

**PROTOCOLO DE  
ACTUACIÓN EN LA  
PATOLOGÍA ORL URGENTE  
EN EL ÁREA II DEL SMS**

## INDICE

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUCCIÓN                                     | 1  |
| 2 OBJETIVOS                                        | 5  |
| 2.1 Objetivos Generales                            | 5  |
| 2.2 Objetivos Específicos                          | 5  |
| 3 ALCANCE                                          | 5  |
| 4 NORMATIVA                                        | 5  |
| 5 POBLACIÓN DIANA                                  | 5  |
| 6 PROCESOS URGENTES DE ORL                         | 6  |
| 6.1 MAPA DE PROCESOS GENERAL DE URGENCIAS ORL      | 6  |
| 6.2 VIAS DE DERIVACIÓN A ORL                       | 7  |
| 6.3 VIAS DE COMUNICACIÓN                           | 9  |
| 6.4 ATENCIÓN POR EL ORL DE GUARDIA                 | 9  |
| 6.5 VÍAS DE DERIVACIÓN SEGÚN PATOLOGÍAS            | 9  |
| 7 PAUTAS DE ACTUACIÓN POR PATOLOGÍAS               | 11 |
| 7.1 NARIZ, FOSAS Y SENOS PARANASALES               | 12 |
| 7.1.1 Epistaxis                                    | 12 |
| 7.1.2 Sinusitis                                    | 13 |
| 7.1.3 Cuerpos extraños nasales                     | 14 |
| 7.1.4 Traumatismos nasales                         | 15 |
| 7.2 FARINGE                                        | 16 |
| 7.2.1 Faringoamigdalitis                           | 16 |
| 7.2.2 Cuerpos extraños                             | 17 |
| 7.3 OIDOS                                          | 18 |
| 7.3.1 Otitis                                       | 18 |
| 7.3.2 Cuerpos extraños                             | 19 |
| 7.3.3 Traumatismos                                 | 20 |
| 7.3.4 Patología inflamatoria de pabellón auricular | 21 |
| 7.3.5 Vértigo                                      | 22 |
| 7.3.6 Parálisis facial periférica                  | 23 |
| 7.3.7 Hipoacusia brusca                            | 24 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 7.4 LARINGE Y CUELLO          | 25 |
| 7.4.1 Disnea alta             | 25 |
| 7.4.2 Traumatismos cervicales | 26 |
| 7.4.3 Tumores cervicales      | 27 |
| 7.4.4 Cuerpos extraños        | 28 |
| 7.4.5 Hemoptisis              | 28 |

## 1 INTRODUCCIÓN

La patología de Otorrinolaringología (ORL) urgente es muy prevalente en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria del Área II y en el Complejo Hospitalario de Cartagena (CHUC).

El Área II está constituida por 7 Zonas básicas de Salud, existiendo SUAP (Servicios de Urgencias de Atención Primaria) en Mazarrón, La Unión, Fuente Álamo, Cartagena Este y Los Dolores.

El Complejo Hospitalario CHUC está formado por:

- Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) con 667 camas de hospitalización.
- Hospital Universitario Santa María del Rosell (HUSMR).

El servicio de ORL del Área II está compuesto actualmente por 12 facultativos, de los cuales sólo 7 realizan guardias. Estas guardias son localizadas, cubriendo todos los días del año. Comienzan a las 15:00 horas y terminan a las 8:00 horas del día siguiente. Además contamos con 4 residentes que realizan guardias de presencia física. Entre todos los residentes se cubren solamente entre 10 y 15 días de guardia al mes, dependiendo de sus rotaciones, ya que el residente de primer año hace guardias con el residente de cuarto año.

Se atienden las urgencias de ORL a petición del Servicio de Urgencias o de otros Servicios hospitalarios que lo requieran.

En horario laboral ordinario de mañanas, se asigna a dos facultativos para atender las urgencias, las interconsultas hospitalarias y la actividad asistencial de los pacientes ingresados.

Las urgencias de ORL más frecuentemente atendidas son: 1. Infecciones de las vías aerodigestivas superiores. 2. Epistaxis. 3. Fracturas nasales. 4. Cuerpos extraños en las cavidades ORL.

El Servicio de Urgencias de ambos centros hospitalarios atiende, entre otras, patología de ORL. La atención de todas estas urgencias por el ORL, se encuentra centralizada en el HGUSL.

En el Servicio de Urgencias del HGUSL disponemos de una sala dotada con sillón de exploración, frontoluz, microscopio, fibroendoscopio de exploración, fibroendoscopio de canal con pinzas para extracción de cuerpos extraños, vitrina con instrumental para la realización de pequeñas intervenciones, además del equipamiento informático necesario para realizar las historias clínicas.

En cuanto a las consultas de ORL de cupo se desarrollan en el HUSMR, siendo de alta resolución y se efectúan por tres facultativos diariamente. Estas permiten la realización de pruebas como audiometrías, impedanciometría, fibroendoscopia y radiología simple- ecografía en la primera citación. No existe lista de espera (menos de 5 días de demora) lo que facilita que los pacientes no utilicen los Servicios de Urgencias hospitalarios para las patologías que no lo requieran.

Las consultas en el HGUSL se reservan para los pacientes que precisan una intervención quirúrgica o un tratamiento más específico de los miembros de alguna de las secciones (Laringe, Nariz, Oído) en las que se encuentra dividido el Servicio de ORL.

Es la primera vez que se aborda un protocolo de actuación sobre la patología urgente de ORL que implique y coordine a los Servicios de Atención Primaria, Servicio de Urgencias hospitalarias y ORL.

En este se describirán las distintas patologías urgentes de ORL, el modo de actuación por los distintos facultativos y los criterios de derivación entre los tres Servicios mencionados.

Atendiendo a lo expuesto se ha elaborado este protocolo que deberá ser consensuado por los Servicios de Urgencias, Atención Primaria y ORL y respaldado por la Gerencia del Área, pasando a ser parte de la Normativa de Régimen Interno.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos Generales**

Unificar los criterios de actuación y de derivación de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con patología de ORL y divulgar estos criterios a los facultativos de los Servicios de Atención Primaria, Urgencias y ORL del Área II.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Minimizar la variabilidad en la práctica clínica en la atención de los pacientes con patología urgente de ORL entre los facultativos de los Servicios de Urgencias y de ORL.

Definir las patologías que requieren valoración por el ORL tanto en la jornada ordinaria como durante el periodo de guardia localizada, regulando tanto la accesibilidad como la continuidad de los pacientes con esta patología.

Describir los protocolos de actuación de cada patología y establecer los criterios de derivación desde los Servicios de Urgencias al Servicio de ORL, de los pacientes que consultan con patología urgente de ORL.

## **3. ALCANCE**

El protocolo afecta a todos los facultativos de ORL del Hospital General Universitario Santa Lucía y a los facultativos de los Servicios de Urgencias tanto Hospitalarios como de los Centros de Atención Primaria del Área II, que atiendan a pacientes con patología urgente ORL.

## **4. NORMATIVA**

Régimen interno.

## **5. POBLACIÓN DIANA**

Todos los pacientes del Área II con patología ORL urgente.

## 6 PROCESOS URGENTES ORL

### 6.1 MAPA DE PROCESOS GENERAL DE PATOLOGÍA URGENTE EN ORL

En el gráfico 1 se muestra un mapa de procesos quedando esquematizada la secuencia de actos implicados en un proceso de urgencias ORL

