



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

ABSCESO PERIAMIGDALINO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

2015 – 2018

<p>Elaborado Por:</p> <p>Dr. David Wächter S Jefe unidad de Otorrinolaringología Hospital E. Torres G</p> <p>Dr. Joaquín Parías Médico EDF CGR Huara</p> <p>Dr. Sebastián Escobar Médico EDF CGR Huara</p>	<p>Revisado Por:</p> <p>Dr. Pablo Carvacho Kostner Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio Salud Iquique</p> <p>Hayleen Pol Jacobine Oficina de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dr. Nelson Castillo Barriga Departamento Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Aprobado Por:</p> <p>Dr. Miriam Escobar Alauz Directora Servicio de Salud Iquique</p> 
<p>Fecha: Septiembre 2015</p>	<p>Fecha: Septiembre 2015</p>	<p>Fecha: 30 Septiembre 2015</p>



**PROTOCOLO ABSCESO
PERIAMIGDALINO**
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-001

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 2 de 11

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED.....	3
OBJETIVOS	3
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	4
RESPONSABLES	4
POBLACIÓN OBJETIVO	5
DEFINICIONES	5
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	5
FLUJOGRAMA.....	9
INDICADOR	9
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	10
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	10
ANEXOS.....	10



**PROTOCOLO ABSCESO
PERIAMIGDALINO**
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-001

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 3 de 11

Vigencia: 3 años

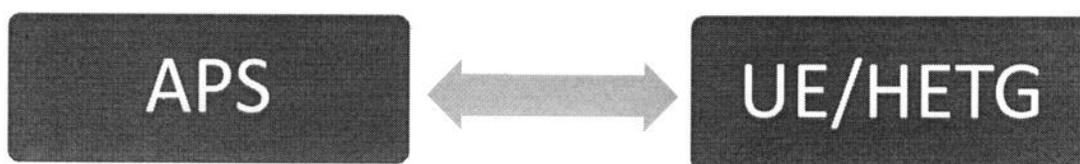
1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

- No se declara conflictos de interés.

2. INTRODUCCIÓN.

- El absceso periamigdalino, junto al flegmón (celulitis) periamigdalino constituyen la infección de tejidos y espacios profundos del cuello más frecuente en la población adulta, con aproximadamente 30 casos por cada 100 mil habitantes.
- Es una patología predominante en adultos jóvenes que suele verse en el transcurso de una faringoamigdalitis aguda como complicación local de la misma, o ser una infección independiente debido a infección de las glándulas de Weber.
- Es un cuadro capaz de originar morbilidad grave como fasciitis necrotizante y mediastinitis, ambos cuadros con mortalidad elevada. De allí la importancia de un diagnóstico precoz, manejo oportuno y adecuado.

3. MAPA DE RED.



4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de pacientes, mejorando la pertinencia de la referencia y contrarreferencia entre los niveles primario y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías otolaringológicas con integración y coordinación eficaz entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional, logrando optimizar los tiempos de permanencia del paciente durante la atención por especialista.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.



**PROTOCOLO ABSCESO
PERIAMIGDALINO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-001

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 4 de 11

Vigencia: 3 años

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes con Abscesos periamigdalinos
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias dichas patologías.
- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de patologías otorrinolaringológicas con integración y coordinación eficaz entre los niveles de atención de la red asistencial regional.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

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

6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS encargado de pesquisar y derivar pacientes a atención secundaria, según los criterios de derivación del presente documento
- Médicos Otorrinonaringolos y Cirujanos del HETG responsables en diagnóstico, resolución quirúrgica y seguimiento de patología

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico interfaz de APS, responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación a atención secundaria y terciaria.
- Médico interfase de nivel secundario, responsable de recepcionar solicitud de evaluación desde Servicio de Urgencia en caso de ser solicitada. Evaluar las pertinencias de las derivaciones y vigilar el cumplimiento de la contrarreferencia a APS en caso de ser necesario, informando oportunamente al jefe del CAE HETG.
- Jefe del CAE, responsable de efectuar control y seguimiento de los indicadores, e informar al director, sub director médico del HETG y gestor de red con copia al departamento de planificación y control del SSI.



