideos.
 En los pacientes con sospecha de factor alérgico; iniciar tratamiento con antihistamínicos, asociados o no a descongestionantes sistémicos Antileucotrienos, corticoides intranasales.
 Se trata de una patología multifactorial por lo tanto el otorrinolaringólogo deberá atender las causas locales o sistémicas que actúan como factores y cofactores en la génesis de este problema.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 36 de 50

7.3.1.2 Rehabilitación.

Se referirá a Terapia de Lenguaje al enfermo que muestre trastornos en el mismo (Dislalias)

7.3.1.3 Otros.

N/A

7.3.2 Quirúrgico.

7.3.2.1 Técnica sugerida.

Se indica tratamiento quirúrgico en aquellos enfermos que después de tres meses de tratamiento no muestran mejoría en su audición, en su lenguaje y la imagen otoscópica persiste con oído medio ocupado.

Se realizan bajo anestesia general orointubado; solo en algunos casos el procedimiento puede realizarse con anestesia tópica. La realización de timpanostomía con colocación de tubos de ventilación transtimpánicos bajo visión microscópica puede ser asociado con la corrección de cualquier otra alteración estructural que altere el correcto funcionamiento de la trompa de Eustaquio (adenoidectomía, adenoamigdalectomía, etc.)

7.3.2.2 Manejo postoperatorio.

Se da instructivo por escrito de las molestias postoperatorias esperables, así como la asignación de la siguiente cita.

Se contemplan 3 citas postoperatorias semanales y posteriormente bimensuales hasta la extrusión de los tubos ventilatorios.

7.3.2.3 Seguimiento.

7.4 Evaluación del resultado

7.4.1 Cuantitativo.

Estudio timpanométrico con curvas A lo que permite ver que la función de la trompa se ha normalizado

Otoscopia con Membrana timpánica íntegra

7.4.2 Cualitativo.

Sensación subjetiva de mejoría de la audición.

Estudio audiométrico con mejoría en la audición.

