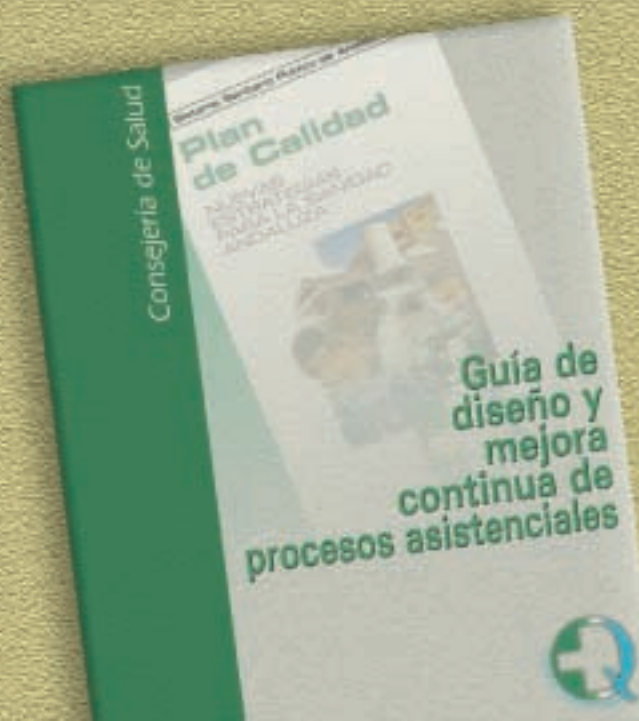


Consejería de Salud

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

AMIGDALECTOMÍA ADENOIDECTOMÍA



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO



**AMIGDALECTOMÍA
ADENOIDECTOMÍA**

AMIGDALECTOMÍA - adenoidectomía : proceso
asistencial integrado. — [Sevilla] :

Consejería de Salud, [2003]

148 p. ; 24 cm

ISBN 84-8486-110-4

1. Tonsilectomía 2. Adenoidectomía
 3. Calidad de la atención de salud
 4. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud
- WV 430

AMIGDALECTOMÍA-ADENOIDECTOMÍA

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-1601-2003

ISBN: 84-8486-110-4

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Coande, S. L.

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos – incluidos en el Mapa que se ha definido – y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación



EQUIPO DE TRABAJO

Serafín Sánchez Gómez (Coordinador); Antonio Abrante Jiménez; María del Mar Caballero Algarín; Luciano Ceballos Liñán; José Manuel Cordero Lorenzo; Araceli Fernández Barrios; Alfredo Fernández Revilla; Francisco Fernández López; Leandro García García; Arantxa Irastorza Aldasoro; Francisco Javier López Narbona.

Índice

1. INTRODUCCION.....	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	17
Destinatarios y expectativas	17
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	23
4. COMPONENTES	27
Descripción general	27
Profesionales. Actividades. Características de calidad	42
Competencias profesionales	76
Recursos. Características generales. Requisitos	88
Unidades de soporte.....	90
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	91
Niveles de arquitectura del proceso. Diagrama de flujos.....	91
6. INDICADORES	101
Anexos	
Anexo 1: Descripción de los tipos de evidencia y grados de recomendación ..	103
Anexo 2: Modelo de documento para el establecimiento del patrón sintomático del dolor de garganta.....	105
Anexo 3: Tablas de equivalencias clínicas, administrativas y de gestión en las patologías y procedimientos quirúrgicos asociados a amigdalectomía y adenoidectomía.....	107
Anexo 4: Modelos de documentos de consentimiento informado y recomendaciones para el paciente en las intervenciones quirúrgicas de amigdalectomía y adenoidectomía	111
Anexo 5: Propuesta de indicadores para la implantación y mejora continua del proceso.....	123
Anexo 6: Modelo de Plan de Cuidados Estandarizados de Enfermería.....	137
Bibliografía	143

1 INTRODUCCIÓN

Las intervenciones quirúrgicas sobre determinadas estructuras orgánicas del anillo linfático de Waldeyer se conocen desde la antigüedad, han sido de las más frecuentemente realizadas en la historia de la cirugía moderna, sobre todo entre la población infantil, y, de hecho, son las que más se han practicado en Otorrinolaringología (ORL)¹.

Los procedimientos quirúrgicos de amigdalectomía y adenoidectomía incorporan varias características que justifican el interés y la relevancia de trabajar en su proceso:

- Se trata de cirugía electiva sobre una patología de alta prevalencia y de escasa gravedad.
- Se centran preferentemente en un grupo de población muy sensible emocionalmente, como es el grupo de edad pediátrico.
- Se ha constatado una importante variabilidad en su práctica clínica, no justificada por variables clínicas o del entorno geográfico y medioambiental.
- Se practican en un elevado número de pacientes que, en conjunto, representan un porcentaje importante del volumen de la producción quirúrgica de un hospital.

Desde la aparición de los antibióticos² se ha reducido notablemente el número de intervenciones de amigdalectomía y adenoidectomía y, a pesar de ello, la variabilidad³ observada en la práctica de estas intervenciones se ha relacionado con la imprecisión de sus indicaciones quirúrgicas⁴, con la falta de evidencias claras sobre su efectividad y con la aplicación de las opiniones de los médicos formados en distintas escuelas⁵.

La decisión de realizar la intervención de amigdalectomía o adenoidectomía se establece con la intención de alterar la historia natural de la enfermedad y obtener una mejora del estado de salud del paciente. Si bien se conoce el impacto de la amigdalectomía en determinados tipos de pacientes (los pertenecientes a los incluidos en los pocos ensayos clínicos randomizados y enmascarados existentes en la literatura^{6,7}), las escasas evidencias científicas disponibles sobre el curso natural de la mayoría de los problemas amigdalares y adenoideos, junto con el todavía desconocido auténtico papel inmunológico y fisiológico que desempeñan estas estructuras organizadas del anillo linfático de Waldeyer, hacen que incluso los estudios epidemiológicos bien diseñados (también muy escasos y con defectos de validez interna) no puedan ofrecer en el momento actual una solución definitiva que unifique los criterios de indicación quirúrgica y haga desaparecer la variabilidad. No existen, igualmente, medidas de prevención primaria que, en relación con el concepto de gestión de enfermedades, pudieran evitar el desencadenamiento de patologías adenoamigdalares a medio o largo plazo⁸.

Paralelamente, los estudios dirigidos a conocer la efectividad de estos procedimientos quirúrgicos se han centrado en muestras poblacionales con criterios de selección muy estrictos, sin validez externa para extrapolarse al resto de la población y con importantes defectos metodológicos relativos a la comparación con otras alternativas terapéuticas. Frente a esta situación, y de una forma empírica, se ha asumido que la amigdalectomía y la adenoidectomía proporcionaban una mejoría de los cuadros clínicos en los que procedía la indicación. Uno de los factores que más ha pesado a la hora de hacer inclinarse a los cirujanos otorrinolaringológicos por la intervención quirúrgica ha sido el de restar importancia y trascendencia a la operación, minimizando desde una posición a veces excesivamente paternalista el impacto de la cirugía en los pacientes, tanto funcional y emocionalmente, como de complicaciones, algunas de ellas tan graves como la muerte. En el lado opuesto se encuentra la amplia aceptación que estas intervenciones tienen entre la sociedad general, con la impresión de que la cirugía amigdal y/o adenoidea ofrece mejoras de salud relevantes con un mínimo riesgo quirúrgico⁹.

En este contexto, la gestión integral del Proceso Amigdalectomía-Adenoidectomía se va a dirigir prioritariamente hacia la consecución de un conjunto de objetivos preferentes:

- Reducción de la variabilidad en las indicaciones quirúrgicas de amigdalectomía y adenoidectomía.
- Precisión en las codificaciones de los diagnósticos y de los procedimientos quirúrgicos.
- Reducción del número de puntos de atención directa al paciente (procesos operativos) para no ocasionarle desplazamientos o asistencias innecesarias por exigencias organizativas que no tienen en cuenta sus necesidades.
- Rediseño de las actividades relacionadas con el procedimiento quirúrgico, de tal manera que satisfaga las expectativas de los clientes en cuanto a la accesibilidad a la prestación del servicio, información, participación en la toma de decisiones, seguridad de la asistencia, comodidad, minimización del impacto de la intervención quirúrgica en la vida del paciente y de sus familiares, y calidad científico-técnica¹⁰.
- Garantía de la continuidad asistencial.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional. Conjunto de actuaciones que se llevan a cabo en los casos de pacientes que consultan por síntomas de dolor de garganta, focalidad, insuficiencia respiratoria de vías altas y rinorrea, y se llega a establecer la indicación quirúrgica de amigdalectomía y/o adenoidectomía, procediéndose a la realización de la intervención y a su seguimiento post-operatorio.

Límites de entrada. El proceso se inicia con la búsqueda de atención médica en cualquier consulta de Atención Primaria o de Atención Especializada por parte de pacientes adultos o pediátricos, especialmente los comprendidos entre 1 y 14 años, que presentan alguno de los síntomas que se relacionan a continuación. Las evidencias científicas disponibles en la actualidad permiten, a partir de estos síntomas, identificar cuadros clínicos que pueden ser subsidiarios de amigdalectomía y/o adenoidectomía, así como poder definir patrones clínicos en los que sólo la repetición o persistencia de determinados cuadros clínicos configura el diagnóstico definitivo. De esta manera, se contemplarán las características clínicas que permitirán al médico considerar que el síntoma por el que consulta el paciente pudiera ser el inicio de un proceso tributario de amigdalectomía y/o adenoidectomía, y diferenciarlo de otros síntomas con características clínicas distintas a las mencionadas que no derivarán en una intervención quirúrgica.

Dolor de garganta

El dolor de garganta es un síntoma muy común, habitualmente de escasa entidad y autolimitado en el tiempo. La indicación quirúrgica de amigdalectomía se ha demostrado útil únicamente en algunos dolores de garganta que están causados por infecciones bacterianas. En esta primera asistencia sanitaria, el médico puede considerar que el dolor de garganta es de etiología bacteriana, y, por tanto, producirse la entrada en el proceso cuando el cuadro clínico se presenta con los síntomas y signos que se describirán más adelante.

Focalidad

Se considera focalidad al padecimiento de problemas clínicos en órganos a distancia asociados a patología amigdalar infecciosa bacteriana, frecuentemente causada por estreptococos, con una clínica que configurará los cuadros focales y que motivará su inclusión en el proceso: fiebre reumática, glomerulonefritis aguda, pustulosis palmo-plantar y psoriasis eruptiva.

Insuficiencia respiratoria de vías altas

La dificultad para respirar por la nariz es una patología muy frecuente en la práctica clínica, habitualmente episódica y autolimitada. Determinados cuadros clínicos de insuficiencia respiratoria nasal tienen mayor entidad y precisan tratamientos activos, pero sólo algunos de ellos son causados por una hipertrofia adenoidea y se beneficiarán con la adenoidectomía.

En determinados casos se produce una insuficiencia respiratoria para el flujo aéreo a nivel de la orofaringe por la existencia de una hipertrofia amigdalar obstructiva. Estos pacientes muestran un patrón clínico característico sugestivo de síndrome de apnea obstructiva durante el sueño, que los hace ser candidatos a una posible amigdalectomía, y su inclusión en el proceso se produce cuando se presentan con las características que se indican en el mismo.

En algunos pacientes se produce la asociación de hipertrofia adenoidea y de hipertrofia amigdalar sintomáticas, configurándose el cuadro clínico con la acumulación de los síntomas provocados por cada una de estas patologías obstructivas. Se incluirán en el proceso los pacientes que aquejan conjuntamente los síntomas de insuficiencia respiratoria de vías altas con los criterios que se describen para cada una de las hipertrofias por separado, puesto que la intervención quirúrgica de adenoamigdalectomía puede proporcionarles un beneficio clínico.

Rinorrea mucosa

La existencia de mucosidad nasal y/o retronasal es una situación frecuente, con una elevada prevalencia entre las poblaciones pediátrica y adolescente, que suele tener una duración autolimitada y curar sin tratamiento o con tratamiento sintomático. La mucosidad nasal y/o retronasal se relaciona en algunos casos con patología infecciosa de las vegetaciones adenoideas, y la adenoidectomía se ofrece como la mejor alternativa terapéutica para solucionarla.

En el proceso se incluyen aquellos pacientes que presentan rinorrea mucosa con unas características clínicas que permiten identificar los casos de adenoiditis susceptibles de mejorar con la adenoidectomía.

Límite final

- La salida del paciente del proceso se produce con la evaluación del estado clínico en la revisión post-operatoria que tiene lugar entre 1 y 2 semanas tras la intervención.
- Se pueden producir salidas del proceso en diferentes puntos de decisión de desarrollo del proceso:
 - 9 (valoración médica en la 2ª visita de Atención Primaria).
 - 11 (valoración en la 1ª consulta por el ORL).
 - 15 (valoración en la 2ª consulta por el ORL).
 - 17 (1ª entrevista con el Cirujano ORL).
 - 19 (entrevista para la valoración preanestésica).
 - 23 (2ª visita de valoración preanestésica).
- Se puede producir la salida del proceso en cualquier momento del procedimiento quirúrgico en el que el paciente o sus representantes legales lo decidan, sin tener que proporcionar explicaciones o justificaciones.

Límites marginales

En este proceso no se incluyen:

- Los dolores de garganta que no están asociados a infecciones amigdalares bacterianas.
- La focalidad detectada en el ámbito hospitalario.
- Las insuficiencias respiratorias de vías altas de los pacientes con edades inferiores a 1 año y superiores a 14 años.
- La rinorrea de naturaleza distinta a la mucosa, mucopurulenta y/o purulenta en pacientes entre 1 y 14 años.
- Las comorbilidades (malformaciones congénitas o con severas deformaciones adquiridas, cardiopatías, neuropatías, nefropatías, metabopatías, inmunodeficiencias, etc.) que exigen procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos, frecuentemente en el ámbito hospitalario y superespecializado.

Igualmente, no se consideran en este proceso las intervenciones de amigdalectomía y adenoidectomía que se indican con motivo de:

- Sospecha o tratamiento de tumores amigdalares.
- Infecciones de los espacios profundos del cuello y/o sepsis de origen amigdalares.
- Amigdalitis caseosas.
- Síndromes de apnea obstructiva del sueño en pacientes entre 1 y 14 años con obesidad.

Observaciones

La amigdalectomía y la adenoidectomía son dos intervenciones que, aunque se efectúan sobre estructuras del anillo linfático de Waldeyer relacionadas funcionalmente y muy próximas entre sí, reúnen diferentes indicaciones quirúrgicas, distintas técnicas, y su evolución y cuidados post-operatorios presentan diferencias. Sin embargo, desde el punto de vista de la gestión integral de los procesos, ambas se han incluido en un único diseño. Se ha elegido esta opción al considerar que ambas intervenciones comparten más similitudes que diferencias, y que la simplificación de los diseños facilita el seguimiento del proceso por el mayor número de profesionales implicados. En cada momento se señalarán, no obstante, las oportunas consideraciones individualizadas.

Los límites de entrada del proceso se han seleccionado atendiendo al criterio clínico del síntoma, independientemente del lugar o centro sanitario del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el que se produzca el inicio de la relación entre el ciudadano enfermo y el Sistema. Esto se facilita por el hecho de que la inmensa mayoría de los problemas clínicos objeto del presente proceso se inician en Atención Primaria, aunque el manejo de los abscesos periamigdalinos puede incluir una asistencia en el Servicio de Urgencias de los hospitales para, posteriormente, proceder a una valoración por parte del Médico de Atención Primaria o del ORL.

El grupo de población entre 1 y 14 años tiene una elevada prevalencia de patología adenoidea y/o amigdalares y de oído medio (otitis media secretoria, otitis medias agudas recurrentes), que aparecen de forma aislada o bien de manera concomitante en un mismo paciente. En el Proceso Otitis Media de la Consejería de Salud se elabora el mapa del proceso y se establecen las actuaciones que se han de seguir en el manejo de esta patología otológica. No existen evidencias de que la adenoidectomía y/o la amigdalectomía deban ser indicadas para el tratamiento de estas otitis en ausencia de enfermedades adenoideas y/o amigdalares, tal como se expone en el Proceso Otitis Media. Sin embargo, en el mapa del Proceso Amigdalectomía-Adenoidectomía se encuentran referencias a estas enfermedades del oído medio por establecerse en algunos de estos pacientes indicaciones quirúrgicas de adenoidectomía y/o de amigdalectomía en virtud de la patología adenoidea y/o amigdalares concurrente, y con el objeto de facilitar la continuidad asistencial.

Se ha optado por describir minuciosamente la fase correspondiente al procedimiento quirúrgico, por la existencia de numerosos puntos de contacto con el paciente en los que se generan frecuentes problemas organizativos que ocasionan insatisfacción, reducen el rendimiento quirúrgico de los hospitales, y rompen la continuidad asistencial.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTES Y FAMILIARES

Accesibilidad

- Que la atención tanto por teléfono como por ventanilla sea rápida.
- Que me faciliten la cita con el especialista sin esperar mucho tiempo.
- Que me faciliten la cita cuando no me perjudique en mi trabajo o actividades diarias.
- Que me den la cita a una hora que no me interfiera con llevar a los otros niños al colegio.
- Que se me garantice la libre elección de especialista.
- Que haya facilidad para encontrar los destinos a los que tenga que dirigirme una vez me encuentre en el recinto sanitario, mediante puntos de información y una adecuada señalización de: Consultas Externas, lugares de realización de exploraciones complementarias, quirófanos, salas de reanimación, habitaciones.
- Que me hagan en el mismo día todas las pruebas y consultas necesarias, sin hacerme volver al centro sanitario.
- Que pueda elegir fecha, entre las posibles, para la operación.
- Que se realice la intervención en el hospital que me ofrezca más confianza.

- Que pueda elegir al especialista que va a realizar la intervención.
- Que pueda contar con accesibilidad permanente por teléfono tras la operación para que me resuelvan las dudas o me indiquen la actitud que he de seguir ante la aparición de posibles complicaciones.
- Que se mejore la accesibilidad a los servicios en caso de urgencia, especialmente en el medio rural.
- Que el paciente pueda estar acompañado de sus familiares en todo momento.

Comunicación

- Que exista un único profesional de referencia para evitar la confusión que provoca el variado número de profesionales diferentes con los que se trata.
- Que reciba información de forma continua y comprensible durante todo el proceso.
- Que los profesionales demuestren interés, que sepan escuchar y que presten atención.
- Que me faciliten información sobre la enfermedad, los cuidados domiciliarios y las posibles complicaciones en un lenguaje que pueda entender.
- Que me informen de los distintos tratamientos, para poder elegir, y me permitan opinar sin que el médico o la enfermera se sientan agraviados.
- Que me expliquen para qué sirven las pruebas que me van a realizar y de qué tipo son.
- Que me expliquen las normas y el funcionamiento de consulta, urgencias y hospitalización, que me puedan afectar.
- Que me den información completa acerca del momento en el que se va a dar el alta al enfermo y las razones que lo justifican.
- Que exista un teléfono de comunicación con el centro donde se realizó la operación y con los mismos profesionales.
- Que los profesionales que atienden las llamadas sean competentes en la resolución de las dudas y no provoquen una ansiedad innecesaria.

Cortesía en el trato

- Que el niño pueda estar acompañado de un familiar durante todo el tiempo de la asistencia tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.
- Que el trato sea personalizado, respetuoso, cariñoso y amable, considerando el segmento sociocultural de procedencia de paciente/familia.
- Que respeten la intimidad en las exploraciones y conversaciones con los profesionales en consulta y durante la hospitalización.
- Que conozca el nombre y la categoría profesional de la persona que me atiende en el Centro de Salud y en el Hospital.

Competencia

- Que me atiendan profesionales sanitarios con experiencia y adecuada preparación.
- Que exista coordinación entre los médicos de AP y los especialistas, sin encontrar reticencias para la remisión al especialista cuando la enfermedad lo precise.
- Que no me confundan con opiniones distintas sobre la necesidad de la operación.
- Tener la seguridad de que, para cada problema que pueda surgir, existen unas pautas claras de actuación conocidas por todos los profesionales y de que éstas van a ser aplicadas.
- Que los profesionales que me atienden valoren y reconozcan mis conocimientos y decisiones.
- Que los profesionales tengan habilidades en el manejo de los niños.
- Que no se cause dolor en las exploraciones y procedimientos por falta de competencia profesional.
- Que tenga la seguridad de que no se producirán complicaciones relacionadas con la operación.
- Que la duración de la intervención sea la necesaria para que se realice correctamente.
- Que se prevea un control total del dolor después de la operación.
- Que me hayan explicado con claridad la evolución del post-operatorio para que pueda tener conciencia de cuándo aparece una complicación.
- Que el acceso a los profesionales (cita para el médico, derivación a Enfermería, valoración del desplazamiento de Enfermería al domicilio...) sea fácil y rápido.
- Que mejore la enfermedad que motivó la operación, e incluso que me cure del todo.

Fiabilidad

- Que no se produzcan errores en la práctica clínica atribuibles a un descuido o por falta de interés del profesional.
- Que el profesional genere confianza y no muestre dudas o desconocimiento ante el paciente o el cuidador.
- Que exista un teléfono de contacto con un sanitario de referencia para resolver dudas.

Tangibilidad (entorno)

- Que el centro sea accesible, tranquilo y limpio, cómodo, señalizado, dotado con el material necesario, con un despacho habilitado para informarnos.
- Que no mezclen a niños con adultos en la sala de espera o en las plantas de hospitalización, especialmente si éstos tienen enfermedades que puedan impresionar a los niños.
- Que el niño hospitalizado pueda disponer de juguetes o entretenimiento.
- Que disponga de una sala de espera para acompañantes, dotada de las condiciones necesarias para hacer confortable la espera, sobre todo cuando ésta sea prolongada.

- Que el familiar pueda disponer de una cama para acompañar al paciente operado en caso de que necesite permanecer en el Hospital.
- Que se proporcionen los recursos materiales necesarios para los cuidados en el domicilio.
- Que me faciliten las recetas necesarias.
- Que los documentos informativos que me faciliten sean claros, legibles y sencillos.

MÉDICO DE FAMILIA, PEDIATRA, ORL, ANESTESIÓLOGO

Asistencia

- Que la derivación o interconsulta con Atención Especializada –para consulta, exploraciones complementarias y cirugía– se realice sin demora.
- Que la relación médico-paciente sea continua.
- Que se establezcan protocolos de derivación con los profesionales de Atención Especializada.
- Que exista coordinación y unidad de criterios entre las diferentes unidades del Hospital que atienden niños y adultos.
- Que los especialistas faciliten las recetas precisas.
- Que la intervención quirúrgica se realice sin demoras para que los pacientes no tengan que recurrir constantemente a Atención Primaria durante la espera.
- Que se definan los cuidados necesarios tras el alta post-operatoria.

Comunicación

- Que exista buena comunicación con todos los profesionales que intervienen en el proceso mediante sistemas de información integrados.
- Que reciba informes actualizados de los pacientes cuando sean atendidos por otros profesionales, donde se contemple el juicio clínico, la pauta de actuación y el seguimiento.
- Que el paciente acuda al especialista con un informe que aporte una correcta valoración diagnóstica y una probable indicación quirúrgica.
- Que se le facilite al paciente información coherente, homogénea, consensuada y siguiendo pautas de medicina basada en la evidencia científica.
- Que existan protocolos comunes y consensuados para que la continuidad del cuidado sea posible.
- Que se eviten duplicidades en las pruebas complementarias por rutina.
- Que los especialistas implicados tengan confianza en mi actuación y me traten con cortesía y respeto.
- Que pueda conocer las actividades realizadas por el otro nivel asistencial.

Competencia

- Que todos los profesionales implicados en el proceso tengan confianza en la actuación del Pediatra y Médico de Familia, y eviten duplicidades innecesarias de las exploraciones realizadas en Atención Primaria.
- Que todos los profesionales implicados en el proceso tengan conocimientos actualizados en esta materia y en las relacionadas, basados en la evidencia.
- Que se facilite la formación en otoscopia.
- Que la codificación de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos se adapte a la CIE-9 MC.
- Que el médico responsable informe del plan asistencial, para que los profesionales de Enfermería adecúen el plan de cuidados al paciente, de forma individualizada.
- Que el especialista disponga de competencias para el conocimiento y manejo de la patología y la cirugía.
- Que la intervención se desarrolle sin complicaciones.
- Que se asegure al paciente un seguimiento post-operatorio cómodo y controlado, de tal manera que la intervención de Atención Primaria en esta fase sea la mínima.
- Que el paciente mejore de la patología que motiva la operación.
- Que exista uniformidad de criterios sobre la base de guías clínicas basadas en la evidencia y, en su defecto, de consenso.

Tangibilidad

- Que pueda disponer de espacio, tiempo y todos los recursos necesarios para la atención adecuada a esta patología.
- Que tenga posibilidad/facilidad para evaluar mi práctica, con sistemas de registro cuyos datos puedan ser utilizados por los profesionales.
- Que se mejore la comunicación y el diálogo en la atención al paciente.
- Que se mejoren los circuitos de pacientes y se agilice la valoración diagnóstica e indicación quirúrgica.
- Que se refuerce el apoyo institucional como elemento que evite la orientación a la medicina defensiva.
- Que el material y el equipamiento necesario para la asistencia se encuentren en perfecto estado de uso.
- Que se disponga de un espacio suficiente para el trabajo de grupo, zona de estar y despachos para informar a pacientes y familiares, de forma que la permanencia en el centro sea confortable y garantice las condiciones de intimidad necesarias en la relación del paciente con los profesionales del centro.
- Que se disponga de la historia clínica en el momento de la consulta.

- Que los resultados de las exploraciones complementarias estén disponibles en tiempos adecuados.
- Que se implante un sistema de incentivos ligado a objetivos derivados de la puesta en marcha de la gestión del proceso.
- Que se pueda disponer de personal no sanitario de referencia por área funcional (celadores, limpieza, etc.).

ENFERMERÍA DE AP

- Que pueda disponer de información continuada del estado del paciente.
- Que se definan con precisión las acciones cuidadoras necesarias tras el alta hospitalaria.
- Que se me forme en la detección y manejo de complicaciones de los pacientes operados.
- Que pueda identificar al médico responsable del paciente.
- Que el paciente y la familia tengan información puntual sobre la situación clínica, el procedimiento y el pronóstico.
- Que los médicos consideren mi trabajo.
- Que los pacientes valoren mi trabajo.

