

NORMAS DE CONTROL DE
PATOLOGIAS
OTORRINOLOGICAS
PROGRAMA DE SALUD
ESCOLAR



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE EDUCACION
PROGRAMA MECE
JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
SOCIEDAD CHILENA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

1996

200
15
36

WU200
M665
1996

NORMAS DE CONTROL DE
PATOLOGIAS
OTORRINOLOGICAS
PROGRAMA DE SALUD
ESCOLAR



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE EDUCACION
PROGRAMA MECE
JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGIA

1996

WU200

7950

PRESENTACION

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), en su preocupación por el desarrollo integral del escolar, ejecuta programas asistenciales que buscan favorecer un acceso igualitario a la educación.

El Programa de Salud Escolar busca contribuir a la igualdad de oportunidades frente al acceso y permanencia del niño en el sistema educacional, atendiendo algunas patologías que afectan el rendimiento escolar.

En el Programa, por su carácter social, se busca conjugar la mayor cobertura posible dentro de su población objetivo y de los recursos disponibles, con la necesidad de entregar atenciones de calidad a nuestros beneficiarios. Entendemos que un aporte a ello será la aplicación de normas de atención para las diferentes especialidades, a través de las cuales se aúnen criterios en el manejo de las patologías, a la vez que se optimice el uso de los recursos.

Las presentes normas rigen las atenciones en la especialidad de Otorrinolaringología del Programa de Salud escolar de la JUNAEB. Han sido elaboradas conjuntamente entre el Programa y la Sociedad de Otorrinolaringología. El Ministerio de Salud las ha revisado y les otorga su patrocinio, por considerar al programa de Salud Escolar un aporte muy importante a la salud de los escolares, y como una complementación valiosa a sus propios programas.

Las Normas constituyen el documento oficial que rige las atenciones en la especialidad de Otorrinolaringología en el Programa de Salud Escolar de la JUNAEB. Están dirigidas a los profesionales que laboran en el Programa, a los equipos de Atención Primaria, a los Coordinadores del Programa a nivel regional y comunal.



Estamos ciertos de que su aplicación contribuirá a la calidad de las atenciones entregadas a nuestros escolares. Damos nuestros agradecimientos a todos los que contribuyeron con su experiencia y conocimientos a su elaboración.

ARTURO BENITEZ RODRIGUEZ
DIRECTOR NACIONAL
JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR
Y BECAS

SANTIAGO, Enero 1996

INDICE



PROLOGO	11
ANTECEDENTES	15
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR	19
Objetivo General del Programa	21
Beneficiarios	21
Líneas de Acción	22
Area Capacitación	22
Area Asistencial	22
Operacionalización del Programa	22
Escuela	24
Consultorio	24
Especialista	24
JUNAEB.....	24
DIAGNOSTICO	25
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.....	33
TRATAMIENTO	37
ADIESTRAMIENTO AUDITIVO	47
SEGUIMIENTO DE LAS PATOLOGIAS	
MAS FRECUENTES:	51
ANEXOS	57
BIBLIOGRAFIA	61



PROLOGO

El Programa de Salud Escolar implementado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), busca favorecer un acceso igualitario a la educación y la permanencia en el sistema escolar.

Entre los problemas que dificultan el acceso igualitario y la permanencia en el sistema educacional, se pueden destacar algunas patologías de alta prevalencia, como las nutricionales, las ortopédicas y los déficits sensoriales, específicamente los visuales y auditivos.

Desgraciadamente el escolar ha sido uno de los grupos postergados dentro de los programas de salud y por lo tanto muchos de sus problemas siguen sin resolverse, perjudicando así el desempeño escolar, especialmente en los sectores pobres del país.

Algunas cifras que ilustran esta situación son:

- Déficit nutricionales: 32%.
- Caries dentales: 56,9%.
- Problemas posturales: 15%.
- Déficit sensoriales (ojo y oído): 14%.

Se agregan a los anteriores otros problemas en reciente proceso de cuantificación, pero de igual o mayor importancia como son los de salud mental.

Frente a este diagnóstico la JUNAEB, está empeñada en desarrollar un Programa de Salud Escolar, cuyo propósito es ampliar la cobertura de los programas asistenciales y propender a la satisfacción de las necesidades de salud de los alumnos en situación de pobreza, a fin de asegurar la equidad del sistema educacional.

