

**PROTOCOLO INTERNO DE DERIVACIÓN  
DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS  
AL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA**



Protocolo avalado por la AMORL  
Versión 1.0 de 9 de Marzo de 2017



## ÍNDICE DEL DOCUMENTO

1.OBJETO .....	3
2.ALCANCE.....	3
3.NORMATIVA .....	3
4.RESPONSABLE .....	3
5.DESCRIPCIÓN.....	3
Apartado 1. OÍDO.....	6
Apartado 2. NARIZ .....	7
Apartado 3. CAVIDAD ORAL, FARINGE Y LARINGE .....	8
Apartado 4. COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE ORL.....	9
Apartado 5. CUERPOS EXTRAÑOS .....	11
Apartado 6. TRAUMATISMOS .....	11



## 1. OBJETO

El objeto del siguiente protocolo es definir las patologías que requieren valoración por el especialista de Otorrinolaringología durante el periodo de guardia localizada.

## 2. ALCANCE

El protocolo afecta a todos los especialistas que soliciten la valoración urgente por parte del otorrinolaringólogo (ORL) de guardia.

## 3. NORMATIVA. Régimen interno.

## 4. RESPONSABLE. Servicio de Otorrinolaringología.

## 5. DESCRIPCIÓN

En líneas generales, la mayoría de las urgencias de la esfera ORL pueden ser manejadas por el Servicio de Urgencias, recomendando valoración posterior por:

- médico de Atención Primaria (**AP**)
- Otorrinolaringólogo (**ORL**)

Todo paciente que acude a Urgencias requiere la valoración previa del especialista 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 o por indicación expresa de un ORL del Hospital. La atención en Urgencias de pacientes con patología otorrinolaringológica se realizará siguiendo los protocolos de triaje y derivación propios del Hospital.

**Con carácter general, se recomendará cita en las agendas de consulta el día que se crea necesaria la valoración ORL y sólo si no hubiera hueco en las agendas en el tiempo estimado se utilizará el circuito preferente, habitualmente el día siguiente.**

Para urgencias vitales (disnea alta, hemorragia postoperatoria) la llamada al busca ORL debe ser inmediata.



## TURNO DE GUARDIA LOCALIZADA

Durante el periodo de guardia localizada la sistemática de llamada se realizará en función de la clínica según la Tabla 1.

**TABLA 1. SISTEMÁTICA DE LLAMADA EN GUARDIA LOCALIZADA: CLASIFICACIÓN POR PROBLEMAS**

PROBLEMA	Ver apartado	PLAN	DERIVACIÓN
Mareo inespecífico	-	Servicio de Urgencias	AP*
Epistaxis	Apartado 2	Servicio de Urgencias	AP*
Odontalgia/Complicación de cirugía dental	Apartado 3	Servicio de Urgencias	CMF
Traumatismos maxilofaciales	Apartado 6	Servicio de Urgencias	CMF
Otalgia/Otorrea/Otorragia no traumática	Apartado 1	A	AP/CCEE
Vértigo	Apartado 1	A	AP/CCEE
Rinorrea	Apartado 2	A	AP/CCEE
Parálisis facial periférica	Apartado 1	A	AP/CCEE
Vértigo periférico posicional o recurrente	Apartado 1	A	CCEE
Patología de la lengua no inflamatoria	Apartado 3	A	CCEE
Patología de submaxilar y parótida SIN COMPLICACIÓN	Apartado 3	A	CCEE
Cuerpo extraño oído	Apartado 1	B	consulta preferente
Hipoacusia brusca (descartada otitis y tapón de cera)	Apartado 1	B	consulta preferente
Celulitis facial	Apartado 2	B	consulta preferente
Epistaxis controlada con taponamiento nasal o recurrente	Apartado 2	B	consulta preferente
Masa cervical	Apartado 3	B	consulta preferente
Flemón/absceso periamigdalino	Apartado 3	B	consulta preferente
Odinofagia > 3 semanas de evolución SIN DISNEA/SOSPECHA TUMORAL	Apartado 3	B	consulta preferente
Disfonía > 3 semanas de evolución SIN DISNEA/SOSPECHA TUMORAL	Apartado 3	B	consulta preferente
Abscesos cervicales	Apartado 3	B	consulta preferente
Cuerpo extraño en vías respiratorias altas sin DISNEA	Apartado 5	B	consulta preferente
Otorragia traumática	Apartado 6	B	consulta preferente
Heridas de mucosa oral	Apartado 6	B	consulta preferente
Patología traumática de pabellón auricular leve	Apartado 6	B	consulta preferente
Traumatismo nasal cerrado	Apartado 6	B	consulta preferente
Sospecha de malignidad cualquier área	-	B	consulta preferente
Complicación de cirugía ORL	Apartado 4	C	Busca
Epistaxis que no cede con taponamiento	Apartado 2	C	Busca
Flemón/absceso periamigdalino o cervical con DISNEA	Apartado 3	C	Busca
Estridor/disfonía con DISNEA alta	Apartado 3	C	Busca
Patología del traqueostoma con DISNEA	Apartado 4	C	Busca
Cuerpo extraño en vías respiratorias altas con DISNEA	Apartado 5	C	Busca
Patología traumática de pabellón auricular con herida compleja/sección de cartílago	Apartado 6	C	Busca
Traumatismo nasal abierto con afectación de cartílago	Apartado 6	C	Busca

