
		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN
 OTORRINOLARINGOLOGIA
 PROTOCOLO: HIPERTROFIA ADENOAMIGDALINA**

Elaborado por:	Visado por:	Aprobado por:
Equipo de ORL	Subdirector Médico Dr. Jaime Neira	Director de Servicio Dr. Milton Moya
Fecha: Mayo 2016	Fecha	Fecha

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Fecha de Elaboración y revisión.

Elaborado: Abril 2016


Versión Modificada	Descripción de Modificación	Nº documento que deja sin efecto
Septiembre 2015	Actualización	Septiembre 2015

Participantes de la elaboración del Documento:

- .-Dra. Loreto Nicklas Diaz. Otorrinolaringóloga, Jefe Unidad Otorrinolaringología. HHA.
- .-Equipo de Gestión Clínica de SSAS.


Declaración de Conflicto de Interés

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Indice

Fecha de Elaboración y Revisión	2
Autores y Comité Revisor	2
Conflicto de Intereses	2
Introducción	4
Mapas de Red	4
Objetivo	5
Población Objetivo	5
Ámbito de Aplicación	5
Definición o Glosario	5
Desarrollo	6
Flujograma.	9
Metodología de Evaluación.	10
Planes de Difusión.	10
Bibliografía	10

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Introducción:

La patología Otorrinolaringológica es una frecuente causa de consulta en el nivel primario de atención. El médico del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patología Otorrinolaringológica a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente del total de interconsultas generadas en todos los establecimientos de la Red, las de causas otorrinolaringológicas constituyen el 15 % de toda la lista de espera en el Servicio de Salud Araucanía Sur. Dentro de estas Interconsultas, los diagnósticos de Hipoacusia, Epistaxis, Hipertrofia Adenoamigdalina representan las primeras causas de derivación desde el nivel primario al especialista, y también entre especialistas. La mayoría de estas patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su Centro de Salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.


Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los casos de Hipertrofia Adenoamigdalina.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red, objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (metanálisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: **“Hypertrophy adenotonsillar” “Hipertrofia Adenoamigdalina”**, sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: **“A Favor”** de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

Mapas de Red

Nivel Primario:

- Dirección de Departamentos de Salud Municipal(DSM)
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos
- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Otorrinolaringología del HHA
- Dirección y Sub dirección Médica del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Medica del SSAS

Objetivo

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de pacientes portadores de Hipertrofia Adenoamigdalar, para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de todo paciente con Hipertrofia Adenoamigdalar (Principalmente Niños en edad Preescolar y Escolar) en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

Ámbito de Aplicación

Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de Directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Médicos Generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (Pediatras, ORL, etc) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:

.-Profesionales: médicos generales, Médicos familiares o Médicos especialistas (Pediatras, ORL, etc) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red asistencial del servicio de Salud de la Araucanía Sur.


.-De los Deptos./Unidades encargadas:

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de ORL HHA; Dirección y subdirección medica del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS.

Definiciones o Glosario de términos

APS: Atención Primaria en Salud

CAE: Consultorio adosado de Especialidades

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar
 CESFAM: Centro de Salud familiar
 CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial
 FC: Ficha Clínica
 HHA: Hospital Hernán Henríquez Aravena
 ORL: Otorrinolaringólogo.
 SIC: Solicitud de Interconsulta
 SOME: Servicio de orientación Médica estadístico.
 SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

Desarrollo

La Patología Adenoamigdalina es de alta prevalencia en la población preescolar y escolar, siendo causa de una mala calidad de vida para el afectado y su familia. Es responsable de alteración del aprendizaje, trastornos o déficit de la atención, ausentismo escolar y por lo tanto repercute directamente en el rendimiento escolar en los casos en que coexiste la Apnea Obstruccion de Sueño. Su resolución es quirúrgica por el especialista Otorrinolaringólogo en la mayoría de los casos.

La Hipertrofia adenoamigdalina es el aumento de volumen del tejido linfático adenoideo o amigdalino. El Anillo linfático de Waldeyer es un cúmulo de tejido linfático que abarca desde la rinofaringe hasta la base de la lengua. Presenta funciones inmunológicas, con mayor actividad en los primeros 6 a 12 meses de vida. Sus problemas fundamentales se relacionan con la infección y la obstrucción del tracto respiratorio superior. Está constituido por: - Amígdalas faríngeas - Amígdalas peritubáricas - Cordones faríngeos laterales - Amígdalas palatinas.


