

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO  
SUR ORIENTE

**ASESORIA JURIDICA**

DR. AIB./HPR./JLRD./lpg.

ASESOR JURIDICO  
S.S.M.S.O.

RESOLUCION EXENTA N° 48.10.2015.002699

VISTOS: Estos antecedentes; Memorandum N°84 de 05.10.2015 de Jefa Unidad de Estudios del Servicio, que solicita dictar resolución que apruebe Protocolo que indica; teniendo presente lo contemplado en el artículo 8º, Párrafo II, letra G) del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo N°140 de 2004, de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763/79 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; Resolución N°1.600 de 2008, de Contraloría General de la República y las facultades que me confiere el Decreto Supremo N°12 de 06 de Febrero de 2015, de Salud, dicto la siguiente:

**R E S O L U C I O N**

- 1.- **APRUEBASE** el documento denominado:
  - **PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA (PACIENTES CON RINITIS CRONICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO)**, cuya vigencia será de 3 años, a contar de Octubre de 2015.
- 2.- La presente Resolución, surtirá todos sus efectos, a contar de esta fecha.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,




DR. ANTONIO INFANTE BARROS  
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD  
METROPOLITANO SUR ORIENTE

**DISTRIBUCION:**


- Dirección S.S.M.S.O.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.M.S.O.
- Unidad de Estudios S.S.M.S.O.
- Asesoría Jurídica S.S.M.S.O.
- Oficina de Partes S.S.M.S.O.



TRANSCRITA FIELMENTE  
MINISTRO DE FE

 <p>Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Región Metropolitana</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</p>	<p>Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16</p>
---	---	--

**PROTOCOLO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
--	---	---


## INTRODUCCIÓN

Muchas patologías pueden resolverse en una primera intervención, tanto en adultos como en niños. Para optimizar los recursos en nuestro servicio es que se han diseñado éstos protocolos en relación a las siguientes patologías, escogidas por su frecuencia en la población:

- ✓ **Síndrome vertiginoso benigno**
- ✓ **Rinitis Crónica**
- ✓ **OME**

## OBJETIVO

Mejorar el flujo del paciente mediante criterios definidos de atención en nivel primario y secundario, favoreciendo una resolución eficiente de patologías de alta frecuencia.

 <p>Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Región Metropolitana Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</p>	<p>Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16</p>
--	---	--

## FLUJOGRAMA

Cuando alguna de éstas patologías no se resuelve en una primera instancia de acuerdo a los protocolos, ésta se deriva vía Interconsulta digital al hospital que corresponde por sub red en donde se asignará una hora de acuerdo a disponibilidad de cupos.

Sub red cordillera Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río


Sub red la florida Hospital de la Florida

Sub red santa rosa Hospital Padre Hurtado

La Interconsulta deberá contener

1. Impresión diagnóstica
2. Motivo de derivación
3. Tratamiento previo aplicado y duración
4. Nombre del médico y establecimiento de origen para poder contrareferir.



	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
--	---	---

<b>SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>
-------------------------------------

**DEFINICION.**

Sensación ilusoria de movimiento, generalmente rotatorio y unidireccional.

1 Distinguir de mareos

2 Perfil temporal (permanente, segundos, minutos, horas).


3 Acompañantes: náuseas y vómitos, síntomas cocleares (tinnitus, hipoacusia); otros (diplopia, disartria, alteraciones sensitivas y/o motoras);

4 Desencadenantes: Postural (solo por cambios de postura, agravado por cambios de postura); drogas(OH, BDZ, antiepilépticos, ototóxicos).

