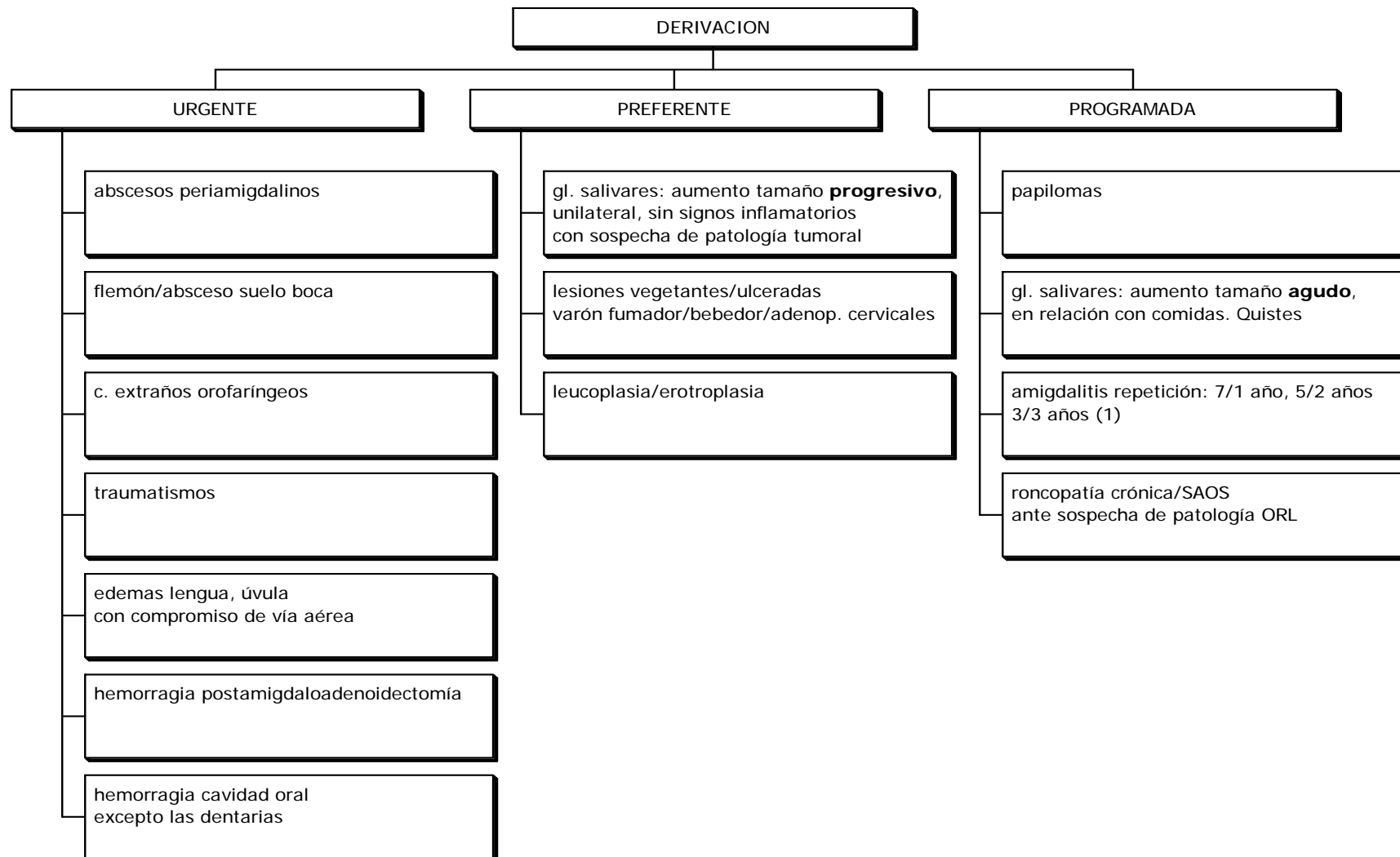


Servicio de ORL del HIC-Atención Primaria

PROTOSCOLOS DE DERIVACION

EN PATOLOGIA ORL

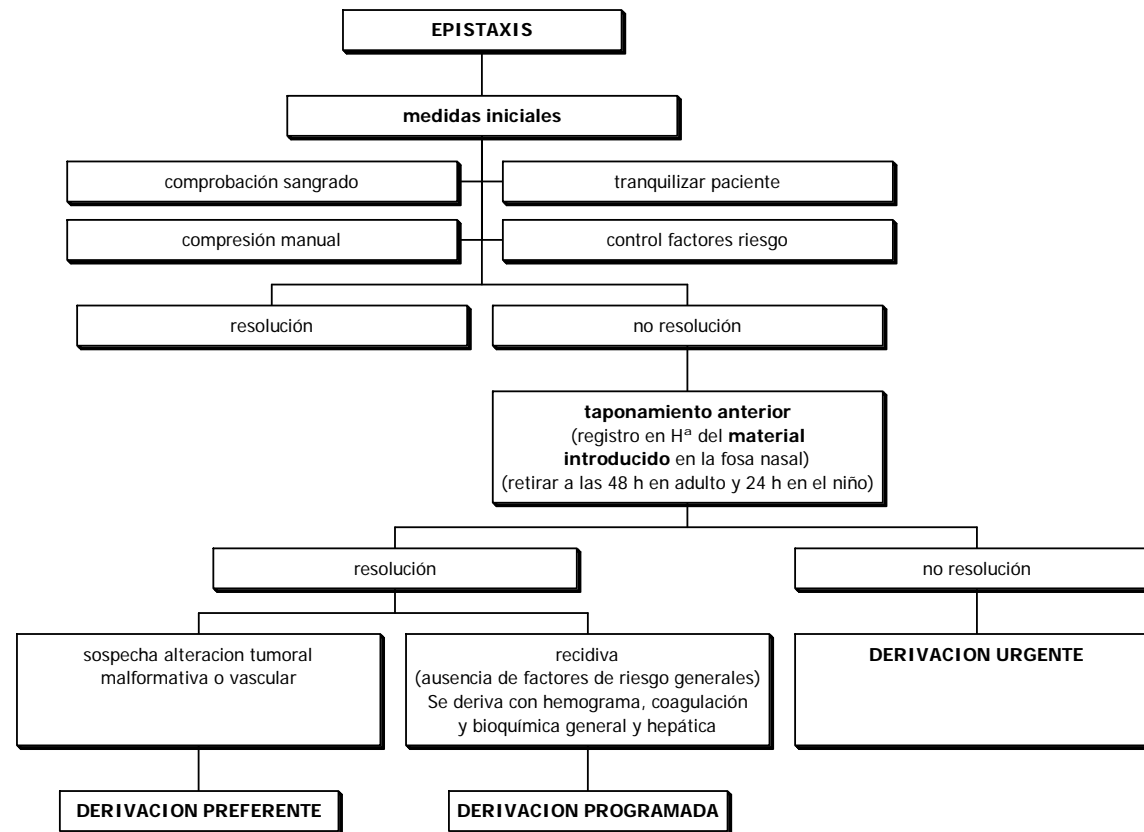
Derivación en patología orofaríngea



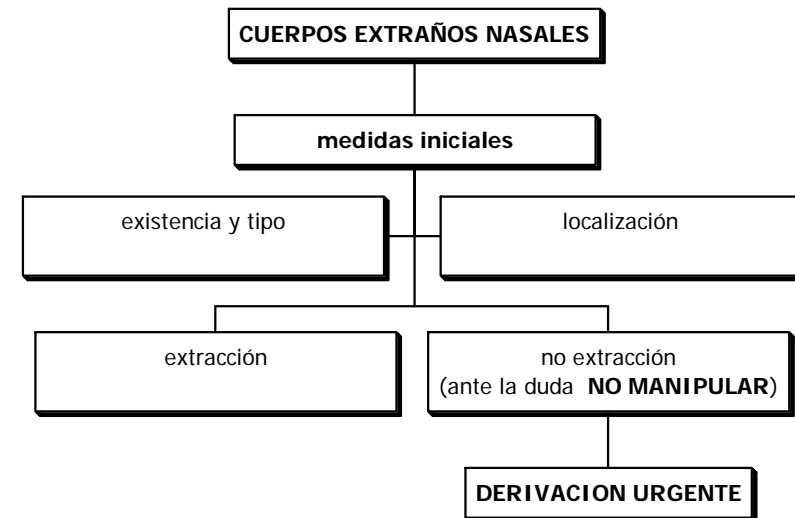
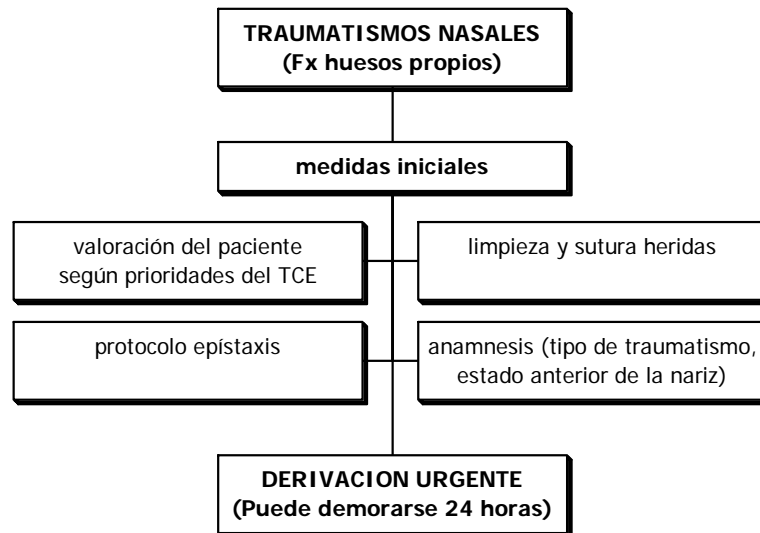
(1) Amigdalitis de repetición: 7 episodios en 1 año, 5 episodios por año durante 2 años consecutivos, 3 episodios por año durante 3 años consecutivos. Deben de cumplir estos criterios: amigdalitis eritematopultácea, adenitis cervical, fiebre >38°, cultivo + para estreptococo b-hemolitico.