Adenoides: Masas linfoides de forma triangular, localizadas en la pared postero-superior del rinofarinx que están presentes al nacer y tienden a involucionar en el adulto. Están en relación con la Trompa de Eustaquio, fosas nasales y su irrigación proviene de las ramas faríngeas de la carótida externa, maxilar interna y facial. Están inervadas por el IX y X par.

Amígdalas Palatinas: Masas linfoides ovoideas localizadas en las paredes laterales de la orofaringe. Se encuentran adosadas a la fascia del músculo constrictor superior de la faringe, cuyo límite anterior es el músculo palatogloso, y su límite posterior es el músculo palatofaríngeo. Inferiormente se relaciona con la amígdala lingual y su irrigación proviene de la arteria faríngea ascendente, palatina ascendente, ramas de la arteria facial y lingual. Su inervación por el IX par y ramas del nervio palatino menor

Descripción de las patologías

Procesos Inflamatorios Infecciosos

Adenoiditis aguda: se manifiesta con obstrucción nasal, rinorrea purulenta, fiebre y en ocasiones otitis media. Aunque puede ser difícil de diferenciar de un proceso catarral vírico agudo, su curso es más prolongado y febril.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Adenoiditis recurrente: se denomina así a la concurrencia de 4 o más episodios de adenoiditis aguda en 6 meses, separados por intervalos asintomáticos. Su presentación es similar a la de la rinosinusitis aguda recurrente.

Adenoiditis crónica: se manifiesta por rinorrea persistente, drenaje postnasal (“la calle del moco”, al ver la faringe), respiración maloliente, a veces acompañada de otitis media, con una duración de al menos 3 meses.

Amigdalitis aguda: para comprender posteriormente las indicaciones, se considera en acuerdo con Paradise et al, que existe un brote agudo de faringo-amigdalitis si el paciente presenta dolor de garganta y alguno de los siguientes hallazgos clínicos: Temperatura oral de al menos 38,3° C, adenopatía cervical dolorosa >2 cm, exudado amigdalino o cultivo positivo a estreptococo Beta-hemolítico del Grupo A.

Se debe hacer el diagnóstico diferencial entre mononucleosis infecciosa, difteria, gonorrea, sarampión, herpes simple, citomegalovirus, sífilis, VIH, hongos, TBC, Granulomatosis de Wegener, neoplasias.

Amigdalitis recurrente: se define en caso de 7 episodios como el descrito en 1 año, o 5 en dos años, o 3 en 3 años consecutivos.

Amigdalitis crónica: es una entidad pobremente definida, basada en la clínica, que asocia dolor de garganta, halitosis, tonsilolitos, eritema peri tonsilar y/o linfadenopatía cervical dolorosa, que no cede con tratamiento médico durante al menos 3 meses consecutivos (habiendo previamente descartado otras fuentes de infección, como amigdalitis lingual o patología sinusal).


Procesos obstructivos

- Hiperplasia adenoidea obstructiva: se manifiesta por obstrucción nasal crónica, con rinorrea, respiración por la boca que permanece abierta, ronquido nocturno y rinolalia cerrada (“hablan por o de nariz”).

- Hiperplasia amigdalar obstructiva: se caracteriza porque el ronquido y la respiración forzada aparecen en el niño tanto dormido (sobre todo en decúbito supino) como despierto, pudiéndose asociar con disfagia para sólidos, enuresis nocturna, disminución del rendimiento escolar y cambios de voz (faringolalia de “patata caliente en la boca”). En estos casos el paciente puede presentar un “Síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño” (SAOS). Los criterios que se aplican al adulto no sirven para el niño y la clínica de obstrucción parcial de la vía aérea Superior (manifestada por una disminución del flujo aéreo con aumento del esfuerzo respiratorio) es más frecuente en niños, pudiendo provocar hipoxemia e hipercapnia, con todas las consecuencias que se derivan. Aunque la mayor parte de casos con SAOS en niños se deben a hiperplasia Adeno-amigdalar, hay otros casos dudosos (clínica y exploraciones no compatibles) o en < de 2 años o que se asocian otras patologías (neurológicas, cardíacas, síndromes craneoencefálicos)

Procesos neoplásicos

- Entre las tumoraciones amigdalares congénitas destacan el teratoma, hemangioma, linfagioma e higroma quístico. La neoplasia amigdalar maligna más frecuente es el linfoma, generalmente no Hodgkin. Se manifiesta como un crecimiento rápido de una amígdala

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

palatina, que suele asociarse con adenopatías cervicales y síntomas sistémicos, facilitando el diagnóstico de sospecha. La hiperplasia linfoide en un adolescente también debe hacernos pensar en un linfoma.