Como una culminación de un trabajo que se inició el año 1993 con el Primer Encuentro de Otorrinolaringólogos en Salud Escolar, la JUNAEB en conjunto con la Sociedad de Otorrinolaringología y el patrocinio del Ministerio de Salud, edita las presentes Normas, que sin duda serán un aporte para la salud de nuestros escolares.

1.- Historia de la asistencia a la población escolar:

La asistencialidad a la población escolar, con el objetivo de permitir un acceso igualitario a la educación, se desarrolla en Chile desde los inicios del sistema educacional. La ley de instrucción primaria de 1920 contemplaba el auxilio escolar. En la década de los '50, los diversos servicios sociales logran su estructura institucional. Nace en 1952 el Servicio Nacional de Salud. En esta área, el año '54 se crea la Junta Nacional de Auxilio, la cual centraliza todas las acciones de asistencia al escolar. En 1964, se crea la actual estructura, al agregarse las becas como parte importante de las acciones que cumple.

La institución gestiona diversos programas dirigidos a la población escolar, que permiten mejorar las condiciones del educando y que enfrente en mejores condiciones el proceso educativo.

Acorde con los principios de la estrategia de atención primaria en salud, es fundamental entregar participación en la solución de los problemas de salud a la población. Los escolares y la escuela son un grupo étéreo y lugar privilegiado para desarrollar esta estrategia, con actividades de salud que logren gran impacto. Se trata de una población cautiva, fácil de seguir en el tiempo y con la cual se pueden efectuar estudios tendientes a mejorar dichos programas.

Durante la década de los 80, se realizaron diferentes experiencias comunales en que se desarrollaron programas de salud escolar, que incluían la participación del profesor y apoderados.

2.- Situación de salud de la población escolar:

Los importantes logros en el área materno-infantil, que muestran el descenso de la mortalidad infantil y de la desnutrición, han dejado en evidencia los problemas que afectan a los grupos etáreos de escolares y adolescentes.

El contacto del escolar con los Servicios de Salud se reduce a las consultas espontáneas por morbilidad. La familia delega la responsabilidad de la observación, detección de problemas y del desarrollo a la escuela. La norma existente desde el Ministerio de Salud, sugiere un control al escolar por enfermera en 1°, 4° y 8° básico. Las coberturas alcanzadas por este programa son escasas y dependen de los recursos humanos disponibles a nivel local.

Los problemas diagnosticados en escolares en estudios realizados por ONG y Universidades, han demostrado la alta prevalencia que alcanzan en la población escolar las patologías visuales, posturales, auditivas y nutricionales. Por otro lado, el tratamiento de estas patologías en muchas regiones del país son de un alto costo, lo que impide la resolución del problema. En definitiva, significa una limitante al desarrollo integral del niño, de acuerdo a sus potencialidades.

3.- Recursos:

El Programa se inició con recursos provenientes del Banco Mundial, a través del Programa MECE (Mejoramiento de la Calidad y Equidad de la Educación) en el año 1992. A partir de 1995, parte del presupuesto comienza a ser absorbido por el presupuesto nacional.

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR



1.- Objetivo General del Programa.

Colaborar al mejoramiento de la salud de los escolares, de tal manera que la presencia de ciertas patologías no signifiquen una merma en el rendimiento y estabilidad de los educandos dentro del sistema educacional y en su capacidad de desarrollarse dentro de la sociedad en el futuro.

2.- Objetivos Específicos:

- a) Implementar el programa con el trabajo conjunto y coordinado de los sectores de salud y educación.
- b) Garantizar una atención oportuna y efectiva a la población escolar beneficiaria, en problemas de visión, audición y postura.

3.-Beneficiarios:

El programa beneficia a los niños matriculados en escuelas municipales y particulares subvencionadas del país.

4.- Cobertura y Duración:

Es un programa incremental, es decir año a año se van incorporando los niños matriculados en primero básico y se realiza el seguimiento de los cohortes que ya ingresaron.

a) **Escuela:** El programa se basa en la pesquisa que realiza el profesor en la escuela durante el período de organización del curso. Una vez realizada la pesquisa, se derivan los casos sospechosos al consultorio correspondiente.

b) **Consultorio:** En el consultorio, el niño es atendido por un Médico, quien establece el diagnóstico y determina quiénes requerirán atención de especialista.

El programa provee los formularios necesarios.

