

CRITERIS DE DERIVACIÓ DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA (En general es recomana derivar a 2n nivell qualsevol patologia ORL sense diagnòstic de certesa o en cas de fallida del tractament instaurat des de l'APS. En el cas que es sospiti problemàtica greu, urgent o hi hagi simptomatologia sistèmica, es recomana que la derivació sigui preferent.

Problema de Salut	Resolució APS	Derivació 2n Nivell	Derivació 3r nivell (Servei ORL l'HSJD)	Comentaris/Criteris derivació URG HSJD
Epistaxi	Habitualment no cal derivació, mesures conservadores, control. (1)	Epistaxi recurrent benigna en cas de fracàs del tractament conservador	Epistaxis aguda incoercible	Epistaxis aguda incoercible → <u>deriv. URG HSJD</u>
Sospita d'Hipoacúsia i/o trastorn del llenguatge	Otoscòpia, descartar tap cerumen i extracció.	· En > 5 anys edat amb sospita hipoacúsia · En < 5 anys edat en casos de baix nivell de sospita d'hipoacúsia	· En < 5 anys edat en casos de sospita franca d'hipoacúsia	Meningitis+hipoacúsia sobtada → <u>deriv. URG HSJD</u> Si retràs sever → <u>plantejar deriv. NRL</u> Si hipoacúsia severa → <u>deriv. preferent (CMV)</u>
Respiració bucal, roncopatia (Sospita SAHOS)	Clínica lleu, transitòria o fluctuant en relació amb CVA.	Clínica lleu-moderada per confirmar hipertròfia AA i valorar indicació quirúrgica	Casos severos, hipertròfia AA amb indicació quirúrgica clara, SAHOS clar (6)	No recomanada la RX Càvum Criteris SAHOS + hipertròfia AA → deriv. ORL Criteris SAHOS sense hipertròfia AA → deriv. NRL Obesitat i TDAH poden relacionar-se amb SAHOS (fins a 25% en aquestes poblacions!)
Disfonia	Disfonia fluctuant	Per estudi inicial i disfonia progressiva		Si disfonia traumàtica o estridor → <u>deriv. URG HSJD</u> No indicada logopèdia per sota 8 anys
Otitis mitja aguda	Habitualment no cal derivació. Maneig amb AINE /AB (2)	Quadres recurrents i fracàs de tractament habitual, per valoració d'indicació quirúrgica	Fracàs de tractament habitual, indicació quirúrgica	+ Mastoïditis → <u>deriv. URG HSJD (7)</u> + Vertigen → <u>deriv. URG HSJD</u> + Paràlisi facial → <u>deriv. URG HSJD</u>
Otitis mitja serosa	Habitualment no cal derivació. Maneig amb AINE / rentats nasals (3)	Fracàs de tractament habitual (>3 mesos bilaterals o > 6mesos unilateral), per valoració d'indicació quirúrgica		
Faringo-amigdalitis aguda	Habitualment no cal derivació. Maneig amb Fenoximetilpenicil·lina o Amoxicil·lina (o alternatiu si hipersensibilitat) i/o AINE (4)	En casos recurrents per valorar indicació quirúrgica	Criteris de Paradise (5)	No prescriure AB en sospita d'etiologia vírica. Abscés periamigdal·lar → <u>deriv. URG HSJD (8)</u>
Rinitis/conjuntivitis al·lèrgica	No derivar a ORL. Valorar derivació a Immunoal·lèrgia en casos d'estacionalitat	Resistent al tractament habitual, para valorar patologia ORL associada		
Otitis externa aguda	Habitualment no cal derivació. Maneig amb gotes òtiques	· Fracàs de tractament, neteja CAE (exsudats o pells que impedeixen tractament tòpic) · Otorrea >3 mesos (colesteatoma ?)		Pacient diabètic → <u>deriv. URG HSJD</u> Pacient immunocompromès → <u>deriv. URG HSJD</u>
Sinusitis	Habitualment no cal derivació. Maneig amb amoxicil·lina o amoxicil·lina/àcid clavulànic si fracàs terapèutic amb amoxicil·lina (o alternatiu si hipersensibilitat) + AINE	En casos recurrents per estudi i tractament alternatiu	Sospita de cronicitat	Derivació urgent si presenta complicacions (9)

Problema de Salut	Resolució APS	Derivació 2n Nivell	Derivació 3r nivell (Servei ORL l'HSJD)	Comentaris/Criteris derivació URG HSJD
Perforació timpànica	Per caiguda drenatges TT durant 3 mesos	Traumàtica, petita (mida < 1 quadrant), sense hipoacúsia	· Persistent > 6 mesos · Otorrea activa	
Lesió ocupant espai a CAE o fosa nasal (pòlip, etc.)	Otoscòpia, descartar tap cerumen i extracció.	· No oclusiu CAE o oclusiu CAE amb sospita d'otomocosí. · Sospita pòlip nasal	· Oclusiu CAE sense sospita d'otomocosí	
Fractura envà nasal	Derivar a URG si sospita desviació			Desviació → <u>deriv. URG HSJD</u>
Dismòrfia septal		Lleu per valoració indicació quirúrgica	Severa	
Acúfens		Estudi i seguiment en > 5 anys edat	Estudi i seguiment en < 5 anys edat	
Disfàgia		Per estudi inicial		Disfàgia absoluta → <u>deriv. URG HSJD</u>
Obstrucció aguda de la via aèria				cos estrany via aèria, disfonia o dispnea associada a traumatisme cervical. Disfonia i estridor laringí. SAOS sever → <u>deriv. URG HSJD (8)</u>
Altres patologies ORL amb criteri de derivació urgent				Paràlisi facial → <u>deriv. URG HSJD (8)</u> Massa cervical de creixement ràpid o que no respon a tractament habitual. Sospita abscess cervical → <u>deriv. URG HSJD</u>

