

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
Sub Dirección de Salud
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUIAS DE MANEJO DE OTORRINOLARINGOLOGIA"

OCTUBRE- 2007

Presentación



E

l Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención que el ISSS desea brindar a los Derechohabientes, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, quién a través del Departamento de Normalización es el responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido ***"Guías de Manejo de Otorrinolaringología"*** será el documento normativo que tendrá como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que mediaciones son las más adecuadas en el abordaje de las necesidades Técnico-administrativas, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan Médicos Especialistas en Otorrinolaringología, para el desarrollo de su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



A handwritten signature in black ink, appearing to be "N. Perla".

DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
Sub Dirección de Salud
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUIAS DE MANEJO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA"

OCTUBRE - 2007

COMITÉ NORMATIVO

**JEFE
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA**

**JEFE DEPTO.
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN**

**COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN**

DR. SIMÓN BALTAZAR ÁGREDA

**DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS
FLORES**

**DR. MARIO MARTÍNEZ
CALDERÓN.**

PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS

NOMBRE	PROCEDENCIA
<i>DR. RICARDO ALEJANDRO PATIÑO R.</i>	JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
<i>DR. ADÁN AMÉRICO FUENTES C.</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. ERNESTO CÁCERES MOLINA</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. WALTER LEONARDO SALINAS F.</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. JOSÉ REYNALDO VILLEDA G.</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES

PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA VALIDACIÓN DE LAS GUÍAS

NOMBRE	PROCEDENCIA
<i>DR. CARLOS ERNESTO ARGUETA A.</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. JOSÉ OTILIO CHAVARRÍA</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. NELSON CASTRO IRAHETA</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. CÉSAR AUGUSTO CARCÍA PAZ</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. FERNANDO ANTONIO GODOY A.</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. FRANCISCO O. JUÁREZ A.</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES
<i>DR. ARTURO ROMEO MELARA MORÁN</i>	CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES

Indice

INTRODUCCIÓN	- 1 -
OBJETIVO GENERAL	- 1 -
CAMPO DE APLICACIÓN	- 1 -
AMIGDALITIS AGUDA Y CRÓNICA.....	- 2 -
HIPOACUSIA.....	- 5 -
FARINGITIS CRÓNICA.....	- 7 -
LARINGITIS AGUDA.....	- 8 -
LARINGITIS CLÓNICA	- 10 -
OTITIS MEDIA AGUDA	- 11 -
OTITIS MEDIA SUPURATIVA CRÓNICA	- 13 -
RINOFARINGITIS AGUDA	- 15 -
RINOFARINGITIS CRÓNICA	- 17 -
RINOSINUSITIS AGUDA Y CRÓNICA	- 20 -
RINITIS ALÉRGICA	- 23 -
VÉRTIGO	- 25 -
FARINGOLARINGITIS POR REFLUJO.....	- 27 -
EPISTAXIS	- 28 -
PAPILOMA NASAL INVERTIDO	- 31 -
POLIPOSIS NASAL.....	- 32 -
OTOSCLEROSIS	- 33 -
TRAUMA ACÚSTICO	- 35 -
OBSERVANCIA DE LA GUÍA.....	- 37 -
VIGENCIA DE LA GUÍA	- 38 -

INTRODUCCIÓN

La reforma del Sector Salud, motiva la mejoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud, lo cual fue plasmado dentro de los objetivos del Plan quinquenal de Salud del ISSS. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios que se brindan y sus procedimientos, razón por la cual el Departamento de Normalización y Estandarización en base a los avances de la medicina y los diferentes insumos afines, actualizó los lineamientos generales de los principales procedimientos relacionados a las patologías de otorrinolaringología, a fin de fortalecer y brindar uniformidad y estandarización en su aplicación.

Las presentes Guías de Manejo de Otorrinolaringología son el resultado del trabajo de los especialistas de la Institución que con su experiencia y entusiasmo han facilitado el establecimiento de las patologías mas frecuentes dentro de la consulta externa, la revisión bibliográfica y el abordaje de las mismas con los adelantos y estudios a la fecha, comprometidos con la resolución de la problemática y en algunos casos fortalecidos por los estudios internos realizados.

Desde este punto de vista, vayan nuestros agradecimientos a todo el equipo técnico que nos colaboró.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar un instrumento que sirva para la prestación de los servicios de la especialidad de Otorrinolaringología a la población derechohabiente con principios de estandarización en la red de establecimientos del ISSS, para garantizar calidad en la atención en salud.

CAMPO DE APLICACIÓN

Las presentes Guías de Manejo de Otorrinolaringología son de aplicación obligatoria para todos los proveedores de servicios de salud del ISSS en el ámbito de competencia y como términos de referencia de los establecimientos o personas que presten servicios a la Institución.



AMIGDALITIS AGUDA Y CRÓNICA

(J 03 J 35 0)

DEFINICIÓN

Es la inflamación del tejido linfoepitelial del anillo de Waldeyer, el cual se asienta en el istmo de las fauces en especial en las amígdalas palatinas.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las 10 primeras causas de consulta de otorrinolaringología en la institución.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Clínicos:

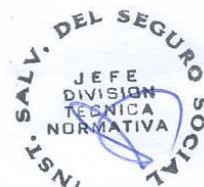
En la amigdalitis aguda se presentan fiebres altas, escalofríos, odinofagia, disfagia, otodinia eventual, cefaleas, voz gangosa, adenopatías cervicales, sialorrea, se evidencia hipertrofia de amígdalas palatinas con o sin exudado, hiperemia, placas purulentas. En la amigdalitis crónica se puede encontrar como sintomatología dolor local crónico, disfagia, hipertrofia de amígdalas.

Laboratorio y Gabinete:

Se necesita hemograma, cultivo de exudado faríngeo por Otorrinolaringólogo.

CRITERIOS DE INGRESO AL SERVICIO

Dichas patologías pueden ser manejadas en primer nivel y se referirán aquellos casos en los que la hipertrofia amigdalina ocluya la vía aerodigestiva, y los que recurren en forma persistente más de tres veces por año por dos años consecutivos o seis episodios por año. Además todos aquellos casos complicados como Flegmón o absceso que requieran manejo intrahospitalario.



TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento será médico siempre en cuadro agudo, se tratará la sintomatología de forma ambulatoria con:

❖ **ANALGÉSICOS:**

- ▶ Acetaminofen 500 mg. Cada 6 horas, ó
- ▶ Ibuprofeno 400 cada ocho horas ó
- ▶ Diclofenaco 50 mg. Cada ocho horas.

❖ **ANTIBIOTICOTERAPIA:**

La cual se indicara cuando el cuadro clínico oriente a una infección bacteriana y se utilizarán:

- ▶ Amoxicilina y Ácido Clavulánico 500 mg. Cada 8 horas por 10 días.
- ▶ Penicilina benzatinica 1,200,000 ui dosis única post-tratamiento del episodio agudo como prevención de la Fiebre Reumática.
- ▶ Claritromicina 500 mg vía oral cada 12 horas por 10 días.
- ▶ Clindamicina 300 mg V.O. Cada 8 horas por 10 días en caso de recurrencia.

❖ **ANTIBIÓTICOS DE USO INTRAHOSPITALARIO:**

- ▶ Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 hrs., más Metronidazol 500 mg IV cada 8 hrs. ó Clindamicina 600 mg IV cada 6 hrs.

❖ **ESTEROIDES:**

Los cuales se utilizaran con cuidado a criterio del especialista de Otorrinolaringólogo.



❖ **MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS:**

Se harán medidas higiénico dietéticas tales como: dieta líquida a blanda, reposo en casa, enjuagues con agua tibia y bicarbonato.

❖ **MEDIDAS QUIRÚRGICAS:**

La amigdalectomía se reservara para aquellos pacientes en los que la hipertrofia de amígdalas produzca trastornos ventilatorios, las recurrencias sean mayor de tres por año durante dos años consecutivos o seis episodios en un año, y la presencia de absceso periamigdalino previo.

INCAPACIDAD

Dependiendo de la severidad del cuadro puede ser de uno a tres días o bien hasta quince a veintiún días por cirugía.



HIPOACUSIA

(H 90 91)

DEFINICIÓN

Es la pérdida de la audición en forma súbita o progresiva, que se produce por daño coclear y es llamada Hipoacusia Neurosensorial.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

HIPOACUSIA DE CONDUCCIÓN:

Son aquellas que impiden la transmisión del sonido entre el pabellón y la platina del estribo, como otitis media serosa, otosclerosis o tapón de cera.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Se realizará por otoscopía, diapasones, audiometría tonal y logaudiometría, timpanometría.

INCAPACIDAD

Según la patología y el tipo de procedimiento realizado.

SORDERA SÚBITA:

Pérdida súbita de la audición sin causa aparente, que puede acompañarse de acúfenos o vértigos, luego de descartar una Hipoacusia de conducción.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Se realizarán: Otoscopia, diapasones, audiometría tonal, timpanometría, logaudiometría, (TAC de oídos y fosa posterior según cada caso), exámenes de laboratorio y gabinete (Hemograma, TP, TPT, TT, química sanguínea, VDRL, pruebas inmunológicas de primera línea).



CRITERIOS DE INGRESO O DE REFERENCIA

Todo paciente con Hipoacusia Súbita o Progresiva debe ser referido al Servicio de Otorrinolaringología; si es súbita es una urgencia. Las progresivas pueden referirse a la consulta externa de Otorrinolaringología.

TRATAMIENTO EN CASO DE SORDERA SÚBITA

- ❖ ESTEROIDES: metilprednisolona 80 mg IV cada 8 horas por 5 a 7 días.
- ❖ VASODILATADORES: Nimodipina 30 mg v.o. cada 8 horas.
- ❖ HEMORREOLOGICOS: Pentoxifilina 400 mg V.O. cada 8 horas.

INCAPACIDAD

Según el tipo de procedimiento realizado.



FARINGITIS CRÓNICA

(J00 2)

DEFINICIÓN

Termino bajo el que se estudian los procesos inflamatorios y/o irritativos crónicos de la mucosa faríngea (Sinusitis Crónica, Reflujo Gastroesofágico).

Se puede encontrar la faringitis como: crónica simple, crónica, hiperplásica, crónica seca.

SINTOMATOLOGÍA

Sensación de cuerpo extraño, carraspeo, tos irritativa, resequedad de la garganta, secreciones adherentes, mucosa engrosada, coloraciones de pálida a violácea, exudados abundantes, incoloros, alteraciones del sueño.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

De evolución intermitente y de varios años, a menudo discordancia entre el hallazgo local y las molestias subjetivas aquejadas por el paciente. Granulaciones faríngeas, no hay placas purulentas, ni síntomas generales (fiebre, dolor de cuerpo, etc.).

CRITERIOS DE REFERENCIA

Se debe referir al paciente a Otorrinolaringología, si se sospechan los diagnósticos antes mencionados o la presencia de los síntomas por más de 3 meses.

TRATAMIENTO

Puede llevarse a cabo en primer y segundo nivel de atención, inicialmente.

Su adecuado tratamiento, en especial en el nivel laboral, humidificación de la mucosa faríngea, supresión del fumado y el alcohol, mejoramiento del medio ambiente local, uso de atb si hay cultivos positivos.

- ✓ Analgésicos: Acetaminofén 500 mg tableta cada 8 horas.
- ✓ Antibiótico: según cultivo reciente.

INCAPACIDAD

No amerita.

LARINGITIS AGUDA

(J04.0)

DEFINICIÓN

Es la inflamación de la Laringe, debido a procesos infecciosos virales, bacterianos o irritativos.

SINTOMATOLOGÍA

Con duración aproximadamente de una semana; se presenta con disfonía que puede llegar a afonía y puede acompañar a infecciones como Sinusitis Aguda, Faringitis o Bronquitis Aguda.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

La realización de laringoscopias indirectas es indispensable en todo paciente con disfonía de corta o larga evolución, la visualización directa realiza el diagnóstico o incita a la realización de exámenes fibroscópicos más detallados, que llevarán a la realización de tratamiento médico o bien quirúrgico.

TRATAMIENTO

En laringitis aguda se realiza en base a historia clínica por ser de origen infecciosa o bien por noxas externas.

- ❖ Si es de origen viral medidas de sostén como analgésicos y anti inflamatorios.

