



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 28 de Junio de 2019

Visto el Exp. N°3533-2019, que contiene el Informe Técnico N°40-OGC-2019-HCH, del 20 de junio de 2019, de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Oficio N°32-2018-DCI-HCH del Departamento de Cirugía, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Oficio N°32-2018-DCI-HCH el Jefe el Departamento de Cirugía, remite los proyectos de las siguientes Guías de Procedimiento Asistencial del Servicio de Otorrinolaringología: Guía de Procedimiento Asistencial para Reducción de Fractura; Guía de Procedimiento Asistencial para Otomicroscopia; Guía de Procedimiento Asistencial para Timpanometría; Guía de Procedimiento Asistencial para Pruebas Vestibulares; Guía de Procedimiento Asistencial para Toma de Biopsia Ótica; Guía de Procedimiento Asistencial para Toma de Biopsia Nasal; Guía de Procedimiento Asistencial para Toma de Biopsia Orofaringea; Guía de Procedimiento Asistencial para Audiometría de Tonos Puros; Guía de Procedimiento Asistencial para Lavado de Oídos; Guía de Procedimiento Asistencial para Cauterización Nasal Eléctrica; Guía de Procedimiento Asistencial para Nasofibroscopia Laringea, para su revisión validación y aprobación;

Que, mediante Informe Técnico N°040-OGC-2019-HCH, del 20 de junio de 2019, la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda aprobar con Resolución Directoral los proyectos de las Guías de Procedimiento Asistencial del Servicio de Otorrinolaringología del Departamento de Cirugía;

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, publicada con fecha 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, la Resolución Directoral N°127-2008-SA-HCH/DG, aprobó la Directiva Sanitaria N°001-HCH/OGV-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías Procedimentales Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recurso en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, las Guías propuestas por el Departamento de Cirugía tienen por objetivo estandarizar criterios y la secuencia de los pasos que debe seguir el personal médico al realizar el procedimiento al usuario externo;

Que, las Guías de Procedimientos Asistencial son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un procedimiento asistencial específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones y técnicas de ejecución del procedimiento, para una apropiada y oportuna atención de la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;



Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por el Jefe del Departamento de Cirugía, aprobando los proyectos de las Guías de Procedimiento Asistencial del Servicio de Otorrinolaringología;

Con el visto del Jefe del Departamento de Cirugía, de las Jefas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la T.U.O. de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR las Guías de Procedimiento Asistencial del Servicio de Otorrinolaringología del Departamento de Cirugía del Hospital Cayetano Heredia, que a continuación se detallan:

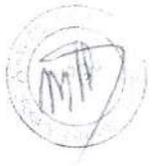
- Guía de Procedimiento Asistencial para Reducción de Fractura
- Guía de Procedimiento Asistencial para Otomicroscopía
- Guía de Procedimiento Asistencial para Timpanometría
- Guía de Procedimiento Asistencial para Pruebas Vestibulares
- Guía de Procedimiento Asistencial para Toma de Biopsia Otica
- Guía de Procedimiento Asistencial para Toma de Biopsia Nasal
- Guía de Procedimiento Asistencial para Toma de Biopsia Orofaríngea
- Guía de Procedimiento Asistencial para Audiometría de Tonos Puros
- Guía de Procedimiento Asistencial para Lavado de Oídos
- Guía de Procedimiento Asistencial para Cauterización Nasal Eléctrica
- Guía de Procedimiento Asistencial para Nasofibroscopía Laringea.

Por las consideraciones expuestas y las cuales se adjuntan y forman parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Servicio de Otorrinolaringología del Departamento de Cirugía proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de las Guías de Procedimiento Asistencial aprobadas con la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones proceda a la Publicación de la presente Resolución en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA ENLACIUS RAMÍREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 25579 R.N.E. 9924

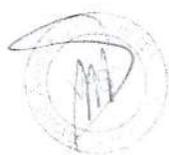




**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA REDUCCIÓN DE FRACTURA**

2019





GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA REDUCCIÓN DE FRACTURA

I. NOMBRE Y CÓDIGO:

Reducción de Fractura (5A04036)

II. DEFINICIÓN:

Las fracturas de huesos nasales se definen como la pérdida de continuidad ósea, que ocurre como resultado de las fuerzas transmitidas por un trauma facial directo en la pirámide nasal. La reducción permite alinear los huesos propios de la nariz después de un trauma nasal reciente (hasta 7 días). (1,2)

El objetivo primordial es tratar de restaurar la fisonomía original de la pirámide nasal, teniendo en cuenta la funcionalidad respiratoria.

Desde la antigüedad las lesiones traumáticas son un problema grave de salud pública. En este contexto, los traumatismos maxilofaciales están entre los más comunes en los centros de urgencias, asociados o no con politraumatismos. Las dificultades en la recuperación estética, física, psicológica, social y costes hospitalarios. (3,4).

Ocurren más frecuentemente en hombres que en mujeres, en una relación de 2:1. En los niños las caídas y los traumas directos son la causa más frecuente, y en los adultos los accidentes de tránsito. (8)

III. RESPONSABLES:

Recursos Humanos:

- Un médico Otorrinolaringólogo
- Un técnico (a) en enfermería asistente

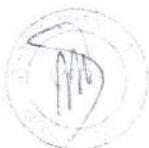
IV. INDICACIONES:

Aunque ya no constituye una urgencia como tal, parece existir acuerdo acerca de cuánto tiempo ideal puede transcurrir desde el momento de la fractura hasta su reducción: 24 a 72 horas como máximo; existe coincidencia en que cuanto antes se intente su reducción, hay más posibilidades de éxito. Algunos médicos recomiendan que una vez se presenta el edema se debe esperar a que éste haya cedido antes de intentar la corrección. (4,5,6)

INDICACIONES ABSOLUTAS: Todo paciente que haya sufrido una fractura de huesos propios de la nariz y tenga un periodo menor a los 7 a 10 días.

Las fracturas nasales simples, las cuales no presentan desplazamiento de los fragmentos ni deformidad del septum nasal; no requieren cirugía, sino manejo médico con ferulización. Fracturas con deformidad septal y desplazamiento de los fragmentos; generalmente requieren reducción cerrada, y en su mayoría rinoplastia, en un periodo no superior a 3 semanas. En los casos que consultan de manera tardía la valoración puede ser más tranquila, se podrán realizar fotografías de análisis facial para realizar un tratamiento más planeado según las necesidades funcionales o estéticas de cada paciente. El otorrinolaringólogo le puede proponer realizar una rinoplastia, septoplastia o septorinoplastia según sean sus necesidades, siempre buscando mejorar la respiración nasal. (7, 8)

INDICACIONES RELATIVAS: Las fracturas que no tienen desplazamiento o que no se hace evidente su laterorrinea, pueden diferirse en su tratamiento, ya sea para una reducción una vez baje el proceso inflamatorio o para su manejo quirúrgico. Los pacientes que presenten concomitantemente heridas abiertas sobre el dorso nasal que ameriten inicialmente un tratamiento de sutura.





A aquellos pacientes que presenten un hematoma septal, el cual es un diagnóstico de emergencia, y deban ser drenados en primera intención. Podría realizarse conjuntamente el drenaje de hematoma septal y la reducción de fractura.

V. CONTRAINDICACIONES:

Las contraindicaciones para realizar una reducción de fractura son muy escasas. En algunas ocasiones producto de los traumatismos faciales, se producen fracturas múltiples, algunas de las cuales, son de manejo de urgencia, dándole prioridad a su tratamiento, dejando en segundo plano, el manejo de la fractura de huesos propios de la nariz.

VI. REQUISITOS:

Consentimiento Informado (Ver Anexos).

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

6.1 Equipos Biomédicos: Frontoluz, Aspiración.

6.2 Material Médico no Fungible: Espéculos nasales, pinza angulada fina (Bayoneta), jeringa dental (Carpule), mango de Bisturí o barra metálica plana. Pinza tipo Walsham. Riñoneras. Aguja dental.

6.3 Material Médico Fungible: guantes quirúrgicos, algodón, gasa parafinada, yodo solución, venda de yeso, esparadrapos.

6.4 Medicamentos: lidocaína al 2%.

6.5 Otros: Antiinflamatorios y antibióticos (en caso ser necesario)

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Descripción detallada del procedimiento:

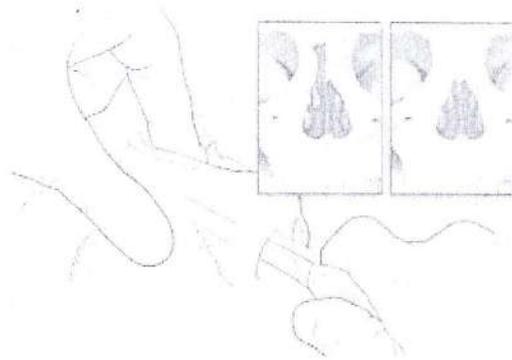
1.- Paciente en decúbito dorsal.

2.- Se infiltra la lidocaína sobre las estructuras nasales (huesos propios, septum nasal) ya sea externamente a través de la piel o por vía endonasal (abordaje intercartilaginoso).

3.- Después de unos minutos, se presiona con el pulgar e índice de la mano dominante mientras con la mano no dominante se mantiene firme la raíz de la nariz para presionar el lado convexo de la desviación hasta alinear el eje nasal.



En caso de hundimiento se introduce la barra metálica (mango de bisturí) y se levanta la estructura caída.



4.- Se cubre la piel con esparadrapo para protegerla del yeso que cubrirá la nariz.



5.- Si hay inestabilidad de los fragmentos fracturados se fijan de manera interna con tapones nasales para darle sostén. Y se procede a colocar yeso para la fijación externa.



RECOMENDACIONES:

- 1.- El tapón nasal puede ser retirado en aproximadamente 3 a 4 días, mientras que la férula de yeso entre 7 a 10 días.
- 2.- Mientras persista el tapón en la nariz, el paciente debe ser cubierto con antibiótico de manera profiláctica.
- 3.- Si hay mucha tumefacción o suturas, es preferible esperar algunos días con antiinflamatorios para el inicio de la reducción.

IX. COMPLICACIONES

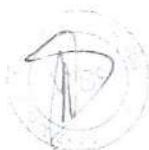
Las complicaciones propias de la Reducción de Fractura son mínimas y poco frecuentes. Los hallazgos más frecuentes son: Reducción incompleta de la

fractura, irregularidades sobre la pirámide nasal, laceración de la mucosa nasal, epistaxis, obstrucción nasal.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Compendio de OTORRINOLARINGOLOGÍA. Thompson, Valentin. Ed. Ateneo, Argentina. 1991.
- 2.- Enfermedades de la nariz, garganta y oído. Ballenger, John. Ed. Jims. España 1981.
- 3.- Guías atención y procedimientos en otorrinolaringología. Sociedad Peruana de Otorrinolaringología y Cirugía Facial. Dr. Shimooka et al. 2006.
- 4.- Escajadillo Jesús Ramón Oídos, Nariz, Garganta y Cirugía de Cabeza y Cuello. Tercera Edición, Editorial El Manual Moderno México, 2009.
- 5.- Fracturas Maxilofaciales en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Central Militar. Mayor Víctor Hugo Nava. México. 2012.
- 6.- Avello A Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilofacial. Lima 2002.
- 7.- Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. RevEspCirug Oral y Maxilofac vol.36 no.4 Barcelona oct./dic. 2014. Denis Pimenta E. Souza, Francisco NevesFilho, Astrid Buysse Temprano, Henry Arturo Garcia Guevara y Luiz F.L. Leandro. Estudio epidemiológico de fracturas nasales en hospitales particulares de São Paulo, Brasil.
- 8.- Guías para manejo de urgencias. Cap VII: fractura nasal. Álvaro Gómez, MD Sección de Otorrinolaringología Fundación Santa Fe de Bogotá. Pag 965-68.

XI. ANEXOS



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REDUCCIÓN DE FRACTURA**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____ EDAD: _____

APODERADO: _____

FECHA: ___/___/___ HORA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

MÉDICO INFORMANTE: _____

CMP: _____ N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada Reducción de fractura de huesos propios, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que como consecuencia de esta intervención puedan aparecer. **BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** Llamamos Reducción de fractura de huesos propios a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la corrección de la forma externa de la nariz, alterada tras un traumatismo nasal con fractura. La intervención se realiza bajo anestesia local, a través de las narinas u orificios nasales, sin que sea necesario realizar ninguna incisión, por lo que se llama "reducción cerrada". Su objetivo es corregir las deformidades nasales recientes no deseadas, es decir, restituir la forma que tenía la nariz antes del traumatismo, pero no modificar ésta, lo que requiere otro tipo de intervención, llamada rinoplastia. Tras la intervención se deja una pequeña férula de yeso, u otros materiales, sobre el dorso de la nariz y en ocasiones se coloca también un taponamiento nasal, durante 48 horas, aproximadamente, si fuera necesario. Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas si la hemostasia (la capacidad de coagulación del paciente) es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una compresión local mediante otro taponamiento, situación que, si bien no es frecuente, sí es posible. En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa, con la que se ha hecho el taponamiento nasal, por la parte posterior de la fosa nasal, provocando una sensación de cuerpo extraño y náuseas que se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso. Suele existir dolor en las fosas nasales o en el dorso de la nariz, que se puede disminuir con calmantes, así como molestias diversas en la garganta, tales como sensación de sequedad, que se produce al tener que respirar continuamente por la boca, si es que ha sido necesario realizar taponamiento. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento. Debe mantenerse reposo relativo, en el domicilio, durante 7-8 días, y evitar traumatismos sobre la nariz. En caso de presentarse hemorragia por la nariz o la boca, el paciente deberá acudir al hospital para su valoración y tratamiento.