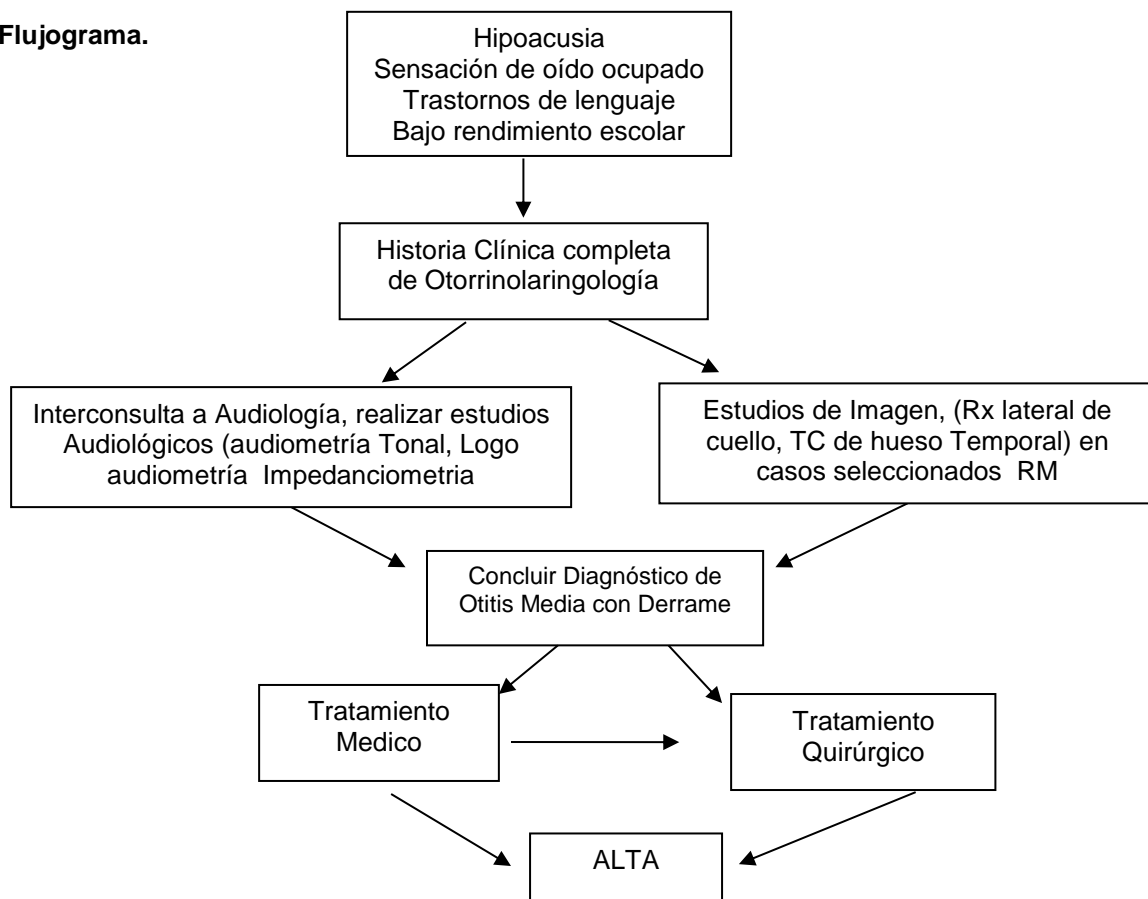
7.5 Criterios de alta



Estudio Audiométrico con normoacusia y movilidad normal de membranas timpánicas

Corrección de factores que afectaron a la permeabilidad de la MT

7.6. Anexos

7.6.1 Flujograma.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 38 de 50

7.6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

1. Legislación Sanitarias, "Reglamento interior de la secretaria de salud" 1ª edición Editorial Delma pag. 802.
2. Liliana Velázquez García,"Comisión de Arbitraje Medico Estado de México", consentimiento bajo información o consentimiento informado Segunda Edición Ampliada y Actualizada, Septiembre, 2001, pag. 99.

8. OTITIS MEDIA CRÓNICA

8.1 Definiciones

8.1.1 Definición del padecimiento.

Otitis media crónica: Enfermedad inflamatoria de la mucosa de la caja timpánica, mastoides y trompa de Eustaquio, de más de tres meses de evolución y de etiología multifactorial.

8.2 Diagnóstico



8.2.1 Cuadro clínico.

Identificación del problema en la variedad no complicada:

- Otorrea
- Hipoacusia

Identificación del problema en la variedad complicada:

- Otorrea
- Hipoacusia
- Fiebre
- Otagia
- Vértigo
- Parálisis facial
- Trastornos de conciencia.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 39 de 50

8.2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar historia clínica Otorrinolaringológica completa, exploración física, con particular atención a la exploración otológica; en los casos complicados deberá extender su exploración a los pares craneales. Solicitar interconsulta con Audiología.

Estudios complementarios: Imagen; Tomografía computada de hueso temporal en cortes axiales y coronales sin medio de contraste.

Exámenes preoperatorios: Biometría hemática, química sanguínea, grupo y Rh, pruebas de tendencia hemorrágica.

Se interconsulta a Medicina Interna o Cardiología en aquellos enfermos mayores de 45 años que a juicio del cirujano requiera de esas u otras valoraciones.

8.2.3 Estudios especiales.

Solo casos seleccionados como los complicados o en los que se sospeche de una neoplasia concomitante, se deberá solicitar tomografía computada de hueso temporal en cortes axiales y coronales con medio de contraste y/o resonancia magnética nuclear del cráneo.

Cultivo de secreción otica en los casos de otorrea.

8.2.4 Clasificación en su caso.



Variedad no complicada y variedad complicada.

8.3 Tratamiento

8.3.1 Médico.

8.3.1.1 Medicamentos.

Gotas oticas con antimicrobiano y antiinflamatorio.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 40 de 50

Limpieza de oído bajo visión microscópica con la frecuencia que el cirujano crea conveniente.

Medidas higiénicas como evitar que penetre agua al oído o el uso de cualquier objeto en el conducto auditivo externo.

Variedad complicada:

Requiere hospitalización para vigilancia, manejo antimicrobiano por la vía parenteral.