Si a nivel local no existiera el recurso humano suficiente para la atención, se acepta la delegación en un funcionario entrenado para tal efecto.

c) **Especialista:** Los niños que requieren atención son derivados a los prestadores que corresponda, de acuerdo a los convenios que ha establecido JUNAEB.

d) **JUNAEB:** Gestión de los convenios. En cada región se abre la posibilidad de convenios de atención, priorizándose los hospitales públicos. La gama de prestadores incluye:

- . Servicios de Salud.
- . Instituciones de beneficencia.
- . Corporaciones municipales.
- . Instituciones privadas.
- . Personas naturales.

DIAGNOSTICOS



Los niños derivados al especialista son aquellos que tienen sospecha de hipoacusia.

La hipoacusia en un niño constituye una responsabilidad médica, porque el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado pueden reducir los graves inconvenientes sociales y alteraciones psicológicas que estas patologías acarrear. El niño sordo profundo no puede adquirir el lenguaje, a pesar de no tener lesiones de su sistema fonatorio. Será mudo porque el único estímulo fisiológico para el desarrollo del lenguaje es la palabra y ésta no es oída por él.

Las hipoacusias se dividen en dos:

- 1.- Las sensorio neural.
- 2.- Las de conducción.

1. Hipoacusia Sensorio Neural:

Se produce cuando la cóclea o el octavo par craneal sufren daños. Este daño puede ocurrir antes, durante o después del parto. La sordera hereditaria puede definirse como un daño coclear secundario a un defecto genético.

CAUSAS DE SORDERA CONGENITA HEREDITARIA	CAUSAS DE SORDERA CONGENITA NO HEREDITARIA	HIPOACUSIA SENSORIO NEURAL ADQUIRIDA NO HEREDITARIA
<ul style="list-style-type: none">• Asociadas con deformidad esquelética.• Asociada con anomalía ocular.• Asociada con trastornos metabólicos.• Asociada con trastornos cardíacos.	<ul style="list-style-type: none">• Rubeola durante el primer trimestre.• Ictericia nuclear.• Traumatismo natal.• Toxicidad de drogas.• Sífilis congénita.	<ul style="list-style-type: none">• Trauma acústico (ruido).• Traumatismo cefálico.• Toxicidad de drogas.• Hidropesía endolinfática.• Hipoacusia sensitivo neural súbita.• Tumor.• Fístula perilinfática

2.- Hipoacusia Conductiva:

Esta aparece cuando el sonido tiene dificultad para llegar a la coclea. El bloqueo puede deberse a anomalías del conducto, del tímpano o de los huesecillos.

CAUSAS DE HIPOACUSIA CONDUCTIVA CONGENITA	CAUSAS DE HIPOACUSIA CONDUCTIVA ADQUIRIDA.
<ul style="list-style-type: none">• Atresia del conducto externo.• Fijación congénita del estribo.• Fijación congénita del martillo.• Mal desarrollo de los huesecillos.• Colesteatoma primario.• Obstrucción del conducto auditivo externo.	<ul style="list-style-type: none">• Perforación del tímpano.• Otitis media serosa• Otopatía adhesiva• Discontinuidad osicular por traumatismo, infección o colesteatoma secundario.• Timpanoesclerosis.• Otoesclerosis• Fijación osicular

Es fundamental conocer la etiología de la hipoacusia ya que las de origen hereditarias son evolutivas y las adquiridas estacionarias o controladas.

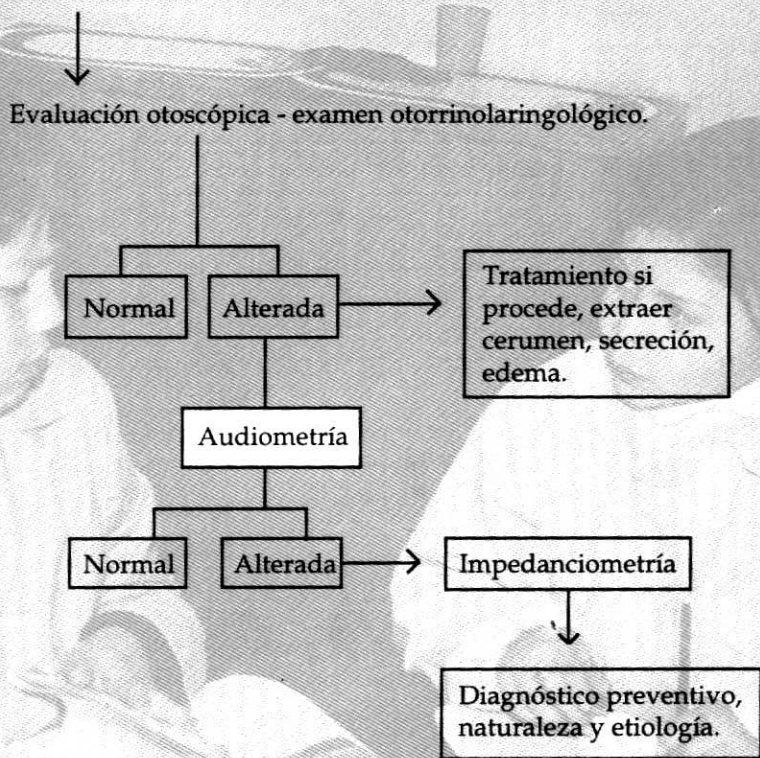
Los niños con hipoacusias perceptivas prenatales y perinatales tienen más dificultad en el aprendizaje y la escolaridad que los postnatales.