ENFERMERÍA DE AE

- Que los médicos cooperen en nuestra labor, de manera que no se dé un alta médica sin coordinación con Enfermería.
- Que exista coordinación/cooperación con las enfermeras de AP, sobre todo en el tema de curas y planes de cuidados.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE Y FAMILIARES**

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD, INFORMACIÓN, TANGIBILIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Accesibilidad telefónica de la consulta para la resolución de dudas o para proporcionar resultados de exploraciones complementarias.
- Libre elección de facultativos y otros profesionales.
- Libre elección de centro sanitario.
- Organización de la asistencia mediante cita previa (teléfono, fax, presencia física, correo electrónico), sin demora, con horarios flexibles y amplios.
- Proveer a los centros sanitarios de salas de espera y habitaciones confortables, limpias y tranquilas.
- Señalización visible en los centros, e información sobre las normas y el funcionamiento de: consultas, servicio de urgencias, servicios de apoyo.
- Identificación de los profesionales.
- Disponibilidad en la consulta del documento de la historia clínica en algún tipo de soporte.
- Información detallada y comprensible de los procedimientos y aceptación por el representante legal, cumplimentando el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ).
- Plan de Acogida e información relativos a las características de la cirugía ambulatoria.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Garantizar la oferta asistencial a toda la población con equidad.
- Facilitar el acceso de un acompañante (familiar o cuidador) en todo momento.
- Respeto a la intimidad y confidencialidad.
- Empatía y profesionalidad.
- Facilitar la exposición de dudas y temores.
- Facilitar un plan individual de tratamiento por escrito.
- Hacerlos partícipes en la toma de decisiones durante todo el proceso.
- Facilitar información sobre el proceso y la organización de la asistencia de forma comprensible, oral y escrita.
- Evitar la práctica de pruebas diagnósticas innecesarias, así como el dolor que puede provocarse al realizarlas.
- Disminuir la variabilidad clínica de las decisiones de los profesionales.
- Procurar actuaciones con técnicas de alta resolución que no obliguen al paciente a efectuar desplazamientos innecesarios por deficiencias organizativas.
- Evitar la recirculación de pacientes por falta de confirmación diagnóstica.
- Garantizar la adecuación del paciente y su entorno para la cirugía mayor ambulatoria.
- Informar al paciente y a los familiares de las instrucciones previas a la anestesia e intervención.
- Garantizar la fecha de la intervención, sin cambios.
- Reducir la ansiedad de paciente y familiares mediante la preparación psicológica previa al acto quirúrgico.
- Realizar las técnicas diagnósticas y terapéuticas sin dolor.
- Proporcionar la máxima calidad técnica en la cirugía.
- Evitar complicaciones derivadas de la anestesia.
- Llevar a cabo las acciones cuidadoras precisas.
- Facilitar las recetas o los medicamentos necesarios.
- Facilitar los informes precisos para garantizar la continuidad asistencial.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Garantizar las derivaciones e interconsultas sin demora.
- Disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo del proceso.
- Accesibilidad a las pruebas complementarias de forma similar en AP y en AE.
- Disponer de sistemas de información rápidos y fiables que permitan la evaluación de las actuaciones.
- Recetado del tratamiento por AE.
- Procurar actuaciones de alta resolución.
- Realización de intervenciones de máxima calidad, sin complicaciones evitables.
- Seguimiento post-operatorio.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Disponer de la historia clínica en el momento y lugar que se necesite, en cualquier soporte, aunque es preferible que sea *on line*.
- Informes escritos de remisión o de derivación con la información que se establezca en los protocolos de coordinación.
- Protocolos y guías de acción conjunta, adecuados a las características del entorno y encaminados a reducir la variabilidad.
- Seguimiento de los criterios de calidad de los protocolos y guías.
- Reducción de la demora para acceder al especialista y para la intervención.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Programar planes de formación para los profesionales que intervienen en el proceso, según el perfil de competencias establecido.
- Diseñar un plan de incentivos anual conforme a la consecución de los objetivos fijados para la gestión del proceso.
- Fijar líneas preferentes de investigación conforme a las nuevas tecnologías y la medicina basada en la evidencia.

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	GESTIÓN DE 1ª CITA EN AP
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	1º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	VALORACIÓN MÉDICA: 1ª CONSULTA
QUIÉN	Médico de Familia/Pediatra
CUÁNDO	2º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica. Punto de decisión: derivación a Atención Especializada o continuación en Atención Primaria

QUÉ	GESTIÓN DE CITAS PARA: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas complementarias • 2º consulta en Atención Primaria
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario
CUÁNDO	3º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	EXTRACCIÓN DE MUESTRA DE SANGRE VENOSA
QUIÉN	Enfermería de AP
CUÁNDO	4º
DÓNDE	AP
CÓMO	Normas y procedimientos de extracción hemática

QUÉ	RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO Y MICROBIOLOGÍA
------------	---

QUIÉN	Enlace
CUÁNDO	5º
DÓNDE	Enlace físico
CÓMO	Protocolos

QUÉ	REALIZACIÓN DE ESTUDIO BIOQUÍMICO
------------	--

QUIÉN	Laboratorio
CUÁNDO	6º a
DÓNDE	AP y AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	REALIZACIÓN DE ESTUDIO RADIOLÓGICO
------------	---

QUIÉN	Servicio de Radiología
CUÁNDO	6º b
DÓNDE	AP y AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	REALIZACIÓN DEL CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DEL FROTIS OBTENIDO EN EL PASO 2º
------------	---

QUIÉN	Servicio de Microbiología
CUÁNDO	6º c
DÓNDE	Atención Especializada
CÓMO	Protocolos

QUÉ	RECOGIDA Y TRANSPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA
------------	--

QUIÉN	Enlace
CUÁNDO	7º
DÓNDE	Enlace físico
CÓMO	Protocolos

QUÉ	RECEPCIÓN DE RESULTADOS Y REPARTO AL MÉDICO SOLICITANTE
------------	--

QUIÉN	Enlace/Personal auxiliar
CUÁNDO	8º
DÓNDE	Enlace físico
CÓMO	Protocolos

QUÉ	VALORACIÓN MÉDICA: 2ª CONSULTA
------------	---------------------------------------

QUIÉN	Médico de Familia/Pediatra
CUÁNDO	9º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica Punto de decisión: derivación a AE o continuación en AP

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA ORL
------------	---------------------------------

QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario
CUÁNDO	10º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	VALORACIÓN POR EL ORL: 1ª CONSULTA
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	11º
DÓNDE	AE
CÓMO	Guías de práctica clínica Punto de decisión: indicación de intervención quirúrgica y opción cirugía ambulatoria o convencional, continuación en AE o remisión a AP

QUÉ	GESTIÓN DE CITAS PARA: • Pruebas complementarias • 2ª consulta ORL
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario
CUÁNDO	12º
DÓNDE	AE
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	EXPLORACIÓN AUDIOLÓGICA: IMPEDANCIOMETRÍA CON/ SIN AUDIOMETRÍA
QUIÉN	Personal cualificado: DUE o Médico
CUÁNDO	13º a
DÓNDE	AE
CÓMO	Normas y procedimientos

QUÉ	VALORACIÓN O, EN SU CASO, REALIZACIÓN DE NUEVO ESTUDIO BIOQUÍMICO
QUIÉN	Laboratorio
CUÁNDO	13º b
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	VALORACIÓN O, EN SU CASO, REALIZACIÓN DEL CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DEL FROTIS OBTENIDO EN 11º
QUIÉN	Servicio de Microbiología
CUÁNDO	13º c
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	TRASLADO Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
QUIÉN	Enlace/Personal auxiliar
CUÁNDO	14º
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	VALORACIÓN POR EL ORL: 2ª CONSULTA
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	15º
DÓNDE	AE
CÓMO	Guías de práctica clínica Punto de decisión: indicación de intervención quirúrgica y opción de cirugía ambulatoria o convencional, o continuación en AE o remisión a AP

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario
CUÁNDO	16º
DÓNDE	AE
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	ENTREVISTA DEL PACIENTE CON SU CIRUJANO ORL
QUIÉN	Cirujano ORL
CUÁNDO	17º
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos Punto de decisión: inicio del procedimiento quirúrgico o remisión a Atención Especializada (ambulatoria) o Primaria.

QUÉ	VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
------------	--

QUIÉN	Anestesiólogo
CUÁNDO	19º
DÓNDE	Hospital. AE
CÓMO	Protocolos, medicina basada en la evidencia Punto de decisión: declaración de apto/no apto para la cirugía. Si resulta no apto, remisión a centro de referencia o continuación de la asistencia en AE o AP

QUÉ	GESTIÓN DE CITAS PARA: <ul style="list-style-type: none">• Pruebas complementarias• 2ª consulta de Preanestesia
------------	---

QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario
CUÁNDO	20º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	ESTUDIO BIOQUÍMICO
------------	---------------------------

QUIÉN	Laboratorio
CUÁNDO	21º a
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	ESTUDIO RADIOLÓGICO
QUIÉN	Servicio de Radiología
CUÁNDO	21º b
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	ELECTROCARDIOGRAMA
QUIÉN	Personal cualificado: Enfermera
CUÁNDO	21º c
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
QUIÉN	Otros servicios o interconsultas
CUÁNDO	21º d
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos

QUÉ	RECEPCIÓN Y REPARTO DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
QUIÉN	Personal administrativo
CUÁNDO	22º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos

QUÉ	VALORACIÓN PREANESTÉSICA: 2ª CONSULTA
QUIÉN	Anestesiólogo
CUÁNDO	23º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Medicina basada en la evidencia Punto de decisión: apto/no apto para la cirugía y cirugía ambulatoria o convencional

QUÉ	REGISTRO DE PACIENTES APTOS PARA LA CIRUGÍA
QUIÉN	Personal administrativo
CUÁNDO	24º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos

QUÉ	ELABORACIÓN DEL PARTE DE QUIRÓFANO
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	25º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario
CUÁNDO	26º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	ADMISIÓN DEL PACIENTE Y RECEPCIÓN DE FAMILIARES
QUIÉN	Servicio de Admisión
CUÁNDO	27º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos

QUÉ	RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECEPCIÓN/PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN
QUIÉN	Personal de Enfermería
CUÁNDO	28º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Normas y procedimientos

QUÉ	PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN DEL ESTADO CLÍNICO
QUIÉN	Personal de Enfermería, ORL, Anestesiólogo
CUÁNDO	29º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Plan de Cuidados estandarizados Punto de decisión: apto/no apto para cirugía. Si resulta no apto, retorno al punto 17 o al punto 23

QUÉ	LLAMADA DESDE EL ÁREA QUIRÚRGICA PARA SOLICITAR EL TRASLADO DEL PACIENTE AL QUIRÓFANO
------------	--

QUIÉN	Persona designada por el equipo quirúrgico
CUÁNDO	30º
DÓNDE	Hospital: área quirúrgica
CÓMO	Protocolos

QUÉ	TRASLADO DEL PACIENTE AL ÁREA QUIRÚRGICA
------------	---

QUIÉN	Celador
CUÁNDO	31º
DÓNDE	Hospital: área quirúrgica
CÓMO	Protocolos

QUÉ	RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
------------	---

QUIÉN	Personal de Enfermería, ORL, Anestesiólogo
CUÁNDO	32º
DÓNDE	Hospital: área quirúrgica
CÓMO	Protocolos

QUÉ	PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA INTERVENCIÓN
------------	--

QUIÉN	Personal de Enfermería, Anestesiólogo
CUÁNDO	33º
DÓNDE	Hospital: quirófano
CÓMO	Protocolos, normas y procedimientos

QUÉ	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
QUIÉN	ORL, Anestesiólogo, Personal de Enfermería
CUÁNDO	34º
DÓNDE	Hospital: quirófano
CÓMO	Protocolos, normas y procedimientos

QUÉ	ATENCIÓN POST-OPERATORIA INMEDIATA (FASE 1)
QUIÉN	Anestesiólogo, Personal de Enfermería
CUÁNDO	35º
DÓNDE	Hospital: Sala de recuperación post-operatoria
CÓMO	Protocolos, planes de cuidados estandarizados

QUÉ	INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES DEL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	36º
DÓNDE	Hospital: área quirúrgica
CÓMO	Protocolos

QUÉ	TRASLADO A LA SALA DE READAPTACIÓN AL MEDIO/PLANTA
QUIÉN	Celador
CUÁNDO	37º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos

QUÉ	ATENCIÓN POST-OPERATORIA INTERMEDIA (FASE 2)
QUIÉN	Personal de Enfermería
CUÁNDO	38º
DÓNDE	Hospital: Sala de readaptación al medio o planta
CÓMO	Protocolos, planes de cuidados estandarizados

QUÉ	ALTA HOSPITALARIA
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	39º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos. Documento de alta: informe clínico y recomendaciones médicas y de Enfermería

QUÉ	ALTA HOSPITALARIA
QUIÉN	Personal de Enfermería
CUÁNDO	40º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos

QUÉ	ATENCIÓN DEL PERIODO POST-OPERATORIO TARDÍO
QUIÉN	Familia, profesionales de AP, hospitalización domiciliaria, control telefónico
CUÁNDO	41º
DÓNDE	Centro de Salud, domicilio
CÓMO	Protocolos

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA REVISIÓN
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario
CUÁNDO	42º
DÓNDE	AE
CÓMO	Manual de procedimientos de atención al usuario

QUÉ	REVISIÓN POST-OPERATORIA POR EL ORL: 3ª CONSULTA
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	43º
DÓNDE	AE
CÓMO	Protocolos Punto de decisión: Alta o sucesivas consultas de revisión por el ORL



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para consulta de AP	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad: física, espacial y de tiempo. • Afabilidad y corrección en el trato. Empatía. • Registro informatizado. • Demora para la consulta inferior a 24 horas.

Médico de Familia/Pediatra

Actividades	Características de calidad
1 ^a Valoración clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en soporte papel o informático de la historia clínica. • La valoración clínica se fundamenta en la anamnesis y la exploración física. • El motivo de la consulta de los pacientes que acuden al Médico de Atención Primaria está centrado en un síntoma o complejo sintomático¹¹. Las características de cada uno de ellos (que hacen que el paciente entre en el Proceso Amigdalectomía-Adenoidectomía) son las siguientes*: <p>Dolor de garganta</p> <p>La indicación quirúrgica de amigdalectomía se ha demostrado útil únicamente en algunos dolores de garganta que están causados por infecciones bacterianas¹². En esta primera visita, el médico puede considerar que el dolor de garganta es de etiología bacteriana y conforme a los contenidos de la guía de práctica clínica “Manejo del dolor de garganta e indicaciones de amigdalectomía” del grupo escocés SIGN¹³, presenta un cuadro clínico con todos los síntomas que se indican y, al menos, uno de los signos que se relacionan:</p> <p><i>Síntomas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Más de 3 días de duración. – Afectación del estado general. – Dificultad para la deglución. – Ausencia de tos.

* Los niveles de las evidencias científicas y los grados de recomendación que se siguen en este texto son los más ampliamente aceptados y se detallan en el Anexo 1.

Signos:

- Amígdalas y faringe inflamadas.
- Exudado purulento sobre las amígdalas.
- Abombamiento del espacio periamigdalino.
- Fiebre termometrada mayor de 38º C.
- Linfadenopatías cervicales anteriores.

Un solo cuadro clínico de dolor de garganta de probable etiología bacteriana no es suficiente para sentar la indicación quirúrgica de amigdalectomía, ya que se ha demostrado que esta intervención es beneficiosa únicamente en aquellos cuadros clínicos de repetición que configuran el siguiente patrón clínico de evolución, frecuencia e intensidad:

- Los dolores de garganta son debidos a amigdalitis agudas bacterianas.
- Se observan 5 o más episodios de dolor de garganta al año.
- Los síntomas persisten durante al menos 1 año.
- Los episodios de dolor de garganta son incapacitantes e impiden el desempeño normal de las funciones y actividades personales.
- El dolor de garganta se debe a la repetición de un absceso periamigdalino.

El examen clínico no garantiza el diagnóstico diferencial entre dolor de garganta bacteriano y vírico, pero no existe ninguna prueba diagnóstica que pueda considerarse gold standard y que sirva para diagnosticar con absoluta seguridad y fiabilidad la etiología bacteriana en un cuadro de amigdalitis. No obstante, se ha demostrado la efectividad de la amigdalectomía ante valoraciones clínicas como las descritas anteriormente (Nivel de evidencia IIb, recomendación de Grado B).

- En aquellos casos en los que la valoración clínica no resulta suficiente para plantear la indicación quirúrgica de amigdalectomía por presentar cuadros clínicos dudosos o patrones sintomáticos poco establecidos, se puede recurrir a determinadas pruebas complementarias. La realización de estas pruebas no está indicada en todos los dolores de garganta (Nivel de evidencia III, recomendación de Grado B), y su valor diagnóstico radica en relacionar el dolor de garganta con una infección amigdalar bacteriana.
 - En los episodios agudos de amigdalitis bacterianas se puede encontrar leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda, aunque son datos inespecíficos.

– Los diagnósticos que ofrecen mayor confianza son los que establecen una asociación entre amigdalitis aguda y la detección de bacterias en las amígdalas o productos bacterianos en la sangre (teniendo en cuenta que asociación no equivale a relación causal).

– Un cultivo faríngeo positivo para estreptococos beta-hemolíticos del grupo A otorga probabilidad a que la etiología del dolor de garganta sea estreptocócica, pero se debe tener en cuenta que existe una elevada proporción, hasta del 40%, de portadores asintomáticos de estreptococos beta-hemolíticos del grupo A.

Un cultivo faríngeo estreptocócico negativo no descarta la etiología bacteriana del dolor de garganta en pacientes que han recibido tratamiento antibiótico previo y en los que se ha obtenido el frotis de una forma inadecuada, ya que el hisopo debe introducirse en la parte más profunda de las criptas amigdalinas y no en la superficie mucosa de la faringe.

Un cultivo sólo es valorable cuando es positivo para estreptococos beta-hemolíticos del grupo A y se enmarca en un cuadro clínico sugestivo de amigdalitis bacteriana. La identificación de otros agentes microbianos diferentes de éste debe valorarse individualmente en cada caso.

– La elevación del título de antiestreptolisina O (ASLO) por encima del estándar de normalidad indica que el paciente ha sufrido una infección estreptocócica, pero su valor diagnóstico queda cuestionado al existir otras infecciones frecuentes en las que el estreptococo se halla habitualmente implicado, como pueden ser algunas infecciones cutáneas o dentales.

El ASLO puede permanecer elevado hasta un año o incluso muchos años después de la infección original y puede no reducirse con la administración de antibióticos ni con la amigdalectomía, por lo que su elevación persistente pierde utilidad diagnóstica en los patrones clínicos de dolores de garganta de repetición.

– El test rápido de detección antigénica estreptocócica puede sustituir al título de ASLO, pero sólo es valorable cuando es positivo y se enmarca en un cuadro clínico sugestivo de amigdalitis bacteriana.

• Una vez que se establece la decisión de considerar indicada la amigdalectomía, ésta debería practicarse tan pronto como

sea posible, con objeto de maximizar el periodo de beneficio antes de que pueda tener lugar una resolución natural de los síntomas (Nivel de evidencia IV, recomendación de Grado C).

Si no se identifica con precisión el cuadro clínico ni se puede establecer el patrón de presentación, se procederá al seguimiento del paciente en AP. Por dicho motivo, y en estos casos, se recomienda un periodo de 6 meses de observación expectante al objeto de poder confirmar el patrón clínico, con anterioridad a la decisión de indicar la amigdalectomía, lo que permitirá al paciente considerar completamente las implicaciones de la operación (Nivel de evidencia IV, recomendación de Grado C).

En los casos en los que existe incertidumbre sobre los síntomas, es conveniente entregarle al paciente un modelo de proforma o impreso para que lo rellene según presenta los síntomas y ayude al médico en la definición del patrón clínico (Anexo 2).

De todos modos, la mejor manera de documentar el patrón clínico es la observación directa y evaluación por parte del médico de cada uno de los episodios de dolor de garganta.

■ Los dolores de garganta que muestran un abombamiento del espacio periamigdalino pueden estar indicando la extensión de una infección amigdalar bacteriana. Desde el estadio inicial de flemón periamigdalino se puede alcanzar la abscesificación de este espacio. La verificación diagnóstica se consigue tras la obtención de material purulento mediante la punción de la porción más abombada observable entre la amígdala palatina y el paladar blando o el pilar amigdalino anterior.

– La punción y aspiración del absceso periamigdalino se considera el tratamiento inicial de elección (Nivel de evidencia Ia)^{14, 15}.

– La persistencia del absceso puede ser tratada con una nueva punción-aspiración y/o incisión y drenaje.

No se recomienda la amigdalectomía como tratamiento de todos los abscesos periamigdalinos. Ésta se reserva (Nivel de evidencia Ia, recomendación de Grado A) para los casos que reúnan una de las siguientes características:

– El absceso periamigdalino se inscribe en un cuadro más general de amigdalitis bacterianas de repetición que, por sí mismas, suponen un motivo de indicación quirúrgica.

– Recurrencia en, al menos, una ocasión de un absceso periamigdalino no enmarcado en amigdalitis bacterianas de repetición.

- Absceso periamigdalino único, enmarcado o no en amigdalitis bacterianas de repetición, que se ha complicado con la extensión de la infección a alguno de los espacios profundos del cuello.
- El absceso le ocurre a un paciente pediátrico en el que la exploración completa y las maniobras de punción y evacuación son imposibles de realizar sin recurrir a la anestesia general. En estos casos, se puede plantear como tratamiento del absceso la amigdalectomía en caliente (Nivel de evidencia IV, recomendación de Grado C).¹⁶

Focalidad

Los procesos clínicos de focalidad pueden llegar a requerir indicación quirúrgica de amigdalectomía con el objetivo de erradicar el foco estreptocócico cuando la patología infecciosa de base configura cuadros clínicos de amigdalitis crónica, que pueden cursar o no en episodios, asociados a las enfermedades focales.

Los cuadros clínicos focales con asociación demostrada a patología amigdalina infecciosa bacteriana crónica son: fiebre reumática, glomerulonefritis aguda, pustulosis palmo-plantar, psoriasis eruptiva del niño^{17, 18}. En presencia de estas patologías se debe considerar la posible existencia de focos estreptocócicos amigdalares.

Dificultad respiratoria de vías altas

- La dificultad respiratoria de vías altas motivada por una reducción del flujo aéreo a nivel de la orofaringe puede llegar a ser clínicamente relevante en los pacientes que presentan un síndrome de apnea obstructiva durante el sueño^{19, 20, 21}. Este síndrome está causado en la mayoría de los casos por una hipertrofia amigdalina obstructiva, por lo que la amigdalectomía les proporcionará beneficio, y se identifican cuando se presenta de forma persistente y continuada con, al menos, uno de los siguientes síntomas, tanto nocturnos como diurnos:

Síntomas nocturnos:

- Sueño intranquilo, con cama revuelta.
- Esfuerzos respiratorios ineficaces, con despertares durante el sueño (*arousals*).
- Periodos de más de 5 segundos de duración sin flujo aéreo respiratorio (apnea/hipopnea).
- Enuresis.

Síntomas diurnos:

- Dificultad respiratoria.
- Rinolalia cerrada.
- Voz gangosa.
- Adormecimiento y/o somnolencia.
- Descenso del rendimiento escolar.

Los síndromes más evolucionados llegan a presentarse con complicaciones cardiopulmonares como: *cor pulmonale*, hipertensión pulmonar o hipertrofia ventricular derecha.

- La hipertrofia amigdalar se identifica con la simple observación, por faringoscopia, de su tamaño relativo respecto al istmo de las fauces.
- El diagnóstico definitivo de estos cuadros de apnea obstructiva durante el sueño tiene lugar tras la realización de una polisomnografía, si bien se considera que esta exploración sólo es determinante en los casos que no han quedado suficientemente documentados con la anamnesis y la exploración física y puede considerarse suficiente un registro sonoro continuado durante el sueño nocturno (Nivel de evidencia IV, recomendación de Grado C).
- También se produce la entrada en el proceso de aquellas dificultades respiratorias nasales que son potencialmente tributarias de beneficiarse con la adenoidectomía²² cuando presentan al menos uno de los siguientes síntomas:
 - Dificultad respiratoria nasal habitual.
 - Respiración oral continua.
 - Rinolalia cerrada.
 - Deformación maxilar (paladar ojival y alteraciones en la eclosión e implantación dentaria).
 - Deformación craneofacial (facies adenoidea).
 - Ronquido nocturno.
- La confirmación de los cuadros sugerentes de hipertrofia adenoidea sintomática, puede efectuarse:
 - Por métodos de visualización directa: rinoscopia posterior, nasofibrosocopia o endoscopia rígida, dependiendo de la tolerancia del niño y de los medios y la experiencia del explorador.
 - Por métodos radiológicos: la radiografía lateral de cráneo centrada en el *cavum* ha demostrado ser útil y mínimamente agresiva.

- Por tacto digital del *cavum*: este método debe relegarse a la imposibilidad de efectuar el diagnóstico por los demás medios descritos.

La detección de una hipertrofia adenoidea no es indicación quirúrgica de adenoidectomía por sí sola (Nivel de evidencia IIa), ya que ésta se indica únicamente en los casos de hipertrofia adenoidea que ocasiona relevantes problemas clínicos como los descritos anteriormente (recomendación de Grado B).

- La adeno-amigdalectomía beneficia a los pacientes que presentan simultáneamente una hipertrofia amigdalar sintomática y una hipertrofia adenoidea sintomática, configurando un cuadro clínico de insuficiencia respiratoria global orofaríngea y rinofaríngea que se caracteriza por la acumulación de los síntomas provocados en cada una de las localizaciones.

Rinorrea mucosa

Los cuadros infecciosos de las vegetaciones adenoideas son muy frecuentes en la edad pediátrica y, habitualmente, difíciles de distinguir de otras infecciones víricas o bacterianas de las vías respiratorias altas. Por ser la rinorrea mucosa una de las características más significativas y constantes de las adenoiditis, la identificación de un cuadro clínico de adenoiditis susceptible de mejorar con la adenoidectomía se concreta a partir de, al menos, dos de los siguientes síntomas en alguna de las localizaciones señaladas:

Rinorrea anterior:

- Abundante mucosidad en las fosas nasales.
- Mucosidad espesa de aspecto purulento o mucopurulento.
- Presencia bilateral de la mucosidad.
- Ausencia de estornudos en salvas.
- Cefalea.