EN CASO DE NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN: El paciente continuará con su defecto nasal.

BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría en el aspecto externo de la pirámide nasal.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Ya hemos señalado la posibilidad de que se produzca una pequeña hemorragia nasal o bucal tras la intervención quirúrgica. Rara vez tiene cierta intensidad, si bien puede requerir la colocación de un nuevo taponamiento nasal. Aun cuando la infección de estas zonas es infrecuente, podría producirse, justificando entonces la aparición de síntomas inflamatorios. A lo largo del período postoperatorio puede aparecer dolor o adormecimiento en la mejilla e, incluso, la falta de sensibilidad en los dientes superiores, por lesión accidental del nervio infraorbitario. También pueden aparecer complicaciones nasales, tales como la perforación del tabique nasal, las sinequias (bridas entre ambas paredes de las fosas nasales), la atrofia de la fosa nasal con la aparición de costras nasales y alteraciones del olfato. Pueden aparecer complicaciones oculares, tales como visión doble, o inflamación de los párpados, o del resto de la cara. Es





posible que las estructuras de la pirámide nasal puedan movilizarse, accidentalmente, a lo largo del período de cicatrización, lo que produciría defectos estéticos en el período postoperatorio. Además, pequeños fragmentos de hueso pueden, circunstancialmente, implantarse bajo la piel de la pirámide nasal, siendo perceptibles como pequeñas excrecencias. Por otra parte, como quiera que la valoración del resultado de la intervención por parte del paciente es subjetiva, cabe la posibilidad de no resultar satisfactoria. Todas estas circunstancias podrían justificar un segundo tiempo operatorio unos meses después. Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia. En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado por el médico de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas. Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso. Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA DICHO PROCEDIMIENTO**, así como para que durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso. En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma y huella digital del paciente
NOMBRES Y APELLIDOS: _____

Firma y sello del médico
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
CMP: _____

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

YO, _____ En calidad de _____
DNI: _____

Es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma y huella digital del tutor
NOMBRES Y APELLIDOS: _____

Firma y sello del médico
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
CMP: _____

Por la presente **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma y huella digital del paciente o representante legal
NOMBRES Y APELLIDOS: _____





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA OTOMICROSCOPIA**

2019





GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA OTOMICROSCOPIA

I. NOMBRE Y CODIGO

Otomicroscopía
Código: 5A13010

II. DEFINICION, OBJETIVOS Y ASPECTOS

Los otorrinos empezaron a usar el microscopio mucho antes que las otras especialidades, en 1950 el microscopio abrió nuevos campos para la cirugía del oído⁽¹⁾. La otomicroscopía es el examen minucioso de los oídos mediante el uso del microscopio, con lente de 200 mm y aumento de 6X u 8X. Tiene como objetivo evaluar las características del conducto auditivo externo y la membrana timpánica permitiendo además la realización de procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías⁽²⁾. La realización de dicho procedimiento tiene dos aspectos fundamentales. El diagnóstico y tratamiento y la docencia.

III. RESPONSABLES

La otomicroscopía debe realizarse por el médico residente entrenado para dicho procedimiento o el médico especialista otorrinolaringólogo.

IV. INDICACIONES

4.1 ABSOLUTAS

- Diagnóstico de otitis media con efusión⁽³⁾
- Diagnóstico de bolsas de retracción^(4,6)
- Diagnóstico de colesteatoma⁽⁵⁾
- Evaluación y detección de perforaciones timpánicas por muy pequeñas que sean.
- Miringocentesis y colocación de tubo de ventilación⁽³⁾
- Infiltración de sustancias en la caja timpánica.
- Toma de biopsias.

4.2 RELATIVAS

- Extracción de tapón de cera impactado y tapón epidérmico.
- Extracción de cuerpos extraños.

V. CONTRAINDICACIONES

5.1 ABSOLUTAS

Dolor intenso que no permita la realización del procedimiento.
Edema marcado del conducto auditivo externo.

5.2 RELATIVAS

Paciente poco colaborador.

VI. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica.

VII. RECURSOS Y MATERIALES A UTILIZAR

7.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS:

Microscopio con lente de 200 mm, aspirador de secreciones

7.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE:

Espéculos de oído, curetas de oído, cánula de aspiración.





7.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE:

Alcohol, algodón, gasas, guantes

7.4 MEDICAMENTOS:

Lidocaína, epinefrina,(relativo al procedimiento)

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Para la realización de la otomicroscopia el paciente no requiere preparación alguna, pero el paciente debe colaborar con el procedimiento ya que se manipula el oído.

La otomicroscopia se realiza en la sala de procedimientos del servicio de Otorrinolaringología del HNCH.

El paciente sobre la camilla debe estar en decúbito supino, el examinador lateralizará la cabeza hacia uno de los lados, de acuerdo al oído que será examinado, se coloca el espejo de oído en el conducto y se visualiza con el microscopio usando el lente de 200 mm y generalmente un aumento de 8x que varía de acuerdo a la necesidad. Además, se debe tener a la mano el instrumental necesario para realizar el procedimiento programado.

IX. COMPLICACIONES

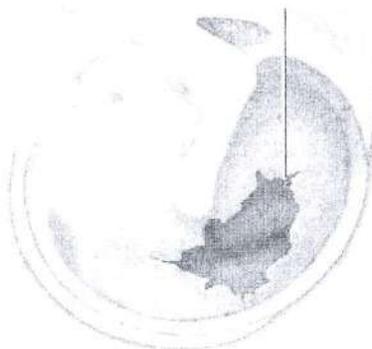
Ninguna cuando la otomicroscopia se usa para diagnóstico.

Relativas cuando su uso es para procedimientos como miringocentesis, infiltraciones, toma de biopsias, extracción de cerumen y cuerpo extraños.

X. ANEXOS

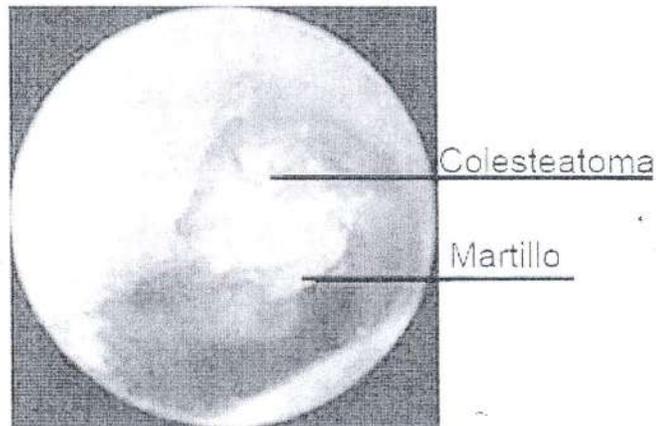


Hallazgos en otomicroscopias:



Perforación timpánica Otitis media con efusión.





Colesteatoma

XI. BIBLIOGRAFIA

1. La evolución de la Otorrinolaringología, en el transcurso de este siglo. Dr. Hernán Chinski y Dr. Luis Chinski. Boletín CECHIN. 20 de Noviembre 2014.
2. Guía Clínica de Procedimiento de Otorrinolaringología del INSN, Agosto 2013.
3. Evaluación diagnóstica de Otitis Media Crónica con derrame en niños mediante otomicroscopía, otoscopia neumática y timpanometría vs miringotomía Tesis para obtener el título de la especialidad de otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Dra. Viridiana Leonardo Sedano. Universidad de Vera Cruz, enero 2014.
4. Alzharani M, Saliva I. Tympanic membrane retraction Pocket Staguin. Isitworthwhile, European archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2014.
5. Bolsas de retracción como estados precolesteatomatosos, Dr Cesar Barrios Cruz, Tesis para optar grado de Maestro en Medicina, Lima-Peru 2014.
6. Analisis critico de las atelectasias timpánicas en edad pediátrica. Nueva clasificación y tratamiento. DraMaria Gonzales Melendez. Tesis Doctoral 2018. Sevilla, España.





PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital
Cayetano Heredia

DECIMO DE LA RED REDECO DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMRES
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA TIMPANOMETRÍA**

2019





GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA TIMPANOMETRIA

I. NOMBRE Y CÓDIGO

Timpanometría (prueba de impedancia).

Código: 92567

II. DEFINICIÓN

Definición del procedimiento: La timpanometría/impedancia acústica se puede definir, como la dificultad que tiene el movimiento vibratorio (sonido) para atravesar el oído medio³. Existen diversos componentes que dificultan el paso del movimiento vibratorio en su camino hacia el oído interno. El conjunto de estas resistencias forma la impedancia acústica⁶.

El timpanograma es la representación gráfica de los cambios de flujo de energía a través del oído medio. Se representa en un eje de coordenadas donde en el eje de abscisas se valoran las variaciones de presión en decaPascales (daPA), tanto positivas como negativas y en el eje de ordenadas se valoran los incrementos de la compliance (la facilidad o la magnitud del movimiento de la membrana timpánica y del sistema del oído medio en cm³)¹.

Objetivo del procedimiento: Con el impedanciometro o timpanómetro se mide la distensibilidad del sistema del timpano y los huesecillos².

Aspectos epidemiológicos importantes: Es un método sencillo y de fácil aplicación en los casos que se desee descartar una patología tan frecuente en nuestro medio, como es la otitis media serosa⁴.

III. RESPONSABLES

Dicho examen puede realizarse por cualquier personal de salud capacitado, ya que toma sólo algunos minutos su ejecución. Su lectura e interpretación es realizada por médicos residentes u otorrinolaringólogos.

IV. INDICACIONES

- INDICACIONES ABSOLUTAS:
 - Otitis media serosa
- INDICACIONES RELATIVAS:
 - Miringoesclerosis
 - Otoesclerosis
 - Disrupción de cadena osicular
 - Presencia de membranas monoméricas

V. CONTRAINDICACIONES

- CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:
 - Tapón de cerumen
 - Otitis media aguda





- **CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:**

- Otitis media crónica

VI. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica

VII. RECURSOS Y MATERIALES A UTILIZAR**7.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS**

Timpanómetro

7.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

Olivas o tapones auriculares de acuerdo al tamaño del conducto auditivo de cada paciente que se coloca al trasmisor para luego ser colocado en el CAE y poder ser cerrado herméticamente.

7.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

No aplica.

7.4 MEDICAMENTOS

No aplica

7.5 OTROS

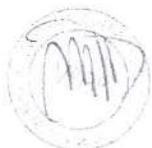
No aplica

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Calibrado del equipo: El calibrado del equipo se hace realizar diariamente con la sonda adaptada a unacavidad adaptada de metal o plástico duro que proporciona el fabricante del instrumento. También es necesario realizar un calibrado biológico diario en un oído conocido (puede ser el del explorador sinno presenta patología otológica alguna). La comprobación del funcionamiento del aparato y la calibración en laboratorio es necesaria realizarla cada seis meses.

Pautas al paciente: El enfermo tiene que estar sentado en una habitación silenciosa, ruido ambiental inferior a 50 dB (A). Se ha de realizar una otoscopia por si existe cerumen, inflamación, otorrea, que pueda contraindicar la realización de la prueba. Se describe al paciente brevemente en que consiste la prueba y se le indica que no haga movimiento con la boca y la cara y sobre todo que no haga movimientos deglutorios durante la misma. Se le muestra la sonda con su Terminal de protección, de plástico normalmente, diciéndole que se le va a introducir en la entrada del CAE. Si tiene dolor o cualquier incidencia le decimos que levante la mano para indicárnoslo y detener la prueba. En los niños estas instrucciones pueden modificarse en función de la colaboración del niño y también explicándolas a su acompañante⁷.

Realización de la prueba: Colocación de la sonda con Terminal de protección de tamaño adecuado al CAE, traccionando levemente el pabellón hacia arriba y atrás mientras se inserta la misma con un movimiento giratorio (en el caso de los niños pequeños la tracción se realiza hacia abajo y afuera, por la morfología de su CAE). Dirigir la sonda en dirección a la membrana timpánica, ya que si se dirige hacia la pared del CAE puede quedar bloqueada en el mismo e inducir a errores en los resultados. Cuando la sonda queda perfectamente adaptada en el conducto auditivo externo se comienza con la prueba. La medición habitual se realiza con tono de sonda de 226 Hz (aunque existe en el mercado instrumentos con tonos de 220 y 275 Hz). El





trazado debe iniciarse desde una presión de +200 daPa y terminar en una presión de -300 daPa (algunos instrumentos llegan hasta -600 daPa)⁸.