ANALGÉSICOS:

- ▶ Acetaminofen 500 mg. Cada 6 horas, ó
 - ▶ Ibuprofeno 400 cada ocho horas ó
 - ▶ Diclofenaco 50 mg. Cada ocho horas.
- ❖ Si hay evidencia de infección bacteriana, tratarla como tal con:

❖ **ANTIBIOTICOTERAPIA:**

- ▶ Amoxicilina y Ácido Clavulánico 500 mg. Cada 8 horas por 10 días.
- ▶ Penicilina benzatinica 1,200,000 ui dosis única post- tratamiento del episodio agudo como prevención de la Fiebre Reumática.
- ▶ Claritromicina 500 mg vía oral cada 12 horas por 10 días.

INCAPACIDAD

- ❖ Casos agudos: 3 días.



LARINGITIS CRÓNICA

(J03.7)

DEFINICIÓN

Se considera toda disfonía a repetición o de más de 3 semanas de duración.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Las causas pueden ser alergias, respiratorias, mal uso de la voz, sinusitis crónica, reflujo gastroesofágico, tumores benignos o malignos o trauma laringotraqueal previo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Toda disfonía de más de 3 semanas de evolución deberá ser referida al especialista de Otorrinolaringología.

TRATAMIENTO

Según la etiología, en laringitis crónica se realizará fibroscopía de diagnóstico con ello se orienta la realización de laringoscopia directa para su tratamiento quirúrgico apropiado o bien médico.

INCAPACIDAD

Casos crónicos: Se evaluará según etiopatogenia.

OTITIS MEDIA AGUDA

(H 66 9)

DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio agudo del muco periostio de revestimiento de las cavidades del oído medio, que dura menos de 3 semanas.

ETIOLOGÍA

Agentes causales frecuentes: Neumococos, Haemophilus influenzae, estafilococo, estreptococo beta hemolíticos, Moraxella, virus.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

CLÍNICOS

La sintomatología clínica es otodinia, sordera, otorrea, egofonía, malestar general, vértigo. Otoscópicamente se evidencia como infiltrados congestivos del tímpano, opacidad timpánica, abombamiento de la membrana timpánica, líquido a tras luz, bulas hemáticas o serosas. La historia clínica y la Otoscopia hacen diagnóstico en la mayoría de los casos.

LABORATORIO Y GABINETE:

- Cultivo de secreción ótica en complicaciones.
- Audiometría y timpanometría en casos de dudosa presentación clínica, ya que el diagnóstico clínico por el Otorrinolaringólogo es el que prevalece.

CRITERIOS DE REFERENCIA AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Esta patología es de manejo de primer nivel, sin embargo en casos especiales puede ser de competencia del Otorrino.

Pacientes con VIH/SIDA, asociados a tumores de rinofaringe, pacientes Inmunocomprometidos necesitará de ingreso en el servicio, así como en casos de complicaciones: Otitis externa maligna, destrucción cadena osicular, absceso cerebral, parálisis facial ó vértigo incapacitante.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la OMA se basa en el uso de antibiótico terapia de amplio espectro así:

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- ❖ AMOXICILINA 500 mg mas Acido clavulánico 125 mg cada 8 horas por 8 a 10 días.

EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA:

- ❖ CLARITROMICINA 500 mg cada 12 horas por 10 días.

OMA CON TRATAMIENTO PREVIO O RECURRENTE:

- ❖ AMOXICILINA/CLAVULANATO 1 GR. Cada 12 horas por 10 días. Ó
Además de la antibioticoterapia deberá instaurarse tratamiento coadyuvante por las causas Predisponentes y sintomatología asociada.
- ❖ DICLOFENACO SODICO 50 mg V. O. cada 8 horas por dolor.
- ❖ ACETAMINOFEN 500 mg V. O. cada 6 horas por dolor o fiebre.
- ❖ OXICODONA + Acetaminofén cada 8 horas por dolor fuerte.
- ❖ LORATADINA/PSEUDOEFEDRINA cada 12 horas por 5 días.
- ❖ ESTEROIDES si hay necesidad:
 - PREDNISONA: 50 mg. c/d de 5 a 7 días.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Se realizará en ciertos casos que comprometa la vida del paciente y que variará desde una miringotomía a una mastoidectomía en casos de inmunocompromiso, lo cual requerirá ingreso de varios días para uso de antibioticoterapia endovenosa por el Otorrinolaringólogo.

INCAPACIDAD

Variada de tres a veintiún días por cirugía.

CRITERIOS DE RETORNO

Luego de resuelta la complicación, retornar a medicina general si no hay secuelas.

OTITIS MEDIA SUPURATIVA CRÓNICA

(H 66-1)

DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio crónico del mucoperiostio de las cavidades del oído medio, por más de 3 meses.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las complicaciones mas frecuentes de la otitis media aguda que ha supurado y no ha tenido una recuperación adecuada o un tratamiento adecuado.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

CLÍNICOS:

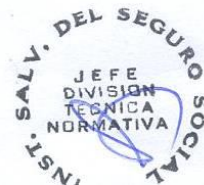
Se observa supuración crónica de aspecto mucopurulento transcanal, habrá periodos asintomático, habrá sordera de leve a severa o profunda de tipo conductivo, puede haber o no dolor con estado general estable. Por otoscopia se observará perforación de la membrana timpánica con tamaño variable, cicatrices en la pars tensa, granulomas intracanaliculares o bien en cavidad de oído medio. Puede haber también otitis media crónica sin perforación timpánica.

LABORATORIO Y GABINETE:

Audiometría tonal y logaudiometría en la que se encontrará hipoacusia de conducción, tomografía axial computada de oídos.

CRITERIOS DE REFERENCIA AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Se debe referir a Otorrinolaringología todo paciente con otitis media crónica con o sin perforación timpánica para su manejo.



TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tratamiento médico se basa en el control de la supuración del oído medio afectado, por medio de antibioticoterapia enteral, parenteral, local y aspiraciones de secreciones en forma frecuente en el servicio de Otorrinolaringología.

El uso del antibiótico adecuado se hará en base a un cultivo y antibiograma, es necesario el uso de antibiótico parenteral en caso de complicaciones.