5.- Clasificación Vértigo

**VERTIGO CENTRAL vs. PERIFERICO**

	Periférico	Central
• Vértigo	Severo frecuente tipo rotacional	Usualmente moderado
Siempre presente		
• Nistagmus	Horizontal algunas veces torsional	Con frecuencia Ausente
Aumenta cuando se mira del	lado contrario de la lesión	Si + vertical o Bidireccional
Siempre tiene una dirección		Ocurre en más de una dirección

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
---	---	---

- Test Calórico anormal en el sitio de la lesión Puede ser normal
- Signos/síntomas SNC ausentes (-) Presentes con frecuencia
- Hipoacusia y Tinnitus Presentes con frecuencia Ausentes
- Náuseas y vómitos Usualmente presentes + si hay aumento de presión IC
- Caídas Con frecuencia hacia el lado de la lesión variable
- Fijación visual Inhibe el nistagmus. Sin cambios

## CLINICA

Inicio brusco, duración desde unos minutos hasta una hora, con frecuencia náusea y vómito.

Precisar todos los fármacos que ha tomado el paciente en el último año, ya que puede afectar la función vestibular.

Al examen físico buscar nistagmus y sus características.

Diagnóstico diferencial de Vértigo basado en la clínica.

- Vértigo paroxístico
- Enfermedad de Meniere
- Vestibulopatía
- Neuritis Vestibular
- Laberintitis
- OMA reciente
- Neuroma acústico
- Ataxia

Vértigo paroxístico posicional:

Es la causa más frecuente de vértigo transitorio ocurre después de ciertos movimientos de la cabeza, se acompaña de nistagmus.

Es la principal causa de vértigo en la consulta de atención primaria y representa hasta el 25% de los pacientes que consultan por este síntoma. Su incidencia se estima entre 11-64 casos por 100.000 habitantes y aunque puede aparecer en cualquier grupo de edad, es más frecuente entre los 50 y los 70 años. Cuando la causa es idiopática, es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, sin diferencias cuando su etiología es postraumática o por neuritis vestibular (Mizukoshi K, 1988).


Se produce por la migración de un otolito en el canal vestibular posterior.

Causas Trauma craneal, Infección viral, enfermedad degenerativa, idiopática.

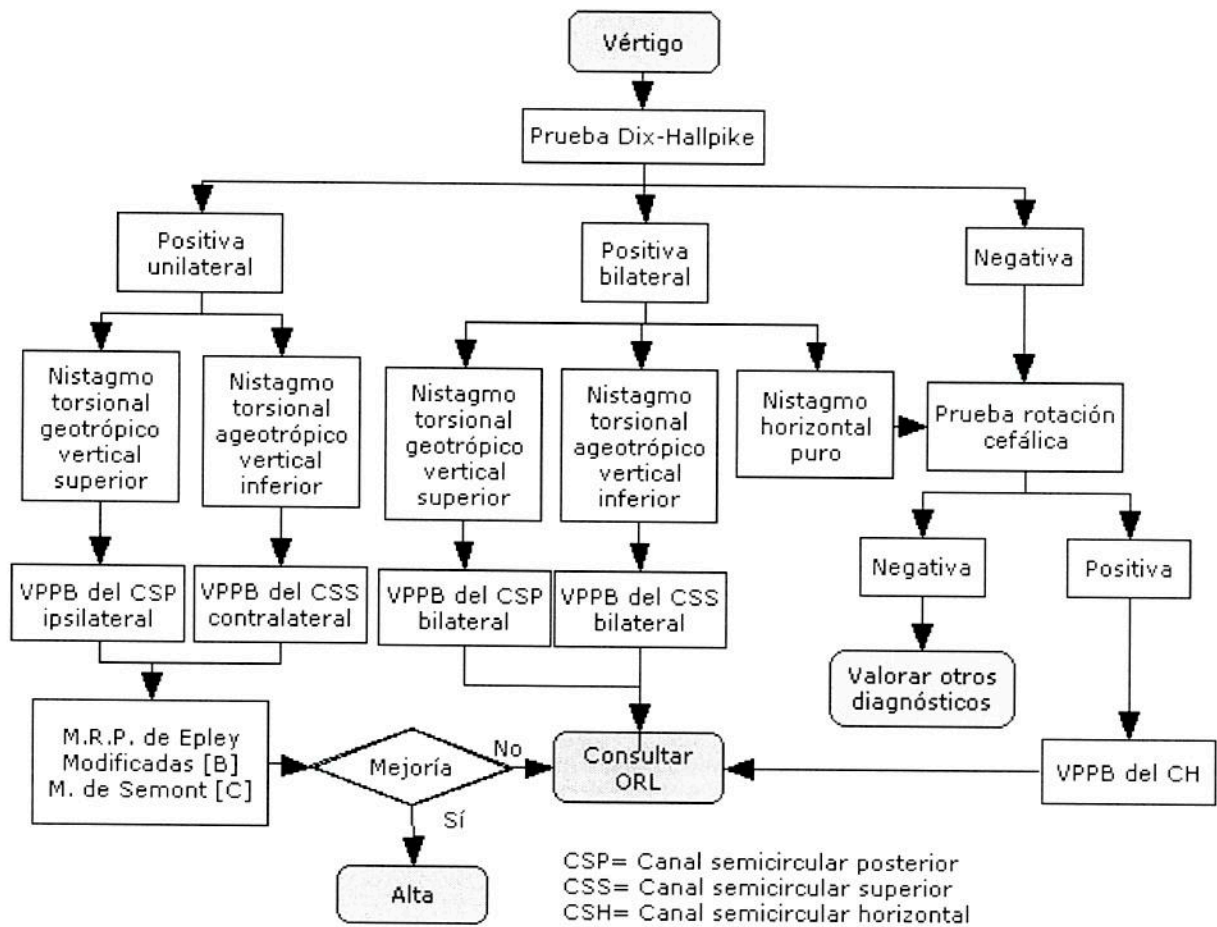
Diagnóstico: Historia clínica y maniobra de Dix-Hallpike positiva:

Prueba de Dix-Hallpike (Dix MR, 1952). Mediante esta prueba exploramos varios canales semicirculares al mismo tiempo, el más importante es el canal semicircular posterior del mismo lado del giro cefálico, pero también incluye el canal semicircular anterior o superior del oído contrario al giro cefálico y en la mayoría de los casos el canal horizontal del mismo lado.


Se sitúa al paciente sentado en la camilla con las piernas estiradas y el cabeza girado 30° hacia el lado a explorar. Bruscamente, manteniendo esta posición, se lleva al paciente a la posición de decúbito

 <p>Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Región Metropolitana Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</p>	<p>Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16</p>
--	---	--

supino con la cabeza girada y colgada del borde de la camilla, para después de 30 segundos volver a la posición de partida. En ambas posiciones, en decúbito y sentado, es necesario explorar la presencia de nistagmo.





	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
--	---	---

## Enfermedad de Meniere:

La enfermedad de Meniere (EM) cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de episodios espontáneos de vértigo (sensación de giro de objetos) recurrente, hipoacusia fluctuante, acúfeno y plenitud ótica de origen idiopático. Cuando se relaciona con una etiología concreta se llama Síndrome de Meniere (SM) o hidrops endolinfático secundario. El marcador histopatológico de la EM es la presencia de un hidrops endolinfático.

La incidencia de la EM se estima en 15/100.000 habitantes/año y se incrementa con la edad. Puede ocurrir a cualquier edad aunque en niños es poco frecuente (Minor LB, 2004). Pick de inicio se sitúa entre los 20 y los 60.

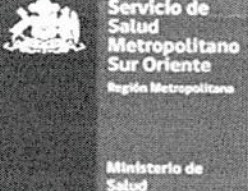
La fisiopatología está en relación con una homeostasis anormal de los fluidos del oído interno, ya sea un aumento en la producción de endolinfa o un problema para su reabsorción (Kimura, 1967). El exceso de endolinfa en los espacios del oído interno (laberinto membranoso), provoca un aumento de presión o hidrops endolinfático que sería el responsable de las microroturas de las membranas del oído interno y de la posterior mezcla de endolinfa y perilinfa, responsables de las manifestaciones clínicas en la EM (Zenner, 1994).