IX. COMPLICACIONES

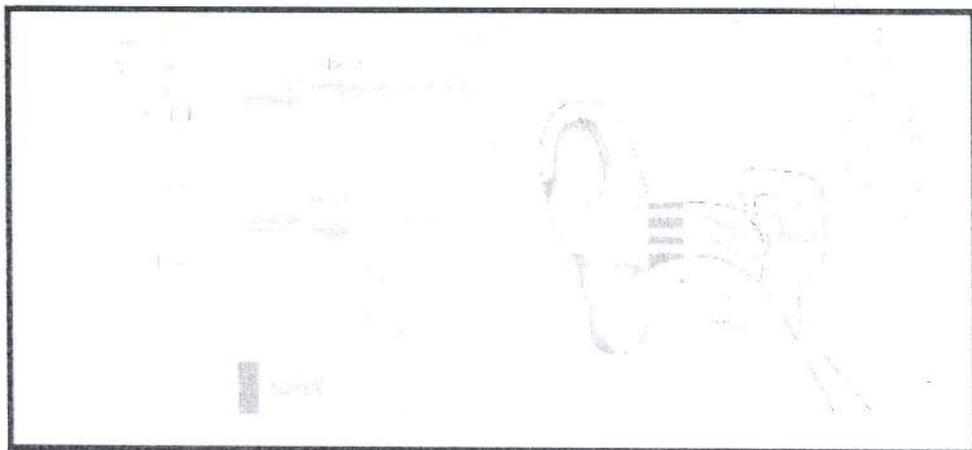
Ninguna, es un procedimiento inocuo.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120:898-921.
2. Gil-Carcedo LM, Vallejo LA, Gil-Carcedo E. *Otología*. 3.ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.
3. Hunter LL, Shahnaz N. *Acoustic immittance measures Basic and advanced practice*. San Diego: Plural Publishing, Inc; 2014.
4. Benito-Orejas JI, Velasco-Vicente JV, Mata-Jorge M, Bachiller-Luque R, Garrido-Redondo M, Ramírez-Cano B. Otoscopia neumática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:e279-e288.
5. Richard M. Rosenfeld, MD, MPH, Jennifer Shin, MD, SM, Seth R. Schwartz, MD, MPH. *Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion. Otolaryngology– Head and Neck Surgery 2016, Vol. 154(1S) S1–S41*.
6. Pan JL, Yang J. The clinical value of wideband tympanometry in the diagnosis of otitis media with effusion. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2018 Sep;32(17):1309-1315.
7. Recommended procedure for tympanometry. British Society of Audiology [en línea]. Disponible en <http://goo.gl/PKyjFe>.
8. Timpanómetro portátil MicroTymp®3. En: Welch-Allyn [en línea] Disponible en <http://goo.gl/b1Hy7U>

XI. ANEXOS

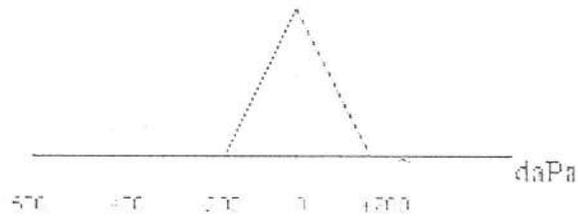
ANEXO 1: FUNCIONAMIENTO DEL TIMPANOMETRO



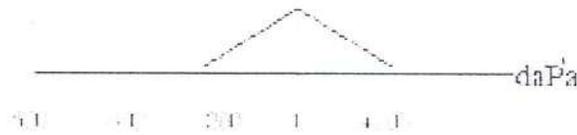


ANEXO 2: TIPOS DE TIMPANOGRAMAS

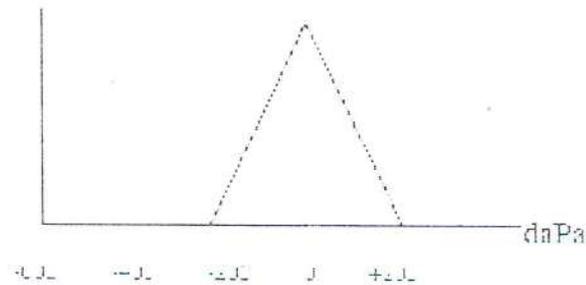
Timpanograma de tipo A: morfología normal con compliancianormal (0,3 hasta 1,6 cm³. con una media de 0,7cm³) y centrado en 0 daPa (normal de -20 a +20, -50 a+50 otros autores Niños hasta -150 daPa).



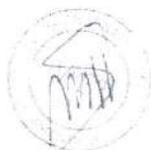
Timpanograma de tipo As: morfología normal con compliancia reducida.



Timpanograma de tipo Ad: morfología normal con compliancia aumentada.

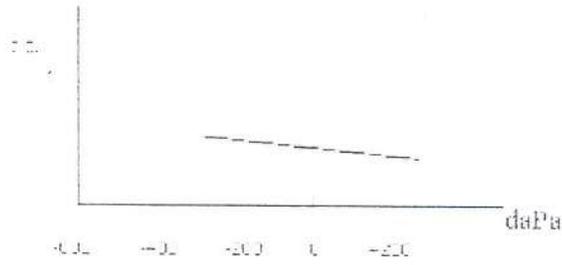


Timpanograma de tipo B: totalmente aplanado

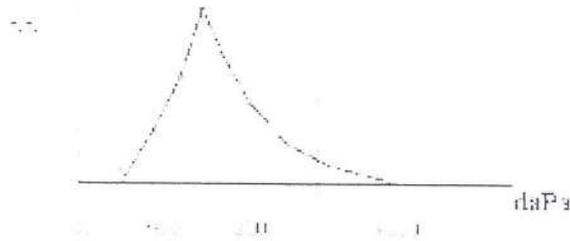




DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRAS
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"



Timpanograma de tipo C: el pico se encuentra situado en valores de presión negativos, con compliancia en parámetros normales.



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA PRUEBAS VESTIBULARES

2019





GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA PRUEBAS VESTIBULARES

I. PRUEBAS VESTIBULARES – CODIGO: 92540

II. DEFINICION:

- Definición: Conjunto de pruebas clínicas e instrumentadas que buscan obtener datos de la funcionalidad del sistema vestibular por constatación de los reflejos vestibulares (vestíbulo espinal, vestíbulo ocular).
- Objetivo: Determinar la normalidad o disfuncionalidad del sistema vestibular, y en caso de esta última, definir su origen central o periférico.
- Aspectos epidemiológicos: Si bien en diferentes estudios epidemiológicos, se describen a las causas periféricas de vértigo como las más frecuentes (60 a 70% aproximadamente; correspondiendo al VPPB el 30% de las mismas en población adulta) en comparación de las causas centrales, es necesario realizar un protocolo diagnóstico para de esta forma evitar la aparición de posibles sub o sobre diagnósticos al momento de evaluar patología vestibular.

III. RESPONSABLES:

Médico residente y/o asistente programado para procedimientos.

IV. INDICACIONES:

- Absolutas:
 - o Síndrome vestibular agudo
 - Espontaneo
 - Desencadenado
 - o Síndrome vestibular episódico
 - Espontaneo
 - Desencadenado
 - o Síndrome vestibular crónico
- Relativas:
 - o Mareo psicógeno
 - o Mareo ortostático

V. CONTRAINDICACIONES:

- Absolutas:
 - o Sospecha diagnóstica de ictus cerebral
 - o Politraumatizados
 - o Traumatismos encefalocraneanos moderados y severos
- Relativa:
 - o Patología musculoesquelética
 - o Fase aguda de neuritis vestibular

VI. REQUISITOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

No requiere ya que corresponde a un procedimiento no invasivo



VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

7.1 Equipos Biomédicos: No aplica

7.2 Material médico no fungible:

- Camilla de examen
- Termómetro de mercurio
- Rifonera
- Manguera con aplicador para oído
- Recipiente de agua

7.3 Material médico fungible:

- Guantes de examen
- Gasas
- Algodón
- Campos no estériles

7.4 Medicamentos: No aplica

7.5 Otros:

- Hervidor de agua
- Recipiente de agua

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

A. EXPLORACIÓN VESTÍBULO ESPINAL

- **Test de Romberg:**

Consiste en la exploración de la estabilidad del paciente en posición de pie, con los pies juntos y los ojos cerrados, y observar si es capaz de mantener el equilibrio; es un test estático.

- **Test de Romberg sensibilizado:**

Similar al anterior, pero colocando al paciente con un pie delante de otro, en línea recta; ante la duda en esta exploración conviene repetirla alternando la situación de los pies, primero uno delante y luego el otro.

- **Test de los índices de Barany:**

Estudia las desviaciones segmentarias de los miembros superiores en extensión; puede realizarse de forma estática y dinámica.

- **Test de Unterberger-fukuda:**

Consiste en que el paciente debe con los ojos cerrados y brazos extendidos, marcar el paso intentando no desplazarse del sitio, elevando las rodillas; es necesario para que sea fiable la prueba, que de al menos 40 pasos.

B. EXPLORACIÓN OCULOMOTORA

Se evalúa la presencia de nistagmus; habitualmente nos indica que existe una asimetría en el tono laberíntico, bien de origen periférico ó central.

Características del nistagmo:





- Desplazamiento: si ambos globos oculares se desplazan en la misma dirección, con igual intensidad y al mismo tiempo se define como conjugado (patología periférica); si no lo es se denominará disociado (patología central).
- Morfología del nistagmo: Podemos distinguir tres tipos básicos:
 - o En resorte
 - o Pendular u ondulatorio
 - o Irregular
- Dirección del nistagmo: Por acuerdo internacional se define la dirección del mismo según su fase rápida.
- Morfología de la fase lenta.
 - o Constante
 - o Decreciente
 - o Ascendente
- Ritmo y amplitud
- Intensidad
- Variación en las diferentes posiciones de la mirada; según este fenómeno se clasifica en:
 - o Grado I: cuando sólo aparece nistagmo en una posición de la mirada, al mirar hacia el lado de la fase rápida.
 - o Grado II: cuando aparece un nistagmo en dos posiciones de la mirada, en la dirección de la fase rápida y al frente.
 - o Grado III: el nistagmo aparece en tres posiciones de la mirada, en la dirección del nistagmo, al frente y en dirección opuesta a la del nistagmo.
- Observar si aparecen nistagmos al suprimir la fijación visual (uso de gafas de frenzel).

Evaluación de la presencia de asimetría otolítico-ocular:

- Una asimetría entre la información enviada desde un aparato otolítico con respecto al otro se manifiesta a través de la reacción de inclinación ocular (ocular tilt reaction); formada por la siguiente tríada:
 - Desviación ocular vertical o skewdeviation
 - Rotación ocular u ocular counterrolling
 - Inclinación de la cabeza hacia el lado deficitario

Asimetría dinámica:

- Test de agitación cefálica, test de Moritz o head-shaking nystagmus:
- Test de movimientos bruscos de cabeza, test de Halmagyi o head-thrust test
- Head heaves test

Asimetría vestibular provocada:

- Nistagmo de posición
- Nistagmo posicional: Las maniobras descritas para evaluar este nistagmus son: Dix-Hallpike, McClure, Semont.
- Nistagmo por cambios de presión en el conducto auditivo externo o signo de la fístula
- Nistagmo por la maniobra de Valsalva.



C. PRUEBAS CALÓRICAS

Su fundamento fisiológico se basa en tratar de estimular el aparato vestibular mediante la instilación de aire o agua en el conducto auditivo externo a una temperatura diferente a la del cuerpo; se realiza una estimulación unilateral del aparato vestibular; se interpretan los resultados como hipo o hiperfunción al comparar ambos aparatos vestibulares.

Se realiza la prueba de la siguiente forma:

- Se coloca al paciente en alguna de las posiciones descritas, con las gafas de Frenzel idealmente para observar la aparición de nistagmos (nistagmo calórico). Una forma de cuantificar la intensidad de los nistagmos es midiendo su duración con un cronómetro.
- Se puede utilizar agua o aire a 30 y 44°C; mediante una jeringuilla y una sonda de pequeño calibre introducida en el conducto auditivo externo, se procede a la irrigación durante 20 segundos; en caso que no se obtenga respuesta alguna con ninguna de las dos temperaturas, conviene repetirlo a 0°C, para excluir una abolición completa de las respuestas calóricas.
- Es aconsejable dejar descansar al paciente entre tres y cinco minutos, desde que finalizó el nistagmo, entre una y otra irrigación, así evitamos fenómenos de compensación central.