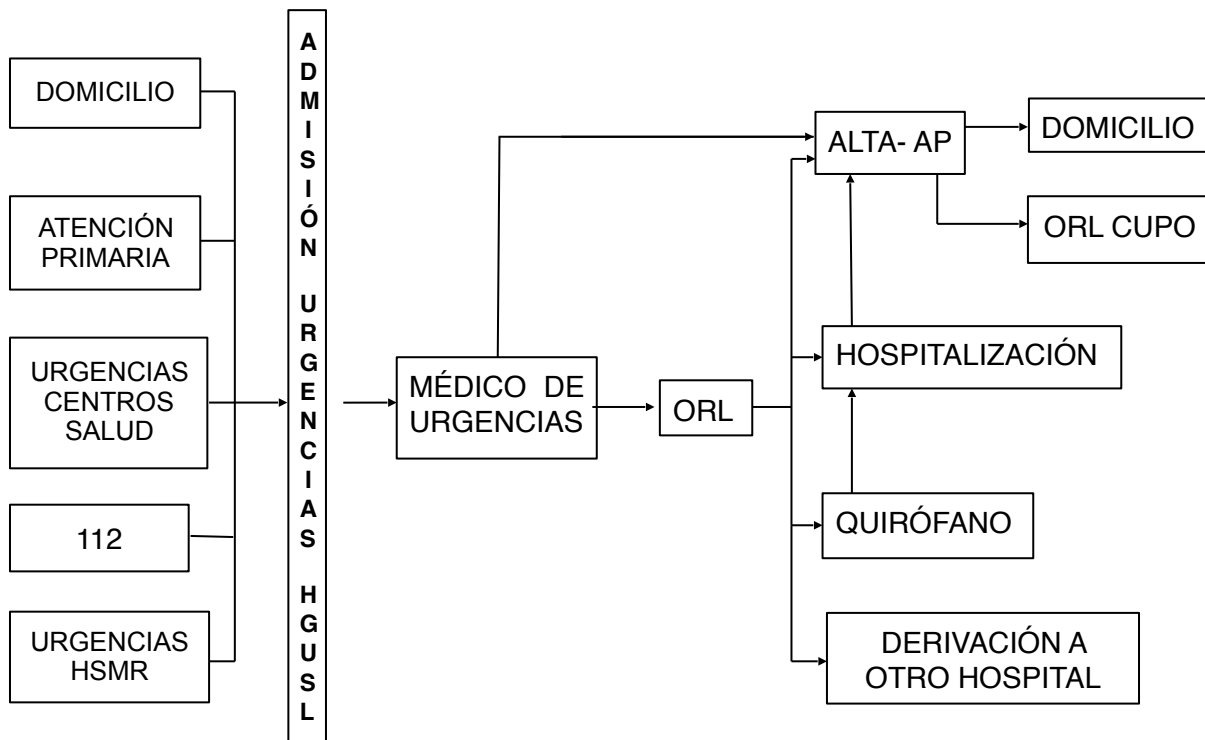


Gráfico 1. Mapa de Procesos General de patología urgente en ORL

## 6.2 VÍAS DE DERIVACIÓN A ORL

En líneas generales, la mayoría de las consultas otorrinolaringológicas en los Servicios de Urgencias, no suponen urgencias reales, sino patologías más o menos importantes pero diferibles en muchos casos a los Servicios de Atención Primaria, pudiendo resolverse por los facultativos de ambos servicios sin necesidad de recurrir al ORL.

Como todos los pacientes que acuden a la puerta de urgencias, éstos deben ser atendidos por el médico de urgencias, realizándose una correcta historia clínica, exploración y aproximación diagnóstica, así como el tratamiento oportuno.

Tras esta valoración, puede ser necesaria la revisión posterior por parte de:

- Médico de Atención Primaria.
- Médico de Atención Primaria y ORL de cupo.

No se debe derivar a las consultas externas ni de cupo de ORL directamente desde el Servicio de Urgencias. Será el Médico de Atención Primaria quien, según su criterio, realice esta derivación, que como se ha explicado en la introducción no tiene demora.

- ORL de guardia de forma diferida.

Todo paciente que acude a Urgencias requiere la valoración previa del facultativo del Servicio de Urgencias antes de la llamada al ORL, excepto si el paciente ya ha sido valorado el día anterior por el Servicio de Urgencias y se ha citado con indicación expresa de un ORL del Hospital. En estos casos, el paciente deber ser citado en la Puerta de Urgencias a las 10:00 h (tras la resolución de las altas hospitalarias) desde donde se contactará con el ORL por los medios descritos en el apartado 6.3 (Vías de comunicación).

En ningún caso se derivará a los pacientes directamente a CEX-ORL sin previo aviso al ORL.

- ORL de guardia de forma urgente.

Para urgencias vitales (disnea alta y hemorragia postoperatoria o incontrolable) la llamada al ORL de guardia debe ser inmediata.

Los pacientes atendidos en la Puerta de Urgencias del HUSMR deberán ser trasladados a la Puerta de Urgencias del HGUSL para su atención por el ORL.

La decisión de contactar con el ORL debe ser tomada por facultativos con cierta experiencia, por lo que en el caso de haber sido atendido por un residente de primer o segundo año, deberá ser el adjunto responsable el que contacte telefónicamente.

En el gráfico 2 se esquematizan la vías de derivación entre Atención Primaria, Servicio de Urgencias y ORL

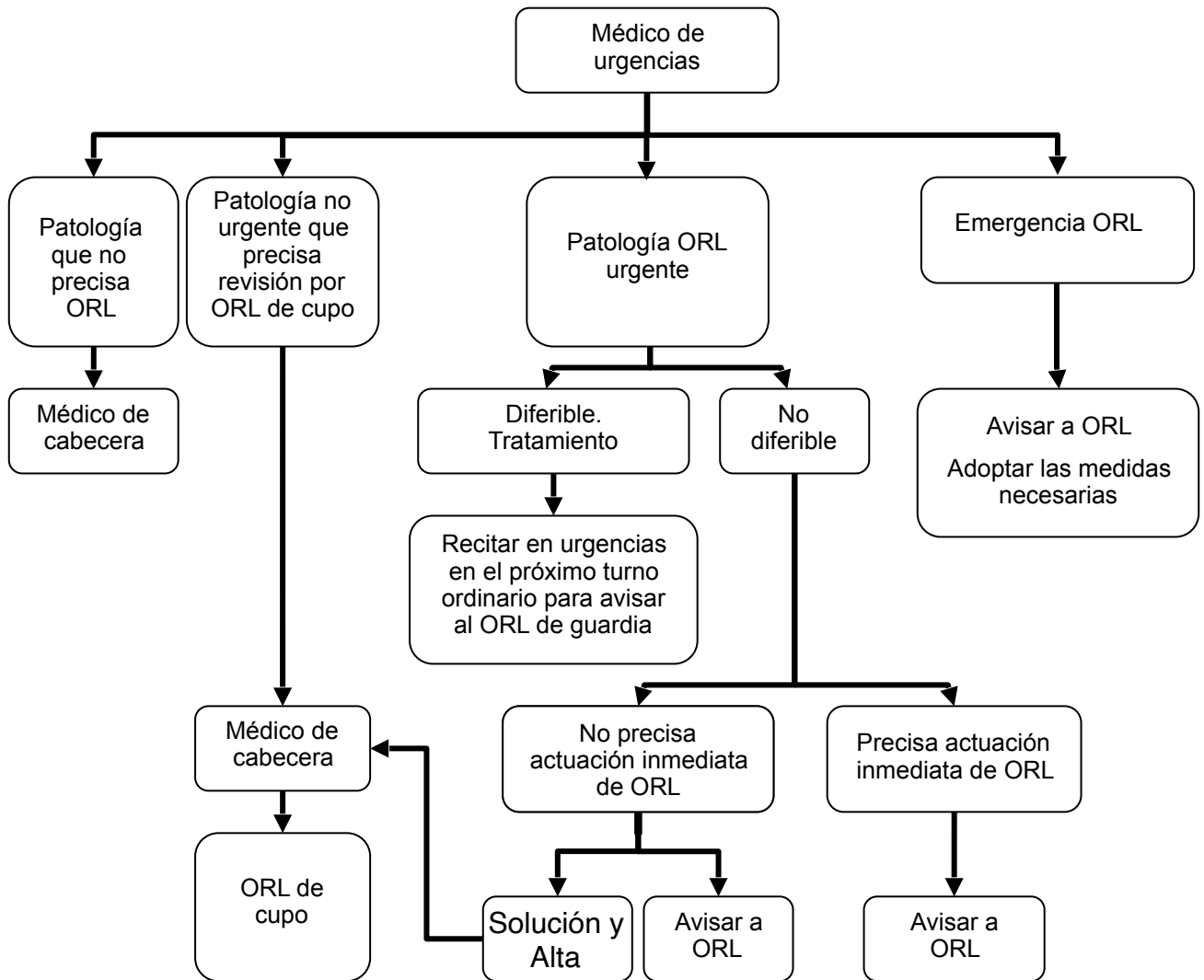


Gráfico 2. Vías de derivación entre Atención Primaria, Servicio de Urgencias y ORL



### **6.3 VIAS DE COMUNICACIÓN**

La comunicación del Servicio de Urgencias Hospitalaria con el ORL deberá ser telefónica.

Durante la jornada de mañana, llamando al teléfono interior 956054. Este teléfono se mantendrá todo el día si hay residente cubriendo la guardia, en caso contrario, a partir del mediodía habrá que contactar con centralita para que localice al ORL de guardia en su móvil particular o en el teléfono fijo de su domicilio.

Si por la mañana estuviera sin batería el teléfono interior o no se respondiera por cualquier otra causa, se localizará al ORL de guardia a través de centralita (que contactará con el teléfono móvil particular).

No se deben realizar interconsultas urgentes en Selene sin avisar telefónicamente.

### **6.4 ATENCIÓN POR EL ORL DE GUARDIA**

Como norma general, atendemos a los pacientes de urgencias en la sala asignada en el Servicio de Urgencias, salvo en los casos en que el ORL indique verbalmente su traslado a las CEX-ORL.

No se admite, por tanto, la derivación de pacientes a CEX-ORL sin la indicación verbal y expresa por parte de ORL, dado que éste puede estar en la planta o en quirófano.

### **6.5 VÍAS DE DERIVACIÓN SEGÚN PATOLOGÍAS**

- Patologías que pueden ser derivadas a Atención Primaria:
  - Epistaxis controladas.
  - Sinusitis no complicadas.
  - Fracturas de HNP no desplazadas ni complicadas (si hay herida cutánea: se sutura).
  - Otitis no complicadas.
  - Tapones de cerumen.
  - Perforación timpánica.
  - Parálisis facial.
  - Faringoamigdalitis no complicadas.
  - Heridas auriculares o nasales suturadas.
- Patologías que pueden ser derivadas a Atención Primaria con recomendación de posterior derivación al ORL de zona:
  - Acúfenos.
  - Vértigo periférico bien tolerado.