ANTIBIÓTICO ENTERALES:

- ❖ Ciprofloxacina 500 mg. c/12h. de 14 a 21 días o según criterio del Otorrinolaringólogo.
- ❖ Amoxicilina + Ácido Clavulánico 1 gramo c/12h por 14 a 21 días.

ANTIBIÓTICO LOCAL:

- ❖ Ciprofloxacina/hidrocortisona otica 4 gotas dos veces día. De ser necesario.
- ❖ Polimixina/neomicina/hidrocortisona 3 gotas 3 veces día. De ser necesario.
- ❖ Aspiración semanal o antes de ser necesario.
- ❖ En primero y segundo nivel, se deberán evitar los lavados de oídos, ya que pueden diseminar la infección y es preferible que sean referidos al especialista.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico será la timpanoplastia con o sin mastoidectomía.

EGRESO DEL PACIENTE DEL SERVICIO

Al haber realizado tratamiento quirúrgico definitivo con control posterior de la cirugía por el tiempo necesario.

INCAPACIDAD

Puede variar en casos de supuración activa y agudizada de tres días a tres semanas en caso de cirugía otológica.

CRITERIOS DE RETORNO

Según evolución de la enfermedad y criterio del Otorrinolaringólogo.

RINOFARINGITIS AGUDA

(J 00)

DEFINICIÓN

Estados inflamatorios agudos o de irritación con aumento de volumen de la mucosa nasal y faríngea, en especial de los cornetes, condicionados por hiperemia y edema. Son principalmente de origen viral.

EPIDEMIOLOGÍA

Una de las patologías más frecuentes.

Dentro de las primeras 10 causas de consulta en nuestro servicio.

Principales causas de consulta en Medicina General.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Clínicos:

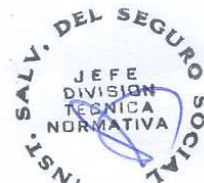
- ❖ Obstrucción nasal
- ❖ Exudados densos, incoloros nasales.
- ❖ Carraspeo.
- ❖ Goteo posterior.
- ❖ Faringitis secundaria.
- ❖ Rinolalia cerrada.
- ❖ Epifora.
- ❖ Astenia e insomnio.
- ❖ Cefalea.
- ❖ Tumefacción de cornetes nasales y violáceos.
- ❖ Fiebre.

LABORATORIO Y GABINETE:

- ❖ La clínica marca el diagnóstico.

CRITERIOS DE REFERENCIA AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Esta patología es de manejo de primer nivel.



TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

ANALGÉSICOS:

- ❖ Acetaminofén 500 mg VO cada 6 hrs por 5 días ó
- ❖ Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas por 5 días.

DESCONGESTIVOS:

- ❖ Loratadina (5 mg) con Pseudoefedrina (120 mg) tomar 1 tableta VO cada 12 horas por 5 días. Ó
- ❖ Fexofenadina 60 mg + Pseudoefedrina 120 ml. Vo. c/12horas por 5 días.

ANTIBIOTICOTERAPIA:

- ❖ ANTIBIOTICOS: **Sólo en casos de infección bacteriana como:**
 - ▶ AMOXICILINA 500 mg más Ácido clavulánico 125 mg cada 8 horas por 8 a 10 días.

EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA:

- ❖ CLARITROMICINA 500 mg cada 12 horas por 10 días.

ANTITUSIVOS: Dextrometorfan 1 cucharada VO cada 6-8 hrs.

MUCOLÍTICOS Ambroxol 1 cucharada cada 8 horas si es necesario.

INCAPACIDAD

Incapacidad de uno a tres días, según la severidad de la enfermedad y el tipo de labor del cotizante.

REFERENCIA

El manejo se dará netamente en el primer nivel y sus controles según necesidad.



RINOFARINGITIS CRÓNICA

(J 31 1)

DEFINICIÓN

Estados morbosos de nariz y garganta en forma recurrente o bien constante, caracterizado por inflamación de la mucosa nasal y faríngea, hiperemia y edema.

EPIDEMIOLOGÍA

En las primeras diez causas de consulta de nuestro servicio.

Factores desencadenantes observamos: Contaminación ambiental, tabaco, polvo, infecciones a repetición, sinusitis, embarazo, menopausia, medicamentos, reflujo gastroesofágico.

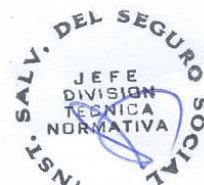
CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

CLÍNICOS.

- ❖ Obstrucción nasal constante.
- ❖ Moco hialino: Matutino.
- ❖ Odinofagia.
- ❖ Carraspeo.
- ❖ Goteo posterior.
- ❖ Prurito y tos seca.
- ❖ Sensación de cuerpo extraño faríngeo.
- ❖ Rinolalia cerrada.
- ❖ Epifora.
- ❖ Cefalea.
- ❖ Astenia e insomnio.

LABORATORIO Y GABINETE

- ❖ Radiografía de senos paranasales.
- ❖ Hemograma.



CRITERIOS DE REFERENCIA AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

CLÍNICOS:

Los ya mencionados, que persistan en mas de 3 consultas, con un lapso de un mes cada una.

LABORATORIO Y GABINETE

Remitir al paciente con radiografía, reporte radiológico y reporte de hemograma.

CRITERIOS DE RETORNO

CLÍNICOS:

- ❖ Mejoría de los síntomas en un 50%.
- ❖ Mejoría de la respiración y goteo posterior.
- ❖ Odinofagia bajo control con medicamentos y recomendaciones higiénicas.

LABORATORIO Y GABINETE

- ❖ Radiografías negativas a patología sinusal.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

TERAPÉUTICA MÉDICA.

❖ **DESCONGESTIVOS:**

- ▶ LORATADINA: (10 mg) con pseudoefedrina (120 mg) tomar 1 cada 12 horas o Fexofenadina 60 mg + Pseudoefedrina 120 ml. Vo. c/12 horas.

❖ **ANTIALÉRGICOS:**

- ▶ LORATADINA: 10 mg tomar 1 tab. VO cada día. Ó
- ▶ CETIRIZINA: 10 mg tomar 1 tab. VO cada día. Ó
- ▶ CLORFENIRAMINA: 4 mg tomar 1 tab. VO cada 6 – 8 horas.