D. EXPLORACION RETINO OCULAR

- El sistema optoquinético: La forma habitual de exploración es utilizando un tambor giratorio de Bárány.
- Seguimiento visual: Distinguimos varios patrones de seguimiento visual anómalo:
 - Sacádico
 - Atáxico
 - Abolido
 - Otros: Por combinación de los anteriores o superposición de otros movimientos oculares.
- Fijación visual
- Movimientos de vergencia
- Movimientos sacádicos: Se debe valorar:
 - Velocidad
 - Precisión
 - Latencia
 - Intrusión sacádica

IX. COMPLICACIONES:

Tras la realización de pruebas calóricas, el paciente puede cursar con vértigo autolimitado.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Bronstein, Adolfo M.; Oxford Textbook of Vertigo and Imbalance, United Kingdom, Oxford University Press 2013
- Michael von Brevern, Pierre Bertholon, Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria, Journal of Vestibular Research 25 (2015) 105–117; disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2017.02.007>
- Newman-Toker, Edlow JA; TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo, Neurol Clin. 2015 Aug; 33(3); disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2015.04.011>





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA TOMA DE BIOPSIA OTICA

2019





GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA TOMA DE BIOPSIA OTICA

I. NOMBRE Y CODIGO:

Nombre: Biopsia Ótica.

Código de procedimiento: 5A02001

II. DEFINICION:

Los tumores originados en el oído son raros, siendo los tumores benignos más frecuentes que los malignos, el siguiente cuadro muestra los tumores más frecuentes del oído¹.

OÍDO EXTERNO	OÍDO MEDIO
Tumores benignos	Tumores benignos y malignos
Quistes	Glomus yugularis
Hemangiomas	Meningioma
Hematoma	Neuroma del facial
Osteoma	Osteoma
Exostosis	Tumor gigantocelular
Neoplasias de grandulas ceruminosas	Carcinoma espinocelular
	Adenocarcinoma
	Ceruminoma
TUMORES MALIGNOS	
Carcinoma escamo celular	
Carcinoma basocelular	
Melanoma maligno	
Rabdomiosarcoma	

De los tumores benignos el más frecuente son los osteomas localizados en el conducto auditivo externo, en cuanto a los tumores malignos, el más frecuente es el carcinoma escamo celular localizado en el pabellón auricular.

La toma de biopsia de estas patologías representa un estudio complementario, fundamental y/o necesario para llegar a un diagnostico histopatológico, el cual puede ser realizado bajo anestesia local o general dependiendo de la edad y/o colaboración del paciente².



**III. RESPONSABLES:**

- Médico especialista:
- Médico residente bajo supervisión de un superior.

IV. INDICACIONES:**INDICACIONES ABSOLUTAS:**

- Ulceración irregular persistencia durante más de 2 semanas.
- Antecedente de neoplasia maligna.
- Lesión con afectación ósea del conducto auditivo externo.
- Lesión con afectación del nervio facial.

INDICACIONES RELATIVAS:

- Lesión granulomatosa
- Lesión tipo ulcerativa

V. CONTRAINDICACIONES:

- En estructuras anatómicas normales o sus variantes.
- Lesiones traumáticas susceptibles de responder a un tratamiento conservador.
- Lesión vascular angiomatosa como glomus yugularis.
- Pacientes con un estado general grave cuya enfermedad de base podría empeorar.
- Pacientes y/o tutor que no haya dado su consentimiento.

VI. REQUISITOS:

Consentimiento Informado (Ver Anexo).

VII. RECURSOS Y MATERIALES A UTILIZAR:**7.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS**

- Equipo de electrocauterización monopolar o bipolar.
- Equipo de aspiración de secreciones.
- Equipo de frontoluz.
- Microscopio quirúrgico.

7.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

- Pinza tipo punch (saca bocado).
- Mango de bisturí N° 7.
- Pinza tipo bayoneta.





- Cánula de aspiración para oído.
- Espéculos oticos de diferentes tamaños (2 a 4 mm).

7.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

- Jeringa de 1ml con Aguja numero 25 G.
- Gasas.
- Guantes quirúrgicos.
- Campos estériles descartables.
- Hoja de bisturí N° 15.
- Torundas de algodón.
- Sutura Nylon 4/0 TC 15.
- Sutura Vicryl 4/0 TC 15.

7.4 MEDICAMENTOS

- Lidocaína con epinefrina 1/ 200 000.
- Nitrato de plata al 50% o ácido acético al 50%.

7.5 OTROS

- Contenedor para muestra con formol impreso de datos para laboratorio.

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento debe realizarse previo consentimiento del paciente en caso de que la lesión se encuentre en el conducto auditivo externo la biopsia deberá ser tomada bajo visión microscópica, siguiendo las siguientes recomendaciones:

- ✓ Paciente en decúbito dorsal a 30°.
- ✓ Asepsia antisepsia con alcohol yodado.
- ✓ Exploración del pabellón auricular y/o conducto auditivo externo lo cual puede ser realizado bajo visión microscópica.
- ✓ Elegir zona de la biopsia.
- ✓ Anestesia local con lidocaína más epinefrina a una concentración de 1/80 000 peri-lesional, en caso de tumores de conducto auditivo externo se sugiere realizar la infiltración en horas 6 y 12.
- ✓ Incisión: el cual puede ser realizado con bisturí convencional, o con un Punch para oído (pinza sacabocados estéril con cuchilla cilíndrica de diámetro variable de 2 - 4mm).
- ✓ Remoción del tejido: manejo cuidadoso con pinzas atraumáticas.





- ✓ Hemostasia puede ser realizada mediante lidocaína mas epinefrina 1/200 000 o con toques de nitrato de plata al 50%, ácido acético al 50%, etc.
- ✓ En caso de riesgo de hemorragia colocar tapón otico el cual será retirado a las 72 horas.
- ✓ En caso de colocar tapón otico se recomienda cobertura antibiótica.

El material obtenido debe ser suficiente, tanto en extensión como en profundidad, para asegurar un buen diagnóstico, la muestra debe ser representativa de la lesión, se sugiere en caso de lesiones no homogéneas se debe realizar una buena elección de la zona a biopsia.

Para el estudio convencional histopatológico con microscopía óptica, la muestra deberá ser sumergida en formol al 10% siendo la proporción volumétrica y la muestra de 10:1, cuando sea necesario la realización de técnicas de inmunofluorescencia, hay que remitir la muestra en fresco.

Junto a la muestra se debe enviar un pequeño informe que incluya todos los datos relevantes del caso

Un formulario standard debe tener:

Fecha de toma de biopsia, datos del paciente como edad, sexo, número de historia clínica, si hubo informe de biopsia previo, características de la lesión como: localización, tamaño, aspecto, consistencia y finalmente diagnóstico clínico de presunción.

IX. COMPLICACIONES:

- Sangrado
- Infección de zona biopsiada
- Fistulas

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Jackson RS, McCaffrey TV. Nasal manifestations of systemic disease. In: Flint PW, Haughey BH, Lund V, et al, eds. Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015: chap 12.
- Manual de Otorrinolaringología 2ª Edición. Ramirez R and cols, ed. McGrawHill Interamericana. 2007.
- Tratado de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. C. Suárez and cols. Ed. 2ª Edición. Editorial Panamericana. 2007.

XI. ANEXOS:





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE BIOPSIA OTICA

El/la Paciente..... con edad de.....y DNI N°

Tutor legal de nombre con parentesco....., ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE

La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometidoy que de forma resumida consiste en

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencionada y explicada medicación/intervención o prueba, y que son los siguientes:

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son:

Por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha de del año 20.....

MEDICO TRATANTE

PACIENTE / TUTOR LEGAL





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DECENIO DE LA CALIDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA TOMA DE BIOPSIA NASAL

2019



**GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA TOMA DE BIOPSIA NASAL****I. NOMBRE Y CODIGO:**

Nombre: Biopsia nasal.

Código de procedimiento: 5A02001

II. DEFINICION:

Los tumores nasales representan aproximadamente el 3% de los tumores de cabeza y cuello, siendo más frecuentes en varones que en mujeres, presentándose entre la quinta a séptima década de vida, siendo los pólipos nasales la tumoración más frecuente seguido del papiloma invertido nasal y dentro de La neoplasia maligna más comunes se encuentra el carcinoma escamo-celular (60 – 80%), seguido del adenocarcinoma (10 – 20%), entre otros¹.

La biopsia de tumoraciones nasales representa un procedimiento medico complementario, fundamental y/o necesario para llegar a un diagnostico histopatológico, el cual consiste en extraer una porción de tejido de la cavidad nasal con el objetivo de poder ser analizado bajo visión microscópica, el cual puede ser realizado bajo anestesia local o general dependiendo de la edad y/o colaboración del paciente².

III. RESPONSABLES:

- Médico especialista.
- Médico residente bajo supervisión de un superior.

IV. INDICACIONES:**INDICACIONES ABSOLUTAS**

- Tumor nasal unilateral.
- Tumor nasal de forma irregular, indurado o con mal olor.
- Tumor nasal de crecimiento rápido.
- Antecedente de neoplasia maligna.

INDICACIONES REALTIVAS

- Perforación septal



**V. CONTRAINDICACIONES:**

- En estructuras anatómicas normales o sus variantes.
- Lesiones traumáticas susceptibles de responder a un tratamiento conservador.
- Lesión vascular angiomatosa tipo nasoangiofibroma juvenil.
- Pacientes con un estado general grave cuya enfermedad de base podría empeorar.
- Pacientes con trastornos de coagulación.
- Pacientes y/o tutor en caso de ser menor de edad que no haya dado su consentimiento.

VI. REQUISITOS:

Consentimiento informado (Ver anexo).

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:**7.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS**

- Equipo de electrocauterización monopolar o bipolar
- Equipo de aspiración de secreciones
- Equipo de frontoluz
- Torre de endoscopia nasal
- Endoscopio nasal de 4mm con angulación de 0°, 30° o 45°

7.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

- Pinza tipo punch (saca bocado)
- Mango de bisturí n° 7
- Pinza tipo bayoneta
- Espéculo nasal
- Decolador tipo cottle
- Cánula de aspiración
- Pinza blakesley, pinza tru cut, otras.

7.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

- Jeringa de 1ml con Aguja numero 25 G.
- Aguja de punción lumbar número 25 G
- Gasas
- Guantes quirúrgicos.
- Campos estériles descartables.





- Hoja de bisturí n° 15.
- Torundas de algodón.
- Mechass nasales de gasa.

7.4 MEDICAMENTOS

- Lidocaína con epinefrina 1/ 200 000
- Nitrato de plata al 50% o ácido acético al 50%.
- Nitrofurazona crema al 0.2%

7.5 OTROS

- Contenedor para muestra con formol impreso de datos para laboratorio.

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento debe realizarse previo consentimiento del paciente bajo visión endoscópica siguiendo las siguientes recomendaciones: Paciente en decúbito dorsal a 30°. Exploración de cavidad nasal bajo visión endoscópica. Elegir zona de la biopsia. Anestesia local con lidocaína más epinefrina a una concentración de 1/200 000 o 1/80 000 intralesional. Incisión: el cual puede ser realizado con bisturí convencional, pinza blakesley o con un Punch (pinza sacabocados estéril con cuchilla cilíndrica de diámetro variable de 2-8 mm) Remoción del tejido: manejo cuidadoso con pinzas a traumáticas. Hemostasia el cual puede ser realizado mediante electrocauterio, toques de nitrato de plata al 50%, ácido acético al 50%, etc En caso de riesgo de hemorragia colocar tapón nasal el cual será retirado a las 72 horas⁴. En caso de colocar tapón nasal se recomienda cobertura antibiótica. El material obtenido debe ser suficiente, tanto en extensión como en profundidad, para asegurar un buen diagnóstico, la muestra debe ser representativa de la lesión, se sugiere en caso de lesiones no homogéneas se debe realizar una buena elección de la zona a biopsia. Para el estudio convencional histopatológico con microscopía óptica, la muestra deberá ser sumergida en formol al 10% siendo la proporción volumétrica y la muestra de 10:1, cuando sea necesario la realización de técnicas de inmunofluorescencia, hay que remitir la muestra en fresco. Junto a la muestra se debe enviar un pequeño informe que incluya todos los datos relevantes del caso. Un formulario standard debe tener: Fecha de toma de biopsia, datos del paciente como edad, sexo, número de historia clínica, si hubo informe de biopsia previo, características de la lesión como: localización, tamaño, aspecto, consistencia y finalmente diagnóstico clínico de presunción⁵.



**IX. COMPLICACIONES:**

- Sangrado nasal
- Sinusitis aguda posterior al procedimiento
- Sinequias turbinoseptales
- Perforaciones septales

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Jackson rs, mccaffrey tv. Nasal manifestations of systemic disease. In: flint pw, haughèy bh, lund v, et al, eds. Cummings otolaryngology: head & neck surgery. 6th ed. Philadelphia, pa: elsevier saunders; 2017: chap 12.
2. Anniko m, bernal-sprekelsen m, bonkowsky v, bradley p, lurato s. Otorhinolaryngology, head & neck surgery. 1st edition. Berlin – heidelberg: springer-verlag. 2010.
3. 2. Mcphee sj, papadakis ma. Current medical diagnosis and treatment. 49th• edition. Usa: the mcgraw-hill companies. 2010.
4. Lalwani ak. Current diagnosis and treatment: otolaryngology head and neck• surgery. 2nd edition. Usa: the mcgraw-hill companies. 2007.
5. Goljan ef. Rapid review pathology. Second edition. Philadelphia: mosby elsevier 2007.

XI. ANEXOS:



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE BIOPSIA NASAL

El/la Paciente..... con
edad de.....y DNI N°.....