- Disfagia.
- Disfonía.
- Patologías que pueden ser valoradas por el ORL al día siguiente:
  - Otomicosis y otitis que requieran limpieza del CAE.
  - Otitis que no responden a tratamiento correcto.
  - Cuerpos extraños inertes de oído, que no se han podido extraer con un lavado.
  - Sordera o hipoacusia brusca.
  - Fracturas nasales desplazadas no complicadas.
  - Cuerpos extraños faríngeos no complicados que no puedan extraerse.
  - Tumoración cervical no aguda.
  - Amigdalitis de tórpidas evolución o con afagia.
  - Abscesos periamigdalinos o parafaríngeos sin disnea ni otra complicación.
  - Otohematoma.
  - Heridas de CAE.
  - Perforaciones traumáticas grandes de membrana timpánica.
- Patologías que deben ser valoradas por el ORL de forma inmediata:
  - Disnea de VAS (estridor y tiraje).
  - Epistaxis no controladas.
  - Fracturas nasales desplazadas, abiertas y complejas.
  - Cuerpos extraños nasales en niños.
  - Cuerpos extraños orgánicos en oído (semillas, legumbres, animales no extraíbles).
  - Sinusitis complicadas: complicaciones orbitarias o signos meníngeos (con TC).
  - Otitis complicadas: vértigo, parálisis facial, signos meníngeos, mastoiditis (con TC).
  - Vértigo como complicación de otitis.
  - Tumoración cervical aguda con signos inflamatorios.
  - Traumatismo laríngeo con disfonía o disnea.
  - Heridas cervicales profundas.
  - Heridas de pabellón auricular o nariz con pérdida de sustancia.

## 7 PAUTAS DE ACTUACIÓN POR PATOLOGÍAS

- El presente protocolo establece las pautas de actuación con los pacientes que acudan a las puertas de urgencias del CHUC, presentando patología otorrinolaringológica.
- Las pautas están expuestas en forma de algoritmos acompañados de breves aclaraciones sobre los puntos más importantes que, en ningún caso, pretenden abarcar todos los conocimientos que el médico de urgencias debe tener al respecto.
- Estas pautas de actuación deberán seguirse ante todos los pacientes que acudan a la puerta de urgencias con patología ORL, independientemente de su procedencia y modo de derivación desde otro centro de asistencia.
- Todos los pacientes que acuden a la puerta de urgencias deben ser atendidos por el médico de urgencias, realizándose una correcta historia clínica, exploración y aproximación diagnóstica, así como el tratamiento oportuno.
- Cuando se considere que el paciente deba ser estudiado por su ORL de zona, se remitirá al Médico de Familia para que sea controlado y remitido, según su criterio, desde el Centro de Salud.
- En estas pautas se indica “recitar en próximo turno”, debiéndose interpretar que se recitará a las 10:00 h de la mañana siguiente en la Puerta de Urgencias del HGUSL para avisar desde allí al ORL de guardia. Si fuera durante viernes, sábado o domingo, se avisará al ORL para concretar la hora de la cita del día siguiente.
- Cuando el proceso lo precise, se avisará al ORL siguiendo las vías de comunicación descritas.
- Ante la duda de si es o no derivable, demorable o cualquier otra cuestión, se aconseja llamar telefónicamente al ORL y consultar.

## 7.1 NARIZ, FOSAS Y SENOS PARANASALES

### 7.1.1 Epistaxis

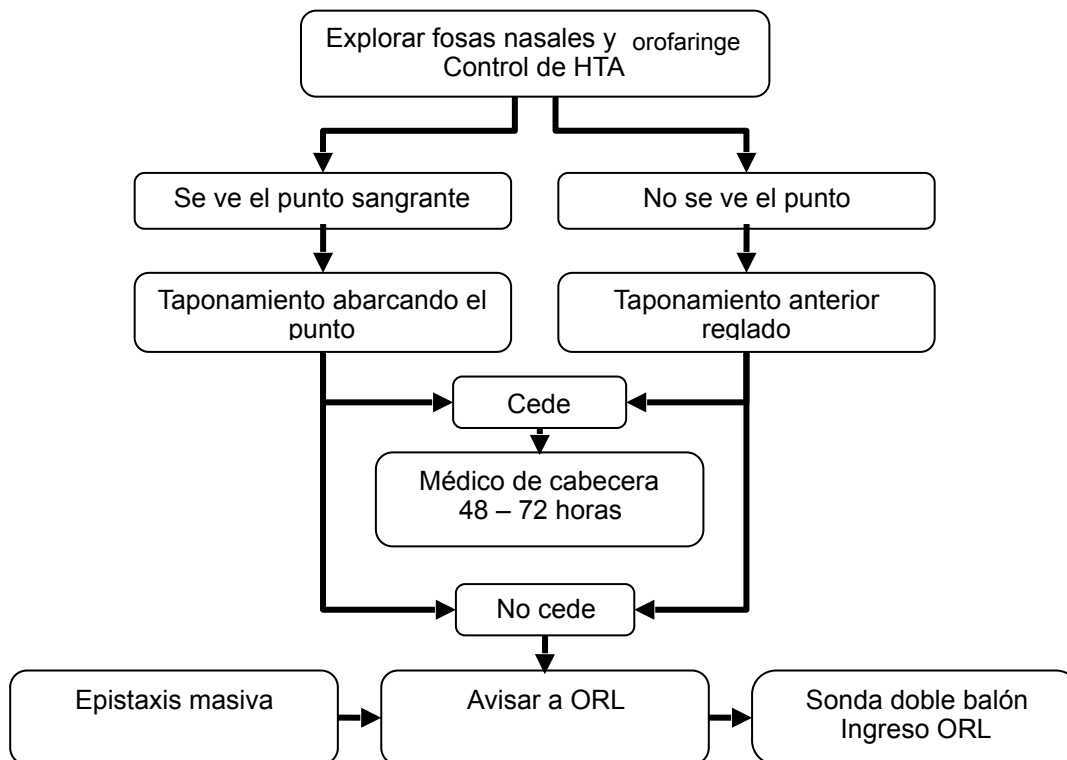


Gráfico 3. Epistaxis

- Deben ser atendidas siempre por un médico, realizando una exploración de las fosas nasales y de orofaringe como muestra el gráfico 3.
- Indagar antecedentes de HTA, tratamientos que afecten a la coagulación, traumatismos, etc. Es prioritario controlar la hemorragia pero hasta la llegada del ORL control de INR y administración de vit K si procede.
- Antes de comenzar a colocar taponamientos en las fosas nasales, se debe anestesiarse la mucosa de las mismas. Para ello se usan tiras de venda de algodón con tetracaina con o sin vasoconstrictor, que se colocarán durante unos minutos en las fosas, antes de colocar los taponamientos.
- El taponamiento anterior debe realizarse con merocell de 8/10 cm impregnado de positón ungüento (pomada poliantibiótica) y si por desviaciones septales u otras patologías no pudiera colocarse éste, se realizará taponamiento con gasa de borde de 1 cm. de ancha con positón ungüento.
- El taponamiento con sonda de doble balón se realizará inflando los balones con el mínimo volumen eficaz ( unos 6 cc. en el posterior y 10 cc. en el anterior). Suele ser doloroso por lo que debe pautarse analgesia.
- El taponamiento se debe dejar 72 horas.

### 7.1.2 Sinusitis

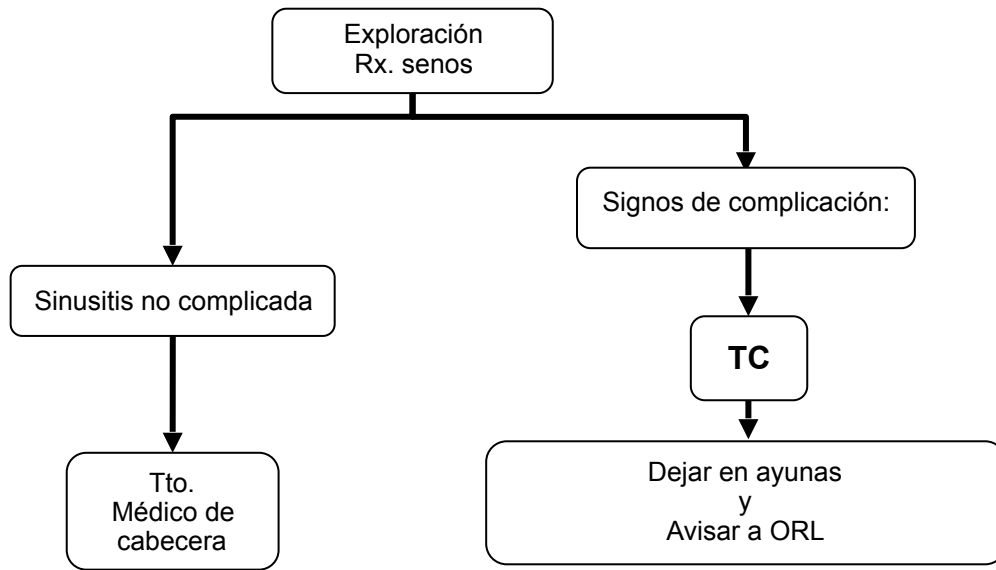


Gráfico 4. Sinusitis

En el gráfico 4 se distinguen dos situaciones: Sinusitis complicada y no complicada.