DERIVACIÓN EN FOSAS Y SENOS PARANASALES

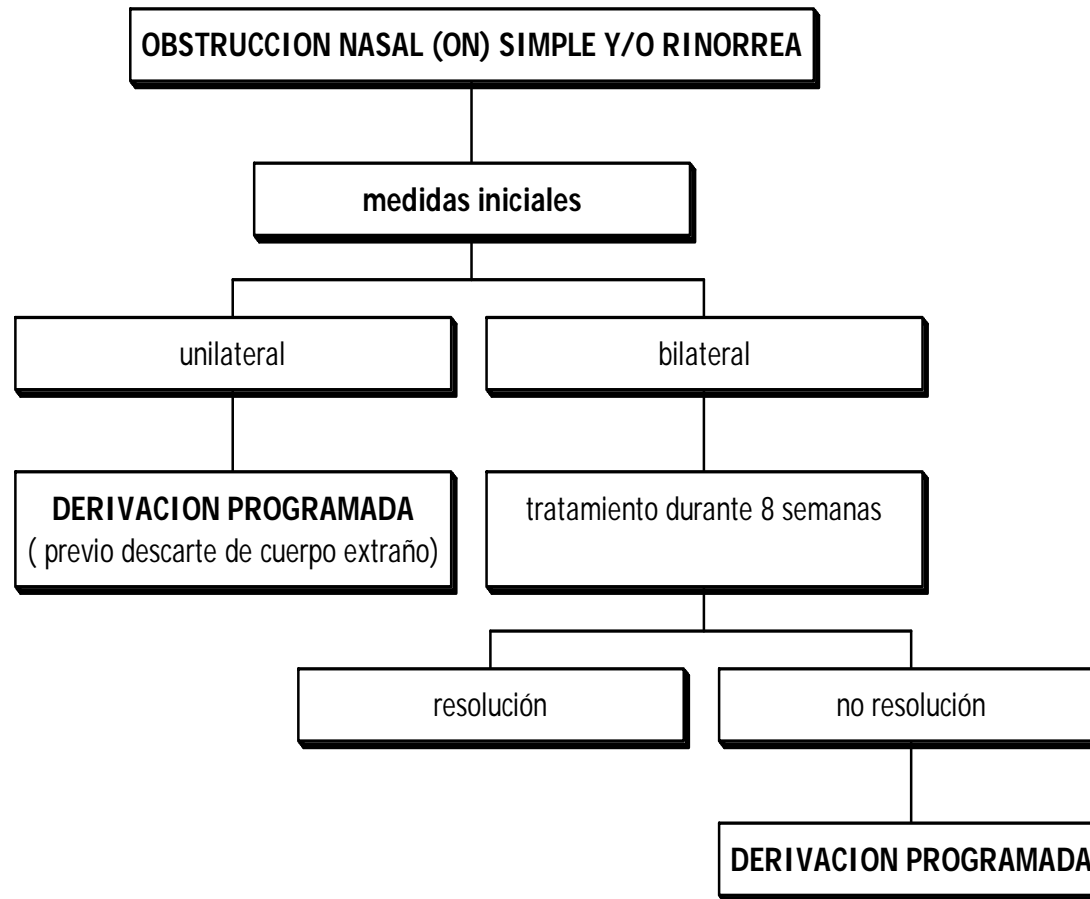
Epístaxis



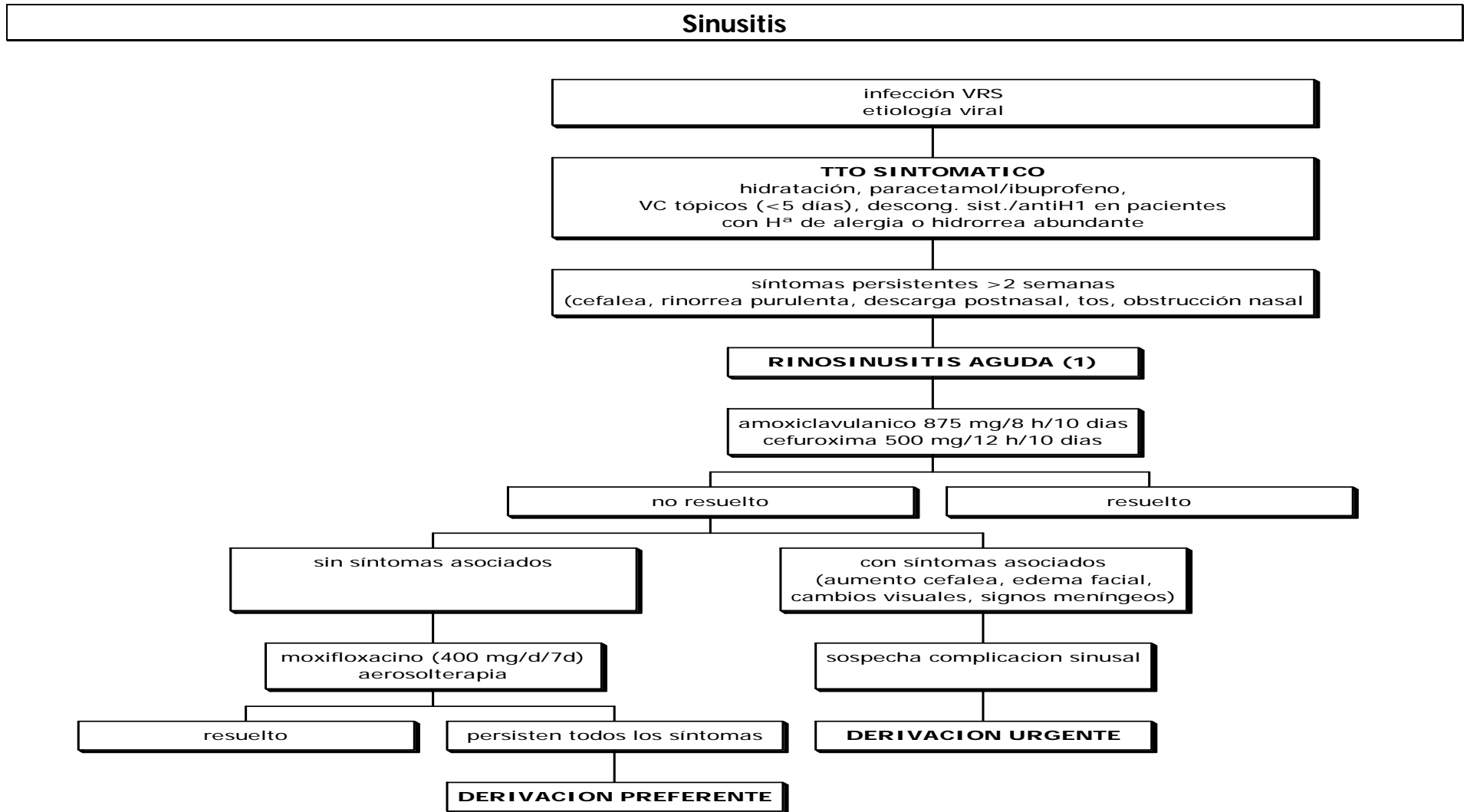
Traumatismos nasales. Cuerpos extraños