Tutor legal de nombre con parentesco
....., ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE

La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometido
.....y que de forma resumida consiste en
.....

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencionada y explicada
medicación/intervención o prueba, y que son los siguientes:
.....

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son
.....

Por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente
CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha de del año 20.....

MEDICO TRATANTE

PACIENTE / TUTOR LEGAL





PERÚ

Ministerio de Salud

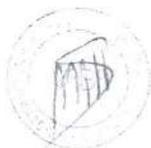
Hospital
Cayetano Heredia

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Autoregularse frente a la corrupción y la impunidad"

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA TOMA DE BIOPSIA OROFARINGEA**

2019





GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA TOMA DE BIOPSIA OROFARINGEA

I. NOMBRE Y CODIGO:

Nombre: Biopsia Orofaringea

Código de procedimiento: 5A02001

II. DEFINICION:

Procedimiento medico complementario, fundamental y/o necesario para llegar a un diagnostico histopatológico, el cual consiste en extraer una porción de tejido sospechoso de malignidad, localizado en la cavidad oral y/o orofaringe, el cual puede ser realizado bajo anestesia local o general dependiendo de la edad y/o colaboración del paciente.

Dentro de los tumores de cabeza y cuello los tumores de orofaringe representan el 10 %, encontrándose el carcinoma epidermoide en el 90%, el 10 % restante está representado por linfomas, melanomas entre otros¹.

Se calcula que el riesgo de padecer cáncer de orofaringe se incrementa en 15 veces en aquellos pacientes que consumen alcohol, tabaco, otros factores asociados están dados por; la sífilis, irritación crónica, pobre higiene oral, presencia del virus papiloma humano, virus herpes entre otros².

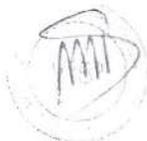
III. RESPONSABLES:

- Médico especialista.
- Médico residente bajo supervisión de un superior.

IV. INDICACIONES:

INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Abscesos amigdalinos a repetición.
- Abscesos amigdalinos bilateral.
- Lesión tipo Eritroplasia o eritroleucoplasia: lesión roja persistente y sin causa aparente.
- Ulceración irregular en cualquier región orofaringea.
- Persistencia durante más de 2 semanas de alguna lesión.
- Base de la lesión indurada.
- Lesión con adhesión a tejidos adyacentes.
- Lesión sangrante.





- Lesión de crecimiento rápido.
- Lesión con alteraciones sensitivas / motoras.
- Lesiones en pacientes con antecedente de neoplasia maligna.

INDICACIONES RELATIVAS:

- Amigdalitis crónica.
- Hipertrofia amigdalar sin signos de malignidad.
- Cualquier lesión orofaríngea que no encaje en las descritas en las indicaciones absolutas.

V. CONTRAINDICACIONES:

- En estructuras anatómicas normales o sus variantes.
- Lesiones traumáticas susceptibles de responder a un tratamiento conservador.
- Lesión vascular angiomatosa.
- Pacientes con un estado general grave cuya enfermedad de base podría empeorar.
- Pacientes y/o tutor en caso de ser menor de edad que no haya dado su consentimiento.

VI. REQUISITOS:

Consentimiento Informado (Ver anexo).

VII. RECURSOS Y MATERIALES A UTILIZAR:**7.1 Equipos Biomédicos**

- Equipo de electrocauterización monopolar o bipolar.
- Equipo de aspiración de secreciones.
- Equipo de frontoluz.

7.2 Material Médico no Fungible

- Pinza tipo punch (saca bocado)
- Mango de bisturí n° 7
- Pinza tipo bayoneta
- Baja lengua de metal
- Cánula de aspiración





7.3 Material Médico Fungible

- Jeringa de 1ml con Aguja numero 25 G.
- Gasas
- Guantes quirúrgicos
- Campos estériles descartables
- Hoja de bisturí n° 15
- Torundas de algodón
- Sutura Nylon 4/0 TC 15
- Sutura Vicryl 4/0 TC 15

7.4 Medicamentos

- Lidocaína con epinefrina 1/ 200 000
- Nitrato de plata al 50% o ácido acético al 50%.

7.5 Otros

- Contenedor para muestra con formol impreso de datos para laboratorio

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento debe realizarse previo consentimiento del paciente siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Paciente en posición sentado (en caso de ser con anestesia local)
- Elegir zona de la biopsia.
- Anestesia local con lidocaína más epinefrina a una concentración de 1/200 000 o 1/80 000 en la periferia de la lesión y nunca intralesional.
- Incisión: el cual puede ser realizado con bisturí convencional y/o Punch (sacabocados estéril con cuchilla cilíndrica de diámetro variable de 2-8 mm).
- Remoción del tejido: manejo cuidadoso con pinzas a traumáticas.
- Hemostasia el cual puede ser realizado mediante electrocauterio, toques de nitrato de plata al 50%, ácido acético al 50%, etc.

El material obtenido debe ser suficiente, tanto en extensión como en profundidad, para asegurar un buen diagnóstico, la muestra debe ser representativa de la lesión, se sugiere en caso de lesiones no homogéneas se debe realizar una buena elección de la zona a biopsia.

Para el estudio convencional histopatológico con microscopía óptica, la muestra deberá ser sumergida en formol al 10% siendo la proporción volumétrica y la muestra de 10:1, cuando





sea necesario la realización de técnicas de inmunofluorescencia, hay que remitir la muestra en fresco³.

Junto a la muestra se debe enviar un pequeño informe que incluya todos los datos relevantes del caso.

Un formulario standard debe tener:

Fecha de toma de biopsia, datos del paciente como edad, sexo, número de historia clínica, si hubo informe de biopsia previo, características de la lesión como: localización, tamaño, aspecto, consistencia y finalmente diagnóstico clínico de presunción.

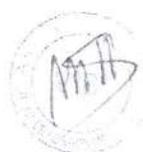
IX. COMPLICACIONES:

- Sangrado profuso.
- Infecciones de la zona biopsiada.
- Pérdida de tejido adyacente sano.
- Fístulas.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. García Peñín A, Carrillo Baracaldo JS, Martínez González JM, Sada GarcíaLomas JM. La biopsia en Estomatología. Rev Act Estomatológica Española 1987; 364: 49-62
2. Seoane JM, Aguado A, Suárez JM, De La Cruz A, Esparza G, Cerero R. Técnicas de biopsia en patología bucal (I). Biopsia con Bisturí. Biopsia con Punch. Rev Act Odonto-Estomatol Esp 1996; 450, 56: 68-72.
3. Cawson RA, Odell EW. Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Ed. Elsevier. Barcelona, España. 2010.
4. Koch WM, Stafford E, Bajaj G. Cancer of the Oral Cavity. Part A: General Principles and Management. In: Harrison LB, Sessions RB, Hong WK, eds. Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach. Philadelphia, pa: Lippincott Williams and Wilkins; 2017: 250-265.

XI. ANEXOS:





DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE FARINGE

NOMBRE Y APELLIDOS.....N° DNI:

EDAD: FECHA:

DIAGNÓSTICO DEL PROCESO.....

MÉDICO INFORMANTE: CMP:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada BIOPSIA MÚLTIPLE DE FARINGE, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: La biopsia múltiple de faringe es la intervención quirúrgica en la que se toman diversas muestras de tejido de las diferentes zonas de la garganta y las amígdalas, tanto las situadas a ambos lados del paladar, como la que existe detrás de la nariz o debajo de la lengua. La operación se suele efectuar bajo anestesia local, o anestesia local más sedación o anestesia general y a través de la boca. La indicación fundamental es la de obtener múltiples muestras de tejido para someterlas a estudio mediante microscopio. Tras la intervención, aparecen molestias dolorosas en el momento de tragar, que no suelen ser intensas, irradiándose hacia los oídos, debiendo, por ello, administrarse calmantes. Puede notarse, durante las primeras horas, la saliva teñida de sangre o, incluso, aparecer vómitos de sangre oscura, ya digerida, y que están en relación con la sangre deglutida durante la intervención. También pueden ser normales las heces oscuras, en los días inmediatos, por el mismo motivo. Durante los primeros días puede percibirse mal aliento. Al abrir la boca y examinar la garganta pueden verse diferentes zonas grisáceas o blanquecinas en el lugar de la toma de las muestras. Ello es normal y corresponde al proceso de cicatrización de la zona. Al principio, la alimentación consistirá sólo en líquidos y, posteriormente, alimentación blanda hasta completarse la cicatrización. La duración del ingreso hospitalario es variable, dependiendo de numerosas circunstancias. En ocasiones, la estancia en el hospital es muy breve.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención: No podrá obtenerse el tejido necesario para la realización de un diagnóstico, ante la sospecha de diversas enfermedades de la garganta.

BENEFICIOS ESPERABLES: El diagnóstico correcto de la enfermedad que afecta a la faringe o al cuello.





PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: La obtención de las muestras de tejido y el posterior estudio mediante el microscopio es, en muchos casos, el único de contrastada eficacia.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Es posible que se produzca una hemorragia de cierta intensidad durante el período posterior a la intervención. Este riesgo existe aunque las pruebas de coagulación del estudio preoperatorio sean normales. Si la hemorragia fuera muy intensa, podría ser necesaria una nueva intervención para su control y, si fuera preciso, la transfusión de hemoderivados. Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, la sangre que procede de las heridas operatorias pueda pasar hacia las vías respiratorias; a esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración y puede llegar a obstruir las vías aéreas produciendo incluso una parada cardiorrespiratoria.

DECLARACIONES Y FIRMAS: Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas. Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso. Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso. Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles. En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este





procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

MEDICO TRATANTE

PACIENTE

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

....., con D.N.I.
..... y en calidad de
....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

MEDICO TRATANTE

TUTOR LEGAL





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRAS
"Año de la lucha contra el cáncer y la influenza"

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS**

2019





GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PAR AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

Audiometría de Tonos Puros o Audiometría Tonal Liminar (Atl)
CÓDIGO: 5A3007

II. DEFINICIÓN:

La audiometría tonal liminar consiste en detectar el umbral auditivo del paciente a diferentes frecuencias (usualmente entre 125 Hz y 8 kHz) tanto por vía aérea como ósea. Cada uno de estos umbrales es registrado con una serie de signos internacionalmente admitidos, dando lugar a un registro gráfico de la audición del paciente al que llamamos audiograma (1).

La ATL consiste en la búsqueda de los umbrales mínimos de audición del sujeto objeto de estudio. Es una exploración subjetiva, en la que el paciente colabora activamente, ya que responde, a petición del evaluador, de sus percepciones ante la presentación de los estímulos utilizados en el examen.

Se entiende por umbral mínimo de audición a la mínima intensidad de sonido que percibe el oído en una frecuencia determinada, es decir, el límite entre lo audible y lo no audible.

Los niveles umbrales de audición pueden determinarse por audiometría de conducción aérea o de conducción ósea.

OBJETIVO:

Evaluar el funcionamiento del sistema auditivo, que permite determinar la capacidad de una persona para escuchar los sonidos y la fase del proceso de audición que está alterada.

ASPECTOS EPIDEMIÓLOGICOS IMPORTANTES:

Esta es una prueba subjetiva que requiere la cooperación del paciente por ello se realiza en adultos y niños a partir de los 5 años.

III. RESPONSABLES:

La realización de este examen está a cargo de un personal médico o de enfermería, previamente capacitado.

IV. INDICACIONES:

INDICACIONES ABSOLUTAS:

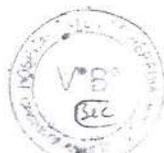
En personas en las que se sospecha un déficit auditivo.

INDICACIONES RELATIVAS:

Como parte de la valoración de salud de los trabajadores en una empresa, sobretodo de aquellas que trabajan expuestas a ruido.

V. CONTRAINDICACIONES:

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS: Ninguna.



**CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:**

- Paciente con algún tipo de retraso mental
- Paciente de edad menor a 5 años
- Presencia de cerumen en conducto auditivo externo
- Presencia de otitis, eczema del oído externo o infección de vías respiratorias altas.

VI. REQUISITOS:

Consentimiento Informado: No se requiere, ya que se trata de una prueba exenta de riesgos para el paciente.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:**7.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS****AUDIÓMETRO:**

Instrumento electrónico generador de tonos puros o complejos como el ruido blanco y el ruido de banda estrecha (2). Esencialmente está constituido por un oscilador de frecuencia fija que emite un tono puro que puede seleccionarse mediante un conmutador (3).

AUDIÓMETRO DE TONO PURO:

Un audiómetro de tono puro es un aparato formado por un generador electroacústico de tonos puros, un amplificador, un atenuador que controla el nivel de presión sonora de estos tonos y un auricular (en el caso de medidas de conducción aérea) o un elemento vibrador que se apoya sobre el cráneo (en el caso de las medidas de conducción ósea).