Las patologías más frecuentes de los escolares que producen hipoacusia son:

- A) Otitis Secretora.
- B) Otitis Media Aguda.
- C) Otitis Crónica
- D) Obstrucción del Conducto Auditivo Externo.

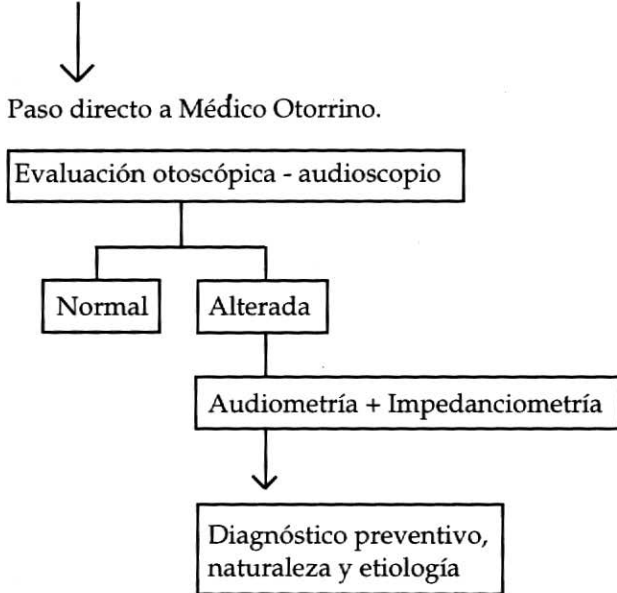
El estudio del otorrinolaringólogo debe incluir la anamnesis donde son fundamentales los antecedentes familiares, personales y el examen otorrinolaringológico. El manejo del niño derivado es el que se especifica en el siguiente diagrama:

HIPOACUSIA



Se sugiere el uso de Audioscopio en la consulta del especialista. En este caso la conducta es la que se indica a continuación:

HIPOACUSIA



Según Diagnóstico: * Exámenes Complementarios
 - Tomografía Axial Computarizada.
 - Radiografías.
 - Etc.

B) Otitis Media Aguda:

1.- Definición:

Es un proceso inflamatorio agudo del mucoperiostio de revestimiento de las cavidades del oído medio

2.- Etiología:

Pueden ser bacterianas (estreptococo, neumococo, Haemophilus influenzae) o virales.

3.- Factores Asociados a la Aparición de la Otitis Media Aguda:

- a) Vías de infección
- b) Estructura anatómica del oído
- c) Estructura y maduración de la trompa
- d) Estado inmunológico del paciente

4.- Sintomatología:

Otalgia, otorrea, otorragia, hipoacusia de transmisión, fiebre, malestar general.

C) Otitis Secretora o Mucositis Timpánica o Mixiosis Timpánica:

1.-Definición:

Hiperplasia de las células mucosecretoras, con un fluido rico en polimorfonucleares, macrófagos y restos celulares. El fluido está compuesto por glicoproteínas, cuya concentración determina la viscosidad. En algunos casos, el líquido contiene bacterias resistentes a los antibióticos.

Puede corresponder a una complicación de la otitis media aguda, a estados alérgicos, infección, hipertrofia adenóidea, o cualquier causa de disfunción de la trompa de Eustaquio.

La Mucositis Timpánica es una de las causas más frecuentes de hipoacusia en niños.

2.- Sintomatología:

Muchas veces este cuadro pasa inadvertido y se manifiesta indirectamente por un bajo rendimiento escolar o una mala relación grupal.

D) Otitis Crónica:

1.- Definición:

Alteración anatómica del oído por un proceso séptico crónico con perforación o atelectasia timpánica que puede llevar a una hipoacusia o sordera y que puede provocar una complicación grave al paciente, con la muerte de éste.