Ínterconsultas de acuerdo a la complicación intra o extratemporal y a patologías agregadas (ejemplo, diabetes mellitus)

Analgésicos y antiinflamatorios esteroideos de acuerdo al caso.

Frenadores laberínticos en el caso de que este sea un síntoma cardinal.

8.3.1.2 Rehabilitación.

8.3.1.3 Otros.

N/A

8.3.2 Quirúrgico.

8.3.2.1 Técnica sugerida.



Dependiendo de la severidad del caso el procedimiento deberá fundamentalmente erradicar la infección y de manera secundaria restablecer el mecanismo de transmisión del sonido

Cirugía Otomastoidea.

Cirugía limitada a la caja timpánica.

Cirugía Otomastoidea extendida hasta donde la patología lo dicte, en los casos de complicación.

El enfermo deberá leer y aceptar una hoja de consentimiento informado en donde se exprese el tipo de procedimiento que se va a realizar, los riesgos de este y dejar claramente establecido el objetivo y los beneficios que se podrían obtener, enfatizando que solo se persigue la erradicación de la enfermedad; la mejoría de la audición es un elemento secundario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 41 de 50

8.3.2.2 Manejo postoperatorio.

Se da instructivo por escrito de las molestias postoperatorias esperables así como la siguiente cita.
 Mantener cuidados de oído, evitando penetración de líquidos al conducto auditivo externo.

8.4. Evaluación del resultado

8.4.1 Cuantitativo.

Posterior a tratamiento quirúrgico la evaluación clínica Audiométrica podrá hacerse a los 3 y 6 meses

8.4.2 Cualitativo.

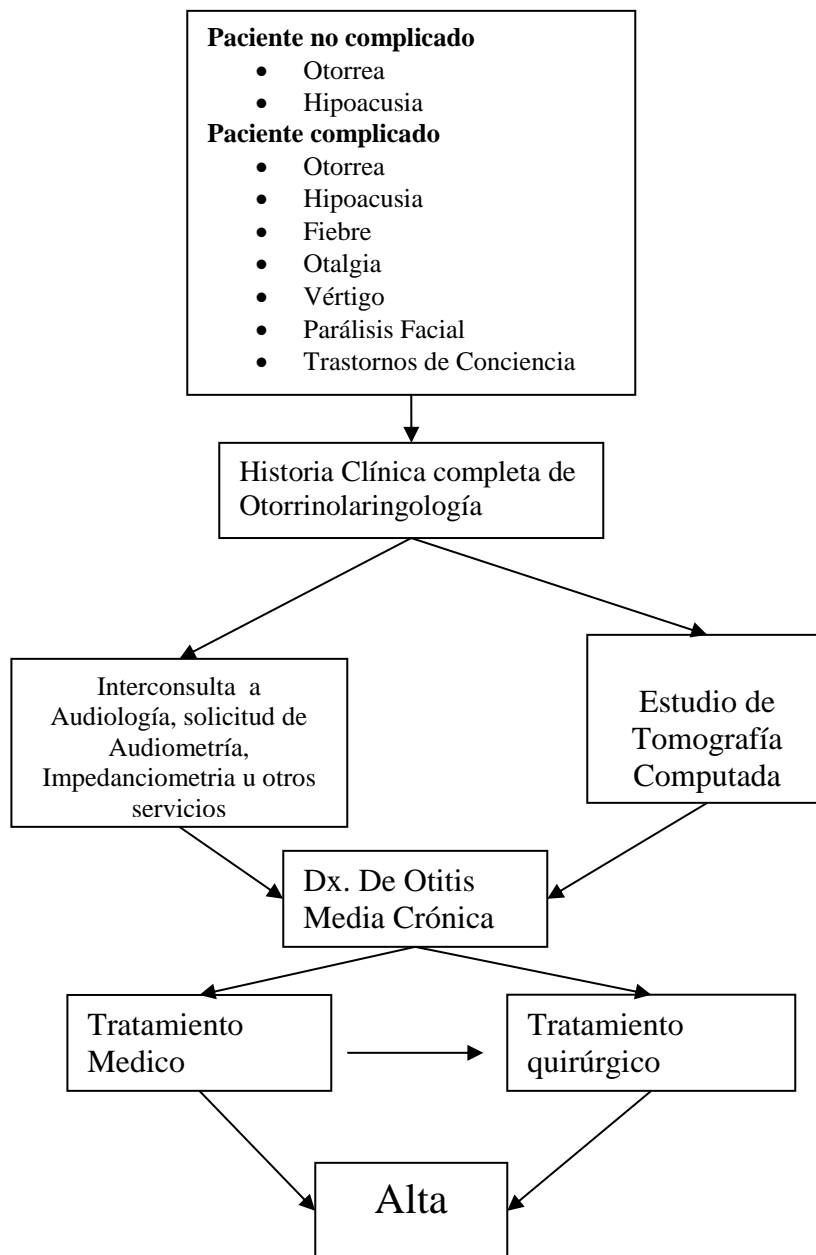
La presencia de un oído seco y cerrado en el caso de que se efectúe Tímpanoplastía 6 meses después dará la pauta de calidad evaluada por el paciente