La causa inicial que desencadena el hidrops endolinfático sigue siendo desconocida. La presencia de hidrops no es causa suficiente para explicar las manifestaciones de la EM (Honrubia V, 1999; Rauch SD, 2001).

### Causas secundarias.

- Enfermedad autoinmune del oído interno (primaria o secundaria)
- Traumatismo acústico
- Otitis media crónica
- Síndrome de Cogan
- Hipoacusia congénita
- Tumores del saco endolinfático
- Fenestración de la cápsula ótica
- Concusión laberíntica
- Enfermedad de Letterer-Siwe
- Leucemia
- Displasia tipo Mondini
- Otosclerosis
- Enfermedad de Paget
- Laberintitis serosa
- Trauma quirúrgico sobre el oído interno
- Sífilis



	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
---	---	---

- Traumatismo cefálico sobre el hueso temporal
- Laberintitis viral

No existe ninguna prueba diagnóstica, ni marcador analítico ni radiológico que identifique la EM. El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, en la exploración neurotológica, así como en la evolución clínica y la respuesta al tratamiento.

Se aconseja estudiar sistemáticamente (CKS, 2007):

- Presión arterial acostado y de pie.
- La presencia de arritmias y de soplos carotídeos.
- Pares craneales (buscando la presencia de un nistagmo).
- Equilibrio postural y coordinación (Romberg y dedo-nariz).
- Otoscopia en busca de inflamaciones, así como realizar las pruebas de acumetría (Rinne y Weber.)
- Columna cervical para valorar la presencia de dolor o cervicoartrosis que justifiquen un vértigo cervical.

**Causa la pérdida de audición**

- Cuando se asocia con neurofibromatosis tipo 2 (NF2): tumores bilaterales de y el ángulo cerebro Pontino.

NC VIII, lesiones de la piel café, múltiples lesiones intracraneales, tumores del ángulo.

Características clínicas

Suele presentarse en forma unilateral la pérdida auditiva neurosensorial o tinnitus vértigo, mareo y la inestabilidad pueden estar presentes, pero es raro ya que el crecimiento del tumor se produce lentamente


La parálisis del nervio facial y trigémino (VI), déficit sensoriales (reflejo corneal) son complicaciones tardías.

### Examen Neurológico

Equilibrio

Marcha

Pares Craneanos

 <p>Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Región Metropolitana Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</p>	<p>Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16</p>
--	---	--


Nistagmo: movimiento involuntario rítmico de los ojos. Fase lenta y fase rápida (define dirección del nistagmo). Puede ser horizontal, vertical, rotatorio. Horizontal + Vertical se denomina vértigo multidireccional.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Seudo vértigos, pueden presentarse al mirar desde una altura, precipicio o edificio alto. Lipotimias  
Sincope de otro origen, Trastornos psiconeuroticos, angustia o depresión.

Exámenes de DIAGNOSTICO  
No se solicitan en nivel primario.

DERIVACION A ESPECIALIDAD  
Todo diagnóstico de vértigo derivar a nivel secundario.

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
--	---	---

## RINITIS CRONICA

### DEFINICION

La rinitis se define por trastornos nasales caracterizados por estornudos, prurito nasal, rinorrea y obstrucción o congestión nasal que son reversibles bien espontáneamente o tras tratamiento, constituyendo un factor de riesgo de potenciales complicaciones respiratorias. Está mediada por IGE después de la exposición a un alérgeno.

Afecta al 20 % de la población general y su prevalencia está en aumento. Tiene gran importancia por el impacto en la calidad de vida y el rendimiento escolar si persiste más de 4 días a la semana o más de 4 semanas consecutivas

**Medidas en aps:** todas las actividades educativas para tener un control de alérgenos ambientales que incluyen hongos, polenes, animales etc.