Rinorrea posterior:

- Presencia de mucosidad retrovélica.
- Mucosidad espesa de aspecto purulento o mucopurulento.
- Halitosis.
- Tos irritativa, especialmente nocturna.
- Vómitos frecuentes no asociados a patología gastrointestinal o neurológica.
- Cefalea.

Un solo cuadro clínico de adenoiditis no es suficiente para sentar la indicación quirúrgica de adenoidectomía, ya que se ha demostrado que esta intervención es beneficiosa únicamente en las adenoiditis agudas de repetición y en las adenoiditis crónicas que configuran los siguientes patrones clínicos:

- 4 o más episodios de rinorrea en los 12 meses previos. Al menos uno de los episodios debe haber sido documentado clínicamente por exploración médica.
- Síntomas persistentes de adenoiditis después de 2 cursos de tratamiento antibiótico. Al menos uno de estos tratamientos debe haber incluido un antibiótico resistente a las beta-lactamasas y haber tenido una duración mínima de 2 semanas.
- Es posible que se produzcan adenoiditis y complicaciones adenoidíticas (otitis, sinusitis, bronquitis, gastritis) con vegetaciones adenoideas de escaso tamaño (Nivel de evidencia IIb), por lo que no se debe asociar la adenoiditis con hipertrofia adenoidea (recomendación de Grado B).

Existe una elevada prevalencia de patología de oído medio en la población entre 1 y 14 años, que es la misma en la que se produce predominantemente la patología adenoidea y amigdalar. Algunos de los pacientes que sufren problemas otológicos (hipoacusia, otalgia, otorrea) son diagnosticados de otitis media secretoria o de otitis media recurrente, y su manejo se recoge en el Proceso Otitis Media. El Pediatra o el Médico de Familia tendrán en cuenta esta situación para facilitar la continuidad asistencial de los pacientes que, simultáneamente, son candidatos a ser intervenidos de amigdalectomía y/o adenoidectomía para solucionar su patología amigdalar y/o adenoidea y de miringotomía con/sin inserción de tubos de ventilación para solucionar su patología de oído medio^{23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30}.

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para pruebas complementarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad: física, espacial y de tiempo. • Afabilidad y corrección en el trato. Empatía. • Indicación de la necesidad de estar en ayunas para la prueba de Laboratorio. • Registro informatizado.

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para la 2ª valoración por el Médico de Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none">• No se producirá una demora innecesaria entre la disposición de los resultados de las pruebas complementarias y la cita con el Médico de Atención Primaria. En cualquier caso, no se superarán los 15 días de espera.• La cita para la 2ª valoración por el Médico de Atención Primaria se fijará teniendo en cuenta la demora más alta para la realización técnica de todas las pruebas solicitadas, de tal manera que en esta consulta el médico disponga de todos los resultados.

Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Extracción de muestra hemática para análisis de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• En los niños se aplicará una crema anestésica (lidocaína 25 mg y prilocaína 25 mg) en la zona de venopunción. Se procederá a la punción un mínimo de 30 minutos después de la aplicación de la crema.• Se identificarán perfectamente las muestras y quedará registrada la actuación.• Se procederá a la extracción sanguínea siguiendo las normas y procedimientos recomendados.

Personal de enlace de muestras

Actividades	Características de calidad
Transporte físico o mecánico de las muestras	<ul style="list-style-type: none">• Se procederá al traslado inmediato de las muestras al centro de destino.• El traslado se efectuará en las condiciones óptimas que eviten el deterioro o la invalidación de las muestras.• Se identificará y registrará el personal o medio de enlace.

Personal de Laboratorio

Actividades	Características de calidad
Realización del estudio bioquímico	<ul style="list-style-type: none">• Realización correcta de las técnicas de análisis adecuadas.• Se registrará la entrada de la muestra y la salida de los resultados.

Personal de Radiología

Actividades	Características de calidad
Realización de placas radiográficas	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento de las proyecciones radiológicas de la cabeza y del cuello.• Evitar la realización de placas innecesarias.• Entrega de las placas perfectamente realizadas, identificadas y utilizables para el diagnóstico.

Personal de Microbiología

Actividades	Características de calidad
Cultivo y realización del antibiograma	<ul style="list-style-type: none">• Realización correcta de las técnicas microbiológicas adecuadas.• Se registrará la entrada de la muestra y la salida de los resultados.

Personal de enlace de resultados

Actividades	Características de calidad
Transporte físico, mecánico o telemático	<ul style="list-style-type: none">• Se procederá al traslado inmediato de los resultados al centro de destino.• Se identificará y registrará el personal o medio de enlace.

Personal Administrativo/Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Recepción y reparto de los resultados de las pruebas complementarias	<ul style="list-style-type: none">• Se respetará la confidencialidad de los resultados.• Se entregarán los resultados a los médicos solicitantes.• Se evitarán errores de reparto o extravíos.

Médico de Familia/Pediatra

Actividades	Características de calidad
2ª Valoración clínica	<ul style="list-style-type: none">• Valoración de los resultados de las pruebas complementarias.• Precisión del patrón clínico:<ul style="list-style-type: none">– Si el patrón clínico es suficientemente concluyente se puede producir la derivación hacia el ORL para la confirmación diagnóstica y el establecimiento de la indicación quirúrgica.– Si el patrón clínico aún no es suficientemente concluyente se prosigue la valoración en AP.• Registro en soporte papel o informatizado de la actuación y de las decisiones adoptadas.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para el ORL	<ul style="list-style-type: none">• Accesibilidad: física, espacial y de tiempo.• Afabilidad y corrección en el trato. Empatía.• Registro informático.• La demora de la cita con el ORL no superará los 15 días desde la asistencia por el Médico de Atención Primaria.

ORL

Actividades	Características de calidad
Valoración especializada	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de un documento de historia clínica archivable en algún tipo de soporte físico o informático.• En los casos en que el patrón clínico no parezca completamente definido, se solicitarán pruebas complementarias, de forma similar a lo contemplado para el Médico de Atención Primaria.• Cuando se encuentre patología de oído medio concurrente no detectada previamente, se podrá considerar la necesidad de solicitar un estudio audiológico que comprenda una timpanometría y audiometría, y se seguirá lo establecido en el Proceso Otitis Media.• Confirmación diagnóstica en los casos en los que se dispone de un patrón clínico concluyente y definido: se procederá a establecer la indicación quirúrgica.• La codificación de los diagnósticos y de los procedimientos quirúrgicos se adapta a la CIE-9 MC³¹. (Anexo 3).

- Los criterios para indicar la intervención de amigdalectomía^{32, 33, 34, 35} son:
 - Amigdalitis bacterianas de repetición.
 - Amigdalitis crónica.
 - Absceso periamigdalino de repetición.
 - Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño por hipertrofia amigdalar.
- Los criterios para indicar la intervención de adenoidectomía³⁶ son:
 - Adenoiditis crónica.
 - Adenoiditis agudas de repetición.
 - Hipertrofia adenoidea vinculada a deformaciones maxilares y/o craneofaciales.
 - Hipertrofia adenoidea vinculada al ronquido y dificultad respiratoria nasal.
- Los criterios para indicar la intervención de adenoamigdalectomía derivan de la suma de los criterios de amigdalectomía y adenoidectomía por separado. Además, la codificación de la CIE-9 MC incluye estas otras denominaciones, que sirven en ocasiones para resumir en un solo código diversos diagnósticos individuales de cada una de las indicaciones:
 - Hipertrofia de amígdalas y adenoides.
 - Adenoamigdalitis crónica.
- No debe descartarse la indicación quirúrgica de adenoidectomía en los casos de pacientes con síndrome de paladar hendido ante la posibilidad de que puedan desarrollar una insuficiencia velopalatina si la adenoidectomía se efectúa con técnicas de legrado de *cavum* que lesionen los músculos faríngeos. De forma individualizada, el riesgo de insuficiencia velopalatina se reduce en estos pacientes efectuando técnicas reductoras del tejido adenoideo mediante cirugía endoscópica y empleo de microdebridadores. La úvula bifida se presenta con elevada frecuencia y, en ocasiones, se debe descartar que ésta constituya el signo más visible de un paladar hendido.
- No existen evidencias actuales de la existencia de contraindicaciones para la amigdalectomía. Los procesos intercurrentes (coagulopatías, metabolopatías, infecciones, etc.) pueden ser controlados y/o corregidos con objeto de permitir una intervención segura. Deberán evaluarse

individualizadamente en el ámbito de equipos multidisciplinares o bien remitirse a centros de referencia.

- Se proporcionará al paciente y a sus familiares o representantes legales la información suficiente, y en términos comprensibles, sobre la indicación quirúrgica, sus alternativas terapéuticas, los riesgos y las posibles complicaciones de las distintas modalidades quirúrgicas (cirugía ambulatoria y hospitalización convencional³⁷) y anestesiológicas, así como las implicaciones de la intervención en la vida laboral, social y doméstica.
- Aceptación de la intervención propuesta mediante la firma del documento de consentimiento informado^{38, 39} por parte del paciente o de su representante legal (Anexo 4). Se procederá a la cumplimentación del RDQ. En él quedarán perfectamente identificados los siguientes *ítem*:
 - Datos de identificación del paciente, con número de la Seguridad Social/Tarjeta Individual Sanitaria (TIS).
 - Nombre y número de colegiado del especialista que establece la indicación quirúrgica.
 - Servicio/Unidad Clínica y centro sanitario donde se establece la indicación.
 - Indicación literal del/los diagnóstico/s y del/los procedimiento/s quirúrgico/s recomendados.
 - Códigos de la CIE-9 MC correspondientes al/los diagnóstico/s y el/los procedimiento/s.
 - Grado de prioridad de la intervención quirúrgica.
 - Datos de contacto del paciente o de su representante legal.
 - Posibilidad de efectuar la intervención en régimen de cirugía ambulatoria frente a la hospitalización convencional.
- Remisión al Médico de Atención Primaria de un informe de las actuaciones llevadas a cabo y de las decisiones adoptadas, que asegure la continuidad asistencial interniveles.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para: – pruebas complementarias – 2ª valoración por parte del ORL	<ul style="list-style-type: none">• Accesibilidad: física, espacial y de tiempo.• Afabilidad y corrección en el trato. Empatía.• Indicación de la necesidad de estar en ayunas para la prueba de Laboratorio.• Registro informatizado.• No se producirá una demora innecesaria entre la disposición de los resultados de las pruebas complementarias y la cita con el ORL y, en ningún caso, se superarán los 15 días de espera.• La cita para la 2ª valoración por el ORL se fijará teniendo en cuenta la demora más alta para la realización técnica de todas las pruebas solicitadas, de tal manera que en esta consulta el médico disponga de todos los resultados.

Personal de Audiología

Actividades	Características de calidad
Realización de audiometría y/o impedanciometría	<ul style="list-style-type: none">• Sólo se realizarán estos estudios cuando en la 1ª valoración del ORL se encuentren síntomas y/o signos de patología de oído medio no detectados previamente, y siguiendo lo establecido en el Proceso Otitis Media.• Conocimientos y habilidades para la correcta realización de las pruebas.• Se identificarán perfectamente los resultados y quedará registrada la actuación.• Habilidades en el manejo de la audiología infantil.• Se seguirán las normas y procedimientos recomendados.

Personal de Laboratorio

Actividades	Características de calidad
Extracción de muestra hemática para análisis de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• En los niños se aplicará una crema (con lidocaína 25 mg y prilocaína 25 mg) en la zona de venopunción. Se procederá a la punción un mínimo de 30 minutos después de la aplicación de la crema.• Se identificarán perfectamente las muestras y quedará registrada la actuación.

Personal de Microbiología

Actividades	Características de calidad
Cultivo y realización del antibiograma	<ul style="list-style-type: none">• Realización correcta de las técnicas microbiológicas adecuadas.• Se registrará la entrada de la muestra y la salida de los resultados.

Personal de Radiología

Actividades	Características de calidad
Realización de placas radiográficas	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento de las proyecciones radiológicas de la cabeza y del cuello.• Evitar la realización de placas innecesarias.• Entrega de las placas perfectamente realizadas, identificadas y utilizables para el diagnóstico.

Personal Administrativo/Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Recepción y reparto de los resultados de las pruebas complementarias	<ul style="list-style-type: none">• Se respetará la confidencialidad de los resultados.• Se entregarán los resultados a los médicos solicitantes.• Se evitará la comisión de errores de reparto o extravíos.

ORL

Actividades	Características de calidad
2ª valoración especializada	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de las pruebas complementarias.• Recogida y registro de las eventualidades de relevancia clínica en el historial individualizado del paciente.• Precisión del patrón clínico, que puede conducir a las siguientes situaciones:<ul style="list-style-type: none">– Confirmación diagnóstica, establecimiento de la indicación quirúrgica y cumplimentación del RDQ.– Identificación de un patrón clínico que no conduce a establecer ninguna indicación quirúrgica de amigdalectomía y/o adenoidectomía, por lo que se produce la salida del proceso y la remisión del paciente a AP.

– La información clínica obtenida es insuficiente para identificar el patrón clínico y establecer en consecuencia la indicación quirúrgica de amigdalectomía y/o adenoidectomía, por lo que se plantea el seguimiento del paciente en AE para definir con precisión el patrón clínico.

- En cualquiera de estas situaciones se remitirá al Médico de Atención Primaria un informe de las actuaciones llevadas a cabo y de las decisiones adoptadas, que asegure la continuidad asistencial interniveles.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
Gestión de la cita para la programación de la intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Se procederá a la comunicación de la cita para la entrevista con su Cirujano ORL e iniciar el procedimiento quirúrgico. • Esta cita y la correspondiente programación de la intervención se adaptarán a las necesidades del paciente. • No se producirá demora para la práctica de la intervención quirúrgica.

Cirujano ORL

Actividades	Características de calidad
Entrevista con el paciente o su representante legal	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de la historia clínica hospitalaria en soporte papel o informático, con la incorporación de los informes de AP y AE. Se planteará la realización en el mismo acto quirúrgico de la amigdalectomía y/o adenoidectomía (según las indicaciones establecidas en el Proceso Amigdalectomía-Adenoidectomía) y la miringotomía con/sin inserción de tubos de ventilación (según las indicaciones establecidas en el Proceso Otitis Media) cuando en un mismo paciente concurren ambas indicaciones. • Proporcionar información completa de la intervención, en términos comprensibles y por escrito, de las alternativas terapéuticas, los riesgos, y las posibles complicaciones de las distintas modalidades quirúrgicas y anestésicas, así como de las implicaciones de la intervención en la vida laboral, social y doméstica. Se explicitará que la intervención será realizada bajo anestesia general. Se obtendrá la autorización del paciente o de su representante legal mediante la firma del documento de consentimiento informado, si no se ha conseguido antes (Anexo 4).

- Se obtendrán datos relativos al paciente y sus condiciones sociales y de entorno familiar para valorar la posibilidad de realizar la intervención en régimen de cirugía ambulatoria⁴⁰. Los criterios que permitirán ofertar cirugía ambulatoria son:
 - Tasas conocidas de complicaciones mayores propias del Servicio ORL que va a realizar la intervención: menos del 2% de hemorragias post-amigdalectomía, menos del 1% de reingresos.
 - Presencia de un adulto responsable en el domicilio del paciente.
 - Disponibilidad de teléfono domiciliario.
 - Disponibilidad de vehículo para desplazamiento.
 - Tiempo de llegada desde el domicilio al centro sanitario: inferior a 30 minutos (isocronas < 30 minutos).
- Existen determinadas condiciones clínicas del paciente que no aconsejan la cirugía en régimen ambulatorio:
 - Edad inferior a 3 años.
 - Enfermedades sistémicas graves.
 - Malformaciones corporales, especialmente las craneofaciales que afectan a la vía aérea.
 - La obesidad mórbida.
- No obstante, la decisión final siempre será adoptada por el paciente o por su representante legal, debidamente informados.
- Se proporcionarán la información y los recursos suficientes que permitan al paciente o a sus familiares el seguimiento domiciliario del post-operatorio⁴¹. Para ello, se facilitarán las recetas médicas de los fármacos necesarios o bien se entregará al paciente un *kit* con la medicación necesaria y la información precisa para su administración.
- El paciente conocerá al médico responsable de su proceso.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para la Consulta de Preanestesia	<ul style="list-style-type: none">• Accesibilidad: física, espacial y de tiempo.• Afabilidad y corrección en el trato. Empatía.• Registro informático.

Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
Valoración preanestésica	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de la historia clínica anestésica en soporte papel o informático: anamnesis exhaustiva y exploración física, que se adjuntará a la historia quirúrgica. Deberá contener datos de alergia, medicamentos, intervenciones previas, antecedentes familiares anestésicos relevantes (hipertermia maligna, curarización prolongada) o de sangrados, enfermedades anteriores y actuales, estado hemodinámico, respiratorio, renal, neurológico, hidratación, talla y peso, así como de dientes en mal estado, elementos de ortodoncia y prótesis removibles o fijas.• Se recomendará la retirada previa a la intervención de los elementos no fijos de ortodoncia, con el objeto de evitar su rotura durante las manipulaciones quirúrgicas u otros accidentes derivados de la falta de control de los fragmentos del dispositivo.• Si con la información obtenida se considera que el paciente no es apto para someterse a la intervención quirúrgica, se producirá su salida del proceso, y será remitido al ORL o al Médico de Atención Primaria para:<ul style="list-style-type: none">– Corregir dentro de lo factible la/las patología/s de base que condicionan la situación de no aptitud para la cirugía y proceder a la continuación del proceso cuando se resuelvan estos problemas.– Reevaluar la indicación quirúrgica sobre la base de los riesgos anestésicos identificados.– Remitir al centro sanitario de referencia.– Considerar otras alternativas terapéuticas a la cirugía.• Si se considera que el paciente es apto para someterse a la intervención quirúrgica, se proporcionará la información suficiente y comprensible del acto anestésico, explicitando que la ejecución de la cirugía tendrá lugar bajo anestesia general, de sus implicaciones clínicas, de sus riesgos y posibles complicaciones⁴².

- Se solicitarán las pruebas complementarias precisas para completar la evaluación del paciente⁴³ y determinar sus riesgos individualizados^{44, 45}. Las evidencias científicas disponibles recomiendan incluir en el estudio preoperatorio:
 - Hemograma con recuento eritrocitario, hemoglobina y hematocrito: las evidencias sostienen la recomendación de estos exámenes, por tratarse de intervenciones susceptibles de sufrir hemorragias y con el objeto de disponer de unas cifras basales previas a la intervención.
 - Estudio de coagulación: las evidencias sostienen la recomendación de estos test en los casos de pacientes en los que se prevé encontrar alteraciones de la coagulación por presentar antecedentes personales o familiares de hemorragias profusas o persistentes y hematomas espontáneos, o por sospecharlos tras la anamnesis y la exploración física.
 - El resto de exploraciones posibles se deberán determinar de forma individualizada, ya que las evidencias científicas disponibles indican que, en ausencia de criterios razonables individualizados, ninguna otra prueba aporta información clínica relevante que modifique la pauta anestesiológica o quirúrgica que no haya sido detectada tras una correcta historia clínica, somete al paciente a exploraciones seguramente innecesarias e incrementa los costes de forma injustificada.
 - No existen evidencias que recomienden efectuar reservas de productos hematológicos en previsión de posibles hemorragias durante la intervención o en el periodo post-operatorio inmediato. Cada centro deberá adaptar esta recomendación a su propia historia de complicaciones hemorrágicas, a su accesibilidad geográfica, arquitectónica y al tiempo para la disposición del producto hematológico, centrándose en las necesidades del paciente y no en criterios de inercia organizativa.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para: <ul style="list-style-type: none"> – pruebas complementarias – 2ª valoración anestesiológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad: física, espacial y de tiempo. • Afabilidad y corrección en el trato. Empatía. • Indicación de la necesidad de estar en ayunas para la prueba de laboratorio. • Registro informatizado. • No se producirá una demora innecesaria entre la disposición de los resultados de las pruebas complementarias y la cita con el

Anestesiólogo y, en cualquier caso, no se superarán los 15 días de espera.

- La cita para la 2ª valoración por el Anestesiólogo se fijará teniendo en cuenta la demora más alta para la realización técnica de todas las pruebas solicitadas, de tal manera que en esta consulta el médico disponga de todos los resultados.

Personal de Laboratorio

Actividades	Características de calidad
Extracción de muestra hemática para análisis de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • En los niños se aplicará una crema anestésica de acción tópica cutánea (lidocaína 25 mg, prilocaína 25 mg) en la zona de venopunción. Se procederá a la punción un mínimo de 30 minutos después de la aplicación de la crema. • Se identificarán perfectamente las muestras y quedará registrada la actuación.

Personal de Radiología

Actividades	Características de calidad
Realización de placas radiográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevan a cabo en los casos seleccionados por el Anestesiólogo tras la 1ª evaluación preanestésica. No existen evidencias que sostengan la recomendación de que se tenga que efectuar un estudio radiológico en todos los casos. • Conocimiento de las proyecciones radiológicas de tórax. • Evitar la realización de placas innecesarias. • Entrega de las placas perfectamente realizadas, identificadas y utilizables para el diagnóstico. • Informe del resultado por parte del Especialista en Radiodiagnóstico.

Personal de Electrofisiología

Actividades	Características de calidad
Realización de electrocardiograma	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevan a cabo en los casos seleccionados por el Anestesiólogo tras la 1ª evaluación preanestésica. No existen evidencias que sostengan la recomendación de que se tenga que efectuar un estudio electrocardiológico rutinariamente en todos los casos. • Realización correcta del ECG en todas sus derivaciones. • Se identificará perfectamente el ECG y se registrará la actuación.

Profesionales de otras pruebas complementarias

Actividades	Características de calidad
Pruebas funcionales	<ul style="list-style-type: none">• Se llevan a cabo en los casos seleccionados por el Anestesiólogo tras la 1ª evaluación preanestésica. No existen evidencias que sostengan la recomendación de que se tengan que efectuar otras pruebas funcionales o exploraciones complementarias en todos los casos.

Personal Administrativo/Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Recepción y reparto de los resultados de las pruebas complementarias	<ul style="list-style-type: none">• Se respetará la confidencialidad de los resultados.• Se entregarán los resultados a los médicos solicitantes.• Se evitarán los errores en el reparto y los extravíos.

Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
2ª valoración preanestésica	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación completa del estado del paciente con los resultados de las pruebas complementarias, incluyendo las nuevas eventualidades clínicas en el registro individualizado del paciente. Se valorará el riesgo anestésico de acuerdo a la clasificación del estado clínico del paciente recomendada por la <i>American Society of Anesthesiologists (ASA)</i> u otra validada y aceptada.• Evaluación de los riesgos individualizados e información de los mismos al paciente y a su representante legal.• Declaración de apto para la intervención quirúrgica.• Se obtendrá la autorización para la aplicación de la técnica anestésica mediante la firma del documento de consentimiento informado anestésico.• Se procederá a la preparación psicológica del paciente y de sus familiares para reducir la ansiedad que ocasiona enfrentarse al acto anestésico. Esta preparación se completará con la prescripción de un tratamiento ansiolítico previo a la operación. La experiencia aconseja el empleo de midazolam por vía oral, intranasal o rectal, al menos 30 minutos antes de la inducción anestésica.• Establecer la pauta de otra medicación que se ha de aplicar tras el ingreso del paciente y antes de la intervención y prescripción de los fármacos correspondientes, especialmente en los pacientes que precisen recibir medicación antialérgica.

- Se aconsejará mantener un periodo de al menos 6 horas de ayuno, incluso de líquidos, hasta el momento de la operación. Sólo en los niños se admite la ingestión de líquidos claros (agua, zumos suaves) en una cantidad de hasta 10 ml/kg hasta 3 horas antes de la inducción anestésica pero nunca de leche ni productos lácteos⁴⁶. No se considera rotura del periodo de ayuno el líquido necesario para la ingestión de los medicamentos prescritos durante este tiempo.
- Realizar la reserva de sangre en prevención de una transfusión en los casos que se consideren indicados.
- Si con los resultados de las pruebas complementarias se considera que el paciente no es apto para someterse a la intervención quirúrgica, se producirá su salida del proceso, y será remitido al ORL o al Médico de Atención Primaria para:
 - Corregir dentro de lo factible la/las patología/s de base que condicionan la situación de no aptitud para la cirugía y proceder a la continuación del proceso cuando se resuelvan estos problemas.
 - Reevaluar la indicación quirúrgica sobre la base de los riesgos anestésicos identificados.
 - Remitir al centro sanitario de referencia.
 - Considerar otras alternativas terapéuticas a la cirugía.

Personal Administrativo hospitalario

Actividades	Características de calidad
Registro de pacientes aptos para cirugía	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente declarado apto para la cirugía quedará registrado en una base de datos hospitalaria.

Cirujano ORL

Actividades	Características de calidad
Elaboración del parte de quirófano	<ul style="list-style-type: none"> • El Servicio de Otorrinolaringología elaborará los partes de quirófano desde la base de datos hospitalaria de pacientes aptos para la cirugía. • La demora entre la declaración de aptitud para la cirugía y la intervención deberá ser la mínima aceptable para la gestión racional de las sesiones quirúrgicas y, en ningún caso, superar el periodo de 1 mes.

Unidad de Atención al Usuario

Actividades	Características de calidad
Gestión de cita para la intervención	<ul style="list-style-type: none">• Se procederá a comunicar el día de la cirugía, reforzando la información al paciente sobre la intervención.• Se insistirá en que el paciente o sus representantes legales se comuniquen con el Hospital si durante los días previos a la operación se produce cualquier eventualidad clínica que pudiera comprometer la realización de la intervención, para evitar la suspensión de la operación y se posibilite la intervención de otro paciente. Se recomienda que los centros hospitalarios desarrollen una tarea activa de detección de posibles suspensiones quirúrgicas por motivo de incidencias clínicas (resfriados, fiebre, agudizaciones de su proceso) mediante una llamada telefónica desde el hospital 24-48 horas antes de la intervención prevista, con el objeto de que se verifique el estado de salud del paciente y se puedan realizar nuevas programaciones. Para ello, se elaborará un protocolo de coordinación entre el personal de la Unidad de Atención al Usuario y los Servicios Clínicos.• Se comunicará al centro de Atención Primaria la fecha de intervención del paciente, para que el Médico de Atención Primaria y el Personal de Enfermería dispongan de esta información y se garantice la continuidad asistencial interniveles.