PROTOCOLO ABSCESO PERIAMIGDALINO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-001

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 5 de 11

Vigencia: 3 años

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

- El protocolo va destinado principalmente a paciente de cualquier edad que presente faringoamigdalitis complicada con absceso periamigdalino.

8. DEFINICIONES

- Absceso periamigdalino: infección aguda en forma de colección localizada entre la capsula fibrosa de la amígdala palatina, las fibras horizontales del musculo constrictor superior y las horizontales del musculo palatofaríngeo.
- Amigdalitis: Inflamación de una o de las dos amígdalas palatinas.
- HETG: Hospital Ernesto torres Galdames.
- APS: Atención primaria de salud.
- Sialorrea: salivación excesiva.
- Trismus: reducción o dificultad en la apertura de la boca.

9. DESARROLLO

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

- Epiglotitis
- Absceso o flegmon retrofaríngeo
- Absceso o flegmon parafaríngeo
- Faringoamigdalitis severa.

CRITERIOS DE DERIVACION

- Se derivaran todos los pacientes antes la sospecha de absceso periamigdalino. Sin necesidad de exámenes para derivación. El médico de APS deberá realizar interconsulta a servicio de emergencia para derivación a HETG, junto con activar red de urgencia y gestionar traslado con SAMU en caso de ser necesario. En interconsulta de urgencia deberá consignarse:
 - Datos del paciente (nombre, run, edad).
 - Hipótesis diagnóstica
 - Descripción detallada del cuadro, caracterizando tamaño, localización, sintomatología.
 - Nombre, RUT, firma, timbre del profesional



**PROTOKOLO ABSCESO
PERIAMIGDALINO**
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-001

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 6 de 11

Vigencia: 3 años

EPIDEMIOLOGIA Y MICROBIOLOGIA

Se estima una incidencia anual de 30 casos por 100.000 habitantes de 5-59 años. El agente etiológico más común es el *Streptococo Pyogenes*, seguido del *Streptococo viridans*, *Staphylococcus Aureus* entre otros. Tabaco parecer ser un factor de riesgo.

EVALUACION Y DIAGNOSTICO

- Presentación: El cuadro típico de presentación de un Absceso Periamigdalino es un dolor severo de garganta (usualmente unilateral), fiebre y una voz catalogada como “de papa caliente” o apagada (“muffled voice”). Sialorrea puede estar presente. Trismus, relacionado a irritación y espasmo reflejo de la musculatura pterigoidea interna, ocurre en casi dos tercios de los pacientes.
- Examen Físico: La presencia de trismus puede limitar el examen físico adecuado. El examen consiste en el hallazgo de una amígdala y paladar blando periamigdalino inflamado, el cual estará fluctuante, con desviación de la úvula al lado contrario. Abscesos bilaterales son raros.
- En el diagnóstico diferencial con flegmón periamigdalino, el paladar blando se encontrará indurado.
- Evaluación de laboratorio: No son necesarios para diagnóstico ni manejo de la patología. Solicitar en caso de compromiso de vía aérea o duda diagnóstica. En el Servicio de emergencia se puede solicitar
 - Hematocrito/hemoglobina + Recuento de Blancos
 - PCR
 - TP/TTPk

Imagenología

- Se hace necesaria a la hora de hacer diagnóstico diferencial con otras infecciones profundas de cuello y/o complicaciones:
- TC de cuello con contraste EV es la modalidad de primera línea.
- Radiografías de Cuello lateral → para excluir una epiglotitis o absceso retrofaríngeo.

Diagnóstico

- El diagnóstico de un Absceso Periamigdalino puede hacerse la mayoría de las veces solamente con el examen clínico. Es de gran utilidad la punción del espacio periamigdalino en cuestión, ayudando en el diagnóstico diferencial con el flegmón. Los exámenes de laboratorio ni de imágenes son primordiales en la primera evaluación

MANEJO Y TRATAMIENTO

- Existen múltiples manejos aceptados, sean únicos o combinados, sin haber consenso internacional respecto a cuál es más efectivo.
- Drenaje y terapia antimicrobiana siguen siendo a pesar de eso las piedras angulares del tratamiento.