8.5 Criterios de alta

Oído seco, con injerto de membrana timpánica integra posterior a 6 meses a 1 año.



8.6.1 Flujoograma.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 43 de 50

8.6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

1. Legislación Sanitarias, “Reglamento interior de la secretaria de salud” 1ª edición Editorial Delma pág. 802.
2. Liliana Velázquez García, “Comisión de Arbitraje Medico Estado de México”, consentimiento bajo información o consentimiento informado Segunda Edición Ampliada y Actualizada, Septiembre, 2001, pág. 99.

9. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA

9.1 Definiciones

9.1.1 Definición del padecimiento.

La hipoacusia neurosensorial profunda bilateral puede ser un padecimiento congénito o adquirido que limita en forma severa la comunicación del individuo porque entorpece los procesos de comprensión y adquisición del lenguaje y aprendizaje y no tiene posibilidad de mejoría con algún otro método de ayuda auditiva. (auxiliares auditivos convencionales)



9.2 Diagnóstico

9.2.1 Cuadro clínico.

Hipoacusia bilateral neurosensorial profunda congénita o adquirida en pacientes menores a 3 años o adultos que no mejora con el uso de auxiliares auditivos convencionales con problemas severos en el proceso de comprensión, emisión del lenguaje y de aprendizaje, convirtiéndose en un prospecto para realizar un implante coclear.

9.2.2 Laboratorio y gabinete.

Realizar historia clínica Otorrinolaringológica completa, exploración física, con particular atención a la exploración otológica; Solicitar interconsulta con Audiología.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 44 de 50

Estudios complementarios: Audiometría tonal aérea y osea, Logaudiometría, reflejos estapediales, en los casos que ameriten estudios de potenciales auditivos de tallo cerebral, emisiones otoacústicas, potenciales de estado estable, Tomografía computada de hueso temporal en cortes axiales y coronales sin medio de contraste y resonancia magnética de fosa posterior.

Exámenes preoperatorios: Biometría hemática, química sanguínea, grupo y Rh, pruebas de tendencia hemorrágica.

Se interconsulta a Medicina Interna o Cardiología en aquellos enfermos mayores de 45 años que a juicio del cirujano requiera de esas u otras valoraciones.

9.2.3 Estudios especiales.

Solicitar tomografía computada de hueso temporal en cortes axiales y coronales con medio de contraste y resonancia magnética nuclear del cráneo. Potenciales auditivo de estado estable y emisiones otoacústicas.

9.2.4 Clasificación en su caso.

9.3 Tratamiento

9.3.1 Médico.

9.3.1.1 Medicamentos.

Los necesarios en la preparación preoperatoria.



9.3.1.2 Rehabilitación.

En el estado postoperatorio con un tiempo variable en base a la edad y a la evolución de cada paciente

9.3.1.3 Otros.

N/A

9.3.2 Quirúrgico.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 45 de 50

9.3.2.1 Técnica quirúrgica de colocación de implante coclear

Previa preparación de región quirúrgica (marcaje y trictomia), con adecuado protocolo de asepsia y antisepsia, con antibioticoterapia 30 minutos previo a la incisión, con paciente bajo anestesia general e intubación orotraqueal, con monitorización del nervio facial, se realiza incisión retroauricular a 0.5 centímetros del pliegue auriculotemporal de raíz del hélix hasta punta de la mastoides, se disecciona por planos hasta localizar fascia temporal donde, siguiendo línea temporalis se levanta colgajo del Palva y se desperiostiza hueso temporal hasta localizar área cribosa y espina de Henle.