Obstrucción nasal simple y/o rinorrea



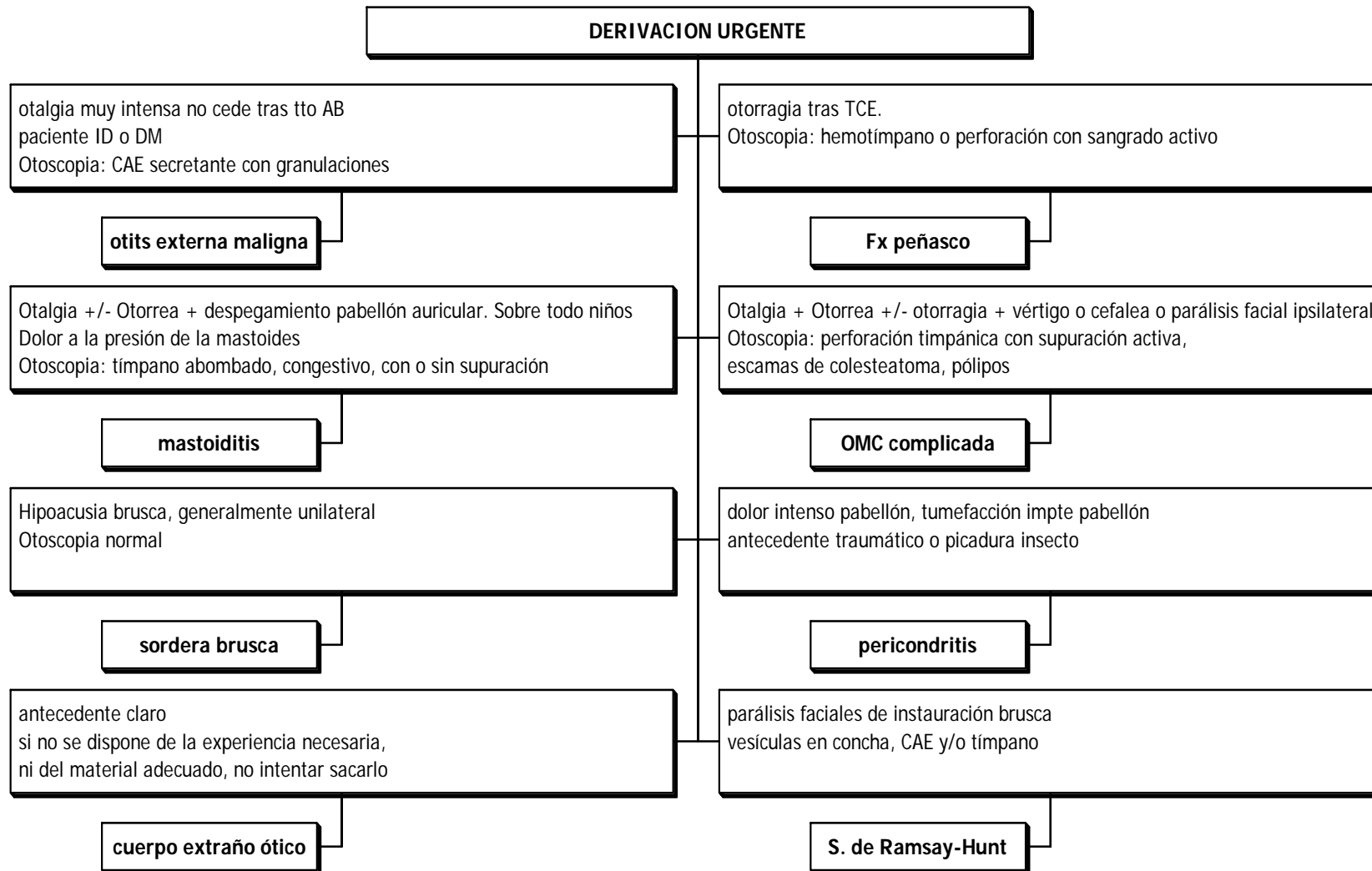
Patología del dorso nasal: se derivará de forma programada o preferente la patología susceptible de cirugía y/o biopsia