2.- Etiología:

La disfunción tubaria crónica que lleva a una otitis media secretoria y o a la atelectasia del oído medio es la condición fundamental para que se produzca otitis media crónica.

E) Obstrucción del Conducto Auditivo Externo:

El conducto puede estar tapado por cuerpos extraños, tumores siendo la causa mas frecuente por cerumen impactado.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1.- Audiometría:

Es el estudio de la capacidad auditiva por medio de un aparato electroacústico denominado **Audiómetro** y cuyos resultados se consignan en un **Audiograma**.

El audiómetro genera tonos puros en las frecuencias que van de 128 al 8000, con intensidad de 1-10 hasta 120 db; se exploran ambos oídos en forma separadas tanto por vía ósea como aérea.

Se puede determinar:

- Umbral auditivo.
- Estado del aparato auditivo
- Discriminación de la palabra: logaudiometría (audiometría vocal)

Estos estudios deben hacerse en cámara sonoamortiguadas del ruido ambiente.

Es una prueba basada en la respuesta del niño ante la percepción de diferentes señales sonoras emitidas y controladas por el evaluador. La audiometría tonal se utiliza en niños mayor de 3 años.

2.- Impedanciometría:

Es una prueba supraliminar objetiva. Se interpreta como la resistencia que opone el oído medio al paso de la onda sonora; aportan la siguiente información:

- Medición del reflejo.
- Medición de la complacencia de la membrana timpánica.
- Medición de la presión del oído medio o función de la trompa de Eustaquio.

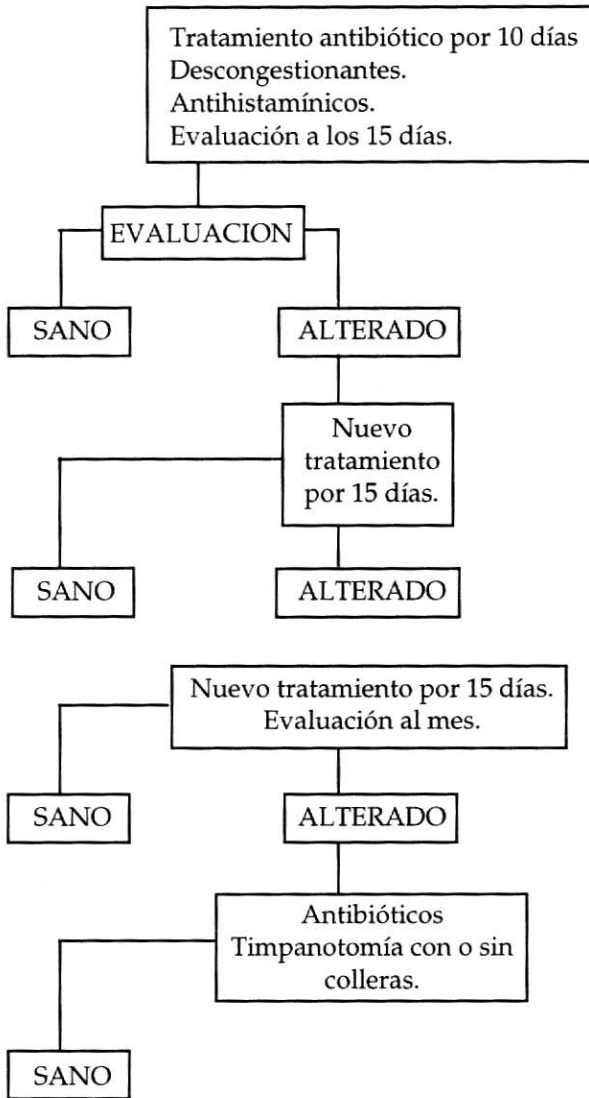
3.- Potenciales Evocados Auditivos:

Son pruebas preliminares y supraliminares objetivas que permiten establecer con relativa exactitud los umbrales electrofisiológicos y topodiagnósticos de las hipoacusias.