Personal de Admisión hospitalaria

Actividades	Características de calidad
Realización de los trámites administrativos de ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none">• Identificación del paciente.• Verificación de la fecha de la intervención.• Realización de los trámites administrativos de registro de ingreso hospitalario.• Indicación de la zona donde debe dirigirse el paciente.

Personal de planta de hospitalización

Actividades	Características de calidad
Recepción del paciente y sus familiares en el área de hospitalización	<ul style="list-style-type: none">• Entrega del kit de bienvenida y de la información sobre el Hospital (planta de hospitalización, normas de estancia, carta de derechos y obligaciones de los pacientes, información sobre los servicios hosteleros y de mantenimiento a disposición de los pacientes y sus familiares).

- Entrega del *kit* de útiles individualizados de aseo.
- Entrega de la ropa específica quirúrgica al paciente, procediendo a la guarda y custodia de su ropa y objetos personales.

Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p>Recogida de información y datos clínicos relevantes sobre el estado del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobación de la identidad del paciente y su correspondencia con el parte quirúrgico. • Comprobación de la existencia de todos los documentos imprescindibles para la realización de la operación, en especial de la historia clínica y de los consentimientos informados. • Información básica sobre el estado clínico del paciente a su llegada al área prequirúrgica: proceso infeccioso agudo, fiebre, mucosidad, etc., y valoración de su grado de ansiedad. • Verificación del mantenimiento del periodo de ayuno. • Valoración del estado de limpieza e higiene del paciente. • Solicitud de revisión a ORL o Anestesia según la detección de incidencias clínicas. • Comprobación del cumplimiento de las normas preoperatorias indicadas para el periodo anterior al ingreso hospitalario: toma de la medicación necesaria y prescrita, ausencia de ingesta de ácido acetilsalicílico, etc. • Se procederá a empezar a aplicar el Plan de Cuidados Estandarizados de Enfermería (Anexo 6). • Dispensación de la medicación preoperatoria prescrita (premedicación anestésica) ajustando el horario de administración al momento de la intervención. • Preanalización de vías: aplicación de crema anestésica de acción tópica cutánea (lidocaína 25 mg y prilocaína 25 mg) en la flexura de ambos codos. En casos de supuesta dificultad de canalización de vías braquiales, se aplicará esta crema en ambos dorsos de las manos. • Se aplicarán las normas y procedimientos de recepción de pacientes.

ORL/Anestesiólogo	
Actividades	Características de calidad
Valoración del estado clínico del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Este paso tendrá lugar únicamente en el caso de que el Personal de Enfermería haya detectado alguna eventualidad clínica relevante para la ejecución de la intervención. • El ORL valorará la situación clínica correspondiente a la patología aguda intercurrente ORL, decidiendo si interferirá o no con la intervención prevista. • El Anestesiólogo valorará la situación general del paciente con potencial incidencia en el procedimiento anestesiológico. La existencia de una infección aguda de las vías respiratorias o en fase de resolución incrementa los riesgos anestésicos peri y post-operatorios potenciales de atelectasias, desaturaciones de oxígeno, broncospasmos, crup o laringospasmos, y la posibilidad de hemorragias, por lo que se recomienda demorar la intervención hasta que disminuyan los síntomas agudos, aunque no es necesario que se produzca la curación definitiva del proceso. • En cualquier caso, se precisará una valoración individualizada en función del equilibrio entre riesgo y beneficio.

ORL/Anestesiólogo	
Actividades	Características de calidad
Reprogramación quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Si en el paso anterior se considera que el paciente no es apto para el procedimiento quirúrgico se actuará de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> – Si se considera que el cuadro es de escasa entidad clínica y autolimitado en el tiempo, se procederá a gestionar la programación quirúrgica en una nueva fecha. No se incluirá al paciente en ningún listado que suponga demora. Se dispondrá de suficiente flexibilidad para programar la intervención en cuanto el estado clínico del paciente lo permita. – Si se considera que el cuadro clínico precisa atención médica, o bien se remitirá al paciente al Médico de Atención Primaria para su valoración y tratamiento, o bien se lo remitirá a las propias consultas de ORL o de Anestesiología para su valoración y/o tratamiento, y continuación en el proceso. • En cualquiera de los dos casos se trasladará un informe al centro de Atención Primaria para poner en su conocimiento la eventualidad y garantizar la continuidad asistencial.

- Si se considera que el paciente es apto para la intervención, se continúa el procedimiento quirúrgico.

Coordinador del área quirúrgica

Actividades	Características de calidad
Solicitud del traslado del paciente al área quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo quirúrgico designará a una persona encargada de realizar la comprobación de la viabilidad del quirófano y de dar la orden de traslado del paciente desde la planta hospitalaria de recepción hasta el área quirúrgica.

Celador

Actividades	Características de calidad
Traslado del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños serán trasladados siempre en camilla con protectores laterales para evitar caídas accidentales y los adultos en camillas cómodas y seguras o camas hospitalarias. • Los familiares podrán acompañar al paciente durante su traslado hasta la entrada en el área quirúrgica.

Personal de Enfermería/ORL/Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
Recepción del paciente en el área quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Afabilidad en el trato. • Revisión de la historia clínica. • Comprobación de la identidad del paciente. • Comprobación de la indicación quirúrgica.

Personal de Enfermería/Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
Preparación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de electrodos de monitorización electrocardiográfica. • Monitorización de la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. • Monitorización del anhídrido carbónico del aire espirado mediante capnografía. • Monitorización de la presión arterial. • Cateterización de una vía venosa periférica.

Actividades	Características de calidad
Intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de la intervención quirúrgica. Ésta será efectuada siempre bajo anestesia general, ya que con cualquier otra modalidad de anestesia o sin anestesia no se garantiza la correcta práctica de los objetivos de la operación (que consisten en la extirpación completa de las amígdalas palatinas y/o de las vegetaciones adenoideas), no permite la resolución de complicaciones intraoperatorias, y ocasiona un severo impacto psicológico y emocional en el paciente. • El término anestesia general sirve para englobar distintos procedimientos anestesiológicos que tienen en común: <ul style="list-style-type: none"> – Conseguir la sedación del paciente hasta alcanzar la pérdida de la conciencia y proporcionarle una amnesia anterógrada. – Control de la vía aérea. – Control de las constantes hemodinámicas del paciente y acceso venoso para la aplicación intraoperatoria de los fármacos precisos para el desarrollo de la intervención y para el tratamiento de las eventualidades y complicaciones. • No existe ninguna técnica anestesiológica que haya demostrado ser superior en cuanto a la consecución de los objetivos anestésicos. Se deberán utilizar los fármacos y la tecnología que representen una óptima alternativa costo/efectiva⁴⁷, y que no supongan una merma de la calidad y de la seguridad. • En el caso de pacientes con síndrome de Down se tendrá la precaución de evitar la hiperextensión del cuello durante la cirugía, con objeto de no provocar luxaciones atlo-axoideas a las que estos pacientes muestran una mayor fragilidad. • No existe ninguna técnica quirúrgica de amigdalectomía que haya demostrado ser superior a las demás en cuanto a cumplimiento de los objetivos quirúrgicos, seguridad, capacidad de reducir la pérdida hemática⁴⁸, minimización del dolor post-operatorio o reducción de las complicaciones^{49, 50}. • La adenoidectomía se practicará con cualquiera de las variantes técnicas disponibles que permitan la extirpación más completa posible del tejido adenoideo del <i>cavum</i>. La alternativa de adenoidectomía por microdebridador será considerada en casos de dificultades técnicas anatómicas o en los que el curetaje esté contraindicado (paladar hendido, úvula bifida asociada a hendidura palatina)⁵¹.

- Se practicará la miringotomía con/sin inserción de tubos de ventilación en los casos de pacientes en los que se produce la simultaneidad de esta indicación con las de amigdalectomía y/o adenoidectomía.
- Escribir los documentos operatorios y de tratamiento para su inclusión en la historia clínica:
 - La hoja operatoria incluirá:
 - Los datos de identificación del paciente, del Cirujano ORL, del Ayudante Quirúrgico, del Anestesiólogo, del Personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería intervinientes en la operación, así como el número de historia clínica.
 - La fecha de la intervención.
 - El diagnóstico que motivó la indicación quirúrgica y el diagnóstico post-operatorio.
 - La intervención efectuada, indicando el nombre de la técnica empleada y describiéndola con detalle suficiente. No se escribirá según técnica habitual o términos similares.
 - Deberá mencionarse el tipo de hemostasia practicada y cualquier evento quirúrgico relevante, especialmente aquellos que puedan tener incidencia en el post-operatorio y requerir la atención de otro médico que no sea el Cirujano que intervino al paciente.
 - La hoja de anestesia incluirá:
 - Los datos de identificación del paciente, del Cirujano ORL, del Ayudante Quirúrgico, del Anestesiólogo y del Personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería intervinientes en la operación, el número de historia clínica.
 - La fecha de la intervención.
 - El diagnóstico que motivó la indicación quirúrgica y el diagnóstico post-operatorio.
 - La técnica quirúrgica realizada.
 - La edad del paciente, su género, peso, talla y clasificación según los criterios de la ASA.
 - La hora de la preinducción anestésica y el/los fármacos empleados.
 - El tipo de técnica anestesiológica utilizada, con la descripción de la inducción y el control de la vía aérea.
 - El gráfico que refleje los datos de la monitorización intraoperatoria de las constantes vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, anhídrido carbónico del aire espirado) recogidos periódicamente cada 5 minutos y cada vez que se produce una eventualidad clínica.

- El balance de las pérdidas (hemáticas) y de las entradas (sueros) líquidas.
- La hoja de enfermería incluirá la gráfica que recoge: la medicación administrada, la sueroterapia aplicada, los líquidos emitidos, y las acciones cuidadoras realizadas.
- En la hoja de tratamiento se deberá indicar el tipo y la dosis de suero salino que se aplicará al paciente durante el post-operatorio, ajustándose mediante regulador de flujo. Con este dispositivo se evita el mayor riesgo que puede tener lugar en el post-operatorio inmediato, consistente en la aportación intravenosa de suero glucosado de forma incontrolada, que conduce a una hiponatremia hemodilucional, que provoque un edema cerebral, vómitos, coma y muerte del paciente si no se detecta a tiempo y se corrige.

El tratamiento debe incluir inexcusablemente una pauta de analgesia adaptada al peso, la edad y las características clínicas del paciente. Debe establecerse de forma planificada y evitarse la dispensación a demanda del paciente o los familiares. Los fármacos básicos son el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos del tipo del metamizol, el ibuprofeno y el ketorolaco. Debe disponerse de una pauta analgésica de rescate para los dolores no controlados con los fármacos de primera elección (como el tramadol, asociado a ondasetrón en caso de presencia de emesis)^{52, 53}. No se ha demostrado que la infiltración local del lecho amigdalino reduzca el dolor post-operatorio^{54, 55}.

- No existen evidencias que soporten una recomendación de emplear antibióticos previos o tras la intervención. No obstante, la bacteriemia detectada casi sistemáticamente durante la operación hace que el grupo de proceso considere que no representa un punto de mala práctica la prescripción de antibiótico^{56, 57}.
- La frecuente aparición de vómitos y náuseas se puede reducir con una adecuada hidratación perioperatoria y con la aplicación intraoperatoria de dexametasona. No existen suficientes evidencias que demuestren que la aspiración gástrica rutinaria reduzca la incidencia de vómitos en el post-operatorio⁵⁸, pero esta acción proporciona mayor confort a los pacientes durante su recuperación⁵⁹.
- Los fármacos de utilización hospitalaria se prescribirán preferentemente bajo la modalidad de monodosis.

Anestesiólogo/ Personal de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Atención post-operatoria inmediata (fase 1)	<ul style="list-style-type: none">• Mantener al paciente pediátrico en una cama con protectores laterales para evitar caídas accidentales.• Colocar al paciente pediátrico en decúbito lateral, en posición semifetal, con la cabeza siempre lateral y ligeramente extendida.• Mantener canalizada la vía venosa periférica.• Monitorización de la saturación de oxígeno.• Vigilancia de las constantes vitales, con especial atención a las excursiones respiratorias.• Atención personalizada por parte de, al menos, un profesional de enfermería y durante, al menos, 30 minutos. Se controlará especialmente la emisión de sangre por la cavidad oral o por las fosas nasales y se evitará que los niños se arranquen las vías, proporcionando la protección braquial adecuada.• Existen varios sistemas validados de recogida de datos a los que se asignan puntuaciones y que permiten objetivar el estado del paciente para poder ser dado de alta de la fase 1 de recuperación post-anestésica. El más aceptado es la escala de Aldrete⁶⁰, que asigna una puntuación de 0, 1, 2 a la movilidad espontánea o, al ser requerida, a la respiración, a la presión arterial, al grado de conciencia, a la coloración cutánea (o bien pulsioximetría en el test de Aldrete modificado).• La transferencia del paciente de la fase 1 a la fase 2 se produce, por tanto, cuando el paciente tiene:<ul style="list-style-type: none">– Signos vitales estables.– Reflejos protectores recuperados.– Obedece órdenes.

Cirujano ORL

Actividades	Características de calidad
Información a los familiares del desarrollo de la intervención y del estado del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Información separada del desarrollo del procedimiento anestésico y del procedimiento quirúrgico.• Información comprensible de los eventos clínicos relevantes que hayan tenido lugar durante la intervención.• Información del tiempo previsible de duración de la estancia del paciente en el área de recuperación post-anestésica y de la disponibilidad para acompañar al paciente si es factible.

Celador	
Actividades	Características de calidad
Traslado del paciente a la sala de readaptación al medio o a la planta de hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • En los niños se realizará siempre en camilla con protectores laterales para evitar caídas accidentales. • Se podrá realizar el traslado con la compañía de familiares desde el área quirúrgica hasta la sala de readaptación al medio o la planta de hospitalización.

Personal de Enfermería	
Actividades	Características de calidad
Atención post-operatoria intermedia (fase 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantendrá la vía venosa canalizada hasta el inicio de la tolerancia oral, que se intentará 4 horas después de la intervención (no a la llegada del paciente a la planta). Si el estado del paciente es óptimo, y existen suficientes garantías de cuidados post-operatorios, es posible retirar la canalización venosa al final de la fase 1 de atención post-operatoria. • Se ha demostrado que, en ausencia de náuseas y vómitos espontáneos, forzar la ingesta de líquidos en los pacientes pediátricos antes del alta de la cirugía ambulatoria provoca un incremento de los vómitos y se prolonga la estancia hospitalaria⁶¹. • Aplicación del Plan de Cuidados estandarizados post-operatorios de Enfermería. • Se recogerán los datos que permitan asignar las puntuaciones correspondientes a las distintas escalas validadas para objetivar el estado del paciente para ser dado de alta en la fase 2 de recuperación post-anestésica. De ellas, la más aceptada es el <i>Post Anaesthesia Discharge Scoring System</i> (PADSS)⁶² que mide la capacidad del paciente para ser dado de alta tras cirugía ambulatoria, y que se basa en los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> – Signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura. – Deambulación y estado mental. – Dolor o náuseas y vómitos. – Sangrado quirúrgico. – Ingesta de líquidos y micción espontánea.

Cirujano ORL

Actividades	Características de calidad
Alta hospitalaria	<ul style="list-style-type: none">• Se elaborará y facilitará al paciente o a su representante legal el documento de alta hospitalaria, que deberá incluir un informe del diagnóstico y de la intervención efectuada, junto con las recomendaciones médicas y de enfermería, así como de cualquier eventualidad relevante para la continuidad asistencial.• Se deberá cumplimentar el impreso de alta hospitalaria del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), incluyendo la codificación precisa de los ítem requeridos y adaptados a la nomenclatura de la CIE-9 MC.

Personal de hospitalización

Actividades	Características de calidad
Alta hospitalaria	<ul style="list-style-type: none">• Entrega de ropa y objetos personales depositados.• Entrega de encuestas de satisfacción del paciente y los familiares.• Entrega de los kits de medicación si no se han entregado las recetas en la consulta preoperatoria.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
Gestión de la cita de revisión post-operatoria	<ul style="list-style-type: none">• Preferiblemente deberá facilitarse en el momento del alta hospitalaria.• En su defecto, deberá obtenerse por teléfono o por Internet, antes de tener que forzar el desplazamiento del paciente o sus familiares.

Familia

Actividades	Características de calidad
Atención post-operatoria, domiciliaria	<ul style="list-style-type: none">• Seguimiento de las instrucciones del documento de información.• Acceso a un teléfono disponible las 24 horas del día para ampliar información o solucionar dudas. Este teléfono debe atenderse sin demora y no ofrecer tono de “comunicando”, con objeto de eludir un incremento de la ansiedad del paciente o de sus familiares.

Personal de hospitalización

Actividades	Características de calidad
Control telefónico de la evolución post-operatoria del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Se ha demostrado que el seguimiento activo de la evolución post-operatoria por parte de los dispositivos asistenciales es altamente beneficioso para alcanzar los mejores resultados de salud y satisfacción para el paciente y sus familiares⁶³.• La persona que se encargue de atender las llamadas externas debe poseer suficientes conocimientos para resolver la mayor parte de las cuestiones que se le planteen, que suelen ser de índole administrativa o de seguimiento de las instrucciones, y para poder decidir trasladar la cuestión al personal facultativo. Debe poseer competencias que permitan reducir la ansiedad del consultante y facilitar una comunicación en términos de cooperación.• Recordatorio de las instrucciones post-operatorias y refuerzo de la información suministrada.• Recabado de datos de la evolución clínica.• Disponibilidad para solucionar dudas o cuestiones que surjan en la evolución post-operatoria.

DCCU- AP

Actividades	Características de calidad
Consultas urgentes	<ul style="list-style-type: none">• La organización estructural del proceso debe evitar que tengan lugar este tipo de consultas, mediante la disponibilidad de línea telefónica de atención permanente con el Hospital y la adecuada coordinación interniveles.• La mayoría de las consultas urgentes relacionadas con la intervención se suelen resolver con la lectura del documento de información. Cualquier otra sintomatología suele derivarse de la aparición sincrónica de otras patologías intercurrentes.

ORL

Actividades	Características de calidad
Consulta de revisión	<ul style="list-style-type: none">• El ORL revisará al paciente entre los 7 y los 15 días posteriores a la intervención.• Se evaluará el estado del paciente, procediendo a la valoración de los resultados clínicos del post-operatorio: capacidad de deglución fisiológica, ausencia de dolor, temperatura corporal normal, ausencia de sangrado.

- Se ofrecerán recomendaciones para la reanudación de las actividades habituales y se asesorará al paciente o a sus familiares sobre las dudas que pudieran haberse suscitado sobre la evolución, la intervención o sus repercusiones.
- Podrá detectarse una evolución anómala del post-operatorio, que requerirá nuevas consultas de revisión antes de producirse la salida definitiva del proceso.
- Tendrá lugar el alta de AE.

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de *excelencia*, todas las competencias identificadas tienen el carácter de *imprescindible*. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el Proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS								
CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0538	Fisiopatología específica "según proceso"	I	I	I				
C-0305	Conocimientos de técnicas exploratorias ORL (audiometrías, laringoestroboscopia,...)	I	I	I				
C-0301	Diagnóstico, control y tratamiento de las enfermedades de la cavidad oral y faringe (estomatitis, abscesos, glositis, amigdalitis...)	I	I	I				
C-0544	Anestesia y reanimación "según proceso quirúrgico"	I	I	I				
C-0590	Conocimiento de las posibles complicaciones (CMA)	I	I	I				
C-0610	Indicaciones y técnicas quirúrgicas "según proceso"	I	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0455	Conocimientos en técnicas de comunicación	D	I	I				
C-0555	Guías prácticas de uso "según proceso"	D	I	I				
C-0525	Manejo de la ansiedad	D	I	I				
C-0574	Conocimiento de la organización quirúrgica	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	I	I	I				
H-0180	Manejo del aparataje necesario para aplicar los conocimientos señalados	I	I	I				
H-0173	Realización de técnicas quirúrgicas relacionadas con el Proceso Amigdalectomía-Adenoidectomía	I	I	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	I	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	I	I	I				
H-0393	Manejo del paciente postquirúrgico	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0041	Manejo del paciente pediátrico	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	D	I	I				
H-0272	Capacidad de comunicación	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0133	Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos	D	I	I				
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	D	I	I				
H-0243	Manejo de sistemas informáticos específicos del área	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				
H-0370	Manejo de emociones	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades (disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones "en el proceso"	I	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	I	I	I				
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	I	I	I				
C-0609	Conocimientos básicos sobre el desarrollo evolutivo del niño y/o adolescente que condicionan la relación con el profesional	I	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0180	Manejo del aparataje necesario para aplicar los conocimientos señalados	I	I	I				
H-0346	Técnicas de anestesia y reanimación	I	I	I				
H-0041	Manejo del paciente pediátrico	I	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	I	I	I				
H-0272	Capacidad de comunicación (técnicas específicas)	I	I	I				
H-0357	Elaboración de diagnóstico de enfermería	I	I	I				
H-0224	Manejo de instrumentación quirúrgica	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso.	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades (disponibilidad y accesibilidad)	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares	I	I	I				
A-0067	Comprensión y adaptación con el entorno del niño y/o adolescente	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO DE AMIGDALECTOMÍA/ADENOIDECTOMÍA

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	Conocimientos básicos de calidad
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática
C-0024	Conocimientos en informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en Soprote Vital Avanzado
C-0082	Inglés, nivel básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico en inglés
C-0085	Formación general en prevención de riesgos laborales	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA. Las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	Conocimiento en metodología de cuidados enfermeros
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	Técnica específica
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	El/la profesional conoce cómo establecer la planificación de la actividad asistencial de su ámbito de responsabilidad
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica
C-0173	Metodología de calidad	Técnica específica
C-0174	Bioética	Técnica específica
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnica específica
C-0176	Cartera de servicios del SSPA	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en Andalucía
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	Técnica específica
C-0301	Diagnóstico, control y tratamiento de las enfermedades de la cavidad oral y faringe (estomatitis, abscesos, glositis, amigdalitis...)	Técnica específica

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0305	Conocimientos de técnicas exploratorias ORL (audiometrías, laringoestroboscopia,...)	Técnica específica
C-0455	Conocimientos en técnicas de comunicación	El/la profesional conoce técnicas de comunicación verbal y no verbal
C-0525	Manejo de la ansiedad	Técnicas específicas
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	Técnicas específicas
C-0538	Fisiopatología específica "según proceso"	Técnicas específicas
C-0544	Anestesia y reanimación "según proceso quirúrgico"	Técnicas específicas
C-0555	Guía prácticas de uso "según proceso"	Técnicas específicas
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	El/la profesional conoce los procedimientos específicos según el proceso en que trabaja
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones en el "proceso"	Técnicas específicas
C-0574	Conocimiento de la organización quirúrgica	El/la profesional tiene conocimientos específicos del entorno quirúrgico
C-0590	Conocimiento de las posibles complicaciones (CMA)	El/la profesional conoce las complicaciones específicas de procesos quirúrgicos
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	Técnicas específicas
C-0609	Conocimientos básicos sobre el desarrollo evolutivo del niño y/o adolescente que condicionan la relación con el profesional	
C-0610	Indicaciones y técnicas quirúrgicas según proceso	Técnicas específicas

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación.
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Éstos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos
H-0022	Resolución de problemas	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	El/la profesional toma decisiones sobre la base de su responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, sin requerir de forma sistemática la aprobación de su superior
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal
H-0025	Capacidad de liderazgo	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido.

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0026	Capacidad para delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad.
H-0031	Gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia con su tiempo y con el de los demás
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual
H-0041	Manejo del paciente pediátrico	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0042	Manejo de telemedicina	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0054	Informática, nivel usuario	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generando un entorno de apoyo mutuo
H-0078	Afrontamiento del estrés	El/la profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos
H-0085	Dar apoyo	El/la profesional es capaz de establecer mecanismos facilitadores en sus relaciones interpersonales
H-0087	Entrevista clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0089	Individualización de cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta
H-0133	Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos	El/la profesional es capaz de establecer protocolos y procedimientos de su actividad
H-0173	Realización de técnicas quirúrgicas relacionadas con el Proceso Amigdalectomía-Adenoidectomía	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0224	Manejo de instrumentación quirúrgica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0243	Manejo de sistemas informáticos específicos del área	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0272	Capacidad de comunicación (técnicas específicas)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0346	Técnicas de anestesia y reanimación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0357	Elaboración de diagnóstico de enfermería	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0370	Manejo de emociones	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0393	Manejo del paciente postquirúrgico	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	El/la profesional busca continuamente obtener aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria
A-0007	Creatividad	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia
A-0009	Dialogante, negociador	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar
A-0018	Honestidad, sinceridad	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa, y hace lo que piensa y dice
A-0024	Juicio crítico	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta, cuestionándose todo desde una perspectiva positiva
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima
A-0043	Discreción	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o el rumor
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo, lo que le potencia en su trabajo
A-0045	Colaborador, cooperador	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuanto hace y como lo hace
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional busca aportar algo más a lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que busca la mejora
A-0048	Talante positivo	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades (disponibilidad y accesibilidad)	El/la profesional es consciente de que, sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, y establecer mecanismos de potenciación.
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0051	Sensatez	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir
A-0052	Visión de futuro	El/la profesional trabaja hoy para mañana
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)	El/la profesional manifiesta una especial sensibilidad por las expectativas de los pacientes y las convierte en objetivos que debe satisfacer
A-0067	Comprensión y adaptación con el entorno del niño y/o adolescente	El/la profesional manifiesta una especial sensibilidad por las expectativas y respuestas de los niños y/o adolescentes, y es capaz de ponerse en su lugar para entender su comportamiento y actitudes



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS	REQUISITOS
Personal	<ul style="list-style-type: none">– Atención al Usuario de Atención Primaria.– Médico de AP (Médico de Familia/Pediatra).– Enfermera de AP.– Personal de enlace y transporte de muestras y resultados.– Atención al Usuario de Atención Primaria.– Médico Especialista en Otorrinolaringología.– Administrativo hospitalario.– Enfermero de AE.– Cirujano ORL.– Ayudante quirúrgico ORL.– Anestesiólogo– Enfermeras de quirófano.– Enfermeras de hospitalización.– Celador de Hospital.	<ul style="list-style-type: none">– Conocimientos de calidad.– Habilidades adaptadas a cada actividad del proceso.– Actitudes dirigidas hacia una gestión eficiente y la satisfacción del usuario.
Material inventariable: mobiliario y equipamiento	<ul style="list-style-type: none">– Ordenadores.– Audiómetro.– Impedanciómetro.– Otoscopio.– Fotóforo.– Aparatos de anestesiología.– Bombas de infusión medicamentosa.– Material de aspiración.– Material de oxigenoterapia.– Instrumental quirúrgico.	<ul style="list-style-type: none">– De calidad contrastada.– En número suficiente para permitir las actividades y poder repetir las en una misma sesión.– Disponibles en el momento y en el lugar en el que se precisan.– Disponibles en las condiciones idóneas de mantenimiento.