- **Plan A:** Citar en el primer hueco disponible en consultas externas de ORL.
- **Plan B:** Citar como preferente, según circuito interno.
- **Plan C:** Contacto telefónico con ORL de guardia localizada.



Comentarios Tabla 1:

<b>En caso de duda, realizar siempre consulta telefónica al ORL de guardia localizada</b>
---

\* Pacientes con DISFONÍA, ODINOFAGIA y DISFAGIA ALTA de menos de 3 semanas de evolución, OTALGIA, OTORREA, OTORRAGIA NO TRAUMÁTICA, RINORREA, TRAUMATISMOS ORALES, etc., pueden ser revisados directamente por su médico de Atención Primaria siguiendo protocolos de actuación conjuntos.

Si se precisa tratamiento con anestesia general en niños sin compromiso aéreo, avisar busca ORL y mantener en camas de observación pediátrica hasta completar ayunas con vía periférica y solicitar preoperatorio.

Durante el periodo de guardia localizada (laborables de 15 a 8:00 horas y festivos) **los ingresos a cargo de Otorrinolaringología se realizarán siguiendo las indicaciones del ORL de guardia.** El paciente que requiera ingreso ORL y sea atendido en horario nocturno permanecerá en Observación hasta que se contacte con el ORL de guardia a la mañana siguiente (siempre con estancias en Observación inferiores a 24 horas).

Independientemente de la patología, **en caso de extrema urgencia** se seguirá el protocolo interno de aviso a **UCI.**

### Apartado 1. OÍDO

MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNOSTICO	PLAN
<b>Otalgia/otorrea/otorragia no traumática</b>	Otitis externa circunscrita – forúnculo.	Revisión por AP.
	Forúnculo que precise drenaje.	Plan A-B: el primer día laborable en turno de mañana, si demora circuito preferente.
	Otitis externa difusa	Revisión por AP.
	Sospecha de otomicosis	Plan A-B: el primer día laborable en turno de mañana, si demora circuito preferente.
	Otitis media aguda no complicada	Revisión por AP.
	Otorrea / otitis media crónica no complicada	Plan A: cita en primer hueco en consultas externas
	Otitis media crónica o aguda complicadas localmente (vértigo, parálisis facial, mastoiditis)	Plan B-C: dejar en observación de Urgencias y consulta telefónica con ORL para valorar presencia en función de gravedad. En caso de complicación intracraneal, se solicitará valoración por Neurocirugía.
<b>remiti brusca</b>	Sospecha de sordera brusca (en menos de 24 horas con otoscopia normal sin antecedentes de patología otológica)	Iniciar tratamiento con prednisona oral 1 mg/kg/día y remitir por circuito preferente para audiometría de control en consulta externa en 24-72 horas.
<b>Vértigo</b> (descartada patología central).	Vértigo periférico	Revisión AP.  Si es muy sintomático: pautar sedación y/o tratamiento antiemético vía endovenosa en sala de observación de Urgencias y solicitar valoración por ORL el primer día laborable (plan B); por ejemplo, neuronitis vestibular.
	Vértigo periférico recurrente: Valorado por Servicio de Urgencias en otras ocasiones.	Plan A: el primer día laborable en turno de mañana.
	Sospecha de vértigo posicional	Plan A: el primer día laborable en turno de mañana para realizar maniobras de reposición.