❖ **TERAPÉUTICA.**

- ▶ ANTIBIOTICOS: Según la enfermedad o subyacente (sinusitis, etc.).

❖ **ANTITUSIVOS:**

- ▶ Dextrometorfan 1 cucharada VO cada 8 hrs.



❖ **MUCOLÍTICOS:**

- ▶ Ambroxol 1 cucharada VO cada 8 hrs.

❖ **ESTEROIDES:**

- ▶ Locales o sistémicos, según criterio del especialista.

MEDIDAS HIGIÉNICO – DIETÉTICAS.

- ❖ Lavados nasales con Solución Salina.
- ❖ Evitar uso de ventiladores.
- ❖ Evitar dormir al lado de ventanas.
- ❖ Evaluación del lugar de trabajo cuando por su naturaleza sea muy contaminado.
- ❖ Uso de mascarillas.
- ❖ Evitar irritantes químicos inhalados

INCAPACIDAD

No amerita incapacidad excepto en casos de reagudización (Uno a tres días) o en casos que requieran manejo quirúrgico, se dará según el procedimiento realizado.

REFERENCIA Y RETORNO

Se hará contrarreferencia con las medidas médicas y medidas higiénico dietéticas pertinentes.

Concluido su tratamiento se controlará en primer o segundo nivel, según grado de severidad y luego de resuelta la enfermedad de base, o se dará alta del servicio de Otorrinolaringología.

RINOSINUSITIS AGUDA Y CRÓNICA **(J 01-J 32)**

DEFINICIÓN

Es la inflamación de la mucosa que tapiza las fosas nasales y senos paranasales, que puede ser en forma aguda o crónica.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las entidades clínicas más frecuentes después de la rinitis alérgica y asma, el 29.4 % de las enfermedades respiratorias corresponden a las sinusitis agudas y crónicas y la asociación de rinitis, sinusitis y asma el 3 % lo que da un total de 32.4 % o igual a un tercio de las enfermedades de vías aéreas superiores. La morbilidad depende de los factores del huésped al igual que la mortalidad, que se aumenta en pacientes diabéticos e inmunocomprometidos.

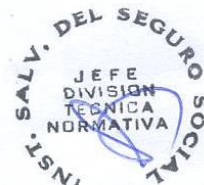
CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

CLÍNICOS:

Se encontrará la presencia de síntomas como obstrucción nasal, goteo posterior de moco purulento, cefalea frontonasal, temporal, holocraneana, fiebre, tos crónica, prurito nasal, bucal, síntomas similares al asma. Al examen físico se encontrara moco purulento en meato medio, goteo posterior de moco purulento, hiperemia de mucosa nasal, en los casos agudos y en los casos crónicos puede estar presente cefalea y congestión nasal o Rinorrea clara.

LABORATORIO Y GABINETE:

Se solicitara radiografía de senos paranasales, cultivo de secreción nasal, tomografía axial computada de senos paranasales como evaluación pre operatorio, rinofibrolaringoscopia obligatoria en los casos de sinusitis crónica, en el servicio de Otorrinolaringología.



CRITERIOS DE REFERENCIA AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Se referirá a Otorrinolaringología los pacientes con sinusitis de más de 3 meses que no mejoren con tratamiento convencional.

CRITERIOS DE RETORNO

Haber completado estudio de alergia, tac de senos paranasales negativo, haber completado tratamiento quirúrgico, si fue necesario.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

RINOSINUSITIS AGUDA

ANTIBIOTICOTERAPIA CON:

- ❖ Amoxicilina /clavulanato 500 mg. Cada ocho horas por 10 a 14 días.
- ❖ Ciprofloxacina 500 mg c/12 horas por 10 a 14 días.

EN CASO DE TRATAMIENTOS PREVIOS SIN MEJORÍA

- ❖ Clindamicina 300 mg vía oral cada 8 horas por 10 días.

DESCONGESTIVOS:

- ❖ Loratadina/pseudoefedrina una tableta cada 12 horas por 5 días.Ó
- ❖ Fexofenadina/pseudoefedrina una tableta cada 12 horas por 5 días.
- ❖ Oximetazolina 0.5% dos gotas cada 12 horas cada fosa nasal no más de 5 días.

MUCOLÍTICOS:

- ❖ Ambroxol 1 cucharada cada 8 horas.

ESTEROIDE LOCAL:

- ❖ Mometasona spray dos spray cada doce horas por dos semanas.

ESTEROIDE ENTERAL:

- ❖ Prednisona 50 mg cada día. Por una semana según necesidad.

Recomendación de vaporizaciones, nebulizaciones, evitar ventiladores, tabaco y protección en ambientes contaminantes.

El manejo de complicaciones requerirá de hospitalización.

RINOSINUSITIS CRÓNICA:

- ❖ Búsqueda de causa predisponente y su corrección quirúrgica de ser factible o bien tratamiento de rinitis alérgica por inmunoterapia, se deben descartar tumores nasales.
- ❖ Utilización de esteroides locales son de elección y en combinación con antihistamínicos/descongestivos.

Se realizará cirugía en los casos que hay un factor anatómico o funcional evidente o que no haya mejoría luego de varios tratamientos médicos.

INCAPACIDAD

Variará de tres a siete días según severidad del cuadro en sinusitis aguda.

En caso de cirugía de senos paranasales de 15 a 21 días según tipo de procedimiento.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA.

Se clasifican como endocraneanas y orbitarias las cuales tendrán un tratamiento propio según la patología.



RINITIS ALÉRGICA **(J 03 0)**

DEFINICIÓN

Se define clínicamente como un trastorno sintomático de la nariz, inducido por una inflamación mediada por inmunoglobulinas "E" de las membranas que recubren la nariz, después de la exposición a un alérgeno.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Se considera la Rinitis Alérgica como inflamación nasal de intensidad variable, mediada por inmunoglobulinas "E" y cuya historia clínica induzca a prurito nasal, ocular, bucal, estornudos, rinorrea acuosa anterior y/o posterior u obstrucción nasal.

Se observa un infiltrado inflamatorio como respuesta celular, al cual puede ser intermitente o persistente, palidez de la mucosa nasal, rinorrea hialinae hipertrofia de cornetes nasales.