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS	REQUISITOS
Material fungible	<ul style="list-style-type: none"> – Papelería. – Accesorios quirúrgicos. – Sueros y fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> – De calidad contrastada. – En número suficiente para permitir las actividades y poder repetir las en una misma sesión. – Disponibles en el momento y en el lugar en el que se precisan. – Disponibles en las condiciones idóneas de mantenimiento.

Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADA
Servicio de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> – Pruebas diagnósticas en consultas para diagnóstico e indicación quirúrgica. – Pruebas complementarias en el procedimiento quirúrgico.
Servicio de Radiodiagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> – Pruebas diagnósticas en consultas del procedimiento diagnóstico e indicación quirúrgica. – Pruebas complementarias en el procedimiento quirúrgico.
Servicio de Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> – Pruebas diagnósticas en consultas del procedimiento diagnóstico e indicación quirúrgica.
Servicio de Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> – Fármacos y medicamentos de uso hospitalario. – Kits de analgesia.
Unidad de Información	<ul style="list-style-type: none"> – Informes de casuística.
Servicio de Documentación y Archivo	<ul style="list-style-type: none"> – Historias clínicas, documentación, bases de datos.
Servicio de limpieza	<ul style="list-style-type: none"> – Acondicionamiento de centros sanitarios para el desarrollo de las actividades.
Servicio de Almacén	<ul style="list-style-type: none"> – Material fungible, papelería.

5 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

NIVELES DE ARQUITECTURA DE PROCESOS

DIAGRAMAS DE FLUJO

Con el fin de facilitar la comprensión de la arquitectura de niveles el Proceso Amigdalectomía-Adenoidectomía se ha desagregado en dos fases correspondientes a:

- Procedimiento diagnóstico y establecimiento de la indicación quirúrgica.
- Procedimiento quirúrgico.

Se ha elegido esta opción por considerar que tiene más sentido aplicar un criterio funcional que otro de tipo clínico (por enfermedades o síndromes) o geográfico/organizativo (según la entrada se produzca en un punto del Sistema Sanitario u otro). Los procedimientos funcionales describen las entradas y las salidas que tienen lugar sobre el paciente en cada momento del proceso considerado como un *continuum*, y permiten identificar las actividades que desarrollan simultáneamente los distintos profesionales de estamentos diferentes así como los recursos necesarios que deben aportar las unidades de soporte.

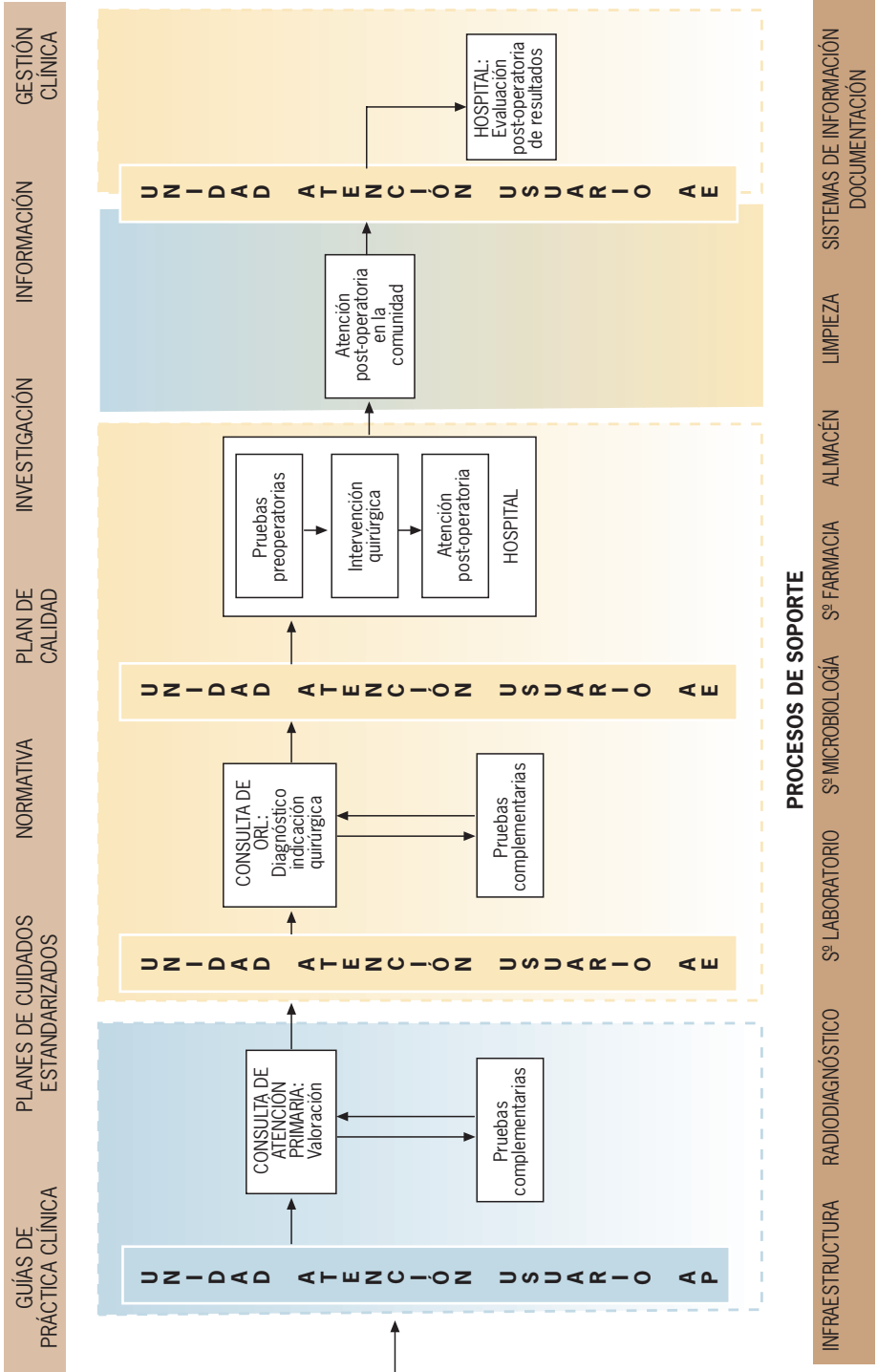
El apartado en el que se detallaron los componentes del proceso (actividad, profesional, cronología dentro del proceso, lugar de la asistencia, metodología de actuación) se complementa ahora con la presentación en formato de diagrama de flujos, donde se representan secuencialmente las actividades del proceso. Cada figura representativa incluye un

número que se corresponde con el que dicha actividad ha sido anotada en el capítulo “Componentes” del proceso. Este diagrama de flujos pretende aportar una información visual intuitiva sobre quién realiza determinada actividad y en qué momento del proceso ésta tiene lugar, relacionada encadenadamente en una doble vía:

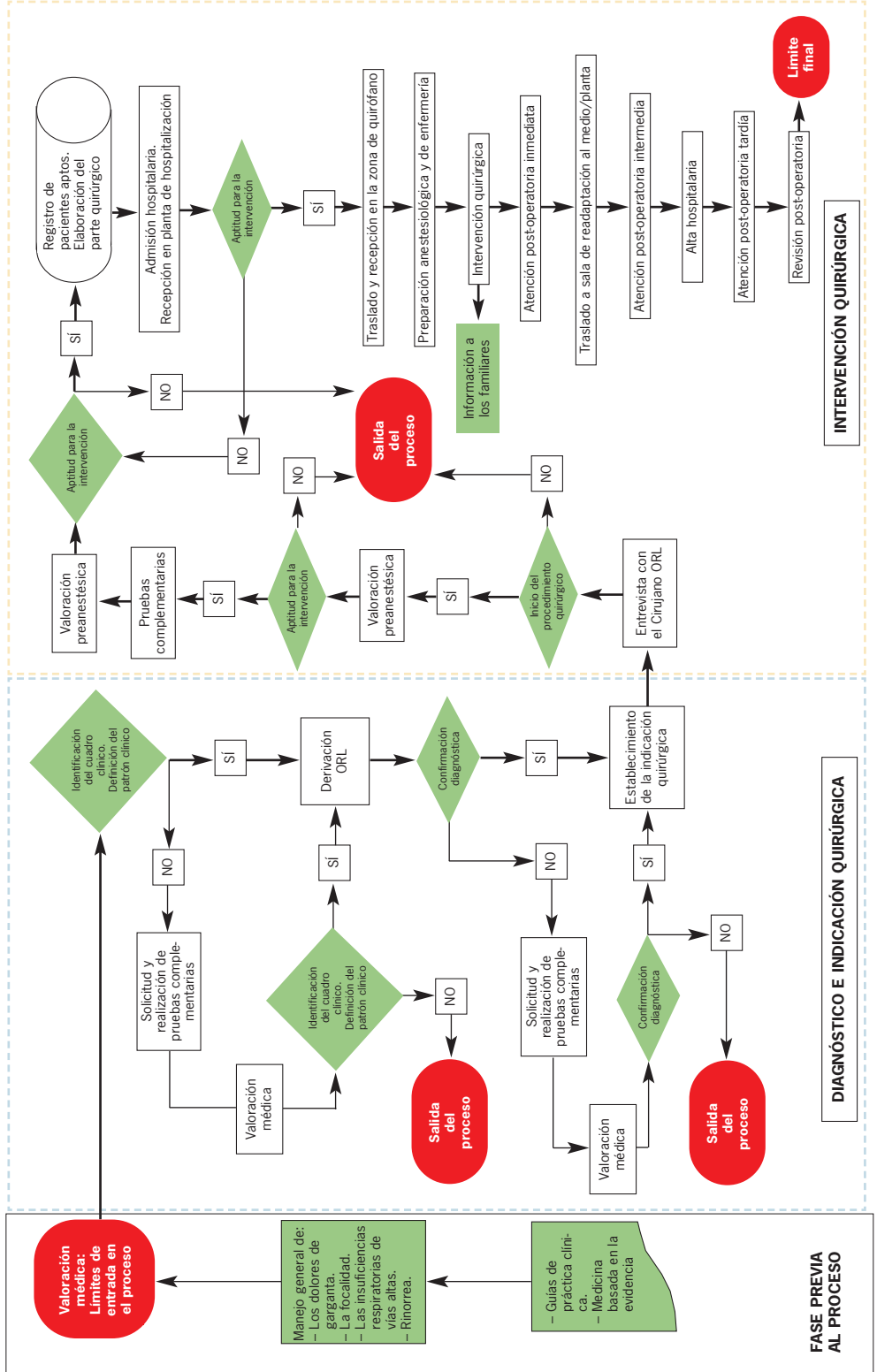
- Por un lado, se identifica una vía corta, señalada en trazo grueso, en la que la sucesión de las actividades se realiza sin requerimientos de pasos adicionales.
- Por otro lado, se identifica una vía larga, conceptualmente considerada como vía crítica, en la que se incluyen todas las actividades que se deben efectuar como consecuencia de requerimientos necesarios dentro del proceso para determinados casos.

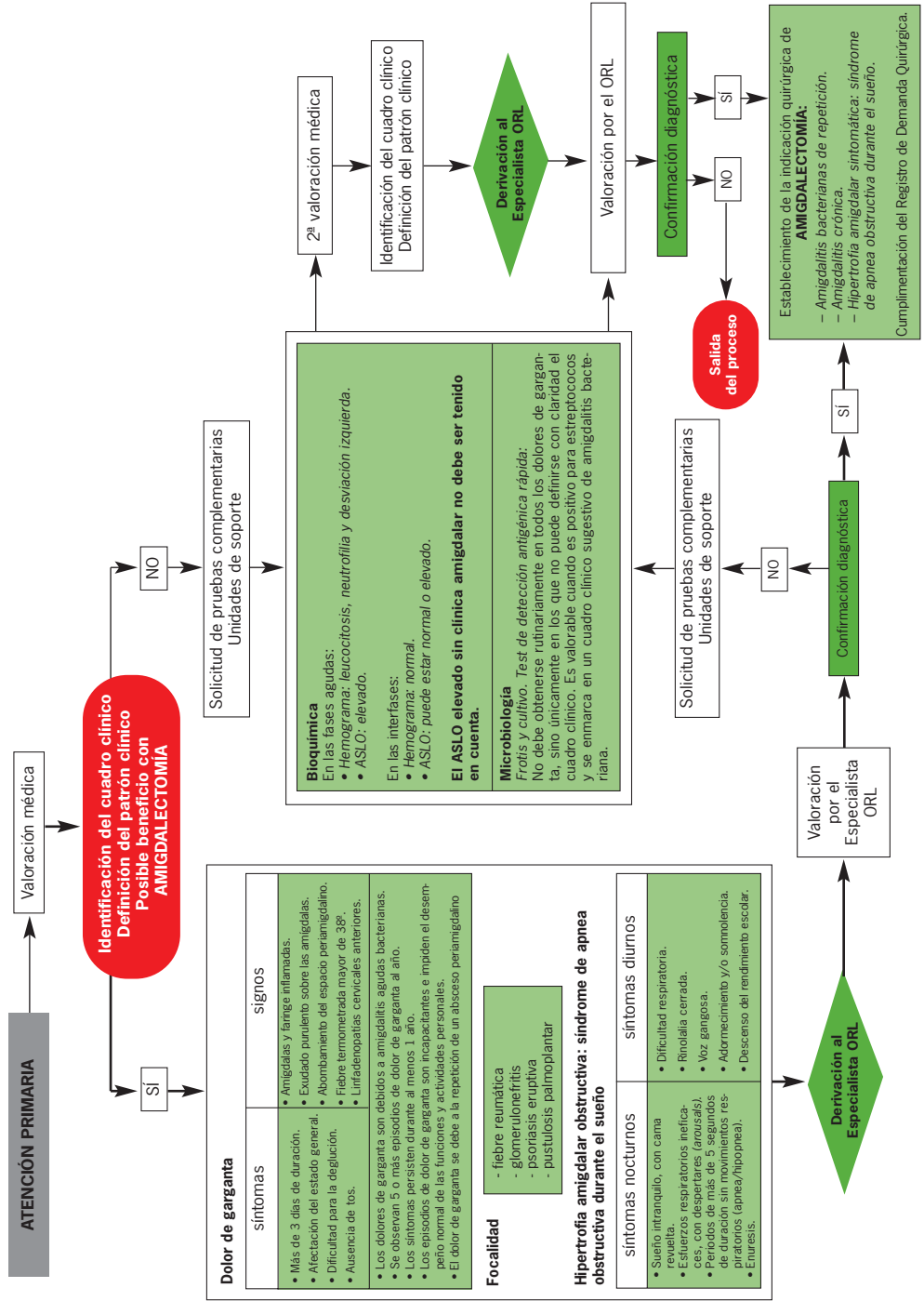
ARQUITECTURA DE PROCESO NIVEL 1: AMIGDALECTOMÍA/ADENOIDECTOMÍA

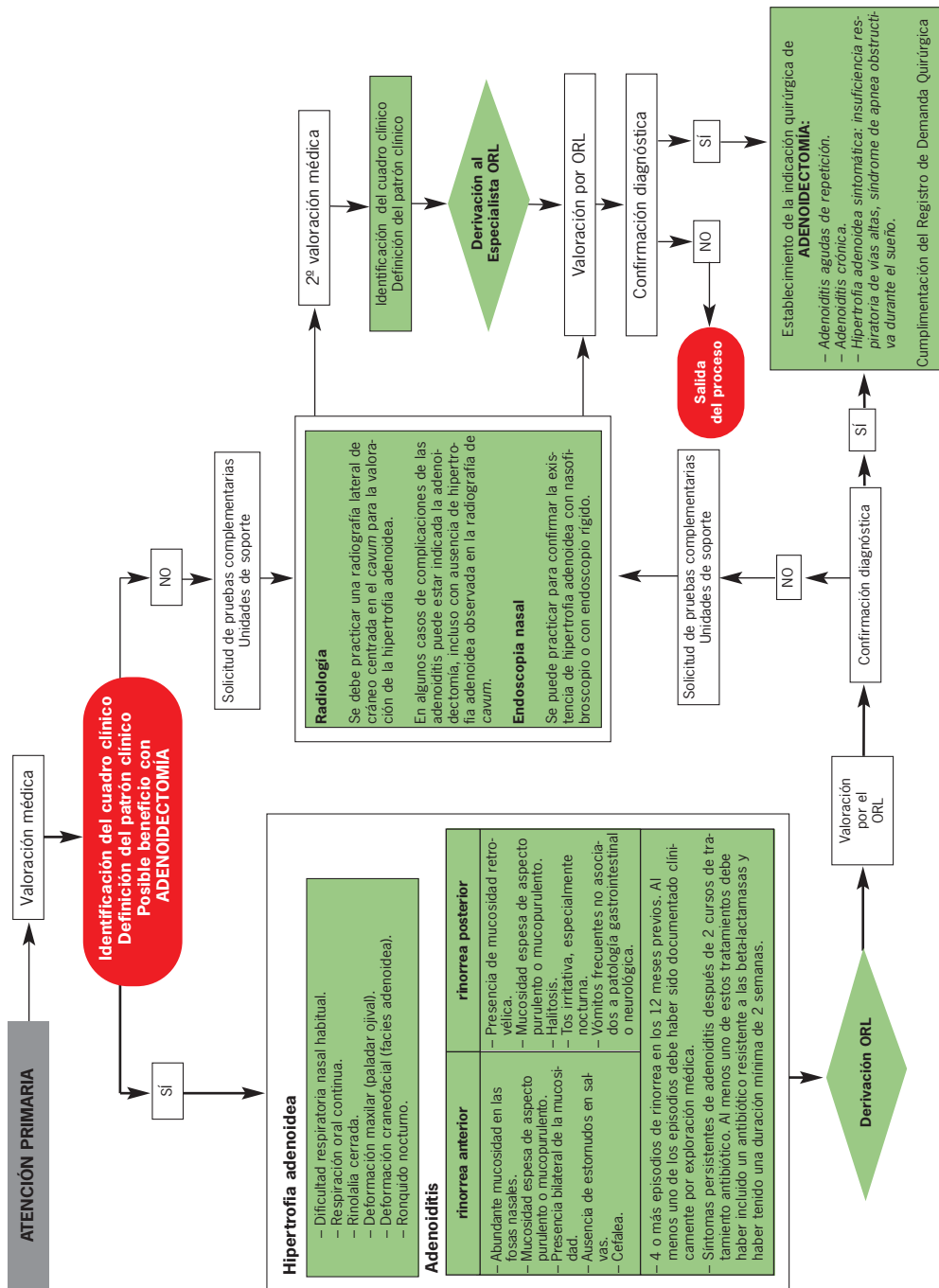
PROCESOS ESTRATÉGICOS



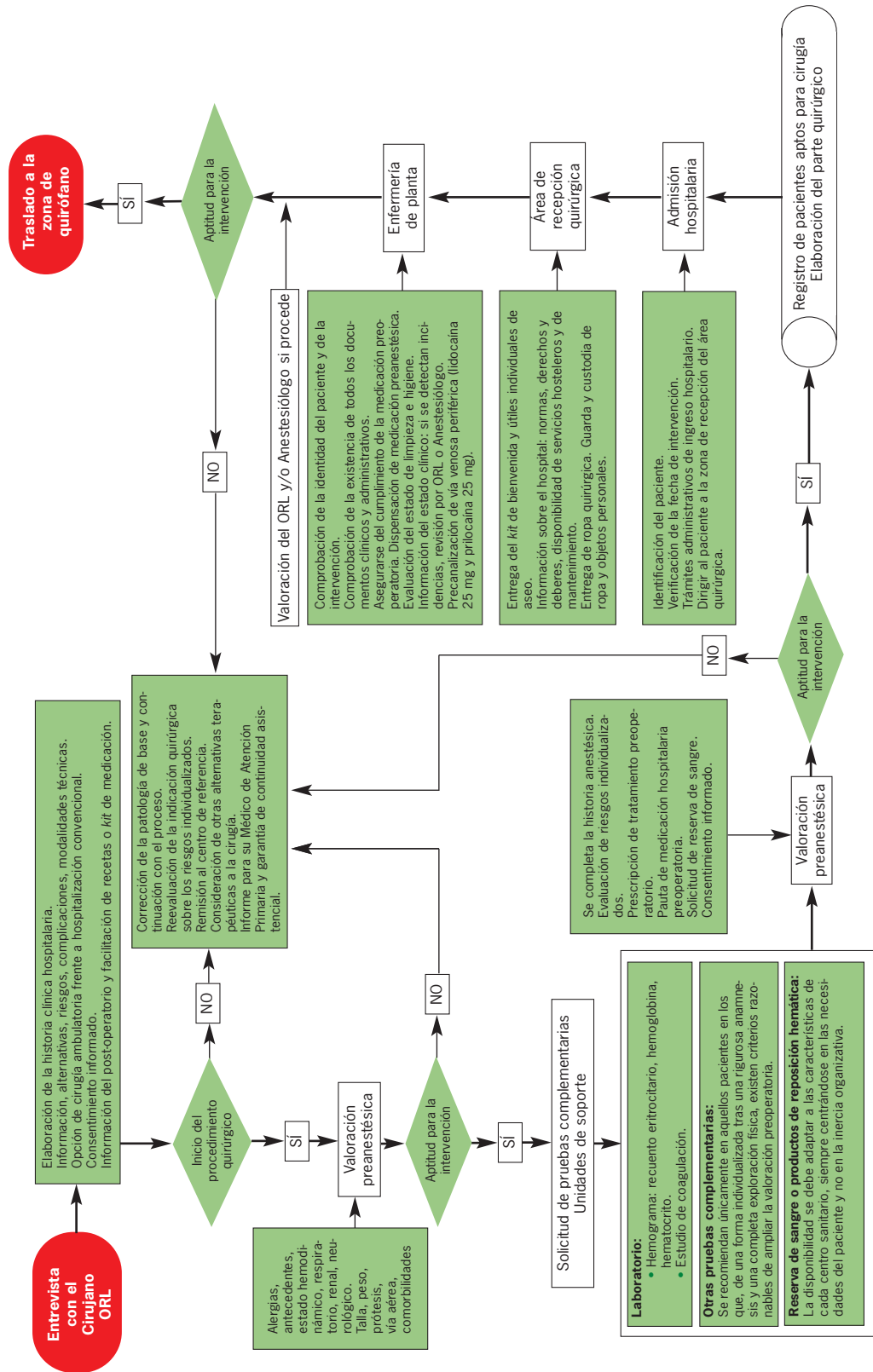
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO AMIGDALECTOMÍA/ADENOIDECTOMÍA. DIAGNÓSTICO, INDICACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA







ARQUITECTURA PROCESO AMIGDALECTOMÍA/ADENOIDECTOMÍA. VALORACIÓN QUIRÚRGICA



Entrevista con el Cirujano ORL

Traslado a la zona de quirófano

Alergias, antecedentes, estado hemodinámico, respiratorio, renal, neurológico. Talla, peso, prótesis, vía aérea, comorbidades

Solicitud de pruebas complementarias Unidades de soporte

Laboratorio:

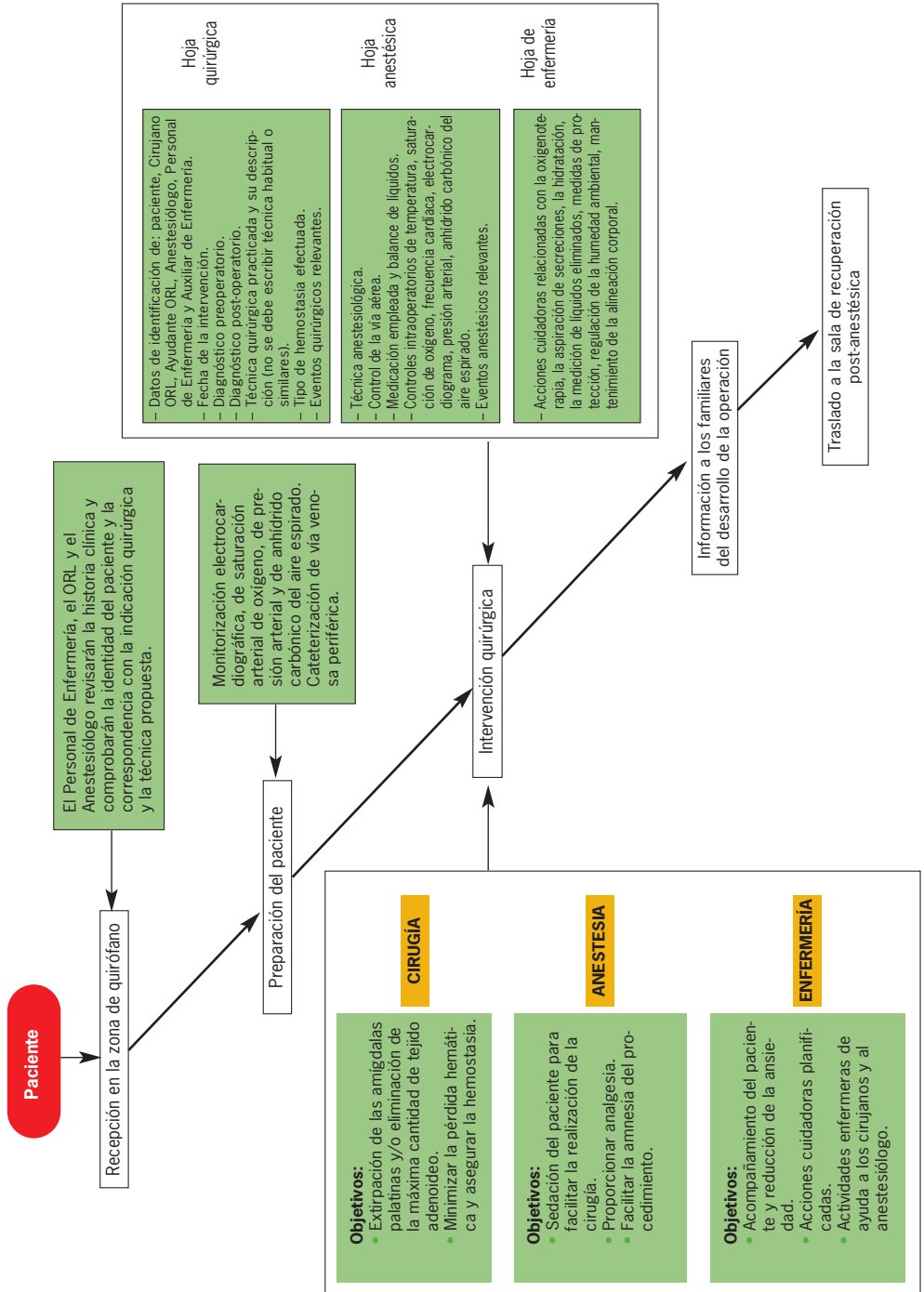
- Hemograma: recuento eritrocitario, hemoglobina, hematocrito.
- Estudio de coagulación.