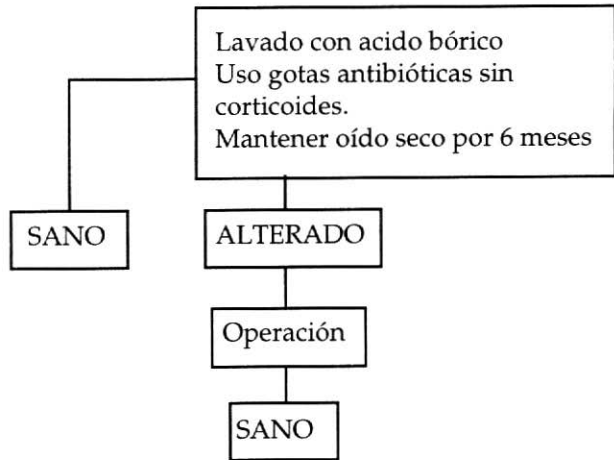
TRATAMIENTO



c) OTITIS MEDIA AGUDA: (Según esquema).



d) OTITIS CRONICA SUPURADA:



e) OBSTRUCCION DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO:

Método:

1. Limpiar el conducto auditivo externo con cuchara para cerumen, bajo visión directa por espéculo auricular.
2. Por irrigación.
3. Y el tercer método es el uso de una punta de succión pequeña angulada, para aspirar cualquier material blando.

2.- HIPOACUSIA SENSORIO NEURAL: Uso de audífonos

A) ORIENTACION ANTE HIPOACUSIA CON ALTERACION DE LENGUAJE:		
Grado de Pérdida auditiva	Repercusión en el lenguaje.	Tratamiento propuesto.
De 0 a 30 db.	Dificultad en la audición de la voz suave o distante. Buen desarrollo y articulación del lenguaje.	Se ubicarán en sitio preferencial en el aula y se les puede ayudar con lectura labial. Evaluación periódica por eventual progresión.
de 30 a 45 db.	Pueden entender una conversación a una distancia de 1,5 m. aprox. sin mucha dificultad. Presentan algunos defectos de articulación y dificultad para oír adecuadamente si la voz del que habla es suave o si no pueden verle la cara.	Se ubicarán en un sitio favorable del aula. Lectura, labial siempre; prótesis auditiva a partir de los 40 db. Corrección de los defectos de articulación del lenguaje. Evaluación periódica.
de 45 a 60 db.	Entienden una conversación en voz fuerte, mucha dificultad en grupos de personas. Lenguaje y vocabulario limitado. Defectos de articulación.	Prótesis auditiva permanente. Lectura labial siempre. Adiestramiento auditivo y especial en la articulación y estructuración del lenguaje. Se ubicarán en un sitio favorable en el aula de escuelas de normo-oyentes y se les podrá dar apoyo con clases especiales con profesores sordos.
de 60 a 80 db.	Pueden oír la voz fuerte a 30 cm de distancia solamente. Pueden identificar los sonidos del ambiente y las vocales, pero hay dificultad con las consonantes, incluso usando prótesis auditivas. No hay buena calidad de voz. Lenguaje restringido.	Prótesis auditivas permanentes. Lectura labial siempre. Adiestramiento auditivo. Especial énfasis en la articulación y organización del lenguaje. Después de un período de instrucción especial, es posible que ingresen en una escuela común con apoyo de clases especiales.
de 80 o más	Profundamente sordos, aunque puedan oír sonidos muy fuertes. No se puede pensar en la audición como vía primaria de desarrollo del lenguaje y comunicación. No hay lenguaje. Emite sonidos guturales. Usa gestos.	Prótesis auditivas si hay restos auditivos. Lectura labial siempre. La articulación y el lenguaje deben desarrollarse mediante un adiestramiento largo y cuidadoso. Procedimientos educativos especiales en escuelas de sordos.

B) AUDIFONOS

1.- Definición :

Dispositivos que sirven para aumentar la intensidad de los sonidos, para compensar la deficiencia auditiva de un paciente hipoacúsico.

2.- Están constituidos por:

a) **Micrófono:** recibe las ondas sonoras y las transforma en ondas eléctricas de la misma intensidad y frecuencia.

b) **Amplificador:** amplifica las ondas eléctricas.

c) **Receptor:** transforma las ondas eléctricas nuevamente en ondas sonoras.

- **Transmisor por vía aérea:** Pequeño receptor adosado al molde que se adapta al conducto auditivo externo.

- **Transmisor para vía ósea:** Requiere mayor poder que los de vía aérea. El adaptador es como un están óseo del audiómetro y se coloca en la 19i mastoidea.

d) **Fuente de alimentación (pilas):** suministra corriente al circuito.

e) **Llave de encendido :** pone en funcionamiento o desconecta el audífono.

f) **Control de tonos:** modifica la curva de ganancia hacia tonos graves o agudos.

g) **Potenciómetro o control de volumen:** regula la intensidad del sonido.