(1) Hablamos de **rinosinusitis crónica** cuando la sintomatología sinusal permanece más de 3 meses: **DERIVACION NORMAL**.

DERIVACIÓN EN OÍDO

Derivación urgente



Derivación preferente

DERIVACION PREFERENTE

Otorrea que persiste a pesar del tto habitual en 15 d.
Otoscoopia: secreción espesa en CAE que impide visualizar tímpano,
secreción blanquecina, en grumos, aspecto algodonoso, con puntos negros

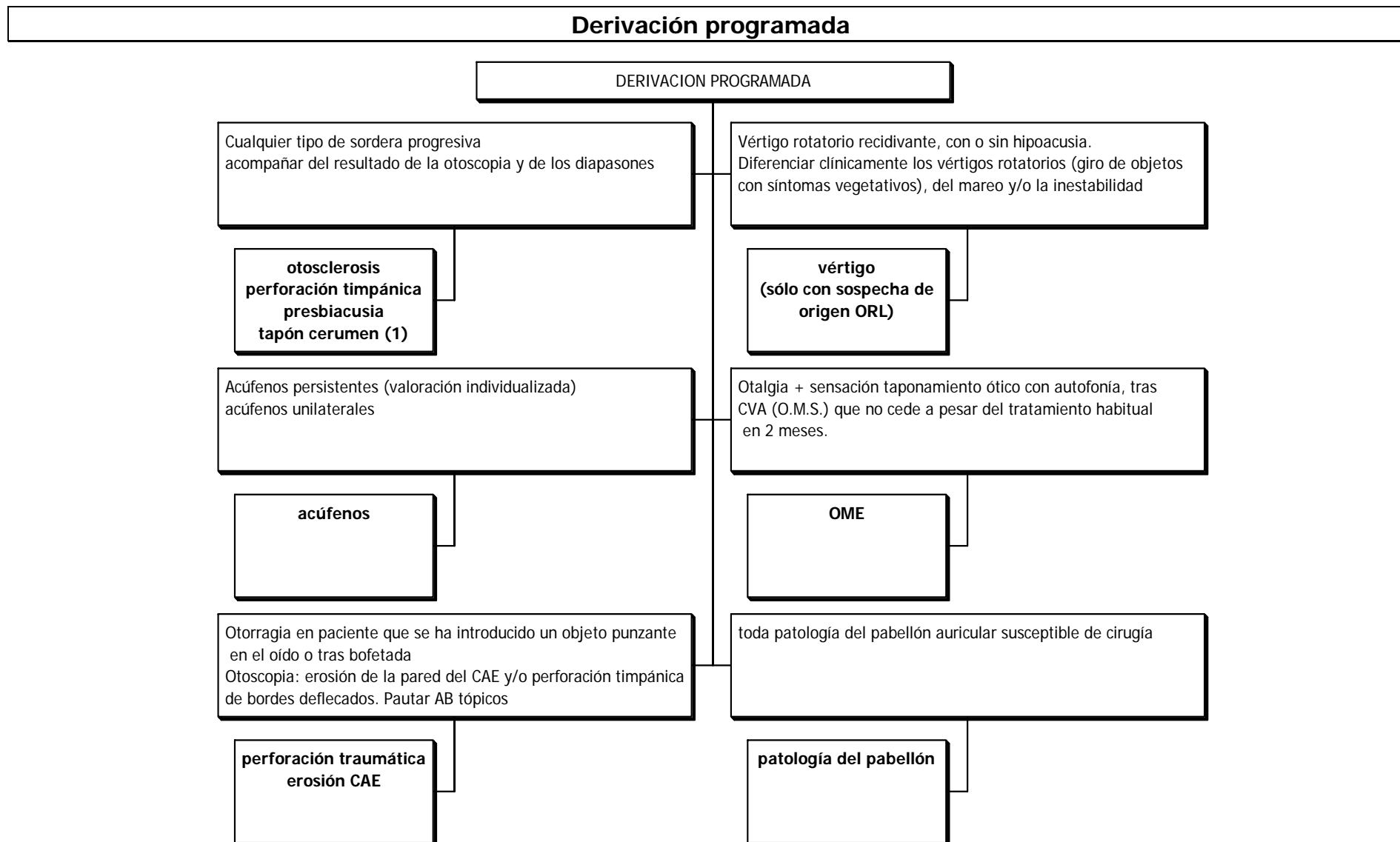
otitis externa (micótica o bacteriana)

OME unilateral + factores de riesgo (varón fumador y bebedor importante,
adenopatía cervical, etc

sospecha de ca cavum

Parálisis facial súbita, sin causa aparente
En la primera semana será revisada en C. Externas ORL
para realizar el test de Hilger (estimulación facial), de valor pronóstico sólo