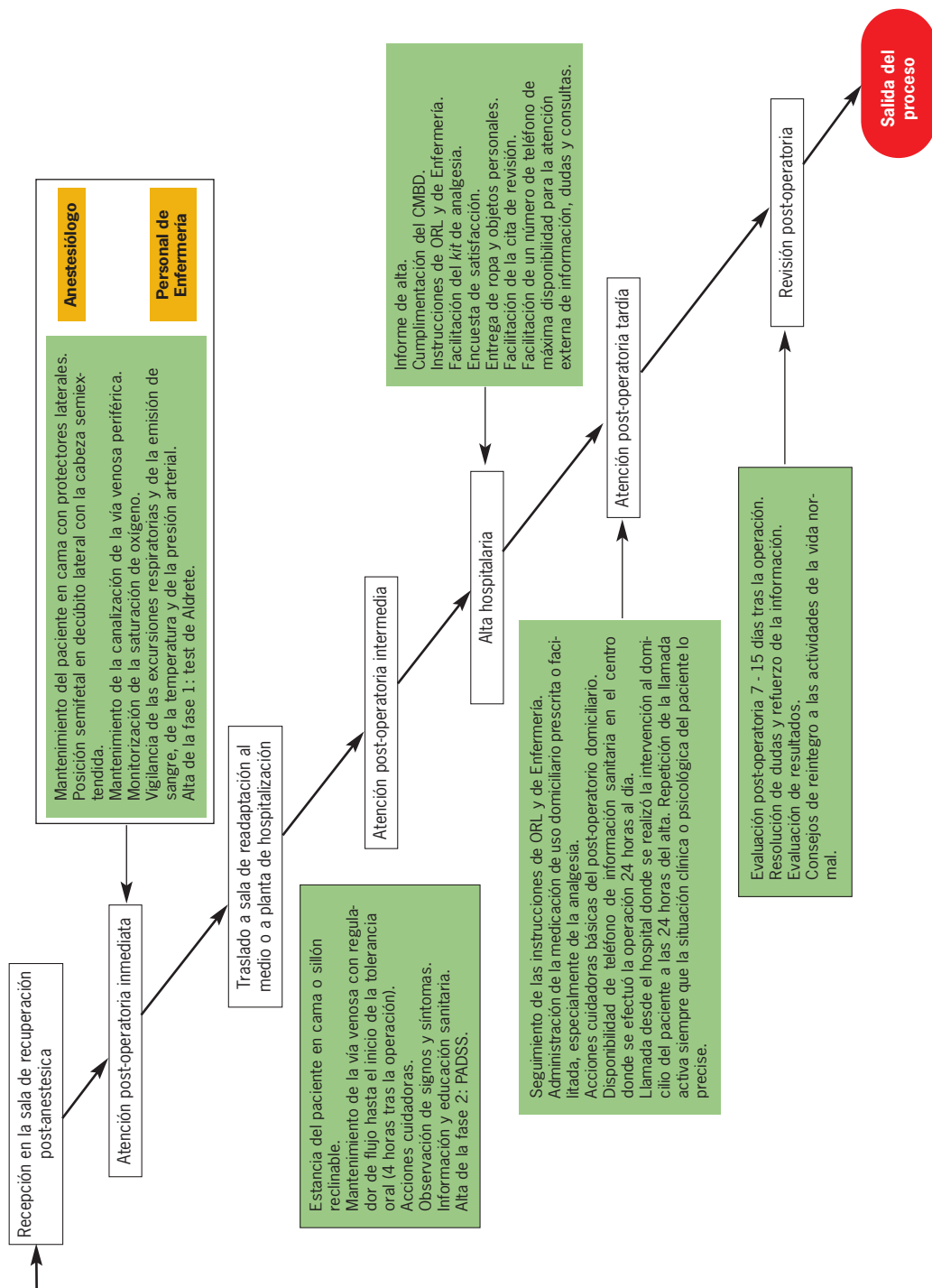
Otras pruebas complementarias:

Se recomiendan únicamente en aquellos pacientes en los que, de una forma individualizada tras una rigurosa anamnesis y una completa exploración física, existen criterios razonables de ampliar la valoración preoperatoria.

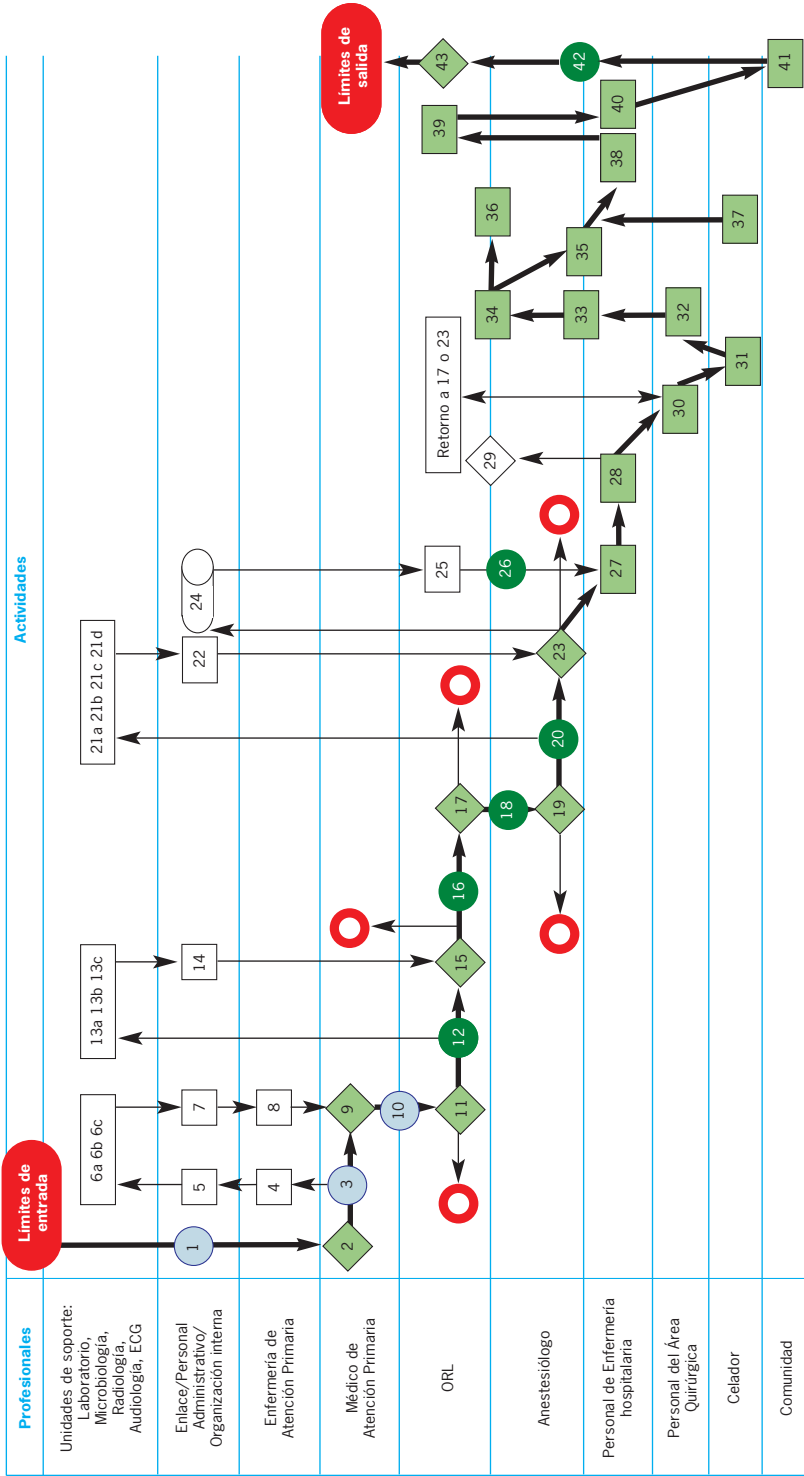
Reserva de sangre o productos de reposición hemática:

La disponibilidad se debe adaptar a las características de cada centro sanitario, siempre centrándose en las necesidades del paciente y no en la inercia organizativa.





ARQUITECTURA PROCESO AMIGDALECTOMÍA/ADENOIDECTOMÍA. ESQUEMA GENERAL



6 INDICADORES

- **La indicación quirúrgica de amigdalectomía por síntomas de dolor de garganta se debe basar en el siguiente patrón clínico:**

- Ocurrencia de 5 o más episodios de dolor de garganta al año.
- Los dolores de garganta son debidos a amigdalitis agudas bacterianas.
- Síntomas que persisten durante al menos 1 año.
- Episodios de dolor de garganta incapacitantes que impiden el desempeño normal de las funciones y actividades personales.
- El dolor de garganta se debe a la repetición de un absceso periamigdalino.

- **La indicación quirúrgica de adenoidectomía por adenoiditis se debe basar en el siguiente patrón clínico:**

- Ocurrencia de 4 o más episodios de rinorrea en los 12 meses previos (al menos uno de los episodios debe haber sido documentado clínicamente por exploración médica).
- Síntomas persistentes de adenoiditis después de 2 cursos de tratamiento antibiótico (al menos uno de estos tratamientos debe haber incluido un antibiótico resistente a las beta-lactamasas y haber tenido una duración mínima de 2 semanas).

- N° de intervenciones de amigdalectomía realizadas por CMA x 100/N° de intervenciones totales de amigdalectomía.
- N° de intervenciones de adenoidectomía realizadas por CMA x 100/N° de intervenciones totales de adenoidectomía.
- N° de intervenciones programadas comunicadas al Médico de Familia-Pediatra de AP/N° total de intervenciones programadas.

DESCRIPCIÓN DE LOS TIPOS DE EVIDENCIA

I a	Evidencia obtenida de un meta-análisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados.
I b	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado.
II a	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización.
II b	Evidencia obtenida de al menos uno de otro tipo de estudios cuasi-experimentales bien diseñados.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no-experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación o series de casos.
IV	Evidencia obtenida de informes de comités de expertos u opiniones y/o experiencias clínicas de autoridades en la materia.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Basado en estudios clínicos de buena calidad y consistencia que se refieren específicamente a la recomendación e incluyen al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado. <i>(Niveles de evidencia Ia, Ib).</i>
B	Basado en estudios clínicos bien ejecutados pero sin que existan ensayos controlados y aleatorizados sobre el tema específico objeto de la recomendación. <i>(Niveles de evidencia IIa, IIb, III).</i>
C	Refleja informes de comités de expertos u opiniones y/o experiencias clínicas de reconocidos expertos. Indica una ausencia de estudios clínicos de buena calidad que puedan ser aplicables directamente. <i>(Nivel de evidencia IV).</i>

Fuente: Cook DJ, Guyatt GH, Laupacis A y cols. K. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. Chest 1992; 102:305-308.

MODELO DE DOCUMENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL PATRÓN SINTOMÁTICO DEL DOLOR DE GARGANTA

Por favor, escriba los síntomas de cada episodio de dolor de garganta en la siguiente tabla:

EPISODIO DE DOLOR DE GARGANTA					
	1	2	3	4	5
Fecha de inicio del dolor de garganta					
Síntomas: 1. Molestias de garganta (número de días)					
2. Imposibilidad de tragar (número de días)					
3. Destemplanza o febrícula (número de días)					
4. Cansancio o fatiga (número de días)					
Tiempo perdido de escuela o trabajo (número de días)					

* La información obtenida a partir de las observaciones del paciente o de sus familiares es útil para la definición del patrón de presentación de los síntomas, pero la mayor calidad en la identificación de los cuadros clínicos se consigue con la observación directa de cada uno de los episodios por parte del médico.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. A national Clinical Guideline.* January 1999. SIGN Publication number 34. www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm

TABLA DE EQUIVALENCIAS CLÍNICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN EN LAS PATOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ASOCIADOS A AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA

Intervención	Código de procedimiento CIE 9 MC	Clínica	Diagnósticos clínicos relacionados	Códigos diagnósticos CIE 9 MC asociados	
Amigdalectomía	28.2 Amigdalectomía sin adenoidectomía	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor de garganta agudo con exudado amigdalor, fiebre y/o linfadenopatías cervicales. - Dolor de garganta crónico, ocasionalmente con febrícula. - Artralgias. - Astenia. - Halitosis. - Dificultad respiratoria de localización orofaríngea. - Ronquidos. - Apneas obstructivas durante el sueño. - Dificultades en la alimentación, con anorexia y posible retraso estatoponderal. - Patología focal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amigdalitis agudas de repetición. - Amigdalitis crónica. - Absceso periamigdalino. - Hipertrofia amigdalor. - Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño. - Disfagia. - Patología focal. 	034.0	Angina estreptocócica
				463	Amigdalitis aguda
				474.11	Amígdalas solo (hipertrofia amigdalor)
				474.0	Amigdalitis crónica
				475	Absceso periamigdalino
				780.51	Insomnio con apnea del sueño
				780.53	Hipersomnía con apnea del sueño
				786.09	Otra disnea y alteraciones respiratorias (ronquido)
				787.2	Disfagia Problemas de alimentación
				390	Fiebre reumática sin complicación cardíaca
				391 392 393	Afectaciones cardíacas de la fiebre reumática
				580.81	Glomerulonefritis aguda en otras enfermedades
696.8	Otra psoriasis y enfermedades afines no especificadas				

Intervención	Código de procedimiento CIE 9 MC	Clínica	Diagnósticos clínicos relacionados	Códigos diagnósticos CIE 9 MC asociados	
Adenoidectomía	28.6 Adenoidectomía sin amigdalectomía	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad respiratoria nasal habitual. - Respiración oral continua. - Rinolalia cerrada. - Deformación maxilar (paladar ojival y alteraciones en la eclosión e implantación dentaria). - Deformación craneofacial (facies adenoides). - Ronquido nocturno. - Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño. - Rinorrea anterior. - Cefalea. - Rinorrea posterior. - Halitosis. - Tos irritativa, especialmente nocturna. - Vómitos frecuentes no asociados a patología gastrointestinal o neurológica. - Patología otológica de oído medio: hipoacusia, otalgia, otorrea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertrofia adenoides vinculada a deformaciones maxilares y/o craneofaciales. - Hipertrofia adenoides vinculada a ronquido y/o síndrome de apnea obstructiva durante el sueño. - Hipertrofia adenoides y otitis media secretoria. - Adenoiditis agudas de repetición. - Adenoiditis crónica. - Adenoiditis y otitis medias y/o sinusitis. - Adenoiditis y otitis media secretoria. 	474.01	Adenoiditis crónica
				474.12	Adenoides solo (hipertrofia adenoides)
				474.2	Vegetaciones adenoides
				461.0	Sinusitis maxilar
				461.1	Sinusitis frontal
				461.2	Sinusitis etmoidal
				461.3	Sinusitis esfenoidal
				473.8	Otra sinusitis crónica
				381.10	Otitis media serosa crónica simple
				381.20	Otitis media mucosa crónica simple
				381.30	Otra otitis media no supurativa crónica
				385.11	Adhesiones del tímpano al yunque
				385.12	Adhesiones del tímpano al estribo
				385.13	Adhesiones del tímpano al promontorio
				385.19	Otras adhesiones y combinaciones del oído medio
524.4	Maloclusión no especificada				
786.09	Otra disnea y alteraciones respiratorias (ronquido)				
780.51	Insomnio con apnea del sueño				
780.53	Hipersomnolia con apnea del sueño				

Intervención	Código de procedimiento CIE 9 MC	Clínica	Diagnósticos clínicos relacionados	Códigos diagnósticos CIE 9 MC asociados	
Adeno-amigdalectomía	28.3 Amigdalectomía con adenoidectomía	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones adenoideas y amigdalares de repetición. - Infecciones adenoideas y amigdalares crónicas. - Obstrucción respiratoria de vías altas de localización rinofaríngea y orofaríngea. 	- Los referidos para cada patología adenoidea y amigdalares individualmente.	474	Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides
				474.1	Hipertrofia de amígdalas y adenoides
				474.10	Hipertrofia de amígdalas con adenoides

MODELOS DE DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA

Se trata de un documento que unifica la información relacionada con la intervención y el consentimiento informado. Contiene recomendaciones que no suelen incluirse en un consentimiento informado típico, por entregarse en otro documento diferente o por estar incluidas en la carta de alta. Permite de esta manera reducir el número de documentos que se le entregan al paciente. La experiencia acumulada por el grupo de proceso en la utilización de este modelo muestra que los pacientes y sus familiares se vuelven más proclives a cumplimentar las instrucciones y a racionalizar el seguimiento de la evolución post-operatoria y reconocen con mayor objetividad las incidencias clínicas, por lo que hacen un menor uso de los dispositivos asistenciales durante el post-operatorio seguido en el domicilio.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE AMIGDALECTOMÍA

Indicaciones y descripción de la operación

Las amígdalas son dos masas redondeadas de tejido linfóide que se encuentran al fondo de la boca, a ambos lados del paladar blando. Habitualmente, cumplen una misión defensiva del organismo ante las infecciones pero, en ocasiones, es preciso extirparlas para evitar infecciones crónicas de la nariz, oídos, garganta y bronquios, para intentar solucionar el denominado “Síndrome de apnea durante el sueño”, o para evitar graves afectaciones en otros órganos del cuerpo como los riñones, las articulaciones o el corazón.

La extirpación de las amígdalas se realiza a través de la boca bajo anestesia general, por lo que se precisa de una estancia mínima hospitalaria de varias horas tras la intervención.

Alternativas terapéuticas a la operación de amigdalectomía

Si el motivo de la intervención es la repetición de episodios de infecciones de garganta o infecciones crónicas, la alternativa será prescribir tratamientos antibióticos, antiinflamatorios y antipiréticos.

Si el motivo es la obstrucción de las vías aéreas y/o digestivas, la alternativa será la observación de la evolución o la aplicación de una mascarilla de presión continua positiva durante el sueño, dependiendo de la intensidad del problema, la edad y las características clínicas del paciente. Cuando no se aplica un tratamiento en el síndrome de apnea obstructiva del sueño, existe el riesgo de que el paciente llegue a desarrollar un cuadro de hipertensión pulmonar, aunque sus implicaciones más habituales consisten en el aumento de la somnolencia durante el día, en la dificultad para la concentración en las actividades intelectuales, y en la carencia de un sueño reparador durante la noche.

Alimentación

Antes de la intervención, el paciente mantendrá una dieta absoluta, incluso de líquidos, de al menos 6 horas.

Después de la operación, seguirá una dieta de fácil masticación, preferiblemente fría o templada, a base de helados, yogures, natillas, flanes, purés, tortilla francesa, jamón de york, etc., ya que los alimentos calientes pueden favorecer el sangrado. El fin de esta dieta es evitar las molestias o heridas que pueden causar en la garganta los alimentos más duros y rasposos, como tostadas, patatas fritas o fritos en general.

Medicación

Por sus propiedades favorecedoras de las hemorragias se deberá evitar desde 2 semanas antes y durante 1 mes después de la intervención la administración de ácido acetilsalicílico. En caso de necesidad, consulte a su médico.

Durante los días posteriores a la intervención, y con objeto de intentar evitar posibles infecciones, cooperar en la hemostasia y mitigar el dolor o la fiebre, deberán seguir tratamiento con los siguientes fármacos y a las dosis recomendadas.

.....

.....

Actividades

El post-operatorio suele transcurrir sin complicaciones importantes, por lo que es posible subestimar la aparición de problemas médicos. Estos problemas se centran, sobre todo, en la aparición de hemorragias o infecciones.

Para evitarlos dentro de lo posible, además de la medicación y la dieta, el paciente deberá efectuar un reposo relativo durante los 7 días posteriores a la intervención quirúrgica, sin movimientos bruscos o violentos, sin actividades deportivas ni escolares. No es necesario el reposo en cama.

Utilizará la ropa adecuada para evitar los resfriados.

Riesgos de la operación y observaciones

- Se aconseja la retirada de elementos de ortodoncia previamente a la intervención, con objeto de evitar que el roce con el instrumental quirúrgico los dañe o se provoquen lesiones en el paciente.
- El paciente puede tener algún tipo de pequeño sangrado ocasional por la nariz o por la boca sin que ello represente una complicación. No obstante, cuando este sangrado es intenso y/o constante, deberá ponerse en contacto con el Hospital, ya que puede ser necesario tratar esta hemorragia, incluso en quirófano. En caso de duda, contacte con el personal sanitario o con su médico.
- En algún momento del post-operatorio inmediato (primeras 24 horas), el paciente puede emitir un vómito de sangre oscura, digerida, con coágulos. Se trata de sangre tragada durante el acto quirúrgico y que no representa ninguna complicación.

- La febrícula o incluso la fiebre de hasta 38º son frecuentes en el post-operatorio, sin que ello suponga la existencia de una infección. La medicación prescrita cubre esta eventualidad. En caso de no controlarse la temperatura, contacte con su médico.
- Cuando el tamaño de las amígdalas es muy grande puede quedar una insuficiencia del paladar blando, con un extraño tono de la voz. Suele desaparecer en pocos días pero, en ocasiones, supera el mes.
- Para poder efectuar la operación se utilizan abrebocas metálicos. El cirujano puede considerar la necesidad de extraer algún diente de leche que se encuentre móvil o dientes en mal estado, debido al riesgo de que con las manipulaciones del abrebocas o del propio paciente pueda tragarse el diente suelto o éste pase al árbol respiratorio. Igualmente, es posible que la utilización del abrebocas metálico presione alguna porción de la lengua durante la realización de la intervención, con la aparición de una hinchazón o hematoma. Las molestias derivadas de esta circunstancia ceden en pocas horas o días.
- Tras la operación, el paciente alterna cortos periodos de sueño y actividad. Si encuentra que la somnolencia es excesiva, consulte con el personal sanitario o con el médico.
- Es normal la existencia de un dolor más o menos intenso en la garganta, que se puede irradiar incluso a los oídos, sin que ello signifique que existe algún problema en los mismos. Como el dolor se exagera al tragar la comida, el paciente puede rechazar la alimentación. Se debe insistir para que coma. El ayuno prolongado agota las reservas energéticas y puede causar cuadros de cetosis, con vómitos continuos, fiebre y mal olor de la boca. Se corrige con la dieta prescrita y líquidos dulces.
- Tras la operación, es posible que el paciente tenga náuseas y algún vómito. Si éstos son muy frecuentes, o si el paciente no ingiere ningún líquido ni alimento, puede alcanzar un estado de deshidratación y/o desequilibrio metabólico que puede requerir ingreso hospitalario para su corrección.
- En la zona donde estaban las amígdalas aparecen siempre unas placas blancas, que no son infecciosas, sino que corresponden a la cicatrización de la herida. Causan mal aliento. Se eliminan espontáneamente a partir de 10-15 días y en el curso de varias semanas. No requieren tratamiento adicional. En alguna rara ocasión, el desprendimiento de estas placas o escaras se acompaña de un sangrado más o menos intenso que puede llegar a requerir atención hospitalaria, incluso en quirófano, para cohibir la hemorragia.
- Es imprescindible informar al médico de todos los datos de interés que puedan incrementar el riesgo quirúrgico. Para controlarlo, se realizará al paciente un adecuado estudio pre-operatorio, a pesar del cual siempre es posible la aparición brusca e inesperada de complicaciones.
- El Anestesiólogo le informará de la técnica anestésica que se va a emplear, así como de sus posibles riesgos y complicaciones.

El Servicio de Otorrinolaringología dispone de otro documento informativo en el que se incluyen de forma exhaustiva todos los riesgos y complicaciones conocidos de la operación sobre los que ha informado previamente.

La firma del presente documento implica la renuncia del paciente o de su representante legal a dicha información, y consideran que la información ofrecida por el Dr..... y la contenida en el presente documento resultan suficientes para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones, habiendo podido formular con total libertad cuantas preguntas hayan considerado necesarias para aclarar conceptos, ampliar la información o resolver sus dudas, consintiendo en ser operado.

El paciente, o su representante legal, comprende que este consentimiento puede ser revocado por el propio paciente en cualquier momento antes de la operación sin necesidad de ofrecer ninguna explicación o justificación.

Este documento debe ser firmado obligatoriamente, por duplicado, como requisito necesario para poder realizar la intervención; un ejemplar irá destinado al paciente o representante legal, conservándose otro en su historial clínico.

En _____ a _____ de _____ de 200

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE ADENOIDECTOMÍA

Indicaciones y descripción de la operación

Las vegetaciones o adenoides son unas masas de tejido linfóideo que se encuentran al fondo de la nariz, por detrás y por encima de la campanilla. Habitualmente, cumplen una misión defensiva del organismo ante las infecciones y tienden a disminuir de tamaño conforme avanza la edad del niño, llegando a desaparecer en la mayoría de las ocasiones al final de la adolescencia.

La adenoidectomía se recomienda ante la incertidumbre de determinar el ritmo de disminución del volumen adenoideo en cada paciente y en función del patrón clínico establecido, para evitar infecciones crónicas de la nariz, oídos, garganta y bronquios, para intentar solucionar problemas de sordera, o para evitar deformaciones de los huesos de la cara, el paladar o los dientes. Es posible que los síntomas que aconsejan la operación remitan cuando el paciente alcanza esta edad, pero debe considerarse que se pueden producir secuelas que podrían evitarse con la adenoidectomía.

La intervención se realiza a través de la boca, bajo anestesia general, por lo que los pacientes precisan una estancia mínima hospitalaria de varias horas tras la operación.