<p>(1) Tractament inicial de l'epistaxi Rentats nasals amb sèrum fisiològic cada 8 hores durant un mes Crema nasal cada 12 hores durant un mes (antibiòtic/hidratant) Evitar manipulació digital</p>	<p>(2) Tractament de l'Otitis Mitja Aguda i/o Recurrent (OMR >4 OMA en < 6 mesos) El tractament recomanat és el tractament episòdic de l' OMA durant 5-7 dies (7-10 dies en < 6 mesos) amb amoxicil·lina 80 mg/Kg/dia, c8h; en cas d'al·lèrgia a la penicil·lina: claritromicina 15 mg/Kg/dia, c12h. En cas de fracàs terapèutic amb amoxicil·lina: Amoxicil·lina/àcid clavulànic 40 mg/kg/dia, c8h. El tractament amb profilaxi antibiòtica en pacients amb OMR s'hauria de reservar a situacions de risc: en nens menors de 2 anys o nens amb múltiples factors de risc d' OMR, o que té o se sospita retard del desenvolupament o del llenguatge. En cas d'optar per profilaxi antibiòtica en OMR: Amoxicil·lina 20 mg/kg/dia (dosis única) durant 6-8 setmanes</p>
<p>(3) Tractament inicial d'otitis mitja serosa persistent amb adenoiditis Rentats nasals amb sèrum fisiològic /aigua de mar Valorar la indicació quirúrgica. En situacions concretes, tot i que no hi ha prou evidència científica que recomani el seu ús de manera sistematitzada es podria considerar l'ús de corticoides tòpics via nasal: en nens de ≥ 6 anys, budesònida (únic fàrmac que té la indicació aprovada per fitxa tècnica en poliposis nasal en nens, dosi inicial: una aplicació en cada fosa nasal cada 12 hores, i de 3 a 5 anys mometasona una aplicació en cada fosa nasal cada 24 hores (indicació off-label). El tractament es mantindrà fins a la remissió de la simptomatologia (com a màxim 1 mes).</p>	<p>(4) Tractament antibiòtic en amigdalitis bacteriana:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fenoximetilpenicil·lina 250 mg/12h x10 dies o Amoxicil·lina 50 mg/kg/dia, c12h x 10 dies 2. (Recaigudes) Amoxicil·lina/àcid clavulànic 40 mg/kg/dia, c8h x 10 dies 3. Al·lèrgia a β-lactàmics <ol style="list-style-type: none"> a. Claritromicina 15mg/Kg/dia, c12h x 10 dies. b. Clindamicina 20mg/Kg/dia, c8-12h x10 dies (5% S Piògenes resistent)
<p>(5) Indicacions d'Amigdalectomia: Criteris de Paradise (Paradise JL et al. <i>N Engl J Med</i> 1984;310:674-683)</p> <ul style="list-style-type: none"> · 7 o més amigdalitis bacterianes/any · 5 amigdalitis/any durant 2 anys · 3 amigdalitis/any durant 3 anys · Abscess peri amigdalí recurrent · Sospita de malignitat: necrosi, hemorràgia, augment unilateral progressiu 	<p>(6) Criteris de diagnòstic de SAHOS infantil: (Incidència : 2-3% en la població sana)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Roncs i pauses respiratòries totes les nits (observat pels pares) · Augment de l'esforç respiratori (tiratge) · Somni agitat amb desvetllaments freqüents · Postures anòmales durant el son (híper-extensió cervical) · Sudoració profusa

RESUM DE CRITERIS DE DERIVACIÓ DE DE L'APS AL SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU

<p>(7) <u>Criteris de derivació a URG HSJD otològics:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Otomastoiditis · Inestabilitat o vertigen associada a OMA o a otorrea · Otitis externa en pacient diabètic o immunocompromès · Paràlisi Facial · Hipoacúsia sobtada · Meningitis 	<p>(8) <u>Criteris de derivació a URG HSJD cervical i de via aèria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Sospita complicació greu amigdalitis aguda: abscess periamigdal, disfàgia absoluta · Obstrucció aguda via aèria: cos estrany via aèria, disfonia o dispnea associada a traumatisme cervical. Disfonia i estridor laringi. SAOS sever. · Massa cervical de creixement ràpid o que no respon a tractament habitual. Sospita abscess cervical. 	<p>(9) <u>Criteris de derivació a URG HSJD en rinosinusitis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Edema periorbitari · Desplaçament globus ocular · Visió doble · Oftalmoplegia · Disminució agudes visual · Cefalea frontal unilateral o lateral intensa · Tumoració frontal · Signes de meningitis o signes neurològics focals
--	--	---

CRITERIS DE DERIVACIÓ DIRECTA DE PEDIATRE D'APS A HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (NO URGENT):

<ul style="list-style-type: none"> · Hipoacúsia i/o trastorn del llenguatge < 5 anys · SAHOS sever 	<ul style="list-style-type: none"> · Malformacions àrea ORL · Tumoracions àrea ORL
---	--

CRITERIS DE DERIVACIÓ DES DEL SEGON NIVELL

Derivacions cap a l'APS

Es considera un criteri adequat retornar el pacient al primer nivell quan el diagnòstic ja s'hagi establert i el procés estigui estabilitzat.

Derivacions cap al tercer nivell (Servei ORL de l'HSJD)

Qualsevol patologia a criteri del ORL de zona. En tots els casos es considerarà que la derivació té caràcter preferent.