### Tratamiento en APS


Adultos Loratadina 10 mg día oral  
 Niños mayores de 6 años, loratadina 5 mg día oral

### Otras medidas en APS.-

- Educación al paciente sobre el uso de fármacos
- Aprendizaje del paciente para identificar la sintomatología
- Insistir al paciente que el tratamiento medicamentoso no excluye las medidas de evitación del alérgeno.
- Monitorear el crecimiento en niños
- Mantener higiene nasal
- Investigar la presencia de asma
- No usar acaricidas

### Derivación

- Sospecha de poliposis nasal
- Sospecha de rinosinusitis
- Sospecha de otitis serosa recurrente
- Pobre respuesta al tratamiento farmacológico asociado a estrictas medidas de evitación.
- Necesidad de inmunoterapia

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
--	---	---

## OME

### OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

#### DEFINICION

Otalgia intensa, comienzo brusco, fiebre alta, irritabilidad, hipoacusia, otorrea serosa, serohemática o purulenta. Posterior a un cuadro respiratorio alto

#### DIAGNOSTICO

Anamnesis, examen físico. Otoscopia: Enrojecimiento, pérdida de brillo o abombamiento de la membrana timpánica, pudiendo presentarse con otorrea.

#### EXAMENES

Cultivo de secreción otica.

#### TRATAMIENTO

Medidas generales.

Medicación: Analgésicos, antipiréticos, antibióticos.

- Amoxicilina
- Amoxicilina + ac. Clavulánico.
- Eritromicina
- No son útiles los descongestionantes ni gotas oticas.

Control a las 48 horas

#### DERIVACION

Otorrea persistente por más de 15 días, hipoacusia por más de tres semanas y 7 episodios en un año, dentro de los datos de la Interconsulta solicitar Impedanciometría y Audiometría por OME

#### CONTRARREFERENCIA

- Documento: Formulario de interconsulta
- Responsable: Médico Especialista
- Envío: Sección contrarreferencia de la hoja de interconsulta (lo lleva el paciente a la atención primaria)
- Recepción y hora: SOME en la atención primaria.