**PROTOCOLO ABSCESO
PERIAMIGDALINO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-001

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 7 de 11

Vigencia: 3 años

- **Drenaje:** El drenaje del absceso periamigdalino es la elección en el tratamiento para esta patología con una resolución del cuadro en más del 90% de los casos. Este procedimiento no necesariamente tiene que ser realizado por un Otorrinolaringólogo
- **Antibióticos:** Un ciclo de 24-48 hrs. inicial con antibióticos endovenosos y reevaluación clínica puede ser realizado en pacientes con Abscesos periamigdalinos que no tengan compromiso de vía aérea, septicemia, trismus severo ni otras complicaciones.
 - Penicilina sódica a dosis (anaeróbicas) de 3 millones cada 6 horas durante 48 horas parece seguir siendo una excelente alternativa en nuestro medio. Una vez que el paciente tiene una buena evolución clínica y está afebril se continúa con antibióticos vía oral hasta completar 10 días (siempre y cuando no haya sido drenado quirúrgicamente). El medicamento de elección es la amoxicilina-ácido clavulánico a dosis de 875/125 mg cada 12 horas en adultos.

COMPLICACIONES

- Obstrucción Vía Aérea
- Neumonía por aspiración si el abscesos se rompe dentro de la vía aérea
- Septicemia
- Trombosis Yugular interna
- Ruptura Arteria Carótida
- Fasciitis Necrotizante
- Mediastinitis

MANEJO A REALIZAR EN HOSPITAL E. TORRES G.

- Paciente derivado desde APS a unidad de emergencia debe ser evaluado por médico residente para confirmación diagnóstica, solicitud de exámenes, estabilización y soporte vital en caso de ser necesario.
- De existir disponibilidad de Otorrinolaringólogo, se debe contactar mediante Interconsulta y notificación directa a policlínico de Otorrinolaringología para evaluación por el especialista.
- De no existir disponibilidad de especialista proceder a drenaje de absceso por parte de médico residente.
- Evaluación de Otorrinolaringólogo, confirmación diagnóstica y drenaje en caso de necesidad.
- Alta no mayor a 72 horas posterior manejo quirúrgico y no mayor 5 días manejo médico.



**PROTOCOLO ABSCESO
PERIAMIGDALINO**
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-001

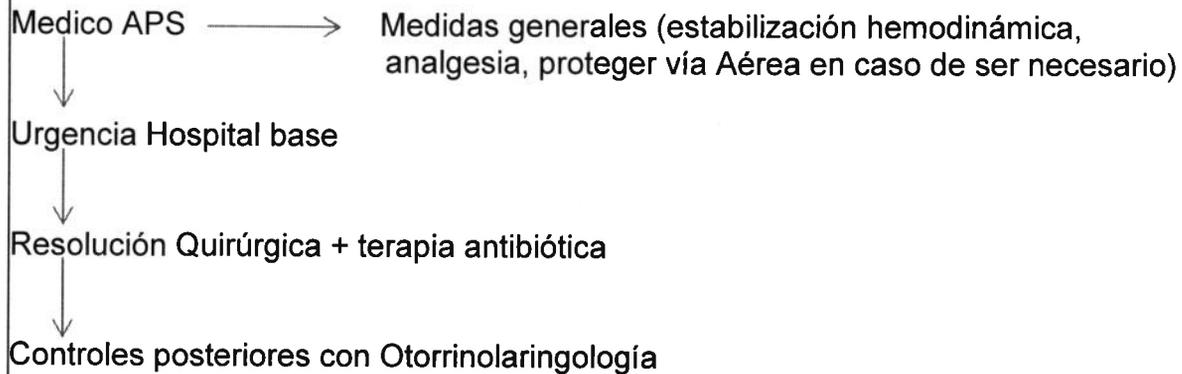
Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 8 de 11

Vigencia: 3 años

10.FLUJOGRAMA



11.INDICADOR.

- Numerador: N° de pacientes con diagnóstico de Absceso periamigdalino tratados contrarreferidos desde el HETG a médico APS, que cumplen criterios de derivación establecidos en este protocolo.
- Denominador: N° de pacientes referidos desde médico APS a HETG con diagnóstico de Absceso periamigdalino que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo

12.RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico Jefe de unidad de Otorrinolaringología del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique.