Clasificación del grado de hipertrofia amigdalina

Esta clasificación se basa en la observación de la medida del radio comprendido entre la tonsila y la oro faringe, sin sacar la lengua:

Grado 1: Menor de 25 % de la luz faríngea, no sobrepasa pilar posterior

Grado 2: Hipertrofia entre 25 y 50 % de la luz faríngea, hasta el pilar posterior o lo sobrepasa levemente.

Grado 3: Hipertrofia amigdalina entre 50 a 75 % de la luz faríngea, sobrepasa pilar posterior.

Grado 4: Se contactan en la línea media

Clasificación del grado de hiperplasia adenoidea

Esta medición se toma con radiografía lateral de cavum, trazando una línea que pase por el velo del paladar y otra línea paralela a esta que corre por el cuerpo del esfenoides.

Hiperplasia No obstructiva: obstrucción <33% (de 1/3 de la columna aérea)

Hiperplasia Semi obstructiva: Entre 33 y 66%

Hiperplasia Obstructiva: Estrechamiento de la columna aérea en rinofaringe de más del 66% o más de 2/3

Criterios de derivación de APS a especialista

-Sospecha de cáncer de amígdalas

-Obstrucción grave de la vía aérea en la oro faringe

-Amigdalitis crónica:

- 7 episodios en el último año

- 5 episodios en los 2 últimos años cada año

- 3 episodios en los últimos 3 años cada año

-Hipertrofia amigdalina severa: grado III y IV

-Apnea obstructiva del sueño

-Absceso amigdalino en segunda oportunidad

-Tonsilolitiasis

-Hipertrofia adenoidea que origina respiración bucal mantenida, documentado con radiografía lateral de cavum.