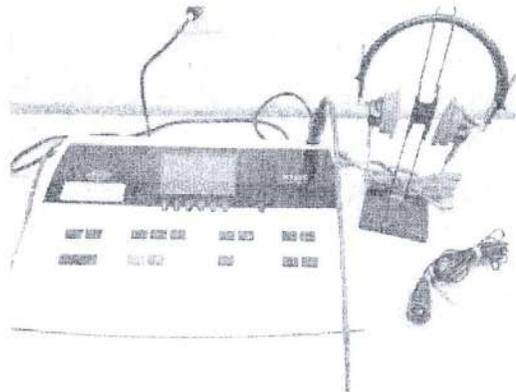
Existen diferentes tipos de audiómetros en el mercado con diferentes características: de Screening (despistaje) y control (tipo 4), diagnóstico básico (tipo 3), clínico (tipo 2), investigación clínica avanzada (tipo 1).

Los tonos puros generados electrónicamente por un audiómetro, se envían a través de tonos (conducción aérea) o de vibradores óseos (conducción ósea).

Los umbrales para distintas frecuencias se miden en decibeles (medida de intensidad).

Las frecuencias que se usan en audiometría convencional para conducción aérea son: 250 - 500 - 1000 - 2000 - 3000 - 4000 - 6000 - 8000 Hertz (ciclos por segundo).

Las frecuencias que se usan en audiometría convencional para conducción ósea son: 250 - 1000 - 2000 - 4000 Hertz.





7.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE: No se utiliza.

7.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE: No se utiliza.

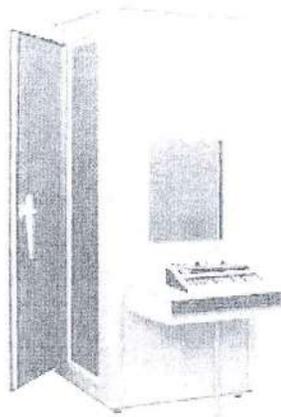
7.4 MEDICAMENTOS: No se utilizan.

7.5 OTROS:

CÁMARA O CABINA AUDIOMÉTRICA: Es el recinto especialmente diseñado para proporcionar en su interior un ambiente de insonoridad con el fin de paliar los inconvenientes que supone el ruido ambiental, ya que permite realizar las audiometrías en un ambiente sonoro adecuado, imprescindible para hallar el umbral audiológico real del examinado. El aislamiento que supone la cabina, además de impedir el enmascaramiento que implica el ruido ambiental, ayuda al paciente a concentrarse evitando así posibles distracciones.

Las características que debe cumplir una cabina son las siguientes:

- Debe constar de paredes de doble cámara e interiormente debe estar recubierta de material absorbente de sonido para que impida la reverberación de las ondas sonoras.
- La puerta de acceso debe tener cierre hermético.
- Debe disponer de iluminación interior, ventilación y una ventana a través de la cual se pueda observar al sujeto de ensayo.



- **SALA DE AUDIOMETRÍA:** Sala acondicionada y destinada en forma exclusiva a la ejecución de exámenes audiométricos y en cuyo interior se ubica una cabina audiométrica.

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se comienza dedicando unos minutos al paciente para informarle de en qué consiste la prueba que se le va a practicar y su finalidad. Antes de iniciar la prueba debe realizarse una otoscopia que nos informe que los oídos externos están limpios y que descarte alguna anomalía que pudiera alterar su desarrollo (4).

Se dan instrucciones al paciente para que levante la mano derecha cuando oiga el sonido por el lado derecho y viceversa, así como también para que la baje cuando deje de oírlo. Se le pide además que esté atento a los sonidos débiles (4).





¿Cómo realizar una audiometría por vía aérea?

- Empezar explorando la frecuencia de 1.000 Hz en sentido ascendente, es decir, una vez estimulado el oído a la intensidad de familiarización (40 dB) colocar el estímulo en 0 dB e ir aumentando la intensidad de 10 dB en 10 dB hasta encontrar el umbral. Se debe verificar el umbral mediante un método de encuadramiento, es decir aumentando y disminuyendo la intensidad de 5 en 5 dB en torno a la primera respuesta dada por el paciente. La coincidencia de 2 respuestas a un mismo nivel de intensidad, será suficiente para asegurar el umbral auditivo.
- A continuación se procede a explorar la frecuencia de 2000 Hz. Empezando la exploración a 10 dB menos sobre el umbral hallado en la frecuencia anterior (1.000 Hz) y siguiendo la misma metodología ascendente.
- La exploración seguirá hasta barrer todas las frecuencias agudas (de 1.000 Hz hasta 8.000 Hz). Una vez finalizado el barrido se debe volver a comprobar el umbral hallado en 1000 Hz. Caso de no coincidir, se comprobará toda la audiometría o sea, los umbrales correspondientes de todas las frecuencias.
- Seguidamente se estudiarán las frecuencias graves en sentido descendente, es decir: 500 Hz, 250 Hz y 125 Hz, en este orden, con lo que puede darse por finalizada la audiometría tonal liminar por vía aérea.
- Siempre que en la gráfica audiométrica no exista ningún umbral superior a 25 dB se considera que la audiometría está dentro de los límites de normalidad; de no ser así se deberá explorar la vía ósea.

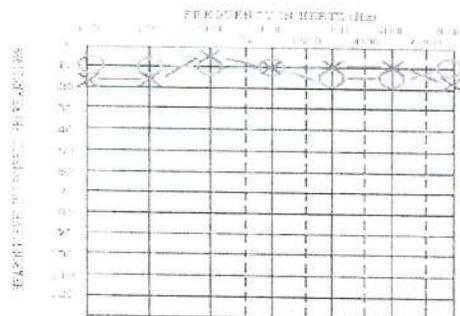
¿Cómo realizar una audiometría ósea?

Una vez realizada la audiometría aérea se procede a efectuar la exploración de la vía ósea, siguiendo las siguientes pautas:

- Colocar el vibrador del audiómetro sobre la apófisis mastoides del hueso temporal del lado que queramos explorar, teniendo en cuenta que debe hacer contacto directo con la piel. Para ello procederemos a retirar cualquier obstáculo que dificulte dicho contacto, como por ejemplo: cabellos y gafas.
- Puede darse el caso de que el vibrador resbale por el efecto del sudor; el problema se soluciona efectuando una limpieza previa de la superficie retroauricular con alcohol.
- Proceder a realizar la audiometría con la misma sistemática que en la audiometría por vía aérea.

AUDIOGRAMA:

El informe escrito se llama audiograma. Hay distintas formas de audiogramas, siendo el más común el descrito en la siguiente figura. Las frecuencias (Hertz Hz) se colocan de izquierda a derecha. La intensidad (Decibeles dB) de arriba abajo. El oído izquierdo se marca de color azul (y con cruces) y el derecho con color rojo (y con círculos). La conducción aérea se escribe con línea continua y la ósea con línea punteada. Los símbolos usados deben estar descritos en el audiograma.





TIPO DE ENSAYO	OÍDO DERECHO	OÍDO IZQUIERDO
•Conducción aérea	○	X
•Ausencia de respuesta	∅	X
•Conducción aérea (enmascaramiento)	△	□
•Conducción ósea - apófisis mastoidea	<	>
•Conducción ósea - apófisis mastoidea (enmascaramiento)	⊐	⊑
•Conducción ósea - frente (enmascaramiento)	⊓	⊔
•Conduccion ósea - frente		V

Simbolos audiométricos internacionales recomendados por la ASLHA (1990)

IX. COMPLICACIONES:

Ninguna.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Otorrinolaringología Práctica en consulta. Gil-Carcedo García LM, Martínez Vidal J, Ortega del Álamo P. Barcelona 2004, p 57.
2. Tapia Toca MC, HernandezCalvín J, Maeso Plaza A. Exploración funcional de la audición. En: Suárez C, Gil-Carcedo LM, Marco J, Medina J.E, Ortega P, Trinidad J,eds. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2° edición. España 2007, pp 1101-1107.
3. Tratado de audiología. Salesa E, Perelló E, BonavidaA, . España 2008, pp103-108.
4. Otología. Vallejo LA, Gil-Carcedo E. 2° edición. España 2004, pp 103-106.





**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA LAVADO DE OÍDOS**

2019





GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA LAVADO DE OIDOS

I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

Lavado de Oídos
CODIGO: 5A13009

II. DEFINICIÓN

Procedimiento mediante el cual se pretende extraer un objeto extraño del conducto auditivo externo (CAE) o retirar un tapón de cerumen o de qué se encuentra obstruyendo el CAE.

OBJETIVO DEL PRCEDIMIENTO

Obtener permeabilidad del Conducto auditivo externo para lograr la visión completa del tímpano con finalidades diagnósticas.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES

El lavado de oídos es uno de los procedimientos otorrinolaringológico más frecuente que se realiza en consulta.

El cerumen es una secreción natural que protege el oído y sólo debe limpiarse cuando da síntomas o si es necesaria la visión completa del tímpano con finalidades diagnósticas. La producción de cerumen varía mucho debido a diferencias interpersonales, interétnicas, estacionales y según la edad del individuo. Su acumulación viene favorecida por deformidades anatómicas (conductos estrechos y angulados), el exceso de pelos en el oído o el uso de bastones de algodón, audífonos o protectores auditivos (1).

Los síntomas que puede producir la impactación de cera son: molestia, hipoacusia, desequilibrio o mareo, acúfenos, infección e incapacidad de adaptar los audífonos (porque con cera se taponan y pitan). La hipoacusia es el síntoma más frecuente (que puede llegar a 40-45 dB HL) (3).

El tapón de cerumen es una de las causas más frecuentes de consulta por hipoacusia y su incidencia llega hasta el 5% de adultos sanos (4).

Habitualmente el lavado puede realizarse con normalidad a partir de los 5-6 años. Es un procedimiento sencillo y que requiere un entrenamiento mínimo. Sin embargo, en ocasiones puede ser difícil por las características del paciente o del cerumen y prolonga el tiempo de atención. También se debe tener en cuenta que, aunque pequeño, existe el riesgo de lesionar el oído.

III. RESPONSABLES:

- Médico especialista
- Médico general o personal de enfermería/técnico de enfermería previamente entrenado.

IV. INDICACIONES:

- INDICACIONES ABSOLUTAS:

Presencia de un tapón de cerumen o cuerpo extraño que ocluyen completamente el conducto auditivo externo y que esté originando una disminución auditiva.

- INDICACIONES RELATIVAS:

Extracción de cerumen que ocluye parcialmente el conducto auditivo externo.



**V. CONTRAINDICACIONES:****CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:**

- Que el oído tenga el tímpano perforado.
- Estrechez extrema del conducto auditivo externo.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- Otitis Media y Externa, hasta que se resuelva.
- Heridas recientes en tímpano o Conducto Auditivo Externo
- Dolor durante la entrada de agua o durante la realización del examen físico.
- Otorrea en los últimos tres (3) meses.
- Historia de otitis crónica y supurada.
- Presencia de cuerpos extraños que sean de difícil extracción por personal no especializado.
- Cirugía del oído (miringotomía).

VI. REQUISITOS:

Consentimiento Informado (Ver Anexo).

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:**7.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS:**

- Otoscopio
- Luz frontal; Para la adecuada visualización del conducto auditivo externo.

7.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE:

- Riñonera
- Jeringa metálica otológica o Jeringa de 20cc o 50cc
- Cánulas otológicas limpias y esterilizadas
- Espéculos auriculares limpios y esterilizados
- Pinzas otológicas limpias y esterilizadas (cureta, porta algodón)

7.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE:

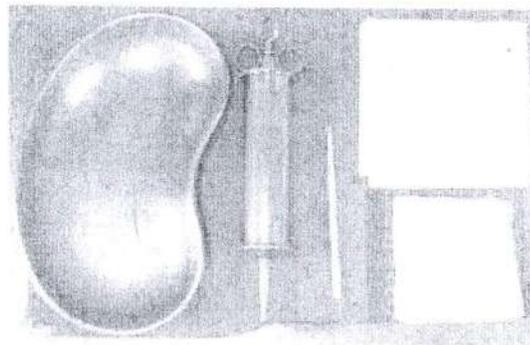
Torundas de algodón

7.4 MEDICAMENTOS:

No se utilizan.

7.5 OTROS:

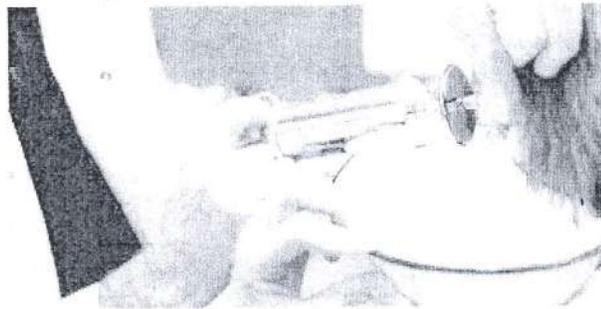
- Agua a temperatura corporal
- Toalla





VIII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Aunque existen muchos sistemas de irrigación, consideramos que el procedimiento más económico, con menor posibilidad de daño y accesible a cualquiera, es el uso de una jeringa de entre 20 y 50 ml, conectada a un catéter intravenoso Abocat de 14-16. (5)
- Antes de iniciar un lavado es importante asegurar la disponibilidad del paciente para la limpieza del oído, sobre todo en niños o pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas y descartar sus contraindicaciones.
- Se debe explicar el proceso al paciente e indicarle que se siente cómodamente.
- Se le pone una toalla sobre el hombro, se le da un pañuelo para secarse y se le pide que no se mueva. El procedimiento puede ser molesto pero no produce dolor, y si aparece cualquier sintomatología anómala debe detenerse el lavado de inmediato....
- La jeringa debe estar bien lubricada y cerrada, se carga con agua templada a la temperatura corporal para evitar el estímulo térmico del oído y se purga de aire en posición vertical para evitar la presencia de burbujas que producen ruido y reducen la presión del flujo de agua.
- Se coloca una riñonera o batea ajustada bajo el oído para recoger el lavado y se tracciona el pabellón auricular para alinear las curvaturas del conducto auditivo y facilitar la entrada del agua y la salida de la cera (arriba y atrás en adultos, y abajo y atrás en niños pequeños).