**PROCOLO ABSCESO
PERIAMIGDALINO**

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: CG 6 ORL-001

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 9 de 11

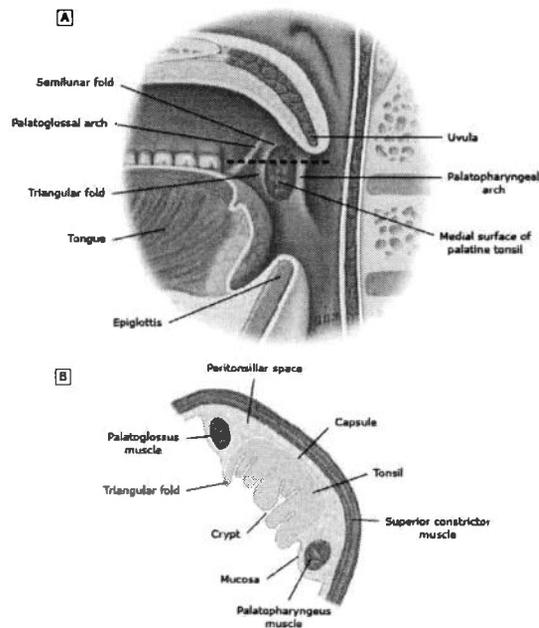
Vigencia: 3 años

13.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Herzon FS, Harris P. Mosher Award thesis. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. Laryngoscope 1995; 105:1.
- Millar KR, Johnson DW, Drummond D, Kellner JD. Suspected peritonsillar abscess in children. Pediatr Emerg Care 2007; 23:431.
- Tebruegge M, Curtis N. Infections related to the upper and middle airways. In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 4th, Long, SS, Pickering, LK, Prober, CG (Eds), Elsevier Saunders, New York 2012. p.205
- Galioto NJ. Peritonsillar abscess. Am Fam Physician 2008; 77:199.
- Yellon, RF. Head and neck space infections. In: Pediatric Otolaryngology, 4th, Bluestone, CD, Casselbrant, ML, Stool, SE, et all (Eds), Saunders, Philadelphia 2003. p.1681.
- Patología faringoamigdalina. Apuntes Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- www.uptodate.com

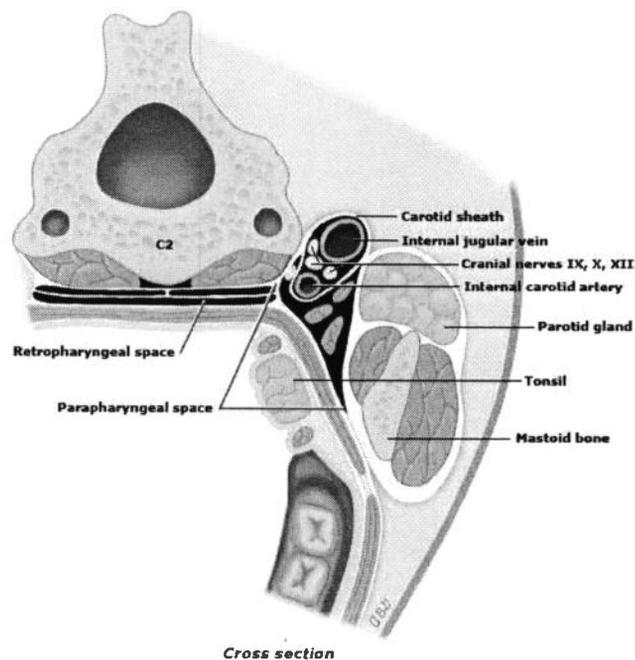
14. ANEXOS.

Anatomía de amígdala palatina



La figura A muestra una sección sagital través de la orofaringe. Figura B muestra una sección coronal a través de la región amigdalina de medial (músculo palatogloso) a lateral (músculo palatofaríngeo).

Anatomía de espacio parafaríngeo





**PROTOCOLO ABSCESO
PERIAMIGDALINO**

**SERVICIO SALUD
IQUIQUE**

Código: CG 6 ORL-001

Edición: Segunda

Fecha: 30 Septiembre 2015

Página: 11 de 11

Vigencia: 3 años

Absceso periamigdalino