<b>Parálisis facial periférica</b>	Tratamiento corticoideo oral. Plan A: cita en primer hueco en consultas externas.
<b>Cuerpo extraño en oído</b>	Ver apartado 5.
<b>Complicación de cirugía de oído</b>	Ver apartado 4.

## Apartado 2. NARIZ

<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>PLAN</b>
<b>Epistaxis</b>	Primer episodio de sangrado	Taponamiento nasal por Servicio de Urgencias: taponamiento tipo Merocel, RapidRhino, tira de gasa o gasas vaselinadas. Retirada de taponamiento circuito preferente, a las 48 horas.
	Epistaxis recurrente: valorada por Servicio de Urgencias en otras ocasiones o que no cede con taponamiento.	En turno de mañana: avisar ORL. En caso demora mayor de 24 horas por fin de semana, contactar con ORL para programar valoración. En caso de sangrado importante, Plan C: llamada a busca, valorar presencia de ORL de guardia localizada.
<b>Rinorrea</b>	Sinusitis aguda	Tratamiento médico. Revisión por AP.
	Sospecha de cuerpo extraño nasal	Ver apartado 5.
<b>Celulitis facial</b>	Celulitis leve con foco cutáneo no complicado.	Iniciar tratamiento antibiótico. Revisión AP.
	Celulitis leve secundaria a foco ORL.	Iniciar tratamiento antibiótico y remitir por circuito preferente.
	Celulitis con foco ORL y mala respuesta a tratamiento o factores de riesgo (inmunosupresión, Diabetes Mellitus, tratamiento crónico con corticoides, etc.)	Iniciar tratamiento antibiótico y remitir por circuito preferente.
	Sinusitis agudas o crónicas complicadas o en postoperatorio de cirugía nasosinusal: celulitis orbitaria o facial.	Iniciar tratamiento antibiótico. Plan B-C: dejar en observación de Urgencias y consulta telefónica con ORL para valorar cirugía. En caso de complicación intracraneal u orbitaria, se solicitará valoración por Neurocirugía/Oftalmología.
<b>Cuerpo extraño nasal</b>		Ver apartado 5.
<b>Complicación de cirugía nasal</b>		Ver apartado 4.



### Apartado 3. CAVIDAD ORAL, FARINGE Y LARINGE

MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNOSTICO	PLAN
<b>Odontalgia/flemón dentario</b>	Complicaciones de patología de origen dental	Valoración por Servicio de Urgencias y por Servicio de Cirugía Maxilofacial si procede.
<b>Odinofagia/Disfagia alta</b>	Patología faríngea no complicada	Revisión por AP.
	Flemones y abscesos de cabeza y cuello: cervicales, periamigdalinos, parafaríngeos y retrofaríngeos	Tratamiento antibiótico, antiinflamatorio y analgésico IV en sala de observación de Urgencias para valoración por ORL (plan B). En caso demora mayor de 24 horas por fin de semana, contactar con ORL para programar valoración. Avisar ORL en caso de <b>DISNEA</b> o complicación sistémica (plan C).
<b>Patología de glándulas salivares</b>	Submaxilitis y parotiditis aguda	Revisión por AP.
	Submaxilitis y parotiditis de repetición	Plan A: cita en primer hueco en consultas externas.
	Masa en glándula submaxilar o parótida o sospecha de malignidad.	Plan A-B: el primer día laborable en turno de mañana, si demora circuito preferente.
<b>Masas cervicales</b>	Sospecha de quiste branquial, quiste tirogloso sin sobreinfección.	Plan A: cita en primer hueco en consultas externas.
	Sospecha de quiste branquial, quiste tirogloso con sobreinfección.	Plan A-B: el primer día laborable en turno de mañana, si demora circuito preferente.
	Adenopatías de más de 2 semanas de evolución, sospecha de malignidad.	Plan A-B: el primer día laborable en turno de mañana, si demora circuito preferente.
<b>Patología de la lengua</b>	Lesiones inflamatorias.	Revisión por AP.
	Lesiones sospechosa de malignidad	Plan A-B: el primer día laborable en turno de mañana, si demora circuito preferente.
	Herida profunda de más de 2 cm que precise sutura.	Plan C: valorar presencia del ORL de guardia localizada.
<b>Estridor/DISNEA alta</b>	Sospecha de patología laríngea obstructiva, como tumores,	Plan C: valorar presencia del ORL de guardia localizada.





	laringitis con epiglotitis, edema glótico, parálisis de cuerdas vocales, traumatismos laringeos.	
<b>Disfonía</b>	Si menos de 3 semanas: etiología inflamatoria.	Tratamiento antiinflamatorio, reposo vocal y revisión por AP.
	Si más de 3 semanas: sospecha de neoplasia.	Plan A-B: el primer día laborable en turno de mañana, si demora circuito preferente.
	Si patología traumática cervical con DISNEA: sospecha de fractura laringotraqueal.	Plan C: valorar presencia del ORL de guardia localizada.
Cuerpo extraño en faringe o laringe (vía aerodigestiva superior)		Ver apartado 5.
Complicación de cirugía cervical		Ver apartado 4.