- Se introduce cuidadosamente la cánula de la jeringa dirigida hacia el cuadrante posterosuperior del conducto y se inicia la irrigación manteniendo una presión constante pero no excesiva. Es fundamental controlar la posición de la cánula y evitar su desplazamiento mientras se ejerce presión para no lesionar el conducto. Se va observando el producto del lavado en la batea hasta que sale limpio.
- Si el procedimiento no es efectivo puede repetirse, pero se recomienda no exceder tres irrigaciones seguidas (unos 500 ml).
- Tras el lavado se indica al paciente que se seque el oído y se realiza una otoscopia para comprobar la limpieza del oído. Puede ser útil usar una cureta blanda para limpiar restos de cerumen de la entrada del conducto.
- Ante cualquier lesión del conducto o del tímpano que se observe o si el paciente ha experimentado dolor intenso o sensación de flujo de agua en la garganta, se recomienda que se prescriban gotas óticas antibióticas y se remita el paciente al otorrinolaringólogo.
- La jeringa se debe desmontar y limpiar periódicamente y se aconseja lubricar el pistón con glicerina, vaselina o aceite (2).





IX. COMPLICACIONES:

- Perforación timpánica: Se da durante el procedimiento.
- Otitis externa o media.
- Lesión del conducto.
- Náuseas, vómitos.
- Dolor.
- Mareos, vértigos.
- Sangrado (6).

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Gil-Carcedo LM, Vallejo LA. El oído externo. Cap. 24. La secreción del CAE. Madrid 2001. pp. 381-394
2. Lavado de oído. González X, Menén J. AMF 2009;5(5); pp 304-306
3. Roland PS, Smith TL, Schwartz SR, Rosenfeld RM, Ballachanda B, Earll JM, *et al.* Clinicalpracticeguideline: cerumen impaction. Otolaryngol Head NeckSurg. 2008;139:S1-S22.
4. Roeser RJ, Ballachanda BB. Physiology, pathophysiology, and anthropology/epidemiology of human earcanalsecretions. J Am AcadAudiol. 1997;8:391-400
5. Extracción de la cera de los oídos. Benito Orejas JI, Garrido Redondo M, Velasco Vicente JV, Mata Jorge M, Bachiller Luque R, Ramírez Cano B. Revista Pediatría de Atención Primaria vol.17 no.67. Madrid 2015
6. Protocolo para lavado y extracción de cuerpo extraño en oídos. Universidad industrial de Santander. Santander 2008; pp 1-5
7. Protocolo de extracción de tapones de cerumen. Centro de Salud El Progreso. Badajoz; pp 1-9

XI. ANEXOS:



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCION DE TAPÓN DE CERUMEN / LAVADO DE OÍDOS.

NOMBRE Y APELLIDOS.....HCL:

DNI: EDAD:

FECHA:

1. PROCEDIMIENTO:

El paciente D./Dña:..... autoriza a D./Dña:..... Médico/Enfermera, a realizar la extracción de tapones de cerumen, mediante el método consistente en la introducción de un chorro a presión de agua tibia en el conducto auditivo externo utilizando una jeringa: El tapón se expulsa conjuntamente con el agua. Entiendo que la razón para el procedimiento es, la oclusión parcial o total del conducto auditivo por parte del tapón, con la consiguiente disminución más o menos acentuada de la agudeza auditiva, y además mi médico me ha explicado que el tapón de cerumen puede llegar a producirme zumbidos, vértigos, sensación de pesadez o molestia local y hasta dolores por compresión de la membrana del tímpano.

2. ALTERNATIVAS: La alternativa a la extracción mediante el método tradicional es la derivación al nivel especializado (otorrinolaringólogo), para que el tapón de cerumen sea extraído mediante aspiración.





3. VENTAJAS E INCONVENIENTES: La extracción mediante el método tradicional (chorro de agua), en su Centro de Salud, se le realizará a partir del 2º ó 3º día de instilarse gotas en el conducto auditivo para ablandar el tapón. La derivación al Nivel Especializado, tiene el inconveniente de las listas de Espera.

4. RIESGOS: El procedimiento de extracción es una técnica "a ciegas", al no poder visualizarse a causa del tapón el Timpano y el Oído Medio, por lo que pueden preexistir o derivarse complicaciones tales como: perforación timpánica, infección, náuseas, vómitos, dolor, mareos, vértigos, trastornos del equilibrio, otorragias y acúfenos. Estas complicaciones tienen una incidencia muy baja en nuestro medio.

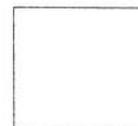
5. ENTENDIMIENTO: Estoy enterado de que no existe garantía o seguridad sobre los resultados del procedimiento y que nadie puede predecir cuáles serán las complicaciones que ocurran en mi caso.

6. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: He leído y comprendido esta forma de consentimiento y acepto que no debo firmarla si todos los párrafos, y todas mis dudas, no han sido explicadas o contestadas a mi entera satisfacción, o si no entiendo cualquier término o palabra concreta contenida en este documento.

Si tiene cualquier duda acerca de los riesgos o peligros de la extracción de tapones de cerumen mediante lavado, o cualquier pregunta acerca del tratamiento propuesto, pregúntele a su médico o la enfermera "antes de firmar éste consentimiento, y no firme a menos que lea y entienda por completo el documento".

Paciente/ Responsable legal:.....DNI:.....

Firma:..... Huella Digital:



Fecha.....Hora.....

7. DECLARACIÓN MÉDICA: He explicado el contenido de este documento al paciente, he respondido a todas sus preguntas y al grado máximo de mi conocimiento, creo que el paciente ha sido informado adecuadamente y ha aceptado.

Personal médico que realiza el procedimiento:.....

CMP:

Firma:.....Sello.....

Fecha:.....Hora:.....

8. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Nombre del paciente/ Representante legal:.....DNI:.....

Firma del paciente/ Representante legal:

Huella digital del paciente/ Representante legal:



Fecha y Hora:.....





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA CAUTERIZACIÓN NASAL ELÉCTRICA**

2019





GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA CAUTERIZACION NASAL ELECTRICA

I. NOMBRE Y CODIGO:

Cauterización de vórcice nasal eléctrica.

CODIGO: 410109

II. DEFINICION:

Definición: Cauterización nasal es la técnica quirúrgica que tiene como finalidad quemar o coagular los tejidos nasales que originan sangrados repetidos. La cauterización de vórcice nasal eléctrica es un procedimiento que consiste en utilizar un electrocauterio para tratar una vaso nasal con sangrado activo o con antecedente de haber sangrado.

Objetivo: Controlar sangrados nasales repetidos de grado moderado, dependientes de vasos del septum nasal o región endonasal, para de este modo evitar trastornos hemodinámicos.

Aspectos epidemiológicos importantes: El sangrado nasal (epistaxis) es uno de los motivos más frecuentes de consulta e ingreso urgente de la especialidad de otorrinolaringología, representando entre el 9.5% y 16% del total de las urgencias otorrinolaringológicas. Afecta preferentemente a los varones, y los sujetos de edades medias y avanzadas. Más del 60 % de la población ha tenido al menos un episodio. El punto de sangrado más frecuente es anterior, en especial en niños y jóvenes, a nivel del plexo de Kiesselbach, aunque a partir de los 40 años la localización posterior aumenta. El mayor índice de resangrado se presenta en las epistaxis de localización posterior y en los pacientes entre los 30 y los 59 años. Puede deberse a causas locales (vórcice septal, traumatismos, infecciones, tumores, telangiectasias, idiopáticas etc) o sistémicas (hipertensión arterial, discrasias sanguíneas, tumores, medicamentos, etc).

III. RESPONSABLES:

Médico Otorrinolaringólogo residente o asistente.

IV. INDICACIONES:

Vaso nasal sangrante, sea arterial o venoso, activo o reciente.

V. CONTRAINDICACIONES:

Ninguna.

VI. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Ver anexo adjunto.

VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

7.1 Equipos biomédicos:

- Electrocauterio con pieza de mano y control digital.
- Fuente de luz y espejo frontal o frontoluz.





7.2 Material médico no Fungible:

- Espéculo nasal para adultos o pediátrico.
- Pinza nasal angulada o en bayoneta.
- Una jeringa de uso dental (Carpule).
- Estilete portalgodones.
- Riñonera.

7.3 Material Médico Fungible:

- Algodón
- Gasa
- Guantes quirúrgicos
- Aguja dental

7.4 Medicamentos:

- 2 cartuchos dentales con lidocaína al 2% con epinefrina.
- Frasco de lidocaína al 2% sin epinefrina si hay hipertensión.

VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

Paciente en decúbito dorsal o sentada con la cabeza elevada. Si es un paciente pediátrico puede requerir la sedación del mismo.

Se infiltra la lidocaína con epinefrina (si es paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, evitar la epinefrina, sólo lidocaína) en el área a cauterizar. Esperar por lo menos 2 minutos.

Se procede a la cauterización colocando el electrodo a unos milímetros sin hacer contacto y protegiendo las paredes de las narinas. Hacer contacto si se trata de un termocauterío.

Se recomienda:

1. No profundizar el electrodo.
2. No cauterizar superficies muy amplias, evitar cauterizar ambas fosas nasales.
3. Evitar esfuerzos intensos, exposición al calor, traumatismos y el sonado de la nariz por 7-10 días después del procedimiento.
4. Evitar el uso de epinefrina en pacientes con antecedentes de hipertensión arterial.
5. Averiguar antecedentes de alergia a medicamentos (lidocaína, epinefrina).

IX. COMPLICACIONES:

1. Epistaxis persistente que requiera taponamiento o incluso internamiento por su severidad.
2. Perforación del tabique nasal.
3. Síncope vagal, mareo, hipotensión, desvanecimiento.
4. Paro cardiorespiratorio.



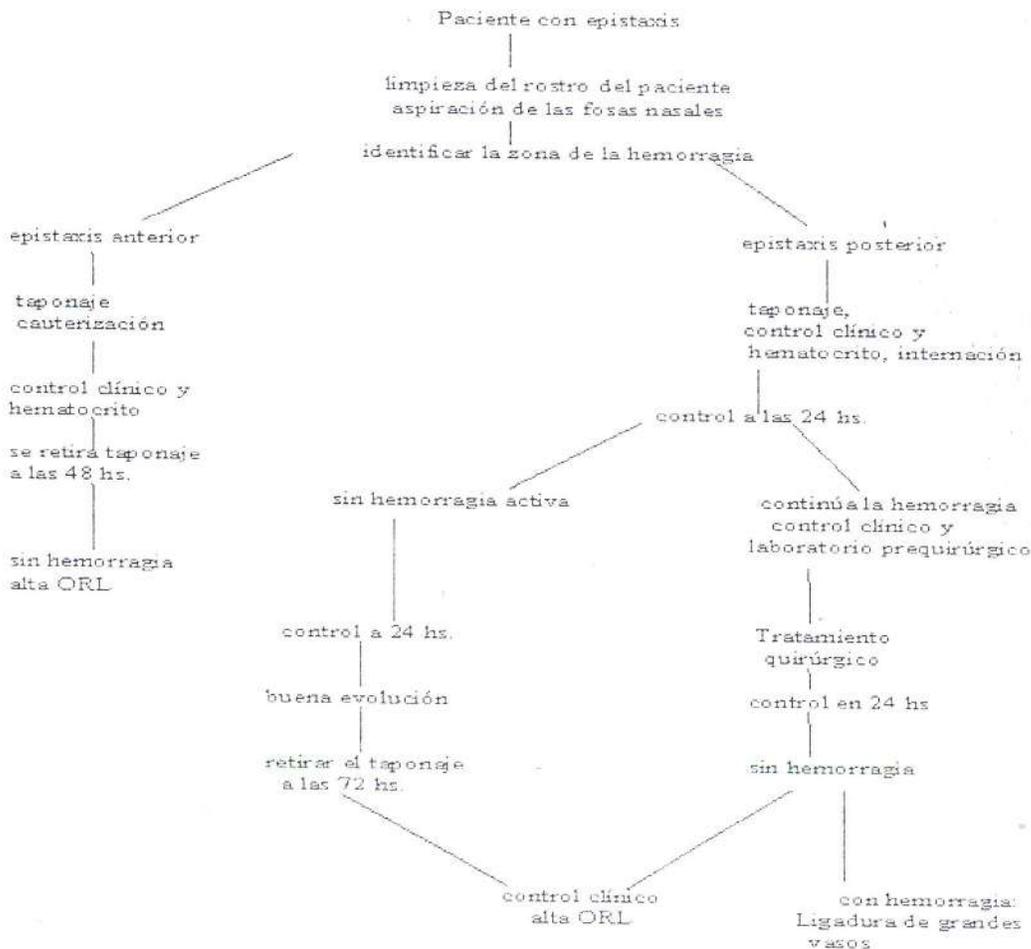


X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. EPISTAXIS IN HEALTHY CHILDREN REQUIRING HOSPITAL ASMISSION Int J Ped Otolaryng 2014
2. GUIA DE PRACTICA CLINICA. Diagnóstico y tratamiento de la epistaxis. Evidencias y recomendaciones. Secretaría de Salud. 2009.
3. GUIAS DE ATENCION Y PROCEDIMIENTOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA. Sociedad Peruana de Otorrinolaringología y Cirugía Facial. Dr. Shimooka y col. 2006
4. "Datos epidemiológicos sobre la epistaxis: estudio hospitalario y revisión de la literatura" Vaamonde Lago P., Martín Martín C., Cajade Frías J., Mínguez Beltrán I., Lechuga García R., Frade González C., Bartual Magro J., Labella Caballero T. Cátedra y Servicio de O.R.L. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. www.sgorl.org. Revista electrónica de sgorl
5. ACTA OTORRINOLARINGOLOGICA ESPAÑOLA 2010; 61 (1):41-47 VOL. 61 NÚMERO 1 DOI: 10.1016/j.otorri.2009.09.003Epidemiología de las epistaxis ingresadas en un hospital de tercer nivel