Sobre triángulo de Maceween se realiza fresado con fresa cortante de 5-6 mm conservando la pared posterior del conducto auditivo externo hasta localizar el receso del facial y ensanchando el mismo, con fresas diamantadas o cortantes de menor calibre se expone la ventana redonda y se retira el excedente óseo del promontorio que interfiera con la adecuada exposición.



Visualizando ventana Redonda se coloca Dexametasona 8mg/2 ml, se prepara electrodo que se sumerge en ceftriaxona, se aspira Dexametasona y se realiza inserción lenta y delicada de electrodos, con ayuda de pinza de relojero o de garra.

Se realiza bolso subperióstico donde se coloca transductor, y se fijara sobre lecho mastoideo. Se verifica hemostasia, se afronta por planos con suturas de Vicryl en colgajo de Palva y Nylon en piel.

9.3.2.2 Detección y manejo de complicaciones transoperatorias de implante coclear

Fístula de líquido cefalorraquídeo: se puede presentar por lesión a duramadre o como gusher. En el caso de la lesión de duramadre se debe reparar el defecto con un parche muscular, cartilaginoso, fascia y pegamento tisular, dependiendo del tamaño del defecto. En el caso de gusher durante la apertura de la ventana oval se debe colocar un parche muscular en rodete o en pequeños fragmentos alrededor del electrodo ya insertado en la ventana oval y posteriormente pegamento tisular.

Lesión del conducto semicircular lateral: se debe realizar la reparación colocando fascia y pegamento tisular.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 46 de 50

Lesión de la pared posterior del conducto auditivo externo: se debe reparar para evitar extrusión posterior del electrodo o exposición de celdillas mastoideas. Se repara con cartílago o fascia, dependiendo de su tamaño. Parálisis facial: dependiendo de la integridad del nervio facial en el periodo transquirúrgico se puede optar por descompresión del facial o la interposición de injerto de nervio gran auricular. Así mismo, se inicia tratamiento médico con esteroide.

Perforación timpánica: se puede lesionar al realizar la timpanotomía posterior, se debe reparar con cartílago o fascia,



9.3.2.3 Complicaciones mayores

Falla blanda del dispositivo: se sospecha con la disminución del rendimiento del dispositivo, su funcionamiento intermitente o con sensación de sonidos inusuales. En estos casos se debe explantar y reimplantar al paciente con un nuevo dispositivo.

Desplazamiento de electrodos: el paciente puede referir disminución del rendimiento y ganancia con el implante coclear. En estos casos se realiza la evaluación en conjunto con el servicio de Audiología y se solicita tomografía computarizada de oídos para valorar la posición del electrodo. Al corroborar el desplazamiento de la vaina de electrodos se debe realizar la recolocación de la misma en cirugía, con la técnica de asepsia antes descrita y reintroduciendo el haz de electrodos.

Otitis media aguda: en los dos primeros meses de postoperatorio, debido a que las complicaciones son mayores, el tratamiento es agresivo. Se realiza de forma intrahospitalaria con tratamiento antibiótico intravenoso y se debe considerar la miringotomía y cultivo de la secreción. Después de 2 meses el tratamiento puede ser ambulatorio con amoxicilina/ácido clavulánico a 90 mg/kg/día y en caso de no mejorar se debe considerar la miringotomía. En los pacientes implantados el manejo expectante no es una opción terapéutica adecuada.

Otitis media crónica colesteatomatosa: esta es una complicación tardía que requiere manejo agresivo con resección del mismo y explantación en caso de que el dispositivo se encuentre en contacto con el colesteatoma.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 47 de 50

Infección del colgajo cutáneo y necrosis: la infección debe tratarse con antibiótico sistémico y se valora su resolución, ya que al persistir puede ocasionar necrosis. Se debe valorar cada caso particular y en conjunto con Cirugía Plástica se puede valorar la rotación de un colgajo para cubrir el dispositivo y prevenir la explantación del mismo. En caso de falla terapéutica y persistencia de la infección se debe realizar la explantación.