- Los signos de complicación más importantes son:

Meningismo.

Afectación orbitaria.

- Tratamiento ambulatorio:

Antibiótico de amplio espectro (betalactámicos y/o quinolonas + AINE + vasoconstrictores nasales u orales).

### 7.1.3 Cuerpos extraños nasales

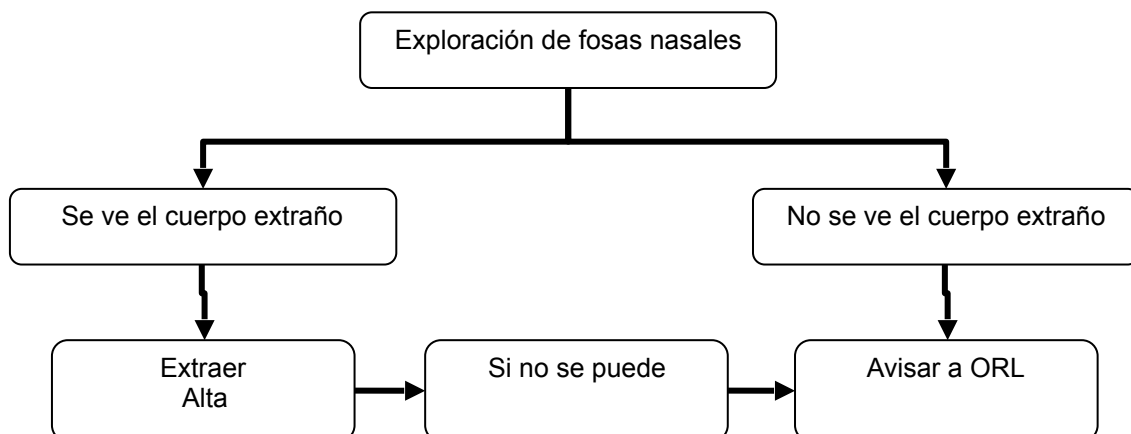


Gráfico 5. Cuerpos extraños en fosas nasales

- En primer lugar hay que explorar las fosas nasales como indica el gráfico 5.
- Suele tratarse de niños pequeños y existe peligro de aspiración.
- Hay que sospecharlo siempre ante una clínica de rinorrea fétida unilateral.
- Si el cuerpo extraño es radioopaco, puede ayudar a su diagnóstico una Rx lateral.
- Se extraerán siempre con un ganchito apropiado (abotonado y curvo en el extremo) y de atrás a delante, nunca con pinzas salvo que sean algodones o material parecido (por el riesgo de introducirlo hacia dentro).

### 7.1.4 Traumatismos nasales

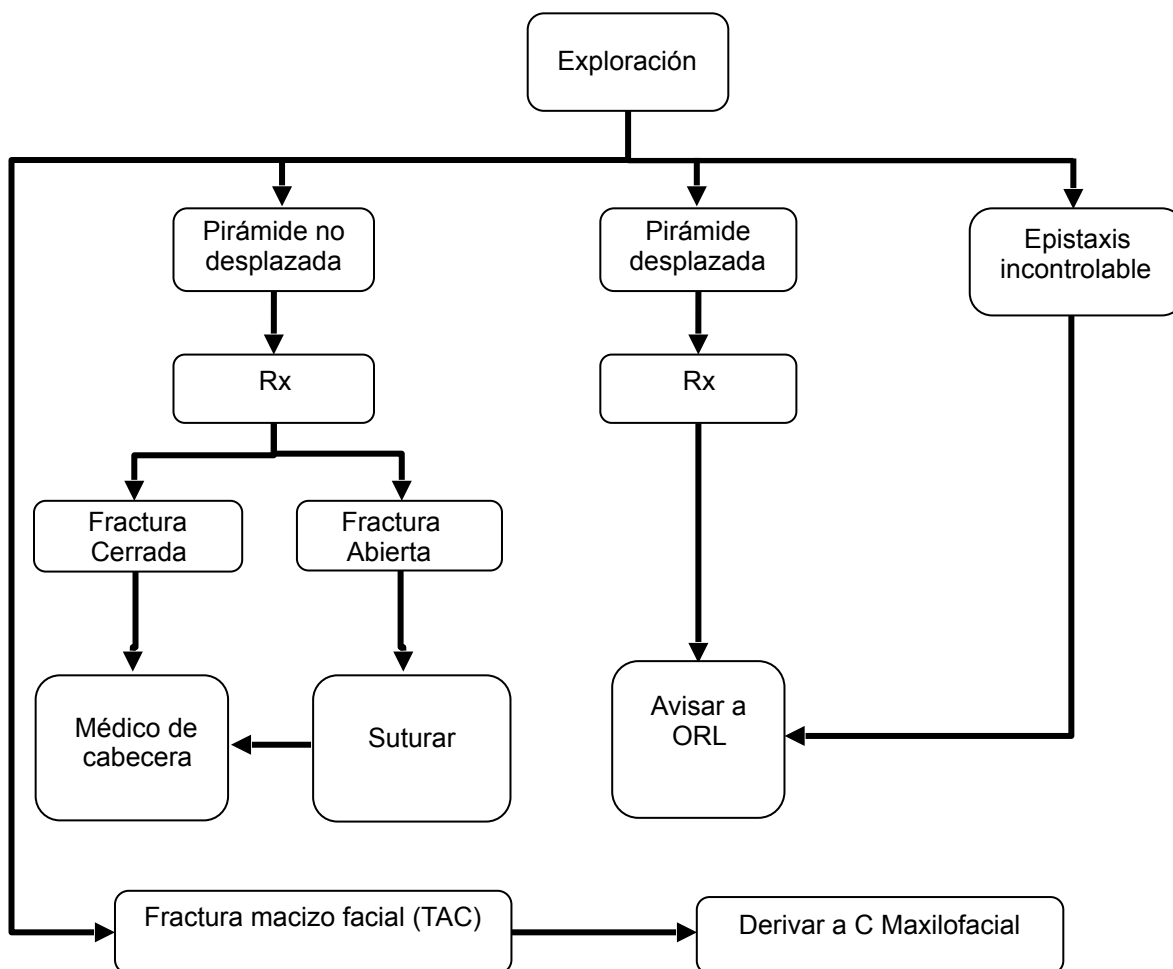


Gráfico 6. Traumatismos nasales

- Indagar traumatismos y deformidades nasales previos.
- Para valorar la deformidad de la pirámide nasal, tiene más importancia la inspección y la palpación que la radiografía.
- Una fractura sin desplazamiento, al no ser necesarias las maniobras de reducción, se tratará como si hubiese sido una contusión sin fractura.
- Si se presenta epistaxis asociada a la fractura y no se autolimitara, se realizará taponamiento anterior.
- Ante la sospecha de fractura de otras estructuras además de los huesos nasales, debe realizarse TC y si se confirma se remitirá a Cirugía Maxilofacial como indica el gráfico 6.