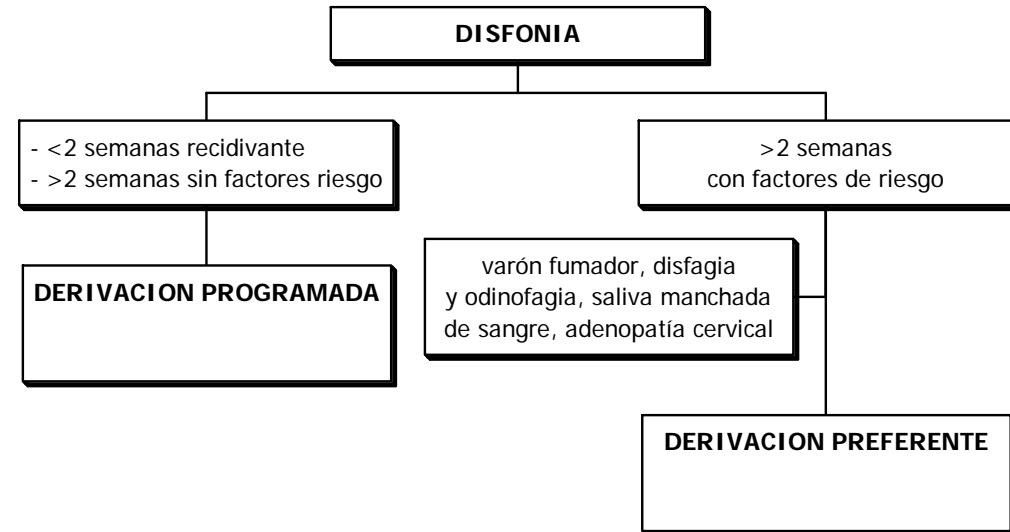
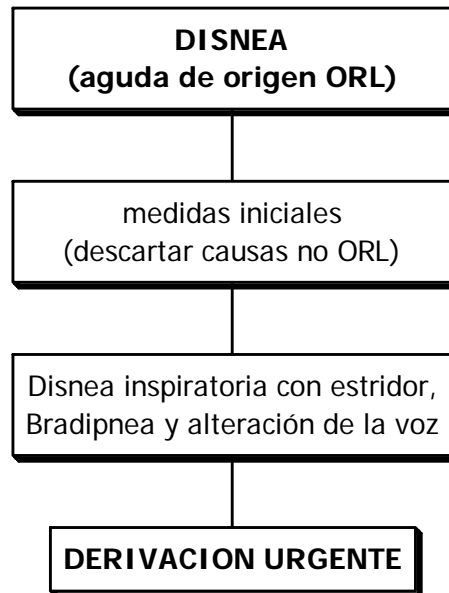
parálisis facial



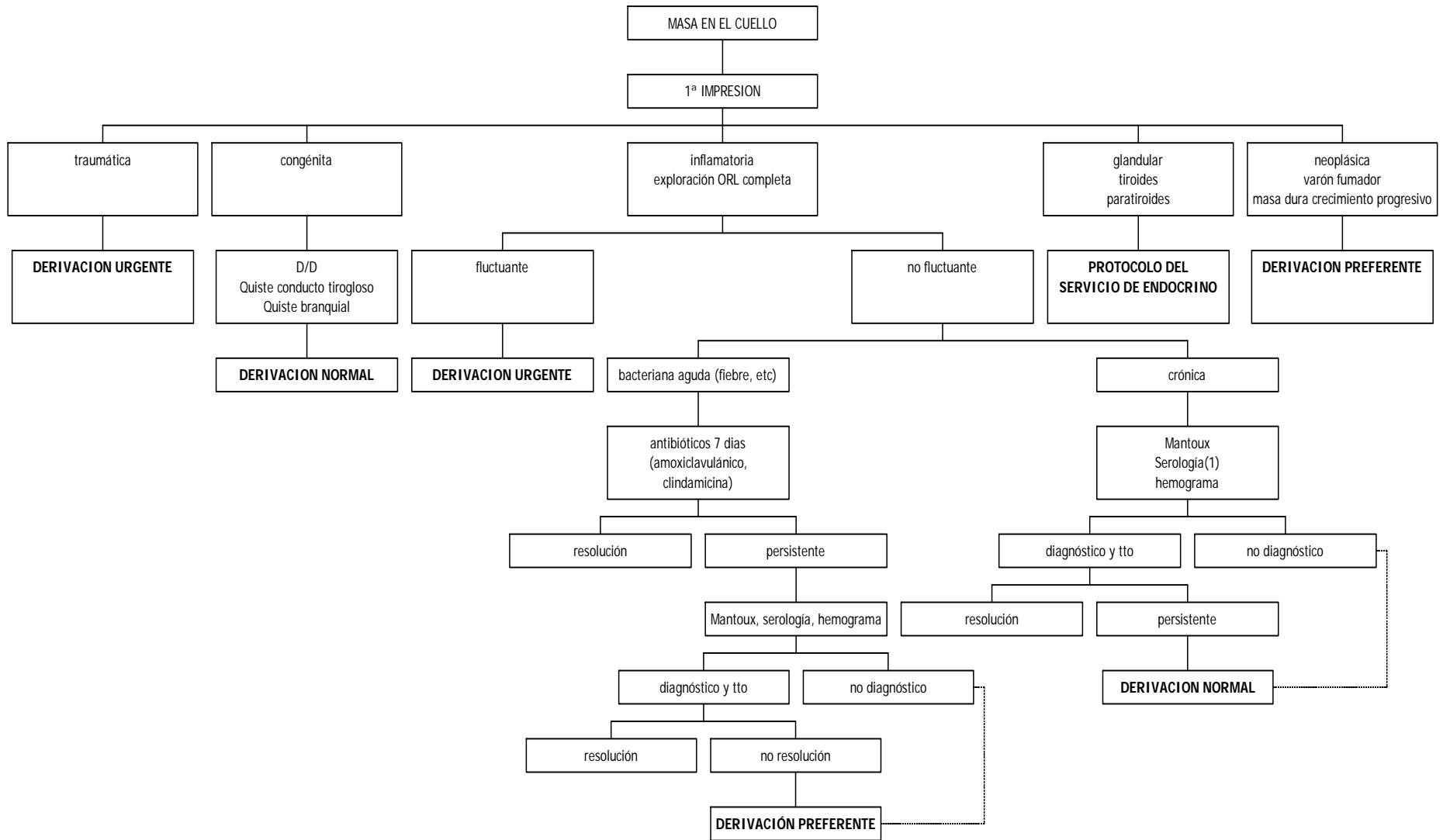
(1) Tapones de cerumen: El Servicio de ORL aconseja la extracción de los tapones de cerumen por dicho Servicio. No obstante, quedará a criterio del Médico de Cabecera (teniendo en cuenta la opinión del paciente, antecedentes, distancia al hospital, etc) la resolución de la patología.