#### **Apartado 4. COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE ORL**

La guardia de presencia o localizada es necesaria en todo Centro donde se realicen intervenciones quirúrgicas.

El médico del Servicio de urgencias deberá informar al ORL de guardia de todo paciente intervenido con complicación para valorar según gravedad (plan C).

##### **Prestando especial atención en estos casos:**

- **Patología del traqueostoma.**
- **Epistaxis en paciente con cirugía nasal.**
- **Celulitis facial en pacientes con cirugía nasal.**
- **Parálisis facial en cirugía de oído.**
- **DISNEA en cirugía de cuello.**
- **Hemorragia activa de herida quirúrgica/amigdalectomía.**



#### Apartado 5. CUERPOS EXTRAÑOS

En oído	Tratamiento ótico tópico en caso de inflamación y/o dolor.	Plan B: el primer día laborable en turno de mañana. En caso demora mayor de 24 horas por fin de semana, contactar con ORL para programar valoración.
En nariz		Plan B: el primer día laborable en turno de mañana. En caso demora mayor de 24 horas por fin de semana, contactar con ORL para programar valoración.
En faringe o laringe (vía aerodigestiva superior)	Si no provoca DISNEA y el dolor es leve o moderado (puede deglutir su propia saliva)	Plan B: el primer día laborable en turno de mañana. En caso demora mayor de 24 horas por fin de semana, contactar con ORL para programar valoración.
	Si dolor intenso (odinofagia como para no poder deglutir su propia saliva) o <b>DISNEA</b> .	Plan C: valorar presencia del ORL de guardia localizada.
En esófago		Valoración por digestivo mediante esofagoscopia flexible.
Traqueobronquial		Valoración por broncoscopista.

#### Apartado 6. TRAUMATISMOS

MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNOSTICO	PLAN
Otorragia traumática	Erosión en CAE por rascado con otorragia resuelta.	Revisión por AP.
	Perforación timpánica traumática y pérdida de sustancia de CAE con otorragia	Tratamiento tópico antibiótico. Plan B: el primer día laborable en turno de mañana.
	En TCE	Plan B-C: consulta telefónica y valorar según gravedad.
Patología traumática de pabellón auricular	Heridas cutáneas del pabellón auricular sin pérdida de piel con/sin exposición de cartílago.	Limpiar con antiséptico, suturar la piel cubriendo cartílago, cubrir con apósito y pautar antibiótico. Revisión AP.
	Heridas complejas (pérdida de piel sección completa de cartílago, otohematoma que requiera drenaje)	Plan B-C: consulta telefónica y valorar según gravedad.



Fractura del hueso temporal con parálisis facial		Plan B-C: consulta telefónica y valorar según gravedad.
<b>Fractura nasal, aunque esté desplazada</b>	En caso de sangrado nasal, seguir protocolo de epistaxis.	Plan B: el primer día laborable en turno de mañana.
	En caso de fractura acompañada de heridas complejas (pérdida de piel con cartílago expuesto) o sospecha de hematoma septal.	Plan B-C: consulta telefónica y valorar según gravedad.
Traumatismos maxilofaciales	Compromiso de macizo facial.	Valoración por Cirugía Maxilofacial.
Heridas de la mucosa oral	Heridas simples	Suturar. Revisión AP.
	En caso de grandes heridas que precisen reconstrucción.	Plan B-C: consulta telefónica y valorar según gravedad.
Traumatismos laríngeos	Traumatismos laríngeos importantes (alta energía, lesiones cutáneas como hematomas, etc.) pero sin DISNEA.	Plan B: el primer día laborable en turno de mañana. En caso demora mayor de 24 horas por fin de semana, contactar con ORL para programar valoración.
	Traumatismos laríngeos importantes (alta energía, lesiones cutáneas como hematomas, etc.) con DISNEA.	Plan C: valorar presencia del ORL de guardia localizada.