## 7.2 FARINGE

### 7.2.1 Faringoamigdalitis

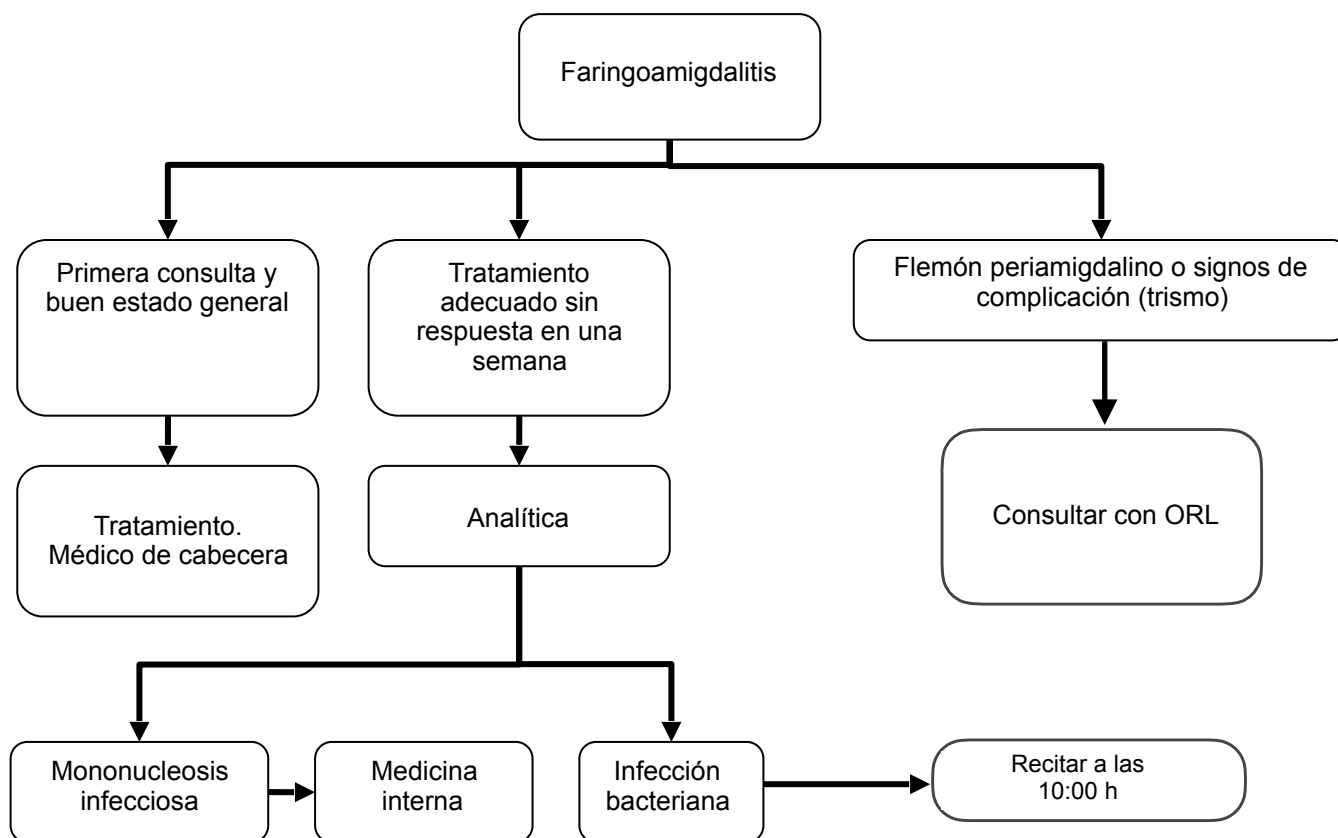


Gráfico 7. Faringoamigdalitis

- Como se muestra en el gráfico 7 ante una faringoamigdalitis que no evoluciona adecuadamente con tratamiento antibiótico deberemos descartar patología vírica.
- Para descartar mononucleosis infecciosa la analítica debe incluir: hemograma, bioquímica (función renal y hepática) y serología VEB y CMV.
- En caso de infección bacteriana amigdalar sin respuesta al tratamiento antibiótico o un flemón periamigdalino se pautará tratamiento antibiótico y corticoideo (si no hay contraindicación) y se consultará con el ORL de guardia.
- En caso de sospecha de neoformación maligna, se recitará en el próximo turno ordinario.



### 7.2.2 Cuerpos extraños faríngeos.

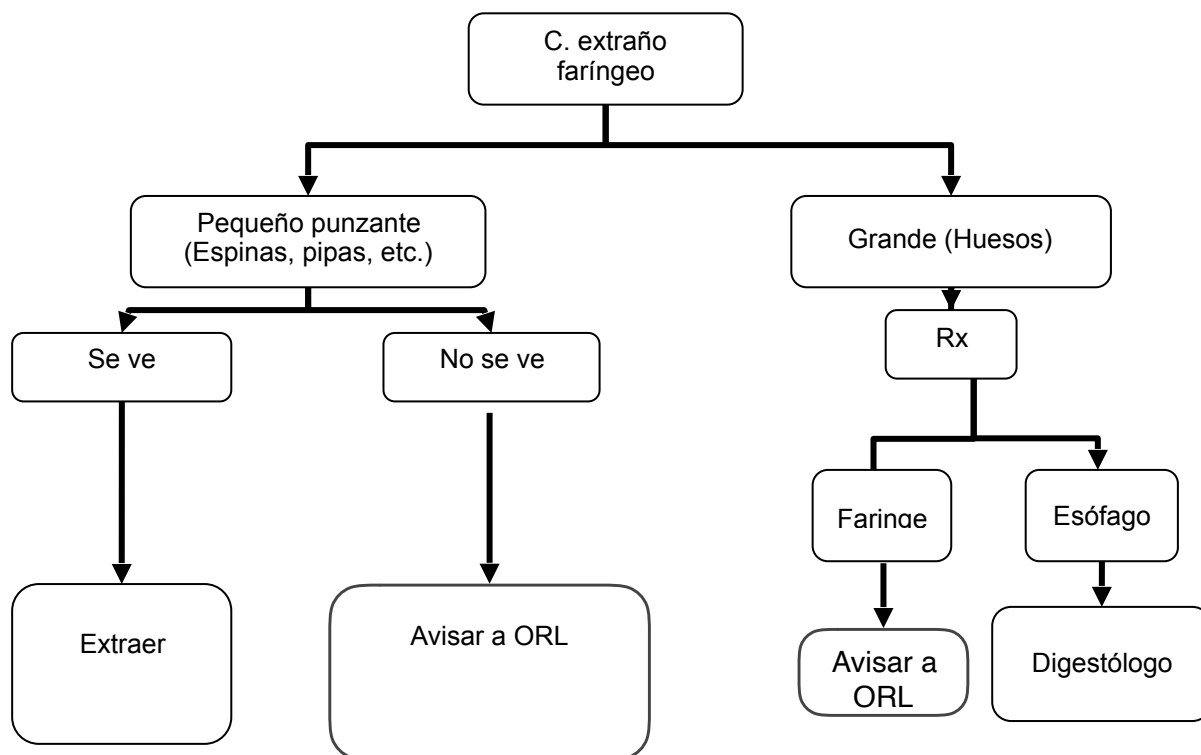


Gráfico 8. Cuerpos extraños faríngeos

- Ante un cuerpo extraño faríngeo que no se ve: se recitará en ayunas después de contactar con el ORL de guardia.
- Los cuerpos extraños esofágicos, corresponden al endoscopista de digestivo, como muestra el gráfico 8. Si clínicamente o radiológicamente se trata de dicha patología, no es preciso la exploración ORL para remitir al digestólogo.
- Los cuerpos extraños romos (monedas, piezas de juguetes) no suelen quedarse en la faringe, sino pasar al esófago.

## 7.3 OIDOS

### 7.3.1 Otitis

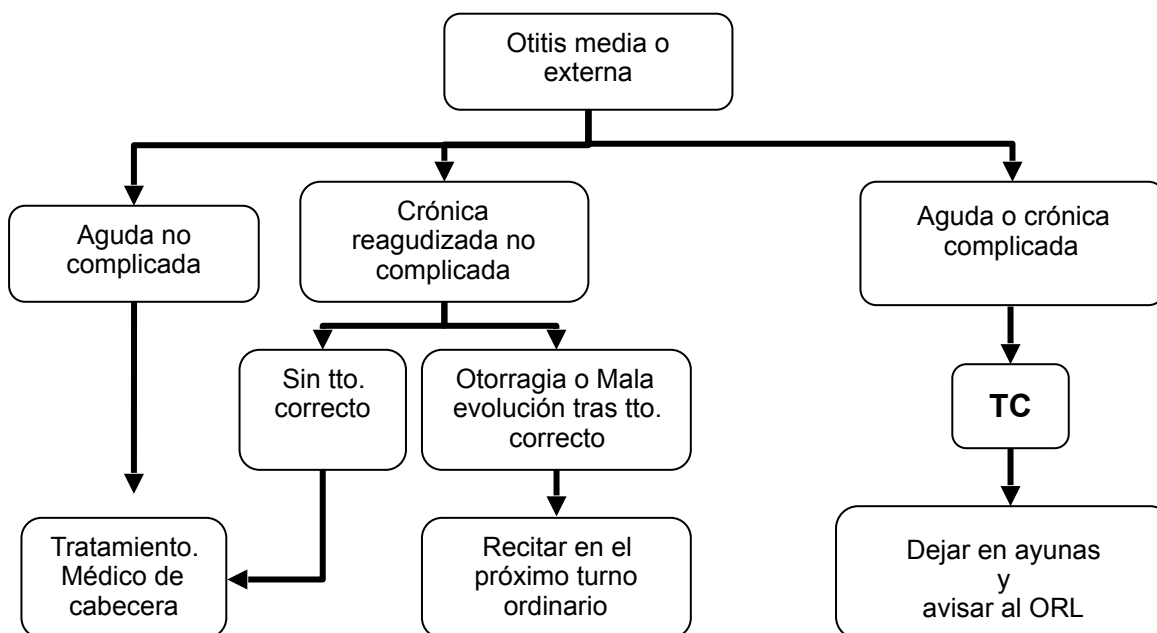


Gráfico 9. Otitis

- Los pacientes con patología infecciosa no complicada de oído externo y medio puede tratarla y controlarla el médico de Atención Primaria como muestra el gráfico 9.
- Los signos de complicación más importantes son: Meningismo, Mastoidismo, Vértigo periférico, Parálisis facial, Dolor retroocular y Diplopía.
- Los pacientes con signos de complicación, precisarán una TC craneal y de oídos.
- La otorragia en las otitis medias agudas suele corresponder a la rotura timpánica. También puede tratarse de un signo de cronicidad en la otitis media o externa.
- Los tapones de cerumen no son una patología urgente.
- Las otitis externas se tratan con gotas óticas antibióticas y antiinflamatorias. Según la clínica, se puede asociar un antiinflamatorio sistémico esteroideo o AINE. Cuando el paciente esté inmunodeprimido (diabético, etc.) debe tratarse con quinolonas vía sistémica además de las gotas, para prevenir la otitis maligna. Cuando haya estenosis de CAE hay que colocar un merocell de oído que servirá de vehículo para el tratamiento tópico.