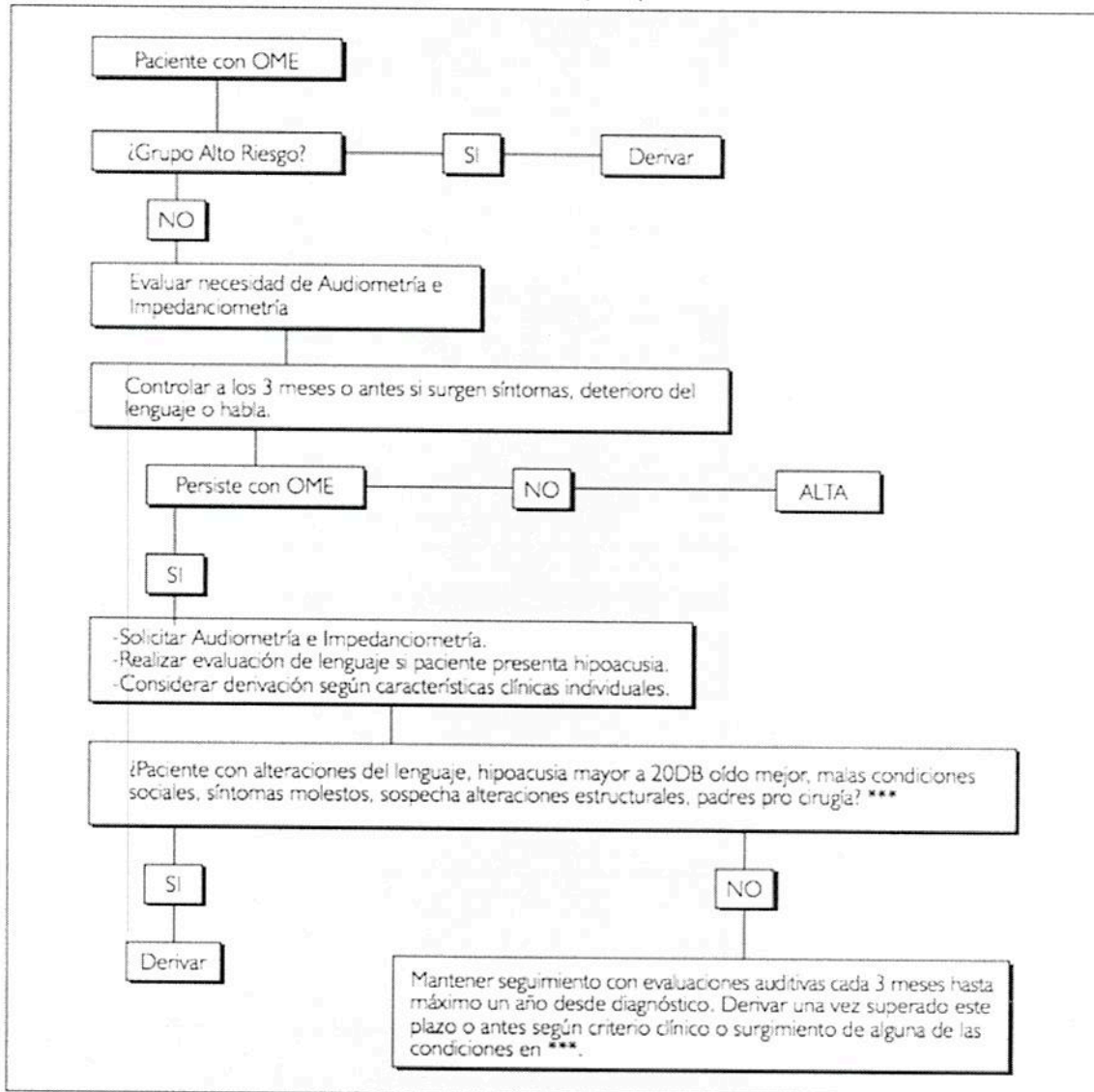

 <p>Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Región Metropolitana Ministerio de Salud</p>	<p>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</p>	<p>Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16</p>
--	---	--

Figura 1. Algoritmo de Manejo Expextante en OME



	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
--	---	---


## INTERVENCIONES Y TIEMPOS RESOLUTIVOS

### Nivel Primario

Especialidad	Patologías	Sospecha - diagnóstico	tratamientos disponible	Exámenes disponibles	Tiempo 1era atención - derivación
OTR	Rinitis crónica	Consulta morbilidad	No		30
	OME	Consulta morbilidad			1
	Vértigo	Consulta morbilidad	No	hemograma, químico	20

### Nivel Hospitalario en el CASR sub red Cordillera

Especialidad	Patologías	Tratamientos disponible	Procedimientos disponibles	Exámenes disponibles	Tiempo recepción de IC - Agenda	Tiempo Agenda - Alta
OTR	Rinitis crónica	Loratadina 10 mg	Nasofibrobroncosopía	Test cutáneo, IgE	90 días	120 días
	OME	Amoxi cilina Amoxi calvulánico Ciprofloxacino Claritromicina Cefadroxilo	Otomicroscopia, instalación de colleras	Audiometría, impedanciometría, cultivo de secreciones	90 días	120 días / 180 días con instalación de colleras
	Vértigo	Nimodipino Rehabilitación vestibular en vértigos posturales	Audiometria Electronistagmografia Prueba de VII par	RNM TAC	120 días	180 días


 <b>Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente</b> Región Metropolitana Ministerio de Salud	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16