Alternativas terapéuticas a la operación de adenoidectomía

Los cuadros obstructivos derivados de la hipertrofia adenoidea no encuentran otra alternativa terapéutica que las medidas de higiene y observación de la evolución.

Las secuelas de deformación del paladar duro y de la posición de los dientes podrían corregirse con ortodoncia.

Las enfermedades crónicas de los oídos que pudieran implicar algún grado de pérdida auditiva persistente que podrían ser susceptibles de requerir cirugía más adelante.

Los cuadros infecciosos derivados de las adenoiditis pueden tratarse con antibióticos, descongestionantes, antiinflamatorios y antipiréticos.

Alimentación

Antes de la intervención mantendrá una dieta absoluta, incluso de líquidos, al menos de 6 horas. Después de la operación pueden seguir una dieta prácticamente normal, evitando únicamente las comidas excesivamente calientes. Son preferibles los alimentos fríos (como helados, natillas, flanes, yogures) y blandos (purés, tortilla francesa, jamón de york, etc.). Esta dieta suave se debe mantener hasta 7 días después de la intervención, a partir de los cuales ya puede hacerse una alimentación completamente normal. Los alimentos calientes pueden favorecer el sangrado, por lo que se aconseja que estén fríos o, como mucho, templados.

Medicación

Por sus propiedades favorecedoras de las hemorragias se deberá evitar, desde 2 semanas antes y durante 1 mes después de la intervención, la administración de ácido acetilsalicílico. En caso de necesidad, consulte a su médico.

A partir del día posterior a la intervención, deberá tratarse, con objeto de intentar evitar posibles infecciones, cooperar en la hemostasia y mitigar la aparición de dolor o de fiebre, con los siguientes fármacos.

.....
.....

Actividades habituales

El post-operatorio suele transcurrir sin complicaciones o molestias importantes, por lo que es posible subestimar la posibilidad de aparición de problemas médicos. Estos problemas, entre otros, se centran sobre todo en la aparición de hemorragias o infecciones. Para evitarlos dentro de lo posible, además de la medicación y la dieta, el paciente deberá efectuar un reposo relativo durante los 7 días posteriores a la intervención quirúrgica, sin movimientos bruscos ni violentos, sin actividades deportivas ni escolares. No es necesario el reposo en cama. Utilizará la ropa adecuada para evitar los resfriados.

Riesgos de la operación y observaciones

- Se aconseja la retirada de elementos de ortodoncia con anterioridad a la intervención, con objeto de evitar que el roce con el instrumental quirúrgico los dañe o se provoquen lesiones en el paciente.
- El paciente puede tener algún tipo de pequeño sangrado ocasional por la nariz o por la boca, sin que ello represente una complicación. No obstante, cuando este sangrado es intenso y/o constante deberá ponerse en contacto con el Hospital, ya que puede ser necesario tratar esta hemorragia, incluso en quirófano. En caso de duda, contacte con el personal sanitario o con su médico.
- En algún momento del post-operatorio inmediato (primeras 24 horas) el paciente puede emitir un vómito de sangre oscura, digerida, con coágulos. Se trata de sangre tragada durante el acto quirúrgico y que no representa ninguna complicación cuando es un episodio único y no se repite.
- La febrícula o incluso la fiebre de hasta 38º son frecuentes en el post-operatorio, sin que ello represente la existencia de una infección. La medicación prescrita cubre esta eventualidad. En caso de no controlarse, contacte con su médico.
- Cuando el tamaño de las vegetaciones extirpadas es muy grande puede quedar una pequeña insuficiencia del paladar blando, con un extraño tono en la voz. Suele desaparecer en pocos días, pero, en ocasiones, supera el mes.
- Para poder efectuar la intervención se utilizan abre bocas metálicos. El cirujano puede considerar la necesidad de extraer algún diente de leche que se encuentre móvil, debido al riesgo de que con las manipulaciones del abre bocas o del propio paciente pueda tragarse el diente suelto o éste pase al árbol respiratorio.
- Igualmente es posible que la utilización del abre bocas metálico presione alguna porción de la lengua durante la realización de la intervención, con la aparición de una hinchazón o hematoma. Las molestias derivadas de esta circunstancia ceden en pocas horas o días.
- Suele tratarse de una intervención poco dolorosa, pero ocasionalmente se quejará de dolores de garganta e incluso de oídos, sin que se deba a ninguna complicación. La medicación prescrita cubre esta eventualidad. Consulte a su médico cuando el paciente se queje de un dolor excesivo.
- En las primeras horas del post-operatorio suelen tener lugar algunos episodios aislados de náuseas y vómitos. Si éstos fueran muy reiterados, pueden requerir medicación adicional o,

incluso, ingreso hospitalario para su control, por lo que deberá consultar con el personal sanitario o con su médico.

- Tras la operación, el paciente alterna cortos periodos de sueño y actividad. Si encuentra que la somnolencia es excesiva, consulte con el personal sanitario o con su médico.
- El paciente al que en la misma intervención se le colocan tubos de ventilación en alguno de sus oídos deberá evitar la entrada de agua en los mismos, disponiendo para ello de tapones impermeables. En algunos casos se observará la salida de algunas gotas de sangre o pequeños coágulos por los conductos auditivos en las primeras horas del post-operatorio. En estos casos se evitará cualquier manipulación sobre el oído, teniendo en cuenta que suelen carecer de importancia. En caso de duda, consulte con el personal sanitario o con su médico.
- Debe tenerse presente que todo acto quirúrgico entraña un riesgo para el paciente, por lo que es imprescindible informar al médico de todos los datos de interés que puedan incrementar.
- El Anestesiólogo le informará de la técnica anestésica que se va a emplear, así como de sus posibles riesgos y complicaciones.

El Servicio de Otorrinolaringología dispone de otro documento informativo en el que se incluyen de forma exhaustiva todos los riesgos y complicaciones conocidos de la operación, sobre los que ha informado previamente.

La firma del presente documento implica la renuncia del paciente o de su representante legal a dicha información, y consideran que la información ofrecida por el Dr..... y la contenida en el presente documento resultan suficientes para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones, habiendo podido formular con total libertad cuantas preguntas hayan considerado necesarias para aclarar conceptos, ampliar la información o resolver sus dudas, consintiendo en ser operado.

El paciente, o su representante legal, comprende que este consentimiento puede ser revocado por el propio paciente en cualquier momento antes de la operación sin necesidad de ofrecer ninguna explicación o justificación.

Este documento debe ser firmado obligatoriamente, por duplicado, como requisito necesario para poder realizar la intervención; un ejemplar irá destinado al paciente o representante legal, conservándose otro en su historial clínico.

En _____ a _____ de _____ de 200_____

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO DE ADENO-AMIGDALECTOMÍA

Indicaciones y descripción de la operación

Las amígdalas son dos masas redondeadas de tejido linfoide que se encuentran al fondo de la boca, a ambos lados del paladar blando. Habitualmente, cumplen una misión defensiva del organismo frente a las infecciones, pero en ocasiones es preciso extirparlas para evitar infecciones crónicas de la nariz, de los oídos, de la garganta y de los bronquios, para intentar solucionar el denominado “Síndrome de apnea durante el sueño”, o para evitar graves afectaciones en otros órganos del cuerpo como los riñones, las articulaciones o el corazón.

Las vegetaciones o adenoides son también masas de tejido linfoideo que se encuentran al fondo de la nariz, por detrás y por encima de la campanilla. Al igual que las amígdalas, defienden al organismo de las infecciones y tienden a disminuir de tamaño conforme avanza la edad del niño, llegando a desaparecer en la mayoría de las ocasiones al final de la adolescencia. La adenoidectomía se recomienda ante la incertidumbre de establecer el ritmo de disminución del volumen adenoideo en cada paciente concreto y como consecuencia de la intensidad de la clínica para evitar infecciones crónicas de la nariz, de los oídos, de la garganta y de los bronquios, para intentar solucionar problemas de sordera o para evitar deformaciones de los huesos de la cara, del paladar o de los dientes. Es posible que los síntomas que aconsejan la operación remitan cuando el paciente alcanza esta edad, pero debe considerarse que se pueden producir secuelas que podrían evitarse con la adenoidectomía.

La extirpación de las amígdalas y de las adenoides se realiza a través de la boca bajo anestesia general, por lo que precisan una estancia mínima hospitalaria de varias horas tras la intervención.

Alternativas terapéuticas a la operación de adeno-amigdalectomía

Si el motivo de la intervención es la repetición de episodios de infecciones o padecer infecciones crónicas, la alternativa será prescribir tratamientos antibióticos, antiinflamatorios, descongestionantes y antipiréticos.

Si el motivo es la obstrucción de las vías aéreas y/o digestivas, la alternativa será observar la evolución o la aplicación de una mascarilla de presión continua positiva durante el sueño, dependiendo de la intensidad del problema, de la edad y de las características clínicas del paciente. Cuando no se aplica tratamiento en el síndrome de apnea obstructiva del sueño, existe un riesgo de que el paciente llegue a desarrollar un cuadro de hipertensión pulmonar y problemas cardíacos, aunque sus implicaciones más habituales consisten en un aumento de la somnolencia durante el día, en la dificultad para la concentración en las actividades intelectuales y en la carencia de sueño nocturno reparador.

Los cuadros obstructivos derivados de la hipertrofia adenoidea no encuentran otra alternativa terapéutica que las medidas de higiene y observación de la evolución.

Las secuelas de deformación del paladar duro y de la posición de los dientes podrían corregirse con ortodoncia, y las enfermedades crónicas de los oídos con algún grado de pérdida auditiva podrían requerir cirugía más adelante.

Alimentación

Antes de la intervención, se mantendrá una dieta absoluta, incluso de líquidos, al menos de 6 horas.

Después de la operación, se seguirá una dieta de fácil masticación, preferiblemente fría o templada, a base de helado, yogur, natilla, flan, puré, tortilla francesa, jamón de york, etc., ya que los alimentos calientes pueden favorecer el sangrado. El fin de esta dieta es evitar las molestias o heridas que pueden causar en la garganta los alimentos más duros y rasposos, como tostadas, patatas fritas o fritos en general.

Medicación

Por sus propiedades favorecedoras de las hemorragias se deberá evitar, desde 2 semanas antes y durante 1 mes después de la intervención, la administración de ácido acetilsalicílico (Aspirina). En caso de necesidad, consulte a su médico.

A partir del día posterior a la intervención, con objeto de evitar posibles infecciones, cooperar en la hemostasia y mitigar la aparición de dolor o de fiebre, deberá seguir un tratamiento con los siguientes fármacos:

.....
.....

Actividades

El post-operatorio suele transcurrir sin complicaciones importantes, por lo que es posible subestimar la aparición de problemas médicos. Éstos se centran, sobre todo, en la aparición de hemorragias o infecciones.

Para evitarlos dentro de lo posible, además de la medicación y la dieta, el paciente deberá efectuar un reposo relativo durante los 7 días posteriores a la intervención quirúrgica, sin movimientos bruscos o violentos, sin actividades deportivas ni escolares. No es necesario el reposo en cama.

Utilizará la ropa adecuada para evitar los resfriados.

Riesgos de la operación y observaciones

- Se aconseja la retirada de elementos de ortodoncia con anterioridad a la intervención, con objeto de evitar que el roce con el instrumental quirúrgico los dañe o se provoquen lesiones sobre el paciente.
- El paciente puede emitir algún tipo de pequeño sangrado ocasional por la nariz o por la boca tras la operación, sin que ello represente una complicación. No obstante, cuando este sangrado es intenso y/o constante deberá ponerse en contacto con el Hospital, ya que puede ser necesario tratar esta hemorragia, incluso en quirófano. En caso de duda, contacte con el personal sanitario o con su médico.
- En algún momento del post-operatorio inmediato (primeras 24 horas), el paciente puede emitir un vómito de sangre oscura, digerida, con coágulos. Se trata de sangre tragada durante el acto quirúrgico y no representa ninguna complicación cuando es un episodio único.

- La febrícula o incluso la fiebre de hasta 38° son frecuentes en el post-operatorio, sin que ello represente la existencia de una infección o de otra complicación. La medicación prescrita cubre esta eventualidad. En caso de no controlarse la temperatura con los fármacos, contacte con su médico.
- Cuando el tamaño de las amígdalas y las adenoides es muy grande puede quedar una insuficiencia del paladar blando, con un extraño tono de la voz. Suele desaparecer en pocos días, pero en ocasiones supera el mes.
- Para poder efectuar la operación se utilizan abre bocas metálicos. El cirujano puede considerar la necesidad de extraer algún diente de leche que se encuentre móvil o dientes en mal estado, debido al riesgo de que con las manipulaciones del abre bocas o del propio paciente pueda tragarse el diente suelto o éste pase al árbol respiratorio. Igualmente, es posible que la utilización del abre bocas metálico presione alguna porción de la lengua durante la realización de la intervención, con la aparición de una hinchazón o hematoma. Las molestias derivadas de esta circunstancia ceden en pocas horas o días.
- Tras la operación el paciente alterna cortos periodos de sueño y actividad. Si encuentra que la somnolencia es excesiva consulte con el personal sanitario o con su médico.
- Es normal la existencia de un dolor más o menos intenso en la garganta, que se puede irradiar incluso a los oídos, sin que por ello ocurra ningún problema en los mismos. Como el dolor se exagera al tragar la comida, el paciente puede rechazar la alimentación. Se debe insistir para que coma. El ayuno prolongado agota las reservas energéticas y puede causar cuadros de cetosis, con vómitos continuos, fiebre y mal olor de la boca, que pueden requerir ingreso hospitalario. Se evita con la dieta prescrita y líquidos dulces.
- Tras la operación es posible que el paciente tenga náuseas y algún vómito. Si éstos son muy frecuentes, o si el paciente no ingiere ningún líquido ni alimento, puede alcanzar un estado de deshidratación y/o desequilibrio metabólico que pueden precisar tratamiento e incluso ingreso hospitalario para su corrección.
- En la zona donde estaban las amígdalas aparecen siempre unas placas blancas, que no son infecciosas, sino que corresponden a la cicatrización de la herida. Causan mal aliento. Se eliminan espontáneamente a partir de 7-10 días y en el curso de varias semanas. No requieren tratamiento adicional. En alguna rara ocasión, el desprendimiento de estas placas o escaras se acompaña de un sangrado más o menos intenso que puede llegar a requerir atención hospitalaria, incluso en quirófano, para cohibir la hemorragia.
- Debe tenerse presente que todo acto quirúrgico entraña un riesgo para el paciente, por lo que es imprescindible informar al médico de todos los datos de interés que puedan incrementarlo.
- El Anestesiólogo le informará de la técnica anestésica, así como de sus posibles riesgos y complicaciones.

El Servicio de Otorrinolaringología dispone de otro documento informativo en el que se incluyen de forma exhaustiva todos los riesgos y complicaciones conocidos de la operación, sobre los que se le ha informado previamente.

La firma del presente documento implica la renuncia del paciente o de su representante legal a dicha información, y consideran que la información ofrecida por el Dr..... y la contenida en el presente documento resultan suficientes para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones, habiendo podido formular con total libertad cuantas preguntas hayan considerado necesarias para aclarar conceptos, ampliar la información o resolver sus dudas, consintiendo en ser operado.

El paciente, o su representante legal, comprende que este consentimiento puede ser revocado por el propio paciente en cualquier momento antes de la operación sin necesidad de ofrecer ninguna explicación o justificación.

Este documento debe ser firmado obligatoriamente, por duplicado, como requisito necesario para poder realizar la intervención: un ejemplar irá destinado al paciente o representante legal, conservándose el otro en su historial clínico.

En _____ a _____ de _____ de 200_____

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico

PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA IMPLANTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL PROCESO

Existen distintos sistemas de medición de la calidad de la actividad sanitaria, y cada uno de ellos contempla variados criterios, incorporando múltiples indicadores y estándares. Su elevado número y la diversidad de aspectos sobre los que inciden exigen la selección de los que tienen mayor relevancia en una gestión por procesos. Se ha optado por recoger una estructura de indicadores⁶⁴ que contemple los puntos más críticos del proceso y aquellas áreas donde las acciones de mejora puedan aumentar su calidad, desde el enfoque de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM)⁶⁵.

Si bien sólo algunos de los propuestos son indicadores específicos del Proceso Amigdalectomía-Adenoidectomía⁶⁶, se ha considerado conveniente incluir indicadores de tipo genérico que, por su trascendencia, sobre todo para la satisfacción del cliente, deberían destacarse.

La desagregación de determinadas actividades permite identificar el nivel de calidad con que contribuye cada uno de sus componentes, y facilita de esta manera la concentración de las acciones de mejora. Disponer de un relativamente amplio catálogo de indicadores sobre actividades y elementos permite al gestor tomar la decisión de centrar los esfuerzos de mejora de la calidad en un número reducido de objetivos claramente identificables del proceso, y permitir una mayor viabilidad de sus actuaciones. El diseño de un mapa del proceso en el que se identifican las actividades, los agentes, los puntos críticos, los momentos y los lugares de prestación de la atención permite establecer la trazabilidad del proceso y reconocer, mediante evaluaciones sistemáticas de auditoría, las áreas de mayor ganancia potencial de calidad.

Los indicadores centinela se utilizarán para identificar los eventos adversos en los que la existencia de un solo caso exige el análisis exhaustivo de sus circunstancias con objeto de evitar su repetición. Los indicadores de tipo índice recogen datos objetivos que conforman tasas cuando se aplican a un determinado espacio de tiempo. Dado que la calidad no es un concepto absoluto, se considera la máxima calidad cuando el índice muestra una cifra del 100%, y el grupo de proceso propone una cifra mínima en algún indicador a partir de la cual se puede empezar a cuantificar el nivel de calidad del indicador. La ausencia de datos que reflejen el estado actual de la práctica del proceso impide recurrir a estándares de referencia o avalados por la evidencia científica, abriendo una importante área de investigación.

La posibilidad de ejecutar la amigdalectomía y la adenoidectomía en régimen de cirugía ambulatoria exige, además, el cumplimiento de una serie de requisitos que garanticen la seguridad del procedimiento quirúrgico y anestésico, así como del post-operatorio, y resulten satisfactorios a los pacientes, a sus familiares y a los agentes sanitarios implicados^{67, 68}.

1. CALIDAD DE LA ESTRUCTURA

1. Recursos humanos

Criterio	Indicador	Estándar
<p>Disponibilidad. <i>Se asegura la disponibilidad de cada uno de los profesionales en el momento y en el lugar establecido por el mapa del proceso.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº citas demoradas o anuladas por no disponibilidad del personal x 100/ Nº total de citas. • Nº de intervenciones demoradas o anuladas por falta de disponibilidad del personal x 100/Nº total de intervenciones programadas. 	<ul style="list-style-type: none"> – No se producirá ninguna demora por la ausencia o falta de disponibilidad de ningún profesional en cada momento y lugar del proceso.
<p>Grado de competencia profesional. <i>El personal presta sus servicios con suficiente competencia profesional, derivada del conjunto de conocimientos, la experiencia técnica, las habilidades y actitudes requeridos para cada actividad del proceso.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actividades asociadas a un mapa de competencias x 100/ Nº de actividades. • Nº de profesionales adaptados al mapa de competencias x 100/Nº de profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Toda actividad del proceso se corresponderá con un mapa de competencias que deberá reunir cada uno de los profesionales que intervengan en su realización. – Ninguna actividad del proceso será realizada por profesionales que no reúnan las competencias requeridas por su mapa correspondiente.

2. Recursos físicos y materiales

Criterio	Indicador	Estándar
<p>Accesibilidad física. <i>El acceso del paciente y sus familiares y acompañantes a la prestación del servicio se realiza sin encontrar barreras geográficas, arquitectónicas, físicas o estructurales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de barreras geográficas que dificultan el acceso a la asistencia y grado de dificultad. • Nº de barreras físicas que dificultan el acceso a la asistencia y grado de dificultad. • Disponibilidad de aparcamiento adaptado al transporte de pacientes. • Disponibilidad de teléfono, vehículo propio, adultos responsables. 	<ul style="list-style-type: none"> – No existirán barreras geográficas, físicas, arquitectónicas o estructurales que dificulten el acceso del paciente a la asistencia. – Se dispondrá de aparcamiento o acceso de automóviles que facilite el transporte cómodo y seguro de los pacientes. – Los pacientes subsidiarios de intervenirse en la modalidad de cirugía ambulatoria dispondrán de teléfono y vehículo propio,

		y de la presencia continua de adultos responsables.
<p>Accesibilidad en tiempo. <i>El acceso del paciente a la prestación del servicio se produce en el menor tiempo posible.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de días de demora entre la solicitud de atención sanitaria y la asistencia. • Nº de días de demora entre la solicitud de las pruebas complementarias y la disponibilidad de los resultados. • Nº de días de demora entre la indicación quirúrgica y la intervención del paciente. • Nº de días de demora entre la declaración de apto para la cirugía y la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> – < 24 horas en Atención Primaria. – < 15 días en Atención Especializada. – < 15 días para las pruebas complementarias. – < 180 días. – < 30 días.
<p>Seguridad. <i>La asistencia se presta en condiciones de máxima seguridad para el paciente y para los agentes sanitarios.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de intervenciones que no corresponden a la indicada para el paciente (indicador centinela). • Nº de errores detectados en la prescripción de medicamentos (indicador centinela). • Nº de errores detectados en la administración de medicamentos y fármacos (indicador centinela). • Nº de accidentes causados al paciente o a los profesionales provocados por un deficiente mantenimiento de las instalaciones, instrumental y aparataje (indicador centinela). • Nº de accidentes causados al paciente o a los profesionales provocados por un deficiente o inadecuado manejo de los aparatos de electromedicina (indicador centinela). • Nº de accidentes ocurridos en el transporte o en la estancia del paciente en la cama o en las dependencias sanitarias (indicador centinela). • Nº de suspensiones de intervenciones quirúrgicas por motivo de un deficiente mantenimiento de las instalaciones, instrumental y aparataje (indicador centinela). 	<ul style="list-style-type: none"> – No se producirá ningún error en la correspondencia entre la intervención prevista y el paciente. – No se producirán errores en la prescripción o administración de medicamentos o sustancias farmacológicas. – No se producirán errores en el mantenimiento de las instalaciones, instrumental y aparataje que pueda poner en peligro la seguridad del paciente y de los profesionales. – No se producirán errores en el manejo de los aparatos de bioelectromedicina. – No se producirán accidentes en el transporte del paciente o en su estancia en la cama y dependencias sanitarias.

<p>Disponibilidad y calidad del material e instrumental.</p> <p><i>Cada actividad se realiza con el material e instrumental apropiado, con la calidad y condiciones de conservación idóneas, y en el momento y lugar precisados por el mapa del proceso.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actividades del proceso demoradas por ausencia o por calidad inadecuada del material e instrumental x 100/Nº total de actividades del proceso. • Nº de actividades del proceso suspendidas por ausencia o por calidad inadecuada del material e instrumental x 100/Nº total de actividades del proceso. • Nº de intervenciones quirúrgicas demoradas o suspendidas por ausencia o por calidad inadecuada del material e instrumental x 100/Nº total de intervenciones quirúrgicas previstas. 	<ul style="list-style-type: none"> – No se realizará ninguna actividad con material e instrumental inapropiados, que no posean la calidad mínima requerida para la consecución de los objetivos, y que no se encuentren en las condiciones idóneas de conservación y mantenimiento. – No se producirá ninguna suspensión o demora en la realización de la actividad precisada por el mapa del proceso por no disponibilidad de material e instrumental.
<p>Sistemas de información y registro.</p> <p><i>El dispositivo asistencial recoge toda la información clínica y no clínica relacionada con el proceso del paciente en soporte papel, electrónico o informático.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de pacientes que no disponen de historia clínica individualizada x 100/Nº total de pacientes. • Nº de historias que no contienen la documentación clínica precisa x 100/Nº total de historias clínicas. • Nº de historias que no contienen la documentación no clínica precisa x 100/Nº total de historias clínicas. • Nº de asistencias demoradas o suspendidas por falta de disponibilidad de la historia clínica en el lugar y en el momento precisos x 100/Nº total de asistencias del proceso. • Nº de intervenciones efectuadas sin adecuarse a una gestión racional de la lista de espera quirúrgica x 100/Nº total de intervenciones. • Nº de quejas recogidas respecto a la falta de confidencialidad en la custodia de la información/Nº total de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todo paciente dispondrá de una historia clínica única, con garantía de individualidad mediante identificaciones redundantes (nombre y apellidos, número de la seguridad social, número del documento nacional de identidad y número de historia clínica), confidencial, y disponible en cualquier punto asistencial del Sistema Sanitario.

<p>Calidad hostelera.</p> <p><i>La utilización de las instalaciones se realiza en las mejores condiciones de confortabilidad.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. • Limpieza. • Disponibilidad de teléfono, televisión, juguetes, video, Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> – El centro sanitario se encontrará en las óptimas condiciones de limpieza e higiene, con la intimidad requerida.
--	--	---

3. Recursos económicos

Criterio	Indicador	Estándar
<p>Adecuación del presupuesto a lo pactado en el Contrato Programa.</p> <p><i>La planificación de las actividades se ajusta a la eficiente utilización de los recursos según el pacto del Contrato Programa.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actividades realizadas x 100/Nº de actividades pactadas en el Contrato Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> – 100% (existe la posibilidad de superar el 100%).

2. CALIDAD DEL PROCESO

1. Procesos operativos

Criterio	Indicador	Estándar
<p>Anamnesis y exploración física.</p> <p><i>La evaluación del estado de salud, del cuadro clínico y del patrón de presentación se efectúa de manera completa e individualizada.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de historias clínicas con anamnesis y exploración física x 100/Nº total de historias clínicas. • Nº de pacientes de los que se conocen sus necesidades x 100/ Nº total de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Se debe tener conocimiento del estado clínico, psicológico, emocional, social y funcional del paciente que permita determinar sus necesidades y establecer la planificación de su asistencia.
<p>Información.</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>La organización ofrece al paciente y a sus familiares información completa y comprensible de la asistencia sanitaria y de la organización.</i> – <i>El paciente recibe información de la necesidad de practicar cada prueba o intervención y de los riesgos individualizados que comportan, de tal manera que libremente pueda decidir la aceptación de la solicitud.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de pacientes con información clínica y de alternativas x 100/Nº total de pacientes. • Nº de pacientes que reciben la carta de derechos y deberes x 100/Nº total de pacientes hospitalizados. • Nº de actos de riesgo con el consentimiento informado firmado x 100/Nº total de actos de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todo paciente recibe información de su estado de salud, de su diagnóstico y de sus alternativas terapéuticas. – Todo paciente recibe información de sus derechos y sus deberes y de las normas de comportamiento en las instituciones sanitarias. – Todo paciente que se somete a una exploración o intervención de riesgo debe ofrecer

		su consentimiento informado.
<p>Entrega de recetas y/o medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Al paciente que precisa tratamiento médico se le facilitan las recetas para su obtención o se le entrega la medicación. – El paciente recibe expresamente tratamiento analgésico adaptado a su estado clínico, facilidad de cumplimentación, edad y peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actos médicos con entrega de recetas o de medicamentos x 100/Nº total de actos médicos de prescripción farmacológica. • Nº de intervenciones con tratamiento analgésico x 100/Nº total de intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todo paciente al que se le prescribe un tratamiento farmacológico se le facilitarán las oportunas recetas o se le entregará la medicación. – Todo paciente intervenido dispone de una pauta analgésica individualizada.