Se hace especial atención en el trauma craneoencefálico, pues dependiendo de la intensidad del trauma puede causar complicaciones mayores y menores, dependiendo de la complejidad. El paciente es revisado en urgencias, se realiza la historia clínica completa y la exploración física.



Eritema y edema de la región: con el abordaje previamente descrito.

Hematoma: se detecta por palpación como fluctuación sobre la zona del dispositivo interno y la incapacidad de adherencia del procesador externo. Con técnica aséptica se realiza el drenaje del hematoma y colocar vendaje compresivo para evitar la formación de un nuevo hematoma. En caso de recurrencia se debe valorar la aspiración nuevamente o el drenaje en quirófano. En caso de que el hematoma se convierta a absceso se debe iniciar tratamiento antibiótico y el lavado y drenaje quirúrgico es imprescindible.

Exposición del dispositivo: se debe valorar con Cirugía Plástica la rotación de un colgajo para cubrir el dispositivo si este se encuentra íntegro. En caso de encontrarse dañado debe ser explantado.

Desplazamiento del magneto o receptor estimulador: el desplazamiento del magneto se puede observar clínicamente al observar que el procesador externo se adhiere a la piel en un sitio distinto al que previamente se adhería. El desplazamiento del receptor estimulador se puede detectar por palpación. En caso de duda se debe realizar radiografía de cráneo y/o tomografía computarizada de oídos. Al corroborar la sospecha de desplazamiento de alguno de los componentes se debe realizar cirugía con técnica aséptica para reposicionar los elementos desplazados.

Daño del implante: en cualquiera de las situaciones previas el implante puede tener daño en sus componentes. Su integridad debe ser valorada en conjunto con el servicio de Audiología y si se corrobora el daño del implante, este debe ser explantado.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 48 de 50

9.4. Evaluación del resultado

9.4.1 Cuantitativo.

Una vez colocado el implante en el postoperatorio inmediato se mide la utilidad del mismo con el apoyo del servicio de audiología que valora la funcionabilidad del mismo.

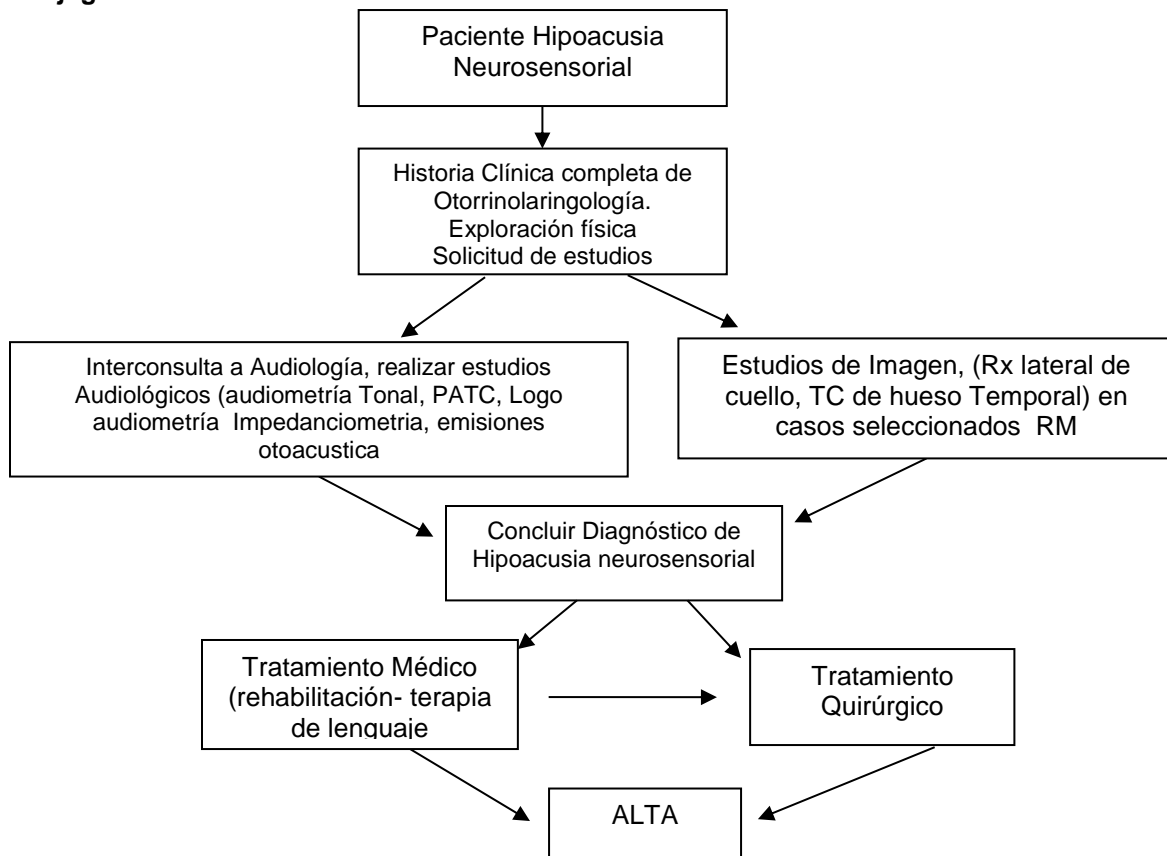
9.4.2 Cualitativo.