XI. ANEXOS

EPISTAXIS - ALGORITMO





DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CAUTERIZACIÓN NASAL

NOMBRE Y APELLIDOS..... Nº DNI:

EDAD: FECHA:

DIAGNÓSTICO DEL PROCESO.....

MÉDICO INFORMANTE: CMP:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada Cauterización nasal, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que como consecuencia de esta intervención puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Llamamos cauterización nasal a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad quemar o coagular los tejidos nasales que originan sangrados repetidos. Se efectúa generalmente de manera ambulatoria, bajo anestesia tópica (que se aplica por contacto) y/o local. La cauterización nasal se puede realizar mediante aplicación de nitrato de plata (cauterización química) o con bisturí eléctrico (electrocauterización). Según las características específicas de cada paciente y de cada lesión, el especialista elegirá la técnica que considere más conveniente. En general, la intervención conlleva muy poco sangrado, no siendo necesario en la mayoría de los casos realizar ningún taponamiento nasal. Sin embargo, en algunos casos el sangrado puede ser mayor y requerir un taponamiento nasal, que se mantendrá durante un tiempo variable, unas 24-72 horas, lo que ocasionará molestias, tales como dolor o pesadez de cabeza, sensación de taponamiento de oídos, molestias al masticar y sequedad de garganta. Estas molestias se atenúan con calmantes y pequeños sorbos de agua. Durante las primeras horas del taponamiento, suele drenar por la nariz un líquido sanguinolento, que se considera normal. En los días siguientes a la intervención, se evitará sonarse bruscamente la nariz y se aplicará la medicación indicada en el informe de alta.

EN CASO DE NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN: Probablemente persistirán las hemorragias nasales repetidas.

BENEFICIOS ESPERABLES: Cese o disminución de las hemorragias nasales.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: En algunas ocasiones las hemorragias nasales pueden mejorar o remitir mediante tratamientos tópicos nasales, tales como lavados con soluciones salinas o determinadas pomadas.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que se produzca una hemorragia que obligue a colocar un taponamiento nasal, y eventualmente puede ser necesario el ingreso hospitalario del paciente para un mejor control del mismo. Es posible, aunque muy poco probable, que se produzca una perforación del tabique nasal que justifique, con posterioridad, la formación de costras y una respiración ruidosa. Tras la intervención, pueden persistir las hemorragias nasales. Podría producirse también un síncope vagal, o mareo con hipotensión e incluso pérdida de conocimiento, con posibilidad de paro cardiorrespiratoria, aunque esta situación es extremadamente improbable. Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia tópica o local. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha





descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia. En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

Declaro que he sido informado por el médico de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas. Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

RECOMENDACIONES POSOPERATORIAS: No manipularse la zona cauterizada, no sonarse la nariz, evitar esfuerzos físicos por 7 días.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO**, así como para que durante la intervención el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso. En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Nombre del paciente o representante legal

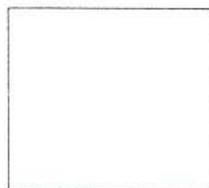
Nombre del médico

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico

CMP.....

Huella digital del paciente o representante legal



TUTOR LEGAL O FAMILIAR D./Dña

(Nombre y Apellidos) DNI





En calidad de..... Es conciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Nombre del paciente o representante legal:.....

Firma del paciente o representante legal:.....

Huella digital del paciente o representante legal





PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRÉS
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
PARA NASOFIBROSCOPIA LARINGEA**

2019



**GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA NASOFIBROSCOPIA LARINGEA****I. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:**

Nasofibroscofia Laringea.

CÓDIGO: 4C01020

II. DEFINICIÓN:

La Nasofibroscofia laringea es el examen que permite la visualización directa de la nariz, faringe, hipofaringe y laringe a través de una fibra óptica. Es un procedimiento sencillo y con pocas molestias para el paciente. Al ser un instrumento flexible, se introduce a través de fosa nasal previa anestesia tópica de la faringolaringe (1)

OBJETIVO

Exploración interna de la nariz, faringe y laringe para confirmar un diagnóstico o como medio terapéutico:

Como medio diagnóstico:

- Poliposis nasal
- Desviación septal
- Disfonía
- Nódulos, pólipos y quistes
- Tumores faríngeos o laringeos
- Reflujo faringo laringeo
- Obstrucciones respiratorias de vías respiratorias superiores
- Rinitis/Rinosinusitis

Como medio terapéutico:

- Extracción de cuerpo extraño (2)
- Revisión de traqueostomías
- Valoración de Apnea Obstructiva del sueño, permitiendo la detección de posibles sitios de obstrucción de la vía aérea
- Valoración en Otitis Serosa

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES

La nasofibroscofia laringea se puede realizar en adultos o en niños de cualquier edad, sin necesidad de ninguna preparación anterior.

El paciente no necesita estar en ayunas.

La exploración conlleva una pequeña molestia por el roce que la fibra produce en la mucosa nasal y/o faríngea. La mayoría de las veces es bien tolerada -incluso por los niños- y puede realizarse sin ningún tipo de anestesia. No produce sensación de ahogo, y habitualmente tampoco produce náuseas. Sin embargo, en algunos casos en los que la sensibilidad de la zona es mayor o el paciente tiene un reflejo nauseoso importante, puede ser necesario adormecer un poco la zona mediante un anestésico que se aplica en forma de spray.

III. RESPONSABLES:

- Médico especialista Otorrinolaringólogo
- Enfermero o técnico de enfermería, asistente.

IV. INDICACIONES:

ABSOLUTAS: Esta prueba no tiene una indicación absoluta.

RELATIVAS:

- Estudio de la Disfonía
- Estudio de una Tos persistente
- Sospecha de pólipos laringeos





- Sospecha de Carcinoma Laríngeo
- Estudio de Laringitis Crónica
- Sospecha de cuerpo extraño
- Verificar el movimiento de las cuerdas vocales
- Como tratamiento para aplicar alguna sustancia en laringe

V. CONTRAINDICACIONES:

ABSOLUTA: Se contraindica en presencia de vía aérea inestable por el riesgo alto de espasmo y la escasa posibilidad de manejo urgente de la vía aérea (3).

RELATIVA: Pacientes muy nauseosos.

VI. REQUISITOS:

Consentimiento Informado (Ver Anexo).

VII. RECURSOS, MATERIALES A UTILIZAR:

7.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS:

- Nasofibrolaringoscopio de 2,3mm
- Fibra óptica
- Fuente de luz
- Monitor
- Sistema de video

7.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE:

- Especulo nasal
- Pinza nasal de Bayoneta.
- Aspirador de Frezier

7.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE:

- Guantes, gasas, algodón.

7.4 MEDICAMENTOS:

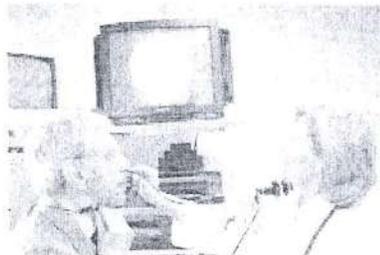
- Lidocaína en gel o spray

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

El examen puede ser realizado con el paciente sentado o acostado.

Puede ser necesario insensibilizar previamente una o ambas fosas nasales con un aerosol o gel anestésico.

El fibroendoscopio suele introducirse por la fosa nasal más ancha y se desliza a continuación a lo largo del suelo de la fosa o bien entre el cornete inferior y el medio. En los niños, es preferible pasar entre los cornetes. Durante el paso por el desfiladero nasal, se le pide al paciente que respire por la boca para evitar que se empañe. Al llegar al nivel de las coanas y de la rinofaringe, el aparato se inclina 90° para pasar el istmo velofaríngeo. En este momento, se pide al paciente que respire por la nariz para relajar el velo. En primer lugar, el fibroendoscopio se coloca en la parte superior de la faringe, por detrás del velo, de forma que se pueda observar la laringe en las condiciones más fisiológicas posibles durante la respiración, la voz hablada o la voz cantada (4).





IX. COMPLICACIONES:

Este procedimiento NO presenta mayor complicación en el paciente, pero si tiene que estar informado que puede presentar alguna de las siguientes:

- Molestia y/o dolor leve en la zona estudiada (depende de tolerancia de cada paciente).
- Lesiones superficiales en la mucosa (paso de la fibra óptica), con posibilidad de sangrado y/o lesiones de la mucosa que podrían eventualmente requerir algún tipo de manejo como cauterización.
- Reacciones Vasovagales (náuseas, mareos) son excepcionalmente raras.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Otorrinolaringología y afecciones conexas. V. Diamante. Argentina 2004, pp 424-425.
2. Cuerpos extraños en faringe. IV Manual de la Asociación Argentina de Otorrinolaringología y Fonoaudiología Pediátrica. Cuestas G., Rodríguez H. Revista FASO. 2014. 21 (2),pp30-32.
3. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Epiglotitis Aguda en Edad Preescolar y Escolar. Guía de Referencia Rápida. Instituto Mexicano del Seguro Social.México 2009, pp 1-13.
4. Exploración de la laringe. Tratado de Otorrinolaringología. Remacle M, Lawson G, Giovanni A, Woisard V. Francia 2006, pp 1-15.

XI. ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NASOFIBROSCOPIA LARINGEA

NOMBRE Y APELLIDOS.....HCL:.....
 DNI: EDAD:.....
 FECHA:

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas. En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos. Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones





normales. Una vez informado, es usted quien debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE NASOFIBROSCOPIA

Consiste en la introducción por la fosa nasal de una fibra óptica flexible (de tamaño adecuado al área) que permite la visualización de la vía aérea superior (Nariz, Orofaringe y Laringe) y que tiene una duración aproximada de 5 minutos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO: - Estudio de la anatomía de la Vía Aérea Superior (nariz, garganta y laringe) - Visualizar en forma directa las distintas alteraciones de la Vía Aérea Superior - Evaluar la capacidad de paso del aire por la fosa nasal (respiración) de deglución (tragar) - Evaluación de la capacidad de Fonación (hablar)

Por lo antes explicado el examen permite diagnosticar alteraciones de la Vía Aérea Superior y de sus funciones.

RIESGOS INHERENTES AL ESTUDIO: - Molestia y/o dolor leve en la zona estudiada (depende de tolerancia de cada paciente). - Lesiones superficiales en la mucosa (paso de la fibra óptica), con posibilidad de sangrado y/o lesiones de la mucosa que podrían eventualmente requerir algún tipo de manejo como cauterización. - Reacciones Vasovagales (náuseas, mareos) son excepcionales (raras)

CONDICIONES PARTICULARES: Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO.....por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de Nasofibroscopía, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciado el procedimiento, éste podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO NASOFIBROSCOPIA, por el Dr.(a)_____ DE IGUAL FORMA AUTORIZO, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros



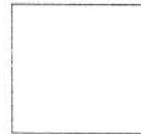


profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Nombre del paciente/ Representante legal

DNI:.....

Firma del paciente/ Representante legal Huella digital del paciente/ Representante legal



Nombre del médico responsable:.....

CMP:.....

Firma y Sello:

Fecha y Hora de realización del procedimiento:

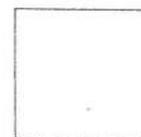
REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Nombre del paciente/ Representante legal:

DNI:.....

Firma del paciente/ Representante legal Huella digital del paciente/ Representante legal



Fecha y Hora:.....