CRITERIOS DE REFERENCIA AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Cuadros repetitivos de sinusitis, conjuntivitis, otitis media, pólipos nasales, síndromes sinobronquiales o asma.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El tratamiento de la rinitis alérgica consiste en:

- Evitar el alérgeno conocido.
- Educación al paciente.
- Uso de mascarillas.

La farmacoterapia constituida por:

Antihistamínicos de primera y segunda generación.

- Clorfeniramina 4 mg 1 tableta cada 8 horas.
- Loratadina 10 mg 1 tableta cada 12 horas.

→ Ceterizina 10 mg 1 tableta cada día.

Antihistamínico más descongestivos.

→ Fexofenadina 60 mg + pseudoefedrina 120 mg

→ Loratadina 5 mg + pseudoefedrina 120 mg

→ Dextrobronfenidamina + pseudoefedrina 120 mg

Esteroides locales de absorción mínima.

→ Mometasona nasal spray 1 aplicación cada día.

Se realizará inmunoterapia específica con vacunas.

En algunos casos puede ser necesaria cirugía del tabique o cornetes nasales, si hay desviación septal o cornetes hipertróficos que no mejoran con tratamiento médico.

CRITERIOS DE RETORNO

El manejo y el retorno dependen de la evolución del paciente.

INCAPACIDAD

Será a criterio del médico y se utilizará incapacidad en caso de cirugía.



VÉRTIGO

(H 81 0)

DEFINICIÓN

Es la sensación de inestabilidad de la persona, la cual se puede presentar como la percepción de movimiento del entorno o de la persona misma, clasificándose como objetivo o subjetivo.

EPIDEMIOLOGÍA

Se pueden clasificar como de origen periférico, central, de origen cervical, síndromes oculares, de origen psicógeno.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

CLÍNICOS:

Se realiza por historia clínica. La duración del vértigo nos ayudará a afinar el diagnóstico diferencial:

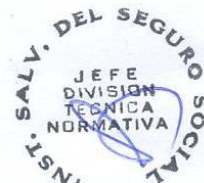
- | | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 1. Duración de segundos | Vértigo postural Paroxístico Benigno. |
| 2. Duración de minutos | Accidente isquémico transitorio. |
| 3. Duración de horas | Enfermedad de Meniere. |
| 4. Duración de días | Neurolaberintitis virica. |
| 5. Duración variable | Migraña. |

EXAMEN FÍSICO:

Neurológico y otorrinolaringológico,

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- Hemograma,
- Eritrosedimentación,
- Glicemia,
- Creatinina,



- Vdrl,
- Lipidograma.

Una vez realizados estos se podrá pasar a la parte de examen auditivo.

Si aun se mantiene la duda diagnóstica se pasa a las pruebas vestibulares (electronistagmografía).

Diagnóstico por imágenes, rx, tac, rmn, según el caso.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se realizará según la causa determinada, si es evidente, se enfocará a la patología causante, de no ser así se realizará sedación del sistema laberíntico con difenidol, dimenhidrinato, meclizina, vasodilatadores, antihistamínicos tales como Difenhidramina, hidratación adecuada, dieta libre de sodio, reposo en cama o bien ingreso cuando el vértigo es incapacitante.

INCAPACIDAD.

Según la causa precipitante.

FARINGOLARINGITIS POR REFLUJO

(k-21.0)

DEFINICIÓN

Forma de enfermedad de reflujo gastroesofágico en la que el jugo gástrico afecta la laringe y las estructuras adyacentes.

EPIDEMIOLOGÍA

La severidad de los síntomas afecta con frecuencia las actividades de la vida cotidiana. Asociado a estrés, personalidad tipo A, tabaquismo y etilismo, confundido con frecuencia con infecciones faringolaringeas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Disfonía crónica, fatiga vocal, carraspeo, sensación de cuerpo extraño, tos crónica, odinofagia, asma. Puede o no asociarse a síntomas dispépticos.

CRITERIOS DE REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA

Deben referirse todos los casos que no resuelven con tratamiento médico al cabo de 4 semanas, para estudio.

TRATAMIENTO MÉDICO

- ❖ Anti H2. Ranitidina 300 mgrs. cada noche.

CRITERIOS DE EGRESO

Pacientes con control sintomático o que ha sido derivado a otra especialidad.

INCAPACIDAD

Según cada caso en particular.

SEGUIMIENTO

Individualizado según cada caso.

EPISTAXIS

(R 04.0)

DEFINICIÓN

Se define como epistaxis a toda hemorragia con origen en las fosas nasales, que en un 90% de los casos es anterior y proviene del plexo de Kiesselbach, en el septum nasal, el resto proviene de la región posterior, a nivel de los vasos esfenopalatinos. El mayor porcentaje de casos es debido a hipertensión arterial.

EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente un 60 % de la población sufre una epistaxis en algún momento de su vida. Afortunadamente solo el 6% requiere tratamiento médico. Suele haber dos picos de incidencia por edad, entre 2 y 10 años de edad, y la edad adulta, más allá de los 50 años de edad.

Hay muchos factores que pueden provocar epistaxis. En un 85% de los casos la etiología es desconocida y entonces hablamos de epistaxis esencial o idiopática. Se pueden distinguir 4 tipos de causas.

- ▶ Factores ambientales.(Condiciones atmosféricas secas o frías)
- ▶ Factores locales.(Traumáticos o mecánicos, idiopáticas, inflamación, deformaciones del tabique, cuerpos extraños, tumores, etc)
- ▶ Factores sistémicos.(Ingesta de fármacos, Enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hematológicas, enfermedades endocrinas, enfermedades renales, insuficiencia hepática, etc.)
- ▶ Medicación. (Fármacos anticoagulantes, etc.)

CRITERIOS DE INGRESO

En la mayoría de casos es un proceso banal y autolimitado que resuelve espontáneamente o mediante medidas que toma el mismo paciente. Cuando no ocurre así o en aquellos casos con una pérdida hemática importante, se atenderá al paciente en el área de emergencia para recibir la actuación médica que el caso requiera.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Las epistaxis se clasifican en dos tipos:

Anterior: la hemorragia fluye por las fosas nasales, generalmente procede del plexo de Kiesselbach, suelen ser epistaxis leves.