Al término de una semana postoperatoria se retiran los puntos de la herida quirúrgica. Y se otorgan citas de seguimiento a las dos, tres y cuatro semanas posteriores. La funcionalidad del implante continua a cargo del servicio de audiología, así como la rehabilitación en terapia de lenguaje

9.5 Criterios de alta



Oído seco sin complicaciones peri o postoperatorias tardías.

9.6.1 Flujograma.



9.6.2 Referencias bibliográficas y guías clínicas específicas.

1. Legislación Sanitarias, "Reglamento interior de la secretaria de salud" 1ª edición Editorial Delma pág. 802.
2. Liliana Velázquez García, "Comisión de Arbitraje Medico Estado de México", consentimiento bajo información o consentimiento informado Segunda Edición Ampliada y Actualizada, Septiembre, 2001, pág. 99.
3. American Journal of Otolaryngology–Head and Neck Medicine and Surgery 43 (2022) 103553

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SOT-01
	DIRECCIÓN QUIRÚRGICA		Fecha: MAY 23
	SUBDIRECCIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA		Rev. 06
			Hoja: 50 de 50

4. Cisneros-Lesser JC, Carrillo-Soto IA, Hernández-Palestina MS. Análisis de las complicaciones encontradas en los primeros 50 pacientes pediátricos receptores de implante coclear en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Otorrinolaringología. 2014;59(4):237-247.
5. Farinetti A, Ben Gharbia D, Mancini J, Roman S, Nicollas R, Triglia JM. Cochlear implant complications in 403 patients: comparative study of adults and children and review of the literature. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2014 Jun;131(3):177-82. doi: 10.1016/j.anorl.2013.05.005. Epub 2014 Jun 2. PMID: 24889283.
6. Hsieh HS, Lee CY, Wu HP, Zhuo MY, Hwang CF. Pressure ulcers and skin infections after cochlear implantation: A delayed yet serious issue. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020 Nov;138:110241. doi: 10.1016/j.ijporl.2020.110241. Epub 2020 Jul 11. PMID: 32705991.
7. Low WK, Xu S. Delayed-onset haematoma formation after cochlear implantation. J Laryngol Otol. 2017 Aug;131(8):684-687. doi: 10.1017/S0022215117001165. Epub 2017 Jun 5. PMID: 28578713.
8. Rubin, Lorry G.. Prevention and Treatment of Meningitis and Acute Otitis Media in Children With Cochlear Implants. Otology & Neurotology 31(8):p 1331-1333, October 2010. | DOI: 10.1097/MAO.0b013e3181f2f074
9. Sanna et al. Surgery for Cochlear and Other Auditory Implants. 2016.

10 Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
04	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
05	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20
06	Actualización del apartado hipoacusia neurosensorial profunda	MAY 23