Nivel Hospitalario en el HLF sub red La Florida

Especialidad	Patologías	Tratamientos disponibles	Procedimientos disponibles	Exámenes disponibles	Tiempo recepción de IC - Agenda	Tiempo Agenda - Alta
OTR	Rinitis crónica	Tratamiento tópico (inhalador) Loratadina			60	120
	OME	Antibioterapia		Audiometría Impedanciometría	179	120
	Vértigo (postural benigno)	Maniobras de reposición de partículas		Examen de 8º par	135	90

Nivel Hospitalario en el HPH sub red Santa Rosa

Especialidad	Patologías	Tratamientos disponible	Procedimientos disponibles	Exámenes disponibles	Tiempo Recepción IC - Agenda	Tiempo Agenda - Alta
OTR	Rinitis crónica	Medicamentos			179 días	120 días
	OME (NO quirúrgico)	Medicamentos		Audiometría Impedanciometría	179 días	120 días
	Vértigo paroxístico benigno	Maniobras de reposición		VIII PAR previo al tratamiento para descartar o confirmar	90 días	90 días

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</b>	Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16
--	---	---

## BIBLIOGRAFÍA

- Lieberman P., Chronic nonallergic rhinitis. In: UpToDate, Corren J., (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2015

<http://www.uptodate.com/contents/chronic-nonallergic-rhinitis?topicKe...>

- Antibiotics for acute otitis media in children; Revisión Sistemática

[http://www.epistemonikos.org/es/documents/7f4b094636d5c3d49ed401c22797d4fa163e7f10?doc\\_lang=en](http://www.epistemonikos.org/es/documents/7f4b094636d5c3d49ed401c22797d4fa163e7f10?doc_lang=en)

- Topical lignocaine for pain relief in acute otitis media: results of a double-blind placebo-controlled randomised trial.

[http://www.epistemonikos.org/es/documents/0c27c6a90145fcf8778ddbe75654de7437490c1a?doc\\_lang=en](http://www.epistemonikos.org/es/documents/0c27c6a90145fcf8778ddbe75654de7437490c1a?doc_lang=en)

- OTITIS MEDIA AGUDA, DR. AUGUSTO PEÑARANDA S. MD. MSC. (1);

[http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/427\\_OTITIS\\_MEDIA\\_AGUDA-6.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/427_OTITIS_MEDIA_AGUDA-6.pdf)


- **Actualizaciones en el Manejo de la Otitis Media Aguda; Autor:** Dra. Ana María Moyano F. Residente Medicina Familiar UC. **Editor:** Dra. Pamela Rojas G. Médico Familiar UC.

<http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/305.html>

- Kim J, Zee D. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *New England Journal of Medicine*. 2014;370:1138-47.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1309481>



	<p>PROTOCOLO DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES CON RINITIS CRÓNICA, OME Y SINDROME VERTIGINOSO BENIGNO</p>	<p>Fecha: Oct. 2015 Vigencia: 3 años Páginas: 16</p>
---	---	--

<p><b>Elaborado por:</b> Equipo de Otorrinolaringología Hospitales de la Red</p>	<p><b>Actualizado por:</b> Equipo de R-CR SSMSO 2015</p>	<p><b>Revisado por:</b> Dra. Luz Maria Durango</p> 	<p><b>Autorizado por:</b> Dr Antonio Infante Barros</p>
<p><b>Cargo:</b> Profesionales especialistas Hospitales de la Red</p>	<p><b>Cargo:</b> Profesionales coordinadores de la derivación en la RED SSMSO.</p>	<p><b>Cargo:</b> Encargada de R-CR SSMSO</p>	<p><b>Cargo:</b> Director SSMSO</p>  
<p><b>Fecha:</b> 2010</p>	<p><b>Fecha:</b> Oct 2015</p>	<p><b>Fecha:</b> Oct - 2015</p>	<p><b>Fecha:</b> Oct - 2015</p>