DERIVACIÓN EN LARINGE E HIPOFARINGE

Disnea y disfonía



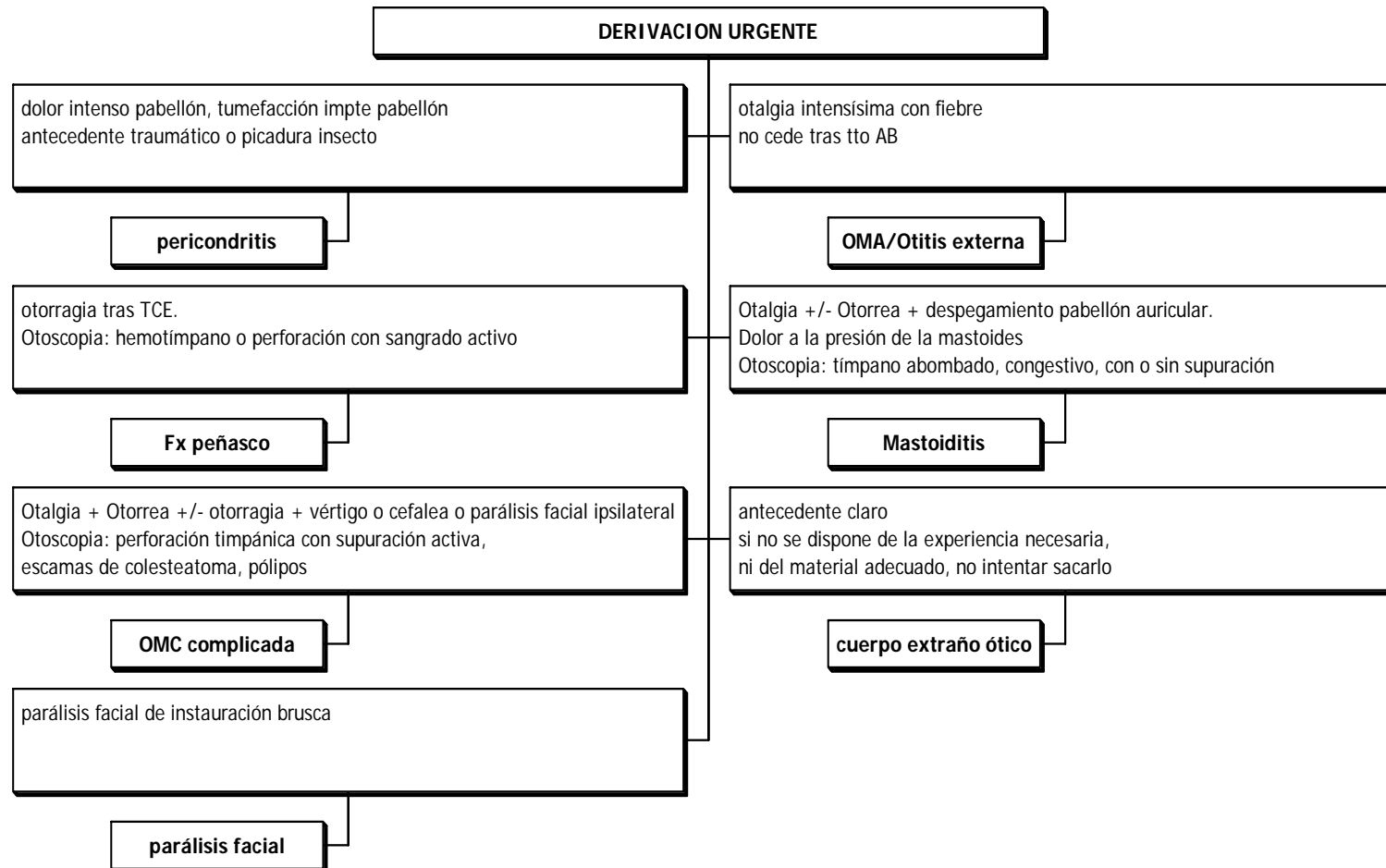
Derivación en patología cervical

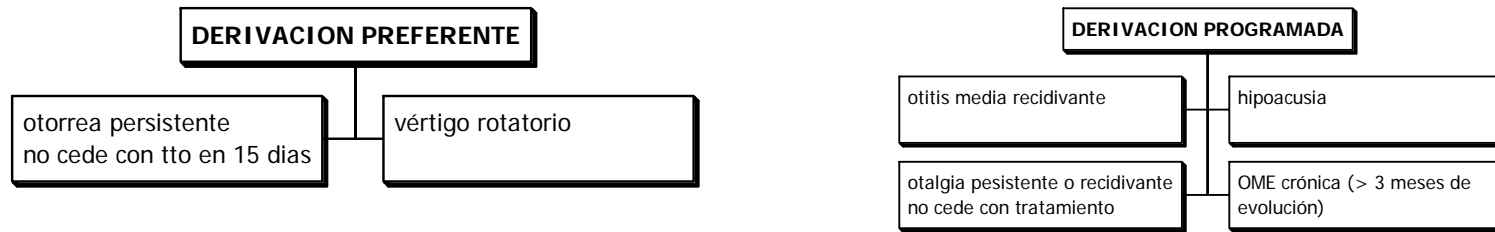


(1) Serología a brucella, toxoplasma, mononucleosis, CMV

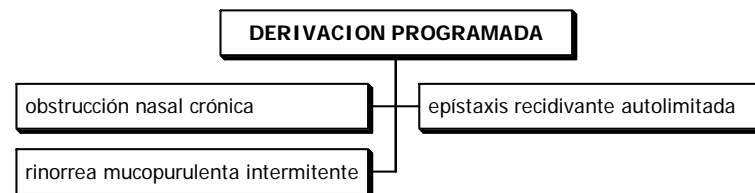
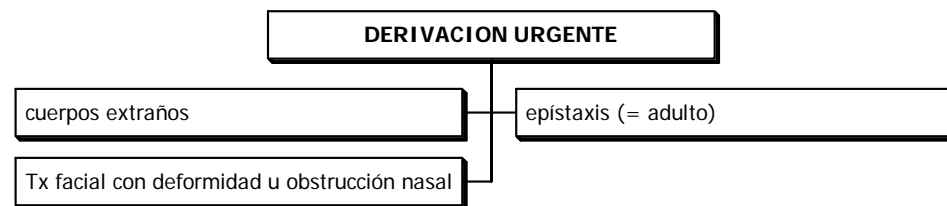
DERIVACIÓN EN PATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Patología del oído