3.-Tipo de Amplificación:

- a) **Lineal:** Amplifica todas las frecuencias por igual. La intensidad de salida es proporcional a la intensidad del ataque de entrada. Pueden utilizarse en hipoacusias conductivas mixtas o muy severas sin reclutamiento.
- b) **Selectiva:** Amplifica toda una banda determinada de frecuencia de acuerdo a las necesidades o según la caída brusca de la audición.
- c) **Comprimida:** Tiene un montaje especial que permite la amplificación normal de tonos débiles, pero limita automáticamente la de tonos fuertes a un nivel determinado, de forma que la intensidad máxima de salida está siempre por debajo del límite de tolerancia del paciente, de acuerdo a su reclutamiento y la estrechez de su campo auditivo.

Hay dos tipos de compresión:

- Verdadera (AVC): la amplitud de la onda sonora es comprimida regularmente donde se respeta la curva.
- Guillotinado: selecciona la onda en su máxima amplitud no permitiendo que pase de cierto valor ya determinado.

Es preferible la tipo "A" por ser efectiva y de menor distorsión.

4.- Modelos:

Los modelos existentes son:

- Caja.
- Retroauriculares.
- Audigafas.
- Modulares.
- Intra-auriculares.

5.- Oído a elegir:

- . Oído peor : Bilateral > 30 dB y el peor ≤ 50 dB.
- . Oído mejor : Bilateral > 50 dB.

Se considera mejor a aquel que tiene mayor discriminación y no el de mayor audición.

Si ambos oídos tienen una sordera de más de 90 decibeles el audífono no permite discriminación pero en niño debe indicarse ya que en ellos hay que aprovechar todos los restos auditivos para que por lo menos tengan noción de sonido, acento, modulación, y puedan realizar autocontrol de la voz.

6.- Tipos de amplificación según la hipoacusia, reglas generales:

- a) Hipoacusias conductivas o mixtas: amplificación lineal.
- b) Hipoacusia perceptiva con reclutamiento: amplificación comprimida.
- c) Caídas bruscas en la audiometría tonal: prótesis de amplificación selectiva.

7.- Contraindicaciones para el uso de Audífonos:

- a) Hipoacusia menores de 30 decibeles
- b) Cofosis bilateral
- c) Hipoacusia unilateral
- d) Hipoacusias fluctuantes.
- e) Gran reclutamiento y sin discriminación.

Es un proceso de enseñanza para niños que les permite, con el uso simultáneo de otoamplífono, utilizar al máximo su audición residual y proporcionarles imágenes auditivas.

Pasos a seguir:

- 1.-Desarrollo de la conciencia del sonido: aquí comprenderán que los sonidos tienen un significado.
- 2.-Desarrollo de la discriminación gruesa: identificaran y reconocerán diferencias que existen entre un sonido y otro.
- 3.-Desarrollo de la discriminación fina del lenguaje: discriminarán auditivamente la palabra hablada, afianzarán los patrones fonoarticulatorios y perfeccionarán la inteligibilidad de la palabra.

Hay que considerar dos situaciones :

- Niños cuyas pérdidas auditivas existían al nacer o aparecieron en la infancia, antes de la fijación del lenguaje. En estos casos es de vital importancia para ayudarlos a desarrollar el lenguaje y darles imágenes auditivas. Esto sería **EDUCACION AUDITIVA**
- Niños que perdieron su audición una vez fijado y desarrollado su lenguaje. En estos casos el niño va perdiendo su habilidad para discriminar. El adiestramiento auditivo realizará una **REEDUCACION AUDITIVA**

a) Lectura labial u orolectura:

Es la capacidad de poder leer en los labios la palabra articulada. Las personas que van perdiendo paulatinamente la audición se ven obligados a valerse de la lectura labial a veces sin darse cuenta.

b) Antibióticos:

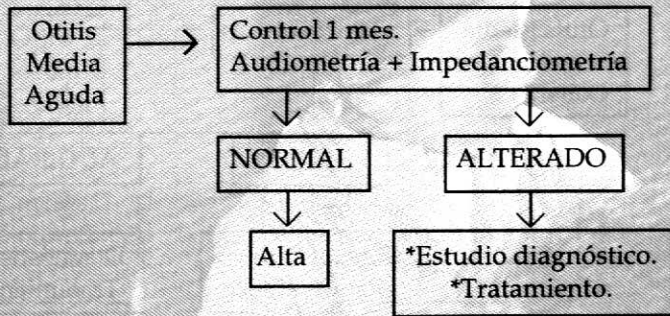
PRIMERA LINEA: Amoxicilina-
cotrimoxazol