2. Procesos de soporte

Criterio	Indicador	Estándar
<p>Informes de continuidad interniveles.</p> <p>Todas las informaciones y decisiones se registran en la historia del paciente y se ponen en conocimiento inmediato de los demás profesionales del proceso implicados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de informes emitidos en cada punto de decisión del proceso x 100/Nº de puntos de decisión de cada proceso. • Nº de procesos con informe de alta hospitalaria x 100/Nº total de procesos. • Nº de fechas de intervención notificadas al Centro de Salud x 100/Nº total de intervenciones. • Nº de procesos con todos los informes en cada punto de decisión x 100/Nº total de procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> – En ausencia de historia de salud <i>on line</i>, se emitirá un informe en todos los puntos de decisión del proceso. – Todo paciente que es dado de alta hospitalaria recibirá un informe completo de su enfermedad y de las actuaciones que se han llevado a cabo.
<p>Adecuación de las derivaciones interniveles.</p> <p>Las decisiones de derivación entre niveles asistenciales se ajustan a las evidencias científicas, a las recomendaciones de este mapa de proceso y a las necesidades de los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de procesos que acaban en intervención quirúrgica x 100/Nº de procesos iniciados. 	> 80%

<p>Asignación de médico responsable.</p> <p><i>El paciente elige o acepta a un médico como responsable de su proceso.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de procesos en los que se identifica el médico responsable x 100/Nº total de procesos. • Nº de pacientes que conocen a su médico responsable x 100/Nº total de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> – En todos los procesos se podrá identificar al médico responsable. – Todos los pacientes deberán conocer quién es el médico responsable de su proceso.
<p>Adecuación de los criterios de indicación quirúrgica.</p> <p><i>La indicación quirúrgica se establece según criterios razonables que siguen las mejores evidencias científicas disponibles.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de indicaciones quirúrgicas ajustadas a las guías de práctica clínica x 100/Nº de indicaciones quirúrgicas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todas las indicaciones quirúrgicas seguirán criterios razonables recomendados por las guías de práctica clínica.
<p>Cumplimiento de planes de cuidados estandarizados.</p> <p><i>El paciente recibe las acciones cuidadoras planificadas individualmente correspondientes a su proceso</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de acciones cuidadoras realizadas x 100/Nº de acciones cuidadoras planificadas. • Nº de intervenciones con la totalidad de acciones cuidadoras x 100/Nº total de intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> – Se elaborará para cada paciente un plan de cuidados estandarizados individualizado. – Todos los pacientes recibirán las acciones cuidadoras planificadas individualmente para su proceso.
<p>Rendimiento de quirófano.</p> <p><i>Las actividades se efectúan con la utilización eficiente de los recursos.</i></p> <p><i>El hospital aprovecha al máximo el quirófano.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de horas de quirófano utilizadas x 100/Nº de horas de quirófano disponibles. 	<p>> 80%</p>
<p>Suspensiones quirúrgicas.</p> <p><i>La intervención quirúrgica se efectúa en la fecha fijada y comunicada al paciente.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de intervenciones suspendidas x 100/Nº de intervenciones programadas. • Nº de intervenciones suspendidas por falta de confirmación previa del estado de salud 48 horas antes x 100/Nº de intervenciones suspendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ninguna intervención quirúrgica programada se suspenderá por problemas organizativos. – El centro sanitario intentará de forma activa detectar anticipadamente eventos clínicos susceptibles

	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de intervenciones suspendidas tras la confirmación previa del estado de salud 48 horas antes x 100/Nº de intervenciones suspendidas. • Nº de intervenciones suspendidas por déficits organizativos x 100/Nº de intervenciones suspendidas. 	de suspensión quirúrgica en todas las intervenciones programadas.
<p>Cancelación de citas.</p> <p><i>El paciente recibe asistencia sanitaria en la fecha fijada y comunicada.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de citas suspendidas por x 100/Nº total de citaciones. 	– Todas las asistencias sanitarias previstas con antelación serán efectuadas en la fecha comunicada al paciente.
<p>Preoperatorio.</p> <p><i>La seguridad de la intervención quirúrgica se garantiza dentro de lo científicamente posible mediante un estudio preoperatorio individualizado.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de intervenciones con estudio preoperatorio x 100/Nº total de intervenciones. • Nº de estudios preoperatorios individualizados x 100/Nº total de intervenciones. • Nº de estudios preoperatorios adaptados a las evidencias científicas x 100/Nº total de intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todas las intervenciones quirúrgicas se efectúan después de haber evaluado los riesgos individualizados del paciente mediante un estudio preoperatorio. – Todos los estudios preoperatorios incluyen las pruebas complementarias adaptadas a las evidencias científicas.

3. Procesos de gestión o estratégicos

Criterio	Indicador	Estándar
<p>Precisión de la codificación.</p> <p><i>Las actividades clínicas diagnósticas y terapéuticas se codifican para permitir su objetivación y comparación.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de procesos con codificación de diagnósticos y tratamientos x 100/Nº total de procesos. • Nº de códigos correctos respecto a la actividad clínica codificada x 100/Nº total de códigos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todos los diagnósticos y tratamientos serán codificados de acuerdo a la CIE-9 MC. – Todas las codificaciones se correlacionarán correctamente con las actividades clínicas.

<p>Investigación de las necesidades y expectativas de los agentes.</p> <p><i>El centro sanitario y sus centros de influencia desarrollan actividades que permiten conocer las necesidades y expectativas de los agentes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de procesos con identificación de necesidades x 100/Nº total de procesos. • Nº de procesos adaptados a las expectativas x 100/Nº total de procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> – El centro sanitario y sus centros de influencia conocerán las necesidades y expectativas de los agentes. – El centro sanitario y sus centros de influencia adecuarán su organización y sus actuaciones a las necesidades y expectativas de los agentes.
<p>Aumento de la eficiencia de las actuaciones de contacto con el paciente.</p> <p><i>Las actividades relacionadas se realizarán en el mismo día en que el paciente acude al centro sanitario.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de consultas (valoración+prueba complementaria) de alta resolución x 100/Nº total de consultas. • Nº de estudios preoperatorios (entrevista+estudio+anestesia) de alta resolución x 100/Nº total de preoperatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todas las consultas que comprendan la realización de una prueba complementaria de obtención inmediata de resultados serán realizadas en actuaciones de alta resolución en un solo desplazamiento del paciente. – Todos los estudios preoperatorios serán realizados en actuaciones de alta resolución en un solo desplazamiento del paciente al Hospital.
<p>Aumento de la calidad de la información suministrada al paciente.</p> <p><i>Los agentes sanitarios ofrecen información oral y escrita en forma comprensible y en cantidad suficiente para satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes y sus familiares.</i></p> <p><i>El centro sanitario unifica toda la información escrita que se facilita al paciente.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de pacientes que se encuentran satisfechos con la información recibida x 100/Nº total de pacientes atendidos. • Nº de documentos de información unificados en un solo folleto x 100/Nº total de documentos de información. 	<ul style="list-style-type: none"> – Todos los pacientes recibirán información oral y escrita sobre su proceso de forma comprensible y satisfactoria. – Toda la información que se suministra a los pacientes y sus familiares se unificará en un solo documento que facilite su manejo, lectura y comprensión.

3. CALIDAD DE LOS RESULTADOS

1. Resultados de mejora de salud

Criterio	Indicador	Estándar
<p>Reducción de episodios de fiebre y dolor de garganta.</p> <p><i>La amigdalectomía proporciona beneficio para los dolores de garganta de etiología bacteriana.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de episodios de fiebre o dolor de garganta anuales tras la amigdalectomía x 100/ Nº de episodios de fiebre o dolor de garganta anuales previos a la amigdalectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> – No se producirá ninguna amigdalitis palatina bacteriana tras la amigdalectomía. – Tras la amigdalectomía se reducirán los episodios de fiebre y dolor de garganta.
<p>Disminución de las apneas del sueño.</p> <p><i>La amigdalectomía y, ocasionalmente, la adenoidectomía mejoran la calidad del sueño en los síndromes de apnea obstructiva por dificultad respiratoria de las vías altas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de episodios de apnea/hipopnea por periodo tras la amigdalectomía x 100/Nº de episodios de apnea/hipopnea por periodo previos a la amigdalectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tras la amigdalectomía se reducirán los periodos de apnea/hipopnea.
<p>Mejoría o desaparición de los procesos de origen focal.</p> <p><i>La amigdalectomía proporciona mejoría a las patologías de origen focal.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de eventos clínicos focales anuales tras la amigdalectomía x 100/Nº de eventos focales anuales previos a la amigdalectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tras la amigdalectomía se producirá una mejoría en los procesos de origen focal.
<p>Reducción del número de días perdidos de escuela o trabajo.</p> <p><i>La amigdalectomía y/o adenoidectomía evitan perder días de escuela o trabajo como consecuencia de la enfermedad.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de días perdidos de escuela o trabajo en un año tras la intervención x 100/Nº de días perdidos de escuela o trabajo en un año previo a la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tras la intervención se reducirán los días de escuela o trabajo perdidos por causa de la patología que motivó la intervención.
<p>Desaparición de la rinorrea.</p> <p><i>La rinorrea mórbida desaparece tras la adenoidectomía.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de episodios de rinorrea infecciosa anuales tras la adenoidectomía x 100/Nº de episodios de rinorrea infecciosa anuales previos a la adenoidectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tras la adenoidectomía se producirá una mejoría de la rinorrea e incluso su desaparición.

<p>Desaparición de la insuficiencia respiratoria.</p> <p><i>La adenoidectomía mejora la dificultad respiratoria nasal.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • % Glatzel tras la adenoidectomía x 100/% Glatzel previo a la adenoidectomía. • Flujo nasal rinomanométrico tras la adenoidectomía x 100/flujo nasal previo a la adenoidectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tras la adenoidectomía se producirá una mejoría de la insuficiencia respiratoria y de sus patologías asociadas de ronquido, deformación maxilar y facial, e incluso su desaparición.
<p>Complicaciones.</p> <p><i>La calidad de las actividades del proceso lleva a unos resultados óptimos que conducen a una minimización de las complicaciones evitables.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de hemorragias post-operatorias x 100/Nº de intervenciones quirúrgicas. • Nº de pacientes que tienen náuseas tras la intervención x 100/Nº de intervenciones quirúrgicas. • Nº de pacientes que vomitan tras la intervención x 100/Nº de intervenciones quirúrgicas. • Nº de pacientes que tienen dolor tras la intervención x 100/Nº de intervenciones quirúrgicas. • Nº de pacientes con pauta analgésica prescrita x 100/Nº de intervenciones quirúrgicas. 	<ul style="list-style-type: none"> < 2% < 40% < 60% < 60% 100%
<p>Reingresos.</p> <p><i>La calidad científico-técnica permite adaptar la estancia del paciente en el hospital a su estado clínico.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de pacientes que reingresan por el mismo diagnóstico principal x 100/Nº de intervenciones quirúrgicas. • Nº de pacientes que reingresan tras la intervención x 100/Nº de intervenciones quirúrgicas. 	<ul style="list-style-type: none"> < 1% como complicaciones en cirugía ambulatoria. < 0.5% en hospitalización convencional.
<p>Mortalidad.</p> <p><i>La seguridad de la intervención es máxima y no se producen muertes clínicamente no justificables.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de exitus x 100/Nº de procesos (indicador centinela). 	<ul style="list-style-type: none"> – No se producirá ninguna muerte que no pueda justificarse por causas clínicas.
<p>Ingresos no planificados.</p> <p><i>La cirugía ambulatoria se ajusta a los criterios de máxima calidad.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de pacientes que cursan estancia superior a 24 horas x 100/Nº de intervenciones quirúrgicas previstas como ambulatorias. 	<ul style="list-style-type: none"> < 1%

<p>Consultas urgentes.</p> <p><i>La planificación de la asistencia en todos los momentos y situaciones del proceso reduce las consultas urgentes por eventos clínicos relevantes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de consultas urgentes en cualquier dispositivo del Sistema Sanitario x 100/Nº de intervenciones. 	<p>< 10%</p>
<p>Reintervenciones.</p> <p><i>El paciente es atendido con la máxima calidad científico-técnica.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reintervenciones urgentes por complicaciones x 100/Nº de intervenciones. • Nº de reintervenciones por ampliación de una indicación inicial insuficiente en un plazo inferior a 1 año tras la operación x 100/Nº de intervenciones. • Reintervenciones por inadecuada o insuficiente técnica quirúrgica en un plazo inferior a 2 años tras la operación x 100/Nº de intervenciones. 	<p>< 3%</p> <p>< 1%</p> <p>< 1%</p>

2. Resultados de satisfacción de los agentes

Criterio	Indicador	Estándar
<p>Satisfacción de los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información. • Comodidad: física, hostelera, de horarios. • Intimidad. • Disponibilidad de recursos sanitarios y de profesionales. • Calidad percibida hostelera y de competencia profesional científico-técnica. • Identificación de médico responsable. • Recomendación del centro y de los profesionales. • Repetición del centro y los profesionales. • Quejas y reclamaciones. 	

Satisfacción de los familiares y acompañantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Información. • Comodidad: física, hostelera, de horarios. • Intimidad. • Disponibilidad de recursos sanitarios y de profesionales. • Calidad percibida hostelera y de competencia profesional científico-técnica. • Identificación de médico responsable. • Recomendación del centro y de los profesionales. • Repetición del centro y los profesionales. 	
Satisfacción de los profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación (reconocimiento, promoción, formación y desarrollo, delegación de responsabilidades, objetivos, evaluación del desempeño, logro). • Satisfacción (condiciones económicas, condiciones de empleo, gestión empresarial, instalaciones y servicios, seguridad e higiene, tecnología y medios, relaciones horizontales y verticales). 	

3. Resultados de costes

Criterio	Indicador	Estándar
Estancia preoperatoria. <i>El paciente ingresa en el hospital cuando sus necesidades clínicas lo precisan.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de intervenciones con estancia preoperatoria x 100/Nº total de intervenciones. • Σ de estancias preoperatorias/Nº total de intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> – No se producirá ninguna estancia preoperatoria por imperativos organizativos. – Las únicas estancias preoperatorias admisibles serán las derivadas de necesidades clínicas del paciente.
Estancia media. <i>La duración de la estancia del paciente tras la intervención es la mínima que requiere su asistencia y adaptada a sus necesidades.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Σ estancias de cada proceso/Nº total de procesos intervenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> – No se producirá ninguna estancia hospitalaria superior a la requerida por las necesidades clínicas del paciente. – La estancia media será < 2 días.

<p>Índice de sustitución.</p> <p><i>La intervención impacta lo menos posible en la vida y hábitos del paciente y sus familiares y mantiene las máximas garantías de calidad y de seguridad.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de intervenciones efectuadas en régimen ambulatorio x 100 /Nº total de intervenciones. 	<p>> 80%</p>
<p>Ganancia potencial de estancias, índice de utilización de estancias.</p> <p><i>La utilización de las estancias hospitalarias se ajusta a las necesidades del paciente y a la calidad del proceso.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Σ estancias observadas - Σ estancias esperadas. • Σ estancias observadas x 100/Σ estancias esperadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - La ganancia potencial de estancias tenderá a 0 siempre que el índice de sustitución se aproxime o supere el 80% y la estancia media sea inferior a 2 días. - El índice de utilización de estancias tenderá al 100% siempre que el índice de sustitución se aproxime o supere el 80% y la estancia media sea inferior a 2 días.
<p>Coste por proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Σ costes imputados a cada proceso/Nº total de procesos. 	

MODELO DE PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA*

PREQUIRÚRGICOS

Código	Problemas	Actividades
9.3.1	<p>Ansiedad relacionada con la falta de conocimientos sobre la intervención quirúrgica.</p> <p>– Alivio y/o desaparición de signos de ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista y valoración inicial: <ul style="list-style-type: none"> – Presentación. – Exteriorización de sentimientos y dudas. – Explicación del proceso. – Acompañar a la habitación.
9.3.2	<p>Temor relacionado con la operación y el medio desconocido.</p> <p>– Alivio y/o desaparición del temor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información, comunicación y apoyo al paciente. • Información, comunicación y apoyo a la familia. • Observación de signos físicos y psíquicos de ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> – Sudoración. – Inquietud. – Temblor. – Verborrea. – Postura tensa. – Confusión. – Mutismo. – Hipertensión arterial. – Taquipnea. – Taquicardia. • Toma de pulso. • Medición de la temperatura. • Administración de la medicación preanestésica oral. • Administración de crema anestésica (lidocaína 25 mg y prilocaína 25 mg). • Arreglo de la cama o del sillón. • Vestir y desvestir. • Acompañar al servicio antes del quirófano.

* Fuentes:

- North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2001-2002*. Ed. Harcourt, versión española, 2002.
- McCloskey JC, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones Enfermeras. Proyecto de Intervenciones IOWA*. Ed. Síntesis, 2ª ed. 1996.
- Swearingen PL. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*. Ed. Harcourt Brace, 3ª ed. 1995.
- Dirección General del INSALUD. Subdirección General de Asistencia Especializada. *Proyecto SIGNO II*. Octubre 1995.

8.1.1	Déficit de conocimientos sobre la intervención. – El paciente y su familia comprenden el procedimiento quirúrgico. – El paciente acudirá debidamente preparado al quirófano.	
1.6.1	Riesgo de lesión relacionada con el traslado y la premedicación. – El paciente no presentará lesiones en el traslado.	• Instalación de medidas de protección: colocar barandillas.
1.2.2.2	Riesgo de hipotermia en relación con el traslado. – El paciente no padecerá frío.	• Instalación de medidas de protección: mantas.

QUIRÚRGICOS

Código	Problemas	Actividades
3.2.1.1	Riesgo de alteración de la vinculación entre el niño y sus padres. – El niño se sentirá protegido.	• Comunicación y apoyo al niño, medidas de distracción.
9.3.1	Ansiedad relacionada con el acto quirúrgico. – Alivio y/o desaparición de signos de ansiedad y temor.	• Entrevista y valoración inicial: – Presentación. – Exteriorización de sentimientos y dudas. – Explicación del proceso.
9.3.2	Temor relacionado con la operación.	• Observación de signos físicos y psíquicos de ansiedad y temor: – Sudoración. – Inquietud. – Temblor. – Verborrea. – Postura tensa. – Confusión. – Mutismo. – Hipertensión arterial. – Taquipnea. – Taquicardia.

3.1.3	<p>Riesgo de soledad en relación con el medio desconocido y la separación de los padres.</p> <p>– El paciente no se encontrará en ningún momento solo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información, comunicación y apoyo al paciente. • Instalar medidas dirigidas al bienestar. • El niño estará siempre acompañado.
6.1.1.1.2	<p>Riesgo de lesión perioperatoria relacionada con la colocación del paciente en la mesa de operaciones, el uso del electrobisturí y disminución del nivel de conciencia y la edad.</p> <p>– El paciente no sufrirá lesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la alineación corporal. • Comprobación del funcionamiento de los equipos. • Instalación de medidas de protección: <ul style="list-style-type: none"> – Colocación de barandas. – Reserva de la intimidad. – Retirar al paciente todo material metálico. – Colocar el electrodo neutro. – Comprobar la toma de tierra de la mesa quirúrgica. • Vestir y desvestir. • Personal de enfermería acompañando siempre al paciente.
1.2.2.2	<p>Riesgo de hipotermia relacionada con el ambiente durante la intervención.</p> <p>– El paciente mantendrá la temperatura corporal adecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de medidas de protección/ bienestar al enfermo: <ul style="list-style-type: none"> – Mantenimiento de la temperatura ambiente. – Colocación de mantas. • Regulación y control de la humedad ambiental.
1.4.1.1	<p>Disminución de la perfusión tisular en relación con la anestesia.</p> <p>– El paciente se mantendrá hemodinámicamente estable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inserción de vía periférica. • Observación de signos y síntomas de disminución de la perfusión tisular: <ul style="list-style-type: none"> – Taquicardia/bradicardia. – Hipotensión arterial. – Frialdad. – Diaforesis. – Lividez. – Obnubilación. • Administración de medicación intravenosa. • Mantenimiento de la perfusión intravenosa. • Toma de la frecuencia cardíaca. • Toma de la tensión arterial.

1.5.1.3.1	<p>Riesgo para mantener la respiración espontánea en relación con la anestesia.</p> <p>– El paciente mantendrá un buen patrón respiratorio. Comprobación del funcionamiento del equipo y/o dispositivos: caudalímetro, mascarillas, gafas nasales, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de signos y síntomas de alteración de la función respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> – Coloración de la piel. – Taquicardia. – Disminución en la saturación de oxígeno. • Administración de oxígeno. • Toma de la frecuencia cardíaca. • Medición de la frecuencia respiratoria. • Toma de la tensión arterial.
1.6.1.4	<p>Riesgo de aspiración relacionada con la anestesia.</p> <p>– Detección precoz de signos de aspiración. El paciente mantendrá las vías respiratorias permeables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar ruidos de secreciones. • Comprobación del funcionamiento del equipo y/o dispositivos: caudalímetro, mascarillas, gafas nasales, sistema de aspiración, sondas de aspiración, etc. • Instalación de medidas de protección/ bienestar del paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Colocación de tubo de Guedel. – Lateralización de la cabeza.
1.6.2.1.1	<p>Riesgo de alteración de la mucosa oral en relación con el abre bocas.</p> <p>La mucosa oral se mantendrá intacta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el abre bocas.
1.5.1.3.2	<p>Riesgo de respuesta ventilatoria disfuncional relacionada con el destete.</p> <p>– Detectar precozmente signos de alteraciones respiratorias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar: <ul style="list-style-type: none"> – Disminución de la saturación de oxígeno. – Ruido respiratorio anómalo. – Coloración de piel y mucosas. – Tiraje. • Comprobar el aspirador. • Preparar el tubo de Guedel. • Tener preparada una fuente de oxígeno. • Aspirar las secreciones • Colaborar en el destete.
1.2.1.1	<p>Riesgo de infección en relación con la manipulación de la vía periférica y el ambiente.</p> <p>– Mantener medidas de asepsia. El paciente no presentará infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación intravenosa. • Instalación de medidas de protección: <ul style="list-style-type: none"> – Asegurar las medidas de asepsia. – Lavado quirúrgico.

POSTQUIRÚRGICOS

Código	Problemas	Actividades
1.2.2.2	Riesgo de alteración de la termorregulación en relación con el proceso quirúrgico. – El paciente mantendrá una temperatura corporal adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de medidas de protección/ bienestar al enfermo: <ul style="list-style-type: none"> – Mantenimiento de la temperatura ambiente. – Colocación de mantas. • Regulación y control de la humedad ambiental.
9.1.1	Riesgo de dolor relacionado con la lesión tisular de la incisión. – Alivio y/o desaparición del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de signos y síntomas de dolor: <ul style="list-style-type: none"> – Taquicardia. – Hipertensión arterial. – Sudoración. – Inquietud. • Administración de medicación intravenosa hasta iniciar la tolerancia a una dieta oral. • Administración de medicación oral tras la tolerancia a una dieta oral. • Información, comunicación y apoyo al paciente.
6.1.1.1	Deterioro de la movilidad física relacionada con la anestesia y el nivel de conciencia. – El paciente deambulará por sí mismo en el momento del alta.	<ul style="list-style-type: none"> • Acostar con ayuda. • Deambulación del paciente con ayuda. • Acompañar al servicio.
1.6.1	Riesgo de lesión relacionada con el nivel de conciencia y movilidad. – Evitar que el paciente se lesione.	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de medidas de protección: colocar barandillas. • Deambulación del paciente con ayuda. • Acompañar al servicio.
1.6.1.4	Riesgo de aspiración relacionada con la sedación. – Detección precoz de signos de aspiración. El paciente mantendrá las vías respiratorias permeables.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobación del funcionamiento del equipo y/o dispositivos: caudalímetro, mascarillas, gafas nasales, sistema de aspiración, sondas de aspiración, etc. • Instalación de medidas de protección/ bienestar del paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Colocación de tubo de Guedel. – Lateralización de la cabeza.
6.5.1	Déficit de autocuidado: alimentación. – El paciente admitirá una dieta oral al alta.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de dietas adecuadas. • Alimentación e hidratación oral con ayuda parcial. • Alimentación e hidratación oral con ayuda total. • Alimentación e hidratación oral en paciente autónomo. • Mantener la vía venosa canalizada hasta su retirada.

6.5.1.1	Alteración en la deglución en relación con la lesión en la cavidad orofaríngea. – Tolerará la dieta oral.	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación analgésica intravenosa. • Medicación oral. • Higiene bucal.
2.1.1	Deterioro de la comunicación verbal en relación con el dolor. – Se comunicará con métodos alternativos a la comunicación oral.	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación y apoyo al niño. • Información y apoyo a la familia.
9.2.3	Riesgo de respuesta postraumática relacionada con el proceso quirúrgico. – El niño no se causará autoleiones.	<ul style="list-style-type: none"> • El niño estará siempre tutelado. • Colocar protección en las barandillas.
3.2.1.1.2	Riesgo de alteración de la vinculación padres-hijos en relación con la separación y el aislamiento. – El niño no se sentirá solo.	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación y apoyo al niño.
8.1.1.1	Déficit de conocimientos al alta para autocuidados en el domicilio. – El paciente y su familia comprenderán los cuidados que requiere durante su estancia en la planta y en el domicilio.	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria al enfermo y familia.

COMPLICACIONES

Código	Problemas	Actividades
	Hemorragia. – Detectar precozmente signos y síntomas de hemorragia.	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de signos y síntomas