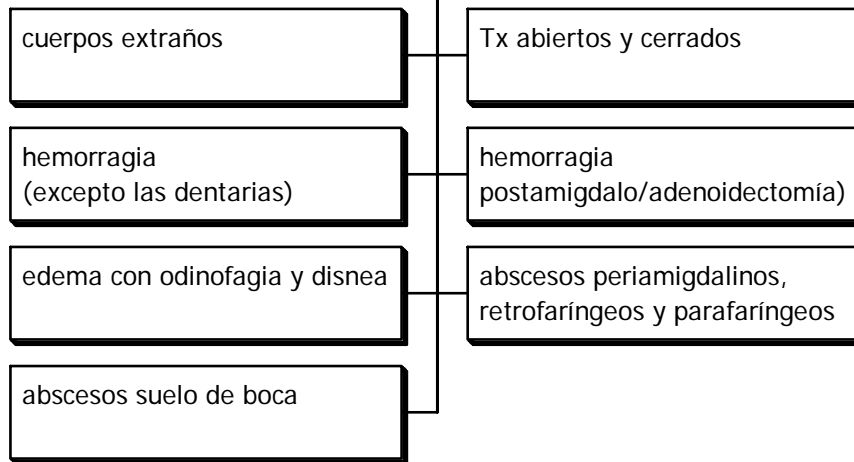


Patología de fosas y senos paranasales

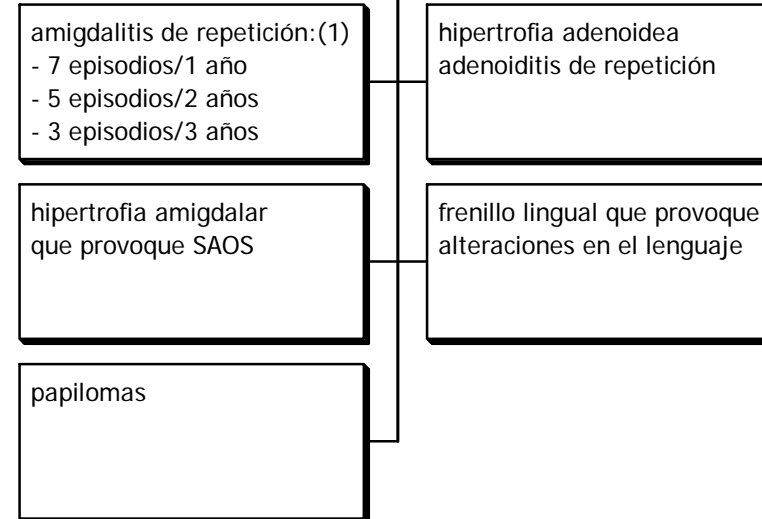


Patología de cavidad oral y faringe

DERIVACION URGENTE

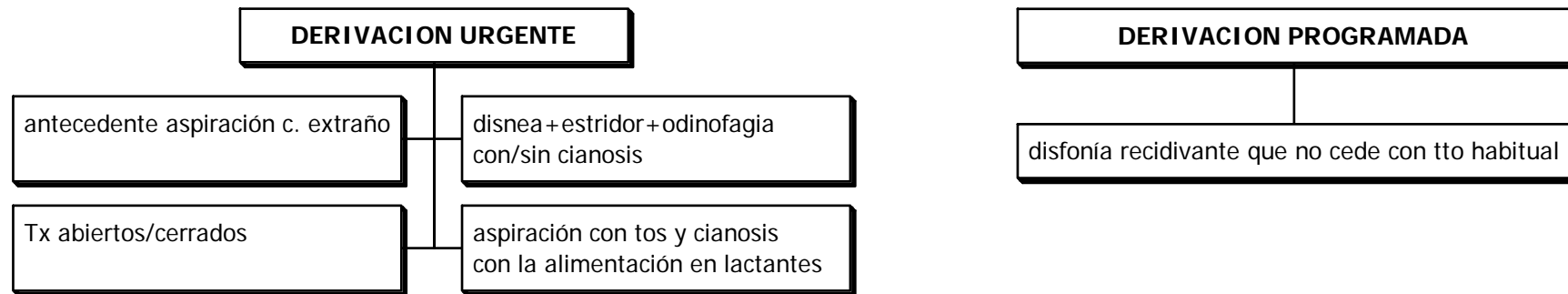


DERIVACION PROGRAMADA

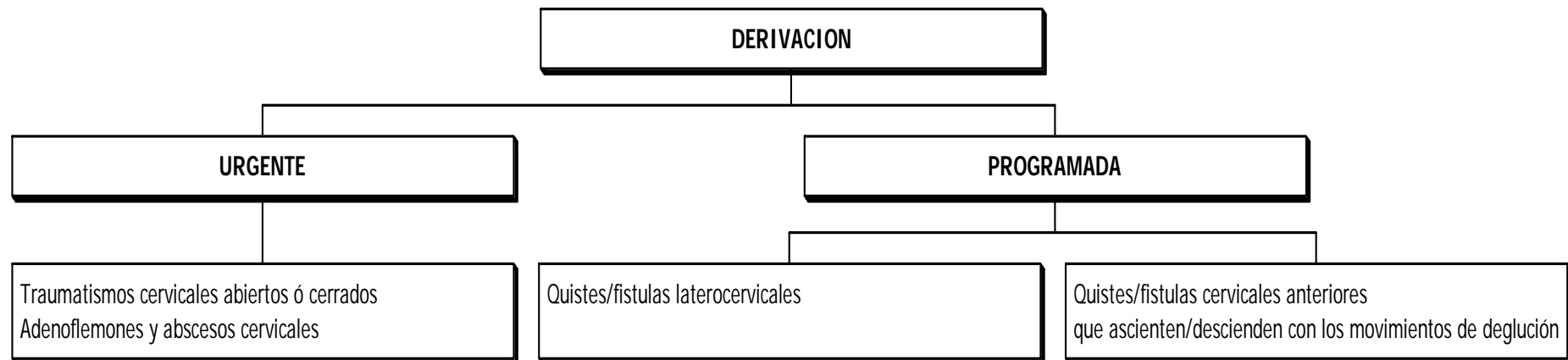


(1) Amigdalitis de repetición: 7 episodios en 1 año, 5 episodios por año durante 2 años consecutivos, 3 episodios por año durante 3 años consecutivos. Deben de cumplir estos criterios: amigdalitis eritematopultácea, adenitis cervical, fiebre >38°, cultivo + para estreptococo b-hemolitico.