### 7.3.2 Cuerpos extraños de oído

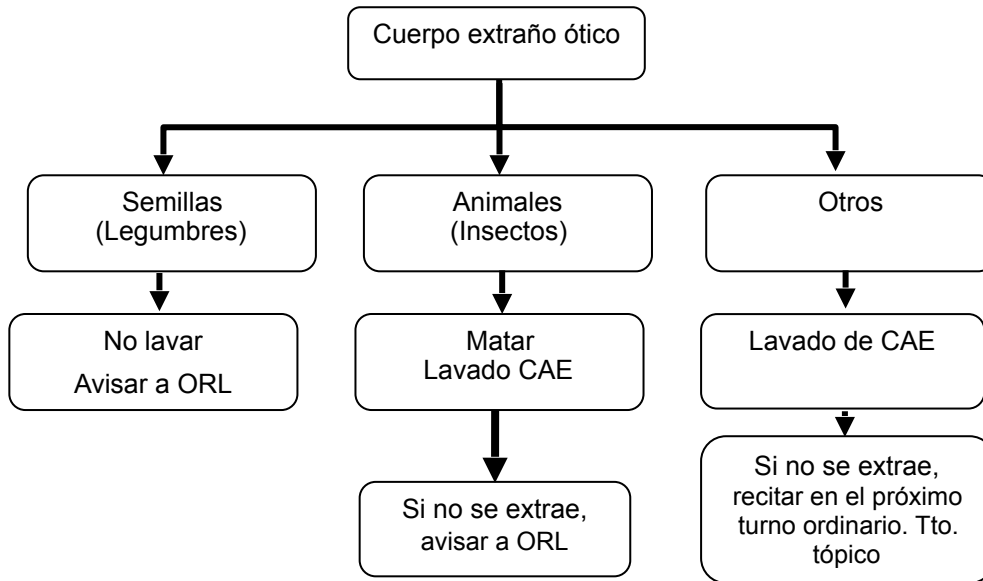


Gráfico 10. Cuerpos extraños óticos

- La extracción de cuerpos extraños deberá realizarse mediante lavado ótico. Este lavado se debe realizar con jeringuilla de 50 cc o mayor capacidad, calentando un poco el líquido a utilizar: agua o solución formolada. No se deben utilizar pinzas salvo que se trate de algodones o material similar.
- Después de la extracción del cuerpo extraño, si hay irritación en el CAE, se deben prescribir gotas óticas con antibiótico y esteroide.
- Son frecuentes en niños pero, salvo que se trate de cuerpos orgánicos (semillas, insectos), suelen ser una urgencia demorable.
- En caso de que se trate de un insecto, se introducirán unas gotas de aceite o anestésico tópico para matarlo y después se extrae como cualquier otro cuerpo extraño no animado, como se muestra en el gráfico 10.

### 7.3.3 Traumatismos de oído

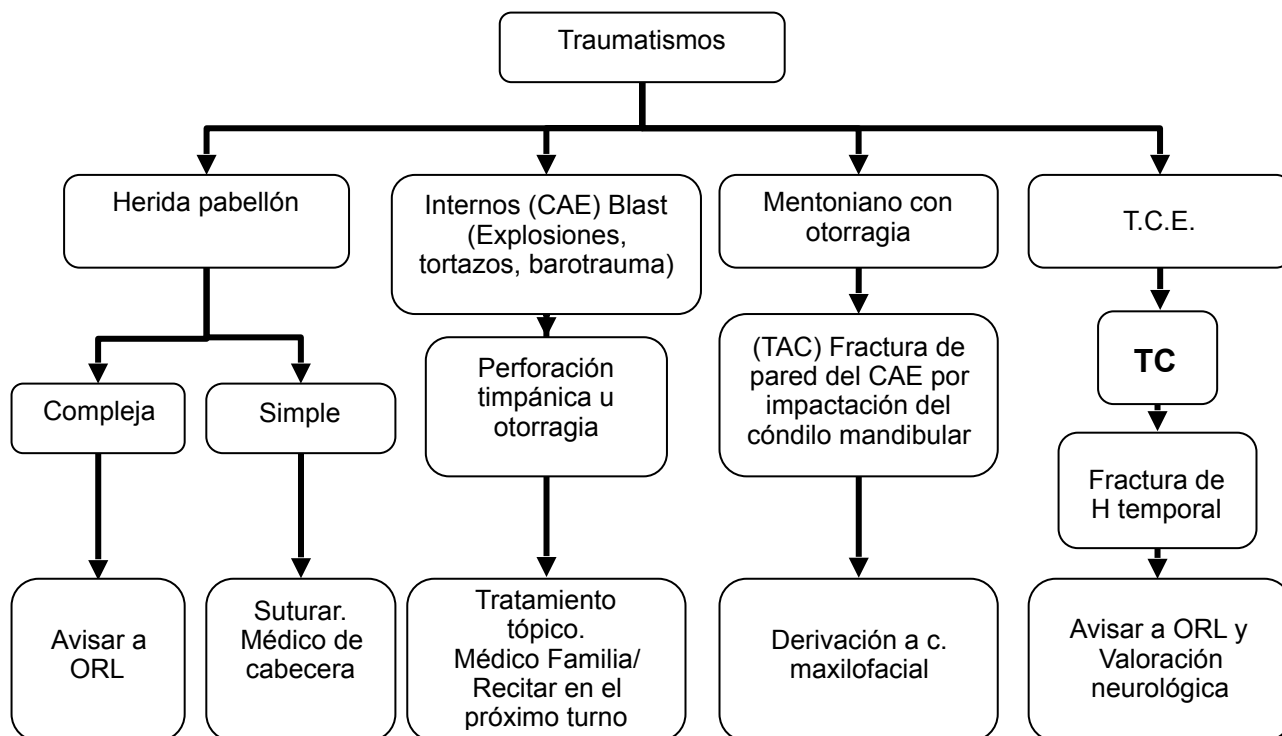


Gráfico 11. Traumatismos óticos

- Las perforaciones traumáticas son urgencias demorables. Deben tratarse con protección antibiótica tópica y ser remitidas al médico de Atención Primaria. En algunos casos (sobre todo si son muy grandes) se deberá citar en el próximo turno.
- Los traumatismos craneoencefálicos con otorragia, deben interpretarse como un signo de posible fractura de base de cráneo, siendo por tanto también pacientes de neurología o neurocirugía.

### 7.3.4 Patología inflamatoria de pabellón auricular

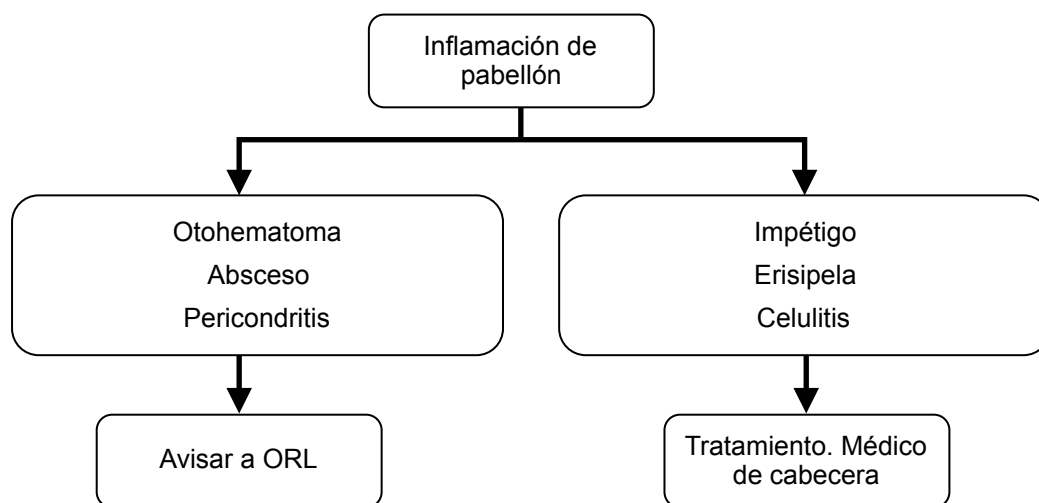


Gráfico 12. Patología inflamatoria del pabellón auricular

- Los otohematomas, los abscesos y la pericondritis afectan directamente al cartílago auricular y deben ser tratados por el ORL.
- El Impétigo, la erisipela y celulitis son patologías de la piel o tejido subcutáneo sin afectar directamente al cartílago por lo que pueden ser tratados de forma médica y derivados a su médico de atención primaria.