-Otitis media aguda recidivante

-Otitis media secretora persistente

-Rinosinusitis

-Adenoiditis crónica: 4 episodios de adenoiditis en el semestre

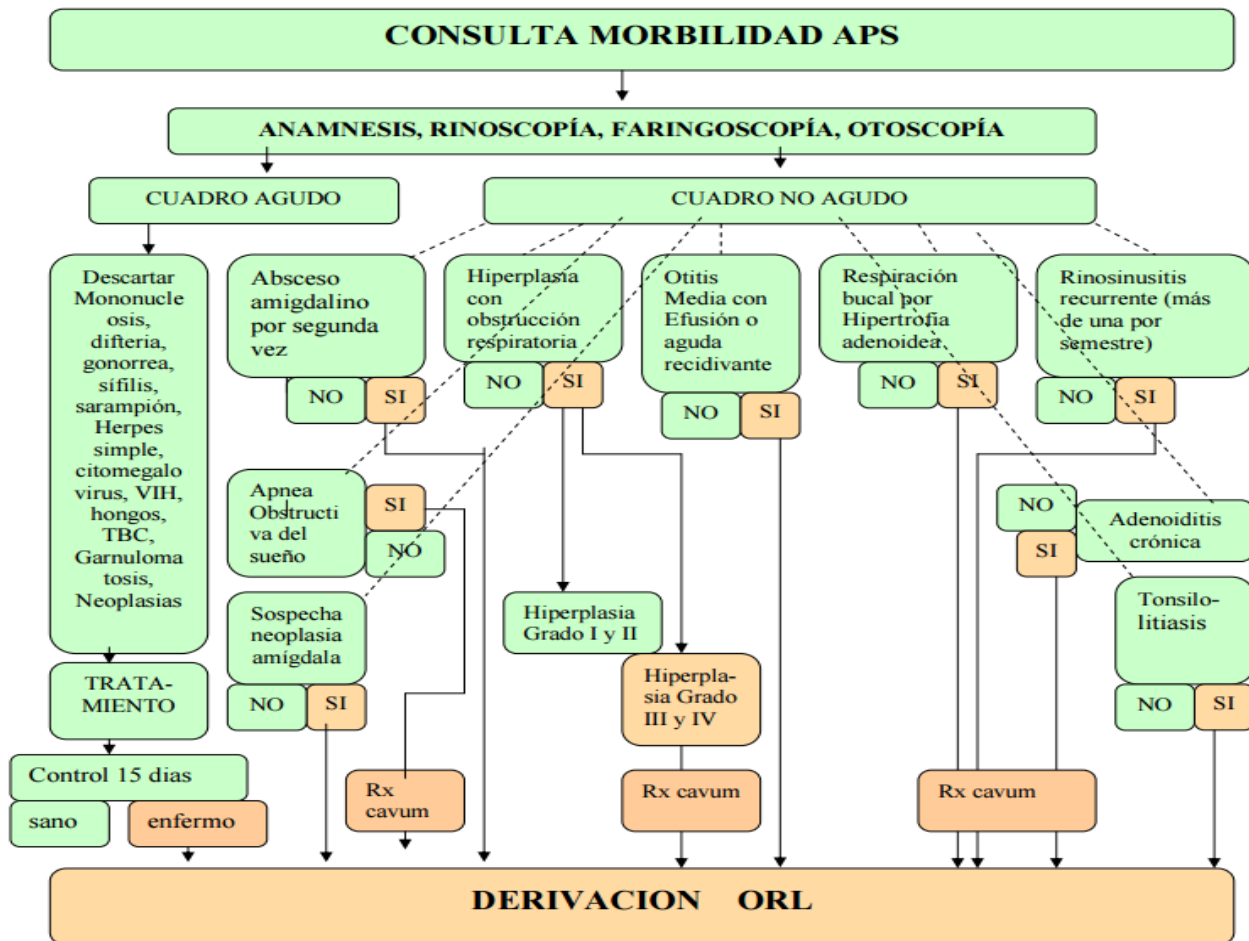
Contrarreferencia


		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018
			Página 9 de 11

Pacientes con hiperplasia adenoamigdalina sin indicación quirúrgica, una vez estudiados y con indicaciones terapéuticas especificadas por el otorrinolaringólogo, pueden ser controlados en la APS, con controles 1 vez al año en el nivel terciario.

Pacientes con rinitis alérgica concomitante, una vez estudiados y con indicaciones terapéuticas especificadas por el otorrinolaringólogo, pueden ser controlados y tratados en la APS, por su equipo de cabecera. En caso de ser necesario corticoides tópicos nasales inhalados que no estén disponibles en APS, los usuarios podrán acudir al CDT y la enfermera del módulo puede renovar la receta., hasta que se haga efectivo el control anual con el especialista otorrinolaringólogo.

Flujograma



		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Metodología de Evaluación

Fuente de datos: Ficha clínica y Solicitud de Interconsulta (SIC) de cada establecimiento. SOME

Formula del Indicador: N° de SIC de pacientes con Hipertrofia adenoamigdalor que cumplen con derivación a HHA de acuerdo a protocolo en periodo determinado / N° total de SIC enviadas en el mismo periodo x 100

De acuerdo al número de SIC se puede estudiar la totalidad o a través de un muestreo aleatorio.

Rango de desempeño: Mínimo: 80%, Máximo: 100%, Análisis: Excelente: 90-100%, Aceptable: 80-89% y deficiente: Menos de 79%. Frecuencia: Semestral.

Plan de Difusión:

.-Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.

.-Presentación y entrega a los responsable en el CIRA.

Bibliografía


.- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.

.- Deutsch ES. Tonsillectomy and adenoidectomy. Changing indications. Pediatr Clin North Am. 1996 Dec;43(6):1319-38. Review. PubMed PMID: 8973515.

.- González Rivera SR, Coromina Isern J, Gay Escoda C. [Respiratory orofacial and occlusion disorders associated with adenotonsillar hypertrophy]. An Otorrinolaringol Ibero Am. 2004;31(3):265-82. Review. Spanish. PubMed PMID: 15259849.

.-Kar M, et al. Antileukotrienes in adenotonsillar hypertrophy: a review of the literature. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Mar 16. [Epub ahead of print] Review. PubMed PMID: 26980339.

.-LlorenteJI, Suarez."Indicaciones de la adenoamigdalectomía" Bol Pediat 1999; 39:72-75 en www.intermedicina.com

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

.-Paradise, JL et al “Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infections in severely affected children: results of parallel randomized and non randomized clinical trials.”N.Eng.J Med 1984;310:674-683.

.- Scadding G. Non-surgical treatment of adenoidal hypertrophy: the role of treating IgE-mediated inflammation. *Pediatr Allergy Immunol.* 2010 Dec;21(8):1095-106. doi: 10.1111/j.1399-3038.2010.01012.x. Review. PubMed PMID: 20609137.

.-Shieds G, et al.”The tonsils and adenoids in pediatric patients” en www.utmb.edu/otoref

.- Vlastos IM, Hajioannou JK. Clinical practice: diagnosis and treatment of childhood snoring. *Eur J Pediatr.* 2010 Mar;169(3):261-7. doi: 10.1007/s00431-009-1019-8. Epub 2009 Jul 21. Review. PubMed PMID: 19621244.

.- Zautner AE. Adenotonsillar disease. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.*2012 May;6(2):121-9. Review. PubMed PMID: 22452646.