SEGUNDA LINEA: Ampicilina +
Acido clavulánico;
Eritromicina +
Sulfisoxazol

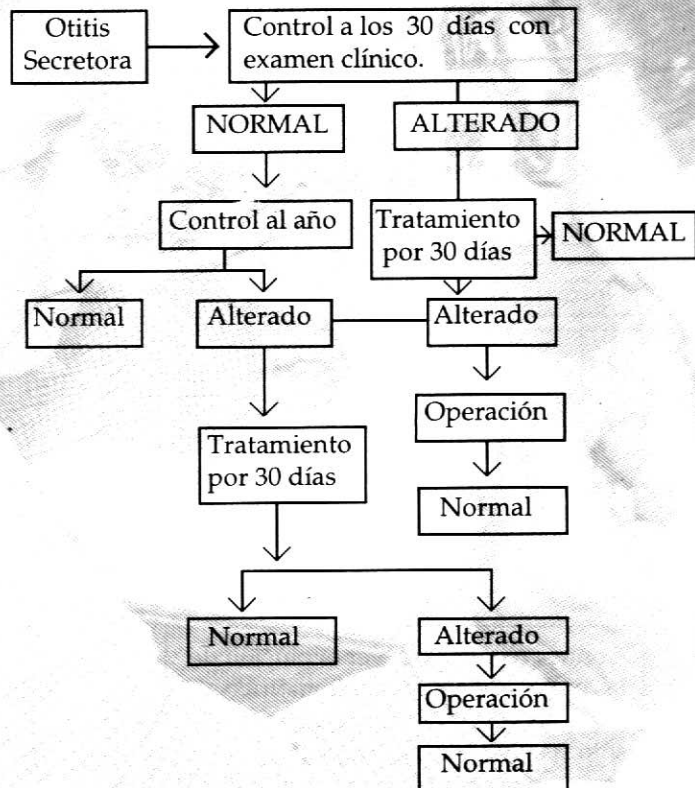
TERCERA LINEA: Cefalosporina de 1ª
Generación.

SEGUIMIENTO DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES

1.- Otitis Media Aguda:



2.- Otitis Secretora o Mucositis Timpánica o Mixo-sis Timpánica:



5. Intervención quirúrgica necesaria en la primera consulta:

- Retracción del tímpano con nido de colesteatoma.
- Un niño hipoacúsico sensorio neural que está usando audífono y que deja de oír por una otitis secretoria que le agrega sordera.

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

1.- Diamante Vicente G.

"Otorrinolaringología y Afecciones Conexas"
Editorial Promedicina.
Buenos Aires, 1992.

2.- Meneghello J. Fanta E. Paris.

"Pediatria"
Editorial Mediterráneo.
Santiago, 1992.

3.- Deweese, Saunders y Cols.

"Otorrinolaringología"
Editorial Panamericana.
México, 1991.

Dr. Jorge Preisler
Prof. Erwin Frei
Prof. Claudia Delucchi
Dra. María Salinas F.
Dr. Rodrigo Iñiguez S.
Dra. Ximena Fonseca A.
Dr. Alphonse Dattas L.
Dra. Cecilia Borel A.
Dr. Hernán Palazuelos V.
Dr. Maite Lopez C.
Dra. Luz María Alvarado P.
Dr. Jorge Bahamondes B.
Dr. Patricio Aravena L.
Dra. Carmen Melendez
Dr. Luis Dentone S.
Dr. Juan Viada
Dra. Carmen Gloria Palma
Dra. Catalina Matalón
Dra. Patricia Villegas
Dr. Jorge Caro Letelier

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA REVISION DE ESTAS NORMAS

Dr. Jorge Caro L. y colaboradores, presidente Sociedad de Otorrinolaringología. período 93-94.

Dr. Patricio Aravena L., presidente Sociedad de Otorrinolaringología. año 1995

**PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN
LA COORDINACION Y ELABORACION DE
ESTAS NORMAS**

Enf. Margarita Barría I.
Dra. María Paz Guzmán H.
Klgo. Víctor Orellana T.
A. Soc. Nery Palma S.
Ntra. Irma Vargas P.
Psic. Ana María Squicciarini N.
Dr. Pedro Yáñez A.

Al mismo tiempo, se reconoce el apoyo administrativo y transcripción del documento, realizado por Leonor Salinas y Marcela Matamala, Secretarias de la Unidad de Salud Escolar, JUNAEB.