### 7.3.5 Vértigo

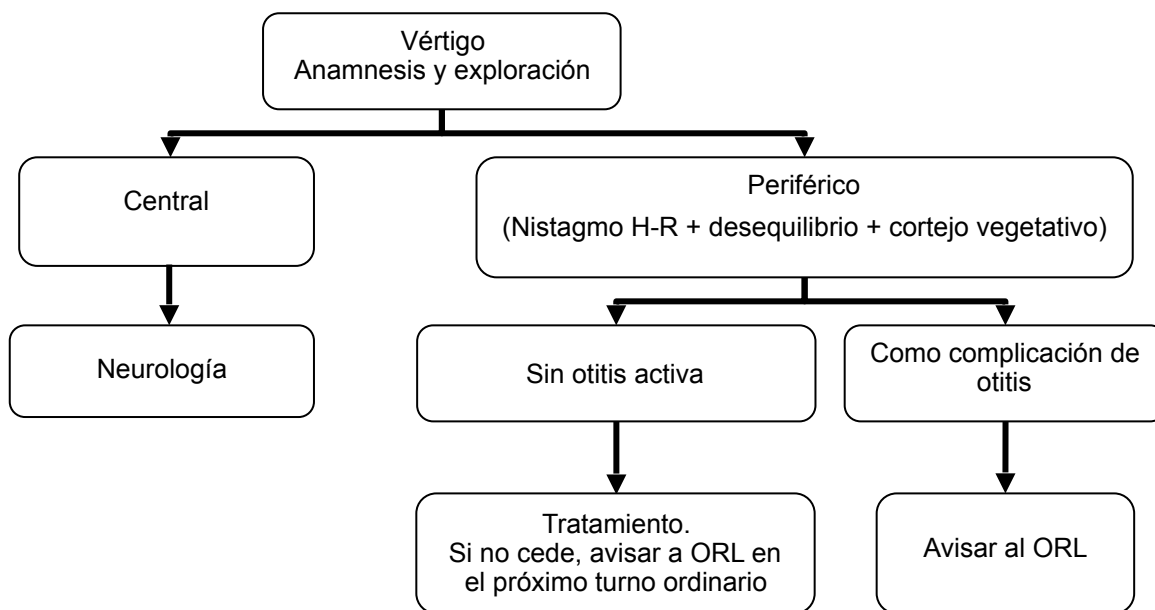


Gráfico 13. Vértigo

- Aunque el vértigo puede tener entidad propia como urgencia, en realidad es un síntoma de la patología causante, que puede ser central o periférica.
- DESCARTAR VÉRTIGO CENTRAL: lo más importante es distinguir los cuadros periféricos de los centrales, como muestra el gráfico 13, porque los primeros se atenderán por el ORL y los segundos se derivarán a Neurología:

Para descartar vértigo central la principal exploración es aplicar el protocolo HINTS (**H**ead **I**mpulse, **N**istagmus, **T**est **S**kew). Tiene escaso valor clínico realizar un TC en urgencias.

- Compatible con vértigo periférico: Head Impulse anormal, Nistagmo espontáneo que sigue las características de un vértigo periférico, Test Skew normal.
- Compatible con vértigo central: Head Impulse normal, Nistagmo espontáneo que no sigue las características de vértigo periférico (más frecuente alternante), Test Skew alterado con refijación.
- Si sospecha de VPPB derivar a su médico de AP para valorar derivación al ORL de cupo.
- Ante un Síndrome Vestibular Agudo de características periféricas con intensidad moderada/severa, avisar al ORL
- El tratamiento sintomático del vértigo consiste en sedantes vestibulares. Estos no se mantendrán más de 72-96 horas, reservándolos sólo para las crisis agudas.

### 7.3.6 Parálisis facial periférica

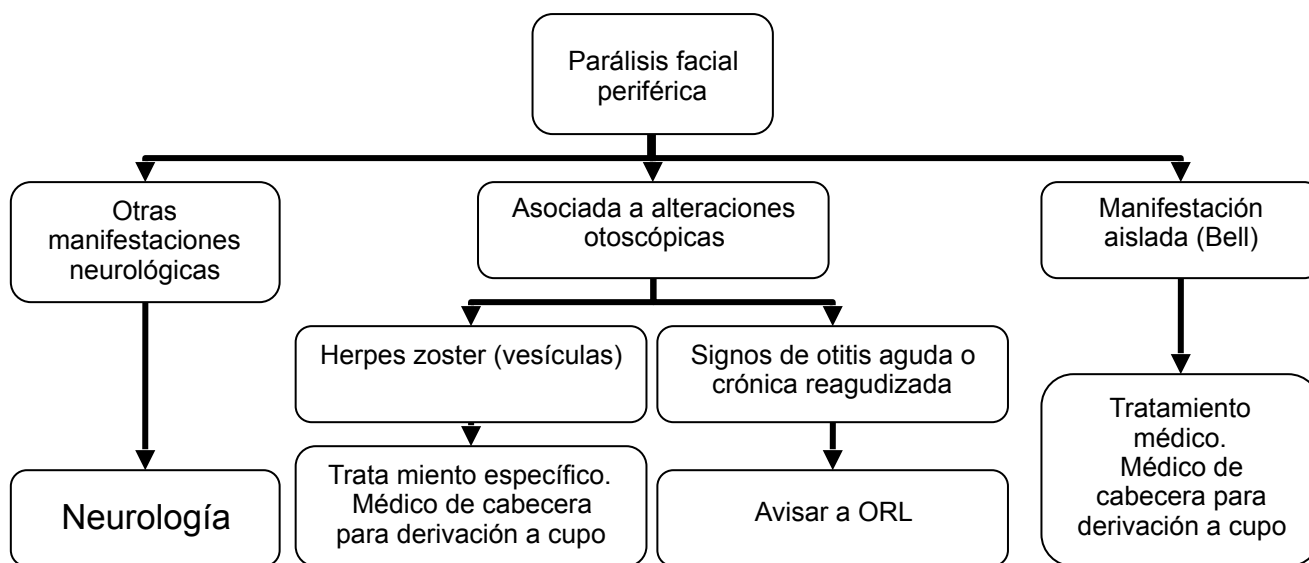


Gráfico 14. Parálisis facial periférica

- La parálisis facial periférica afecta a la musculatura hemifacial completa. En la parálisis central, la función del músculo frontal está conservada.
- La parálisis facial puede revestir gravedad cuando es la manifestación de una patología central o de una complicación de una otitis media (aguda o crónica).
- La parálisis de Bell puede acompañarse de parestesias faciales y dolor mastoideo.
- Debe suponerse patología ótica específica cuando se acompaña de vértigo o sordera y acúfenos, tratándose de una urgencia ORL no demorable como muestra el gráfico 14.
- El tratamiento del zoster ótico consiste en aciclovir o sus derivados por vía sistémica (oral o iv).
- El tratamiento de base de la parálisis de Bell consiste en corticoides (deflazacort v.o. 60 mg/12 h en pauta descendente durante 14 días) dejando la derivación a ORL para los casos que no evolucionan adecuadamente en 1 mes.

### 7.3.7 Hipoacusia brusca

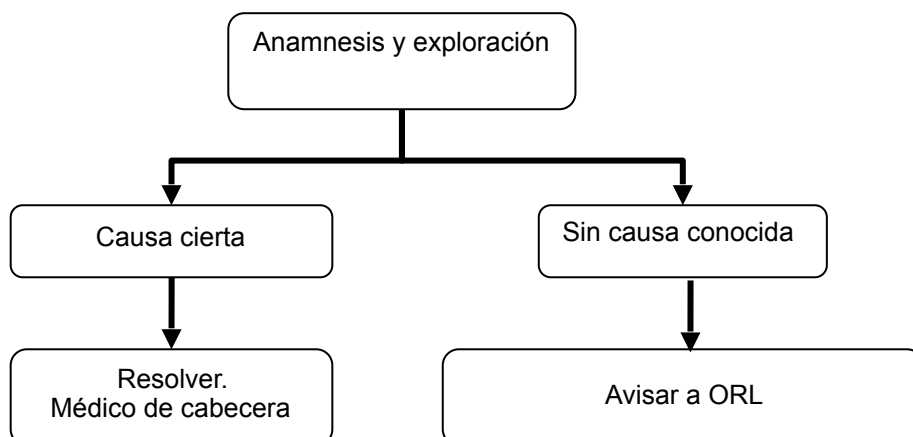


Gráfico 15. Hipoacusia brusca

- Las causas más frecuentes son la obstrucción del CAE por un tapón de cerumen al mojarse y la otitis serosa. No suponen ninguna urgencia. Por ello es importante realizar una adecuada exploración ótica para distinguir entre causa cierta o causa desconocida, como muestra el gráfico 15.
- Si el paciente porta audífonos hay que asegurarse de que no han dejado de funcionar.