Posterior: el sangrado va a la faringe por las coanas, suelen ser más difíciles de controlar y suelen proceder de la arteria esfenopalatina y de las arterias etmoidales, suele tratarse de epistaxis severas.

TRATAMIENTO MÉDICO

La epistaxis es una urgencia. Dentro de las medidas generales, es necesario:

- ↵ Cuando el sangrado es muy leve puede que ceda sólo haciendo presión externa durante 5-10 minutos.
- ↵ Tranquilizar al paciente y
- ↵ Colocarlo con la cabeza inclinada hacia delante para evitar la deglución de sangre por su caída hacia rinofaringe y faringe.
- ↵ Colocar un paño o un guante (en collar) con hielo en la nuca para provocar vasoconstricción refleja que reduce el flujo sanguíneo y con ello el sangrado.

Si el sangrado persiste, con las maniobras anteriores:

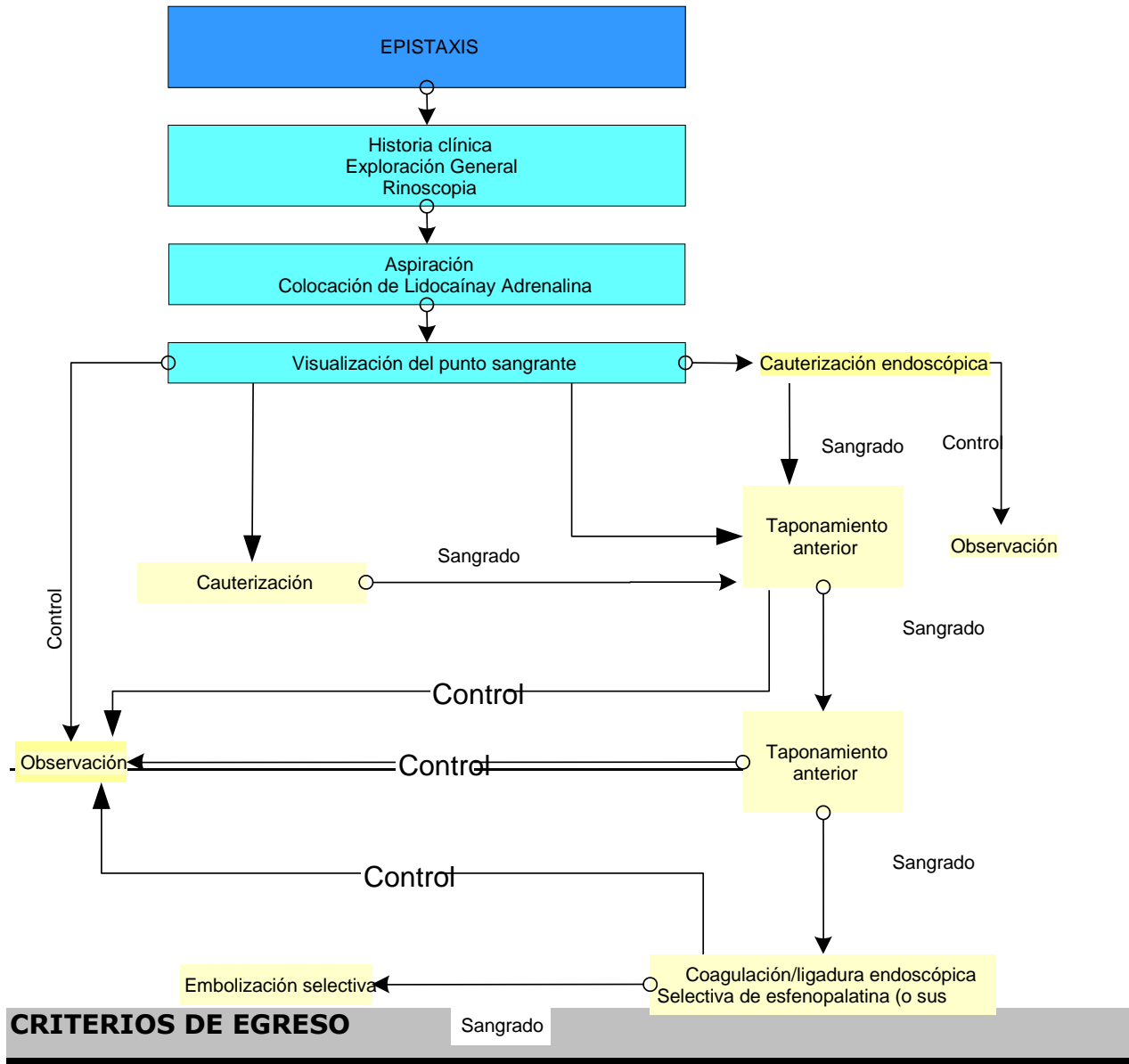
- ↵ Habrá que aspirar la fosa nasal y
- ↵ Realizar una rinoscopia anterior/endoscopia para intentar visualizar el punto sangrante,
- ↵ Al mismo tiempo controlar la presión arterial.
- ↵ Si se logra visualizar el punto sangrante se puede cauterizar químicamente con ácido Tricloroacético, o nitrato de plata.

El mayor porcentaje de pacientes se controla con cauterización nasal eléctrica, teniendo cuidado de no prolongar mucho el cauterio sobre la mucosa y no cauterizar las caras septales directamente para evitar las perforaciones por necrosis.



Si la epistaxis leve es posterior se puede intentar realizar un taponamiento posterior o intentar una cauterización endoscópica con aspirador-cauterizador.

FLUJOGRAMA.



Según evolución de cada paciente, al controlar el sangrado y estabilizar la presión arterial.



INCAPACIDAD

Según cada caso en particular.

REFERENCIAS

A la especialidad que sea necesario, según la presencia o no de morbilidades cruzadas.

SEGUIMIENTO

Se evaluará en el servicio de Otorrinolaringología, según indicación del médico de esta especialidad, luego alta de la especialidad según cada caso.

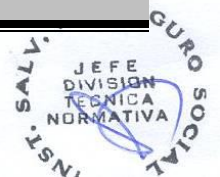
EDUCACIÓN

Se instruirá a los pacientes sobre la necesidad de controlar su presión arterial, y las medidas inmediatas a tomar en caso de hemorragia nasal.