Patología de laringe y árbol traqueo-bronquial



Patología cervical



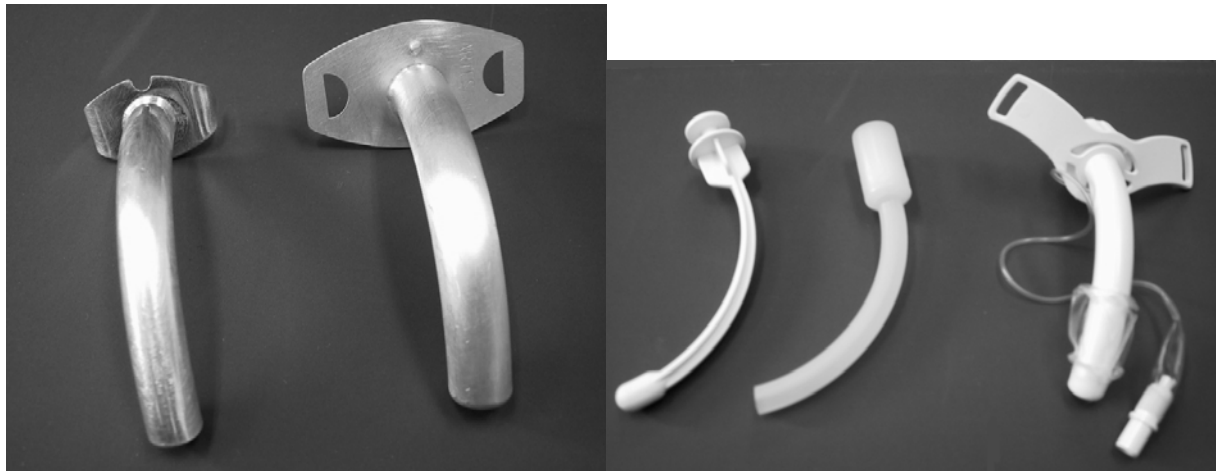
ATENCIÓN AL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO

AL ALTA

- El paciente es dado de alta llevando normalmente una cánula de plata del número 5 ó 6. No presentará problemas de secreciones ni formación de tapones mucosos, estando la vía aérea totalmente permeable.
- Tanto el paciente como los familiares han sido instruidos para realizar los cambios de cánula.

TIPOS DE CANULAS MAS FRECUENTES

- Cánulas de baja presión (con balón).
- Cánulas de plata.



cánula de plata 2 piezas

cánula de baja presión 3 piezas

CUIDADOS

- **Material necesario: (para el cuidado del estoma y cambio de la cánula)**
 - Material estéril: Gasas, Guantes, vendas.
 - Solución antiséptica, suero salino.
 - Apósito para traqueostomías (estéril y absorbente).
 - Cinta.

Cánulas.
Material de aspiración.
Jeringa de 10 cc.
Lubricante.
Aspiración y sondas de aspiración.

➤ **Preparación del personal:**

Lavado de manos.
Guantes estériles (para el cambio de cánula y cuidado del estoma.)

➤ **Preparación del paciente:**

Si el paciente esta consciente se le informará de la técnica y cómo colaborar.
Cama a 30 - 40°

➤ **Ejecución:**

Cuidados habituales:

- Higiene bucal con antiséptico cada 8 horas.
- Limpieza del estoma: Cuidado diario del estoma ya cicatrizado y sin signos de infección; limpieza con solución salina y desinfectar con solución yodada y cubrir con un apósito estéril y absorbente.
- Limpieza de la cánula de plata: dejándola 1/2 hora en agua caliente con un chorro de agua oxigenada. Posteriormente cepillar la cánula con un detergente en polvo (Vim, Ajax) y agua caliente, y hervirla durante 30 minutos.
- Cambio de la cinta de sujeción evitando que comprima los vasos del cuello.

Cambio de cánula:

• **Frecuencia:**

- ◆ Diaria

• **Precauciones:**

- ◆ Preparar campo estéril con todo lo necesario antes de ponerse los guantes.
- ◆ La cánula a insertar debe estar montada antes de realizar el procedimiento.
- ◆ Vigilar que el aspirador esté conectado y la sonda de aspiración montada.
- ◆ Procurar que las gasas que se van a utilizar no estén excesivamente impregnadas en la solución antiséptica, porque pueden gotear y producir tos.
- ◆ Colocarse a uno u otro lado del paciente para evitar ser manchados por las secreciones de éste.

- **Información al paciente:**
 - ◆ Explicar por qué y para qué de la realización del procedimiento en términos que pueda entender.
 - ◆ Indicarle que puede colaborar permaneciendo tranquilo y hacernos una señal cuando quiera que paremos.
 - ◆ Ayudarle a colocarse sentado y con el cuello ligeramente hiperextendido (posición de Fowler intermedia).
- **Técnica:**
 - ◆ Retirar la cánula (**en cánulas de baja presión desinflar el balón completamente antes de retirarla**).
 - ◆ Limpiar estoma con gasa impregnada en solución antiséptica desde el interior hasta el exterior. Debe de quedar libre de costras.
 - ◆ Introducir la cánula limpia ligeramente impregnada de lubricante para facilitar su inserción (**en caso de cánula de baja presión: verificar el balón y el sistema de inflado de la cánula antes de su colocación**).
 - ◆ Mantener la posición curva de la cánula hacia abajo.
 - ◆ Inflado del balón (para cánulas de baja presión): Inflar inyectando aire por la válvula mediante una jeringa.
 - ◆ La cánula siempre irá acompañada del apósito para traqueos.
 - ◆ Ajustar perfectamente la cánula al cuello del paciente para evitar desplazamientos.
 - ◆ Anudar ambos extremos de la venda alrededor del cuello.
- **Medidas generales:**
 - Humidificar las secreciones.
 - Aspirar según procedimiento de aspiración traqueobronquiales, si precisa.
 - Tener siempre a mano una cánula limpia en caso de urgencia.

CONSEJOS GENERALES AL PACIENTE:

- Fuera del domicilio es aconsejable proteger el orificio traqueal con una malla, gasa o hasta un pañuelo, que haga de filtro de aire e impida la entrada en la tráquea de impurezas, etc.
- **Para la ducha completa debe emplear protectores para el agua que se adapten al traqueostoma e impidan la entrada de agua. Asimismo no debe practicar el baño con inmersión por el riesgo de ahogarse.**
- Para favorecer la comunicación con los demás y reintegrarse a la vida cotidiana debe aprender el habla esofágica con la ayuda del Servicio de Foniatría o las clases que imparten otros laringectomizados (**Asociación lucha contra el cáncer: Jose María Rojas. Teléf.: 924-23.61.04.**)
- En el informe de alta de ORL se señalará la necesidad de cánulas de baja presión, así como los modelos.