## 7.4 LARINGE Y CUELLO

### 7.4.1 Disnea alta

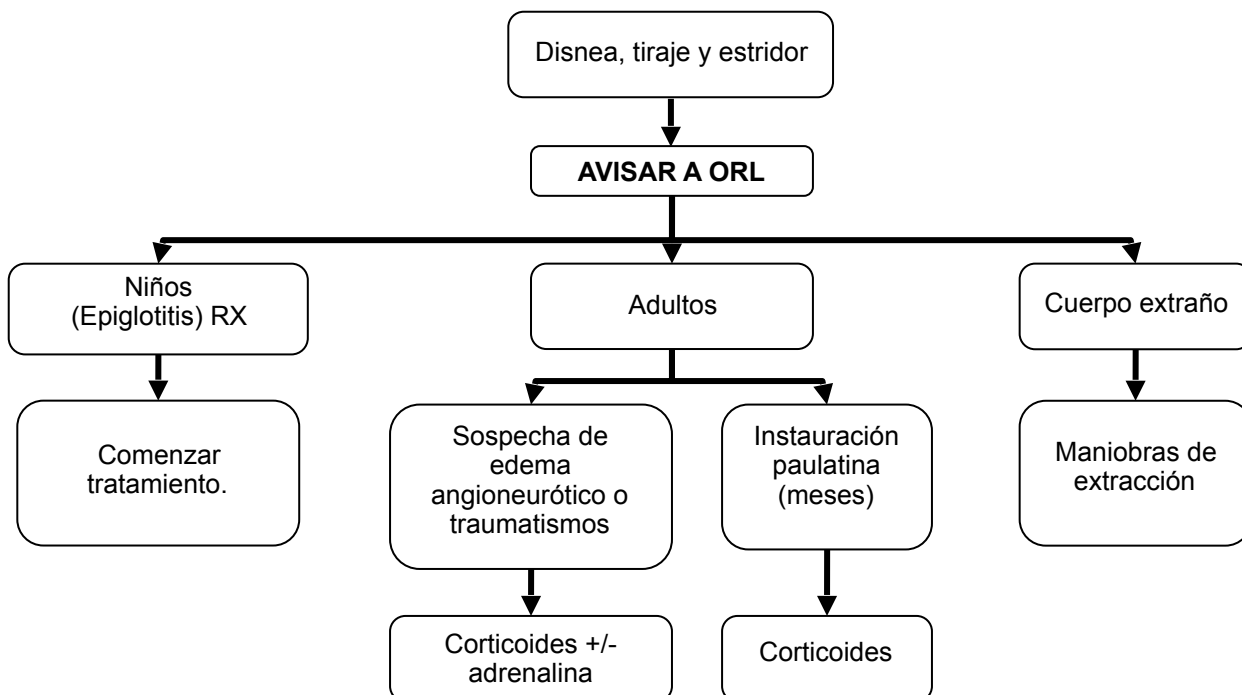


Gráfico 16. Disnea alta

- En el gráfico 16 se distingue entre disnea en adultos y en niños, dejando aparte los cuerpos extraños que pueden darse en ambos grupos de pacientes.
- La obstrucción de la vía aérea superior (junto con la epistaxis masiva) es la patología ORL más urgente, por lo que, además de avisar al especialista ORL de forma urgente, deben ponerse en marcha todas las medidas necesarias, sin esperar a que éste llegue.
- En caso de extrema necesidad puede intentarse la intubación, pero en la mayoría de los casos será impracticable, siendo la coniotomía la técnica de permeabilización de la vía aérea de elección. En espera de su realización, debe mantenerse la ventilación mediante BIPAP.

#### 7.4.2 Traumatismos de cervicales

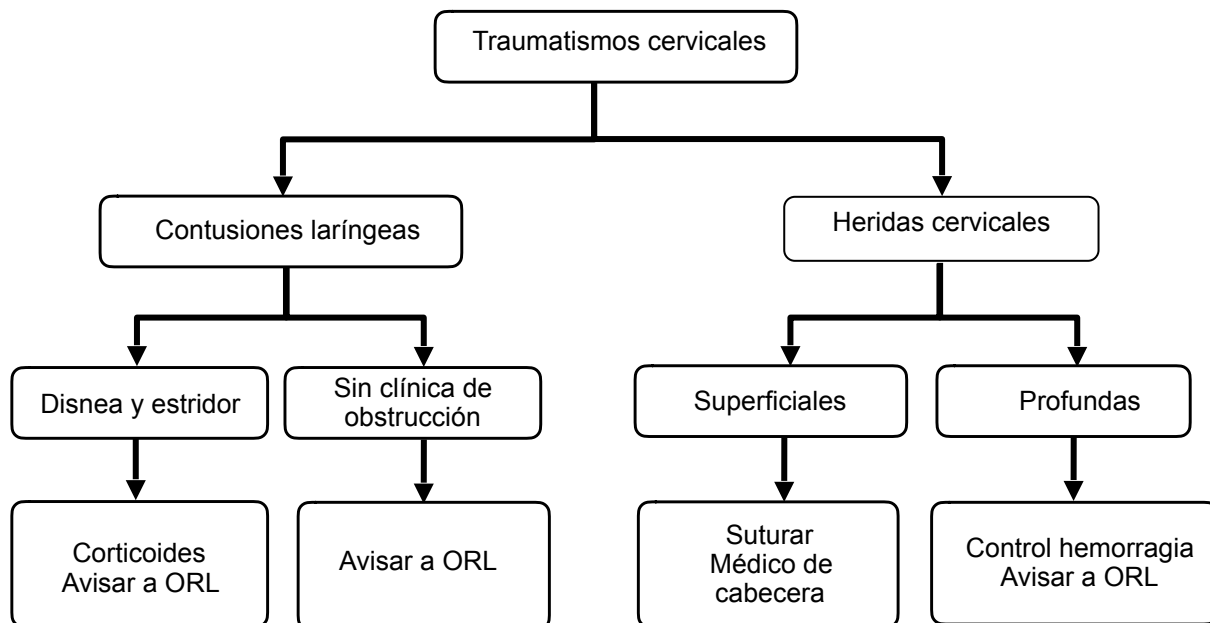


Gráfico 17. Traumatismos cervicales: Heridas cervicales y contusiones laríngeas.

- El gráfico 17 refleja los traumatismos cervicales, dividiéndolos en contusiones y heridas cervicales.
- Ante una situación de disnea, estridor y tiraje, debe actuarse como en el apartado anterior.
- Ante una herida cervical profunda debe avisarse al ORL de guardia, pero, en caso de extrema urgencia y dado que las guardias en esta especialidad son localizadas, debe actuarse ante la hemorragia y avisar también al cirujano de guardia.

### 7.4.3 Tumores cervicales

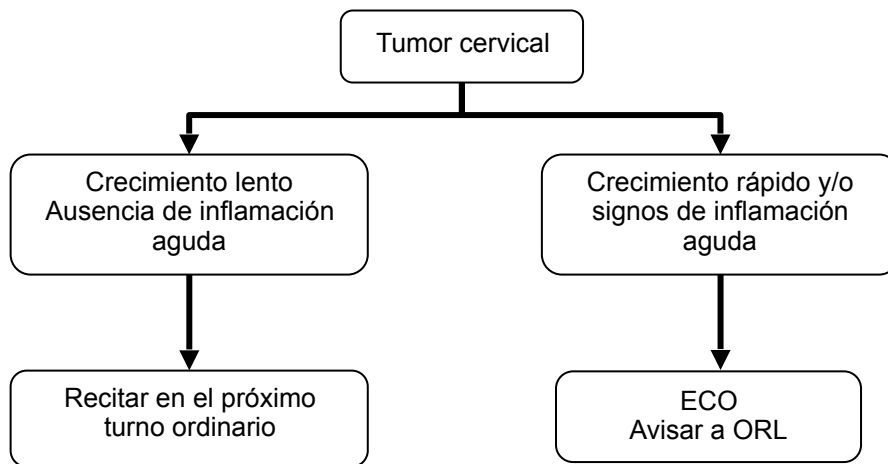


Gráfico 18. Tumores cervicales

- El gráfico 18 nos divide las tumoraciones cervicales en las de crecimiento lento y las de crecimiento rápido. Las segundas tienen una etiología inflamatoria/infecciosa que obliga a una actuación rápida, mientras que las segundas (sean patología benigna o maligna) nos darán un margen de actuación mayor.
- Ante un tumor cervical de crecimiento rápido y con signos de inflamación aguda, se debe proceder a solicitar una ECO cervical y avisar a ORL.

#### **7.4.4 Cuerpos extraños laríngeos:**

- La presencia de un cuerpo extraño a nivel laríngeo es extremadamente rara. Debe presentarse clínica laríngea evidente (disnea, estridor, disfonía), en cuyo caso se avisará al ORL, de lo contrario, deben seguirse las pautas dictadas en el apartado de cuerpos extraños faríngeos.

#### **7.4.5 Hemoptisis:**

- Salvo sintomatología claramente faringolaríngea (odinodisfagia, disfonía, estridor) o patología tumoral conocida a ese nivel, la hemoptisis debe ser considerada como un síntoma de patología broncopulmonar y remitida a neumología.
- Los pacientes sometidos a laringectomía total no tienen laringe. Su tráquea termina directamente en el estoma, no existiendo comunicación con la faringe. Pueden presentar lesiones de roce de la cánula en el estoma o en los primeros centímetros traqueales (que se ve por inspección simple) y pueden sangrar. En ausencia de estas lesiones, cualquier sangrado por el estoma procede siempre de la tráquea o el árbol bronquial, y debe remitirse a neumología.