Se debe recomendar al paciente el control de las causas predisponentes que se puedan identificar para cada caso.

PAPILOMA NASAL INVERTIDO **(D 38.5)**

DEFINICIÓN



Son tumores benignos que afectan la cavidad nasal y los senos paranasales, generalmente son unilaterales y afectan más frecuentemente a los hombres.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los síntomas más sobresalientes incluyen Obstrucción Nasal Unilateral, Epistaxis, Rinorrea y sensación de plenitud facial.

La tomografía axial computarizada es de suma importancia para definir extensión del tumor, y precisar la planeación quirúrgica.

CRITERIOS DE REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA

Obstrucción Nasal o Epistaxis.

TRATAMIENTO

El manejo de estos tumores es quirúrgico, con una resección completa a través de distintos abordajes nasales (abiertos o endoscópicos).

INCAPACIDAD

Depende de cada paciente y la predisposición a presentar recidivas o malignidad.

POLIPOSIS NASAL **(J 33.9)**

DEFINICIÓN

La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria de la cavidad nasal y los senos paranasales, que afecta por igual ambos sexos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La obstrucción nasal, rinorrea, prurito nasal, estornudos, Cefalea y plenitud facial son los síntomas principales. Al examen físico se visualizan los pólipos en la cavidad nasal con aspecto translucido y forma periforme, por lo general son bilaterales, pero pueden presentarse unilateralmente como pólipos antrocoanales.

La tomografía axial computarizada es de gran valor para evaluar la extensión de la enfermedad.

CRITERIOS DE REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA

Rinitis persistente por más de 3 meses ó masa nasal evidente.

TRATAMIENTO

La terapia médica incluye Antihistamínicos, descongestionantes, esteroides tópicos, antibióticos si es necesario y desensibilización con vacunas.

Se debe complementar con tratamiento quirúrgico y se debe tener en cuenta las recidivas, por lo que es importante el seguimiento.

INCAPACIDAD

Posterior a Cirugía de 3 a 4 semanas.

OTOSCLEROSIS

(H 80.2)

DEFINICIÓN

Enfermedad crónica que deteriora la función auditiva; es un desorden óseo que deteriora la cápsula ótica.

CLASIFICACIÓN

ETAPA INICIAL:

Otoespongiosis, caracterizada por reabsorción y pérdida ósea y por una gran vascularización.

ETAPA AVANZADA:

El hueso se hace compacto, caracterizándose por remodelación ósea y escasa vascularización.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

Hipoacusia frecuentemente como síntoma único, que progresa lentamente, se puede acompañar de acufenos y vértigo.

El diagnóstico se debe relacionar con los datos epidemiológicos.

OTOSCOPIA:

Signo de Shwartz a través de la membrana timpánica translúcida se observa una coloración rojiza violácea.

AUDIOMETRÍA:

Hipoacusia conductiva en la mayoría de los casos, en el resto Hipoacusia neurosensorial o mixta.

TIMPANOMETRÍA:

Curva tipo As.

RADIOLOGÍA:

Engrosamiento de la platina del estribo por TAC.

CRITERIOS DE REFERENCIA AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Hipoacusia de larga evolución.

TRATAMIENTO MÉDICO

QUIRÚRGICO:

- ❖ Estapedectomía.
- ❖ Estapedotomía y en ambos casos colocación de prótesis estapedial.

EVOLUCIÓN

Deterioro progresivo de la audición de una Hipoacusia conductiva a mixta y neurosensorial.

INCAPACIDAD

De acuerdo al procedimiento hasta 3 semanas.

Los casos severos se evaluarán y según criterio médico se decide la incapacidad.

TRAUMA ACÚSTICO

(S 04 06)

DEFINICIÓN



Toda lesión producida en el oído interno; determinada por impactos sonoros persistentes como el de la industria, explosiones, etc.

EPIDEMIOLOGÍA

El desarrollo industrial y tecnológico conlleva a mayor incidencia en el trauma acústico a todos los niveles sociales y grupos etarios.

CLASIFICACIÓN DE LARSON

GRADO I:

Inicialmente sin trastorno auditivo, escucha bien la palabra hablada, pero en la audiometría hay una caída de 20-30 dB en la frecuencia 4000, que posteriormente mejora en el tono agudo.

GRADO II:

Hipoacusia manifiesta con pérdida de 40 dB, mayor en frecuencias agudas.

GRADO III:

Hay acufenos y reclutamiento intenso, el umbral decae hasta 60 dB o mas abarcando gran extensión de la zona tonal.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CLÍNICOS:

Acufenos de tono agudo, puede presentarse cefalea e hipoacusia en grado II y III.

CRITERIOS DE GABINETE:

Audiometría tonal caída selectiva en el audiograma en frecuencia de 4000 Hz y que mejora en tono agudo.



CRITERIOS DE REFERENCIA AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Paciente con trauma acústico.

SEGUIMIENTO

Evaluación y control en Otorrinolaringología cada 6 meses para audiometría tonal.

EDUCACIÓN

- ❖ Establecer programas educativos a todos los niveles para prevenir los daños acústicos.
- ❖ Establecer programas de divulgación de los efectos perjudiciales del ruido.
- ❖ Promover el uso de audífonos protectores en ambientes de trabajo que sobrepasen los 90 dB como: fabricas, talleres, aeropuertos e industria en general.

OBSERVANCIA DE LA GUÍA

La vigilancia del cumplimiento de la presente **“GUÍA DE MANEJO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA”**, corresponde a las Direcciones de Centros de




Atención del ISSS a nivel nacional, donde se proporciona atención en el ámbito de sus competencias.


VIGENCIA DE LA GUÍA


La presente **"GUÍAS DE MANEJO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA"**, entrará en vigencia a partir su Implantación y sustituyen a todas las circulares y lineamientos e instructivos que han sido elaborados previamente por los diferentes Centros de Atención.


San Salvador, Octubre 2007.

Revisado por:


DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS FLORES
JEFE DEPARTAMENTO DE
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN


DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA
JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA





Autorizado por:


DR. GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA
SUB DIRECTOR DE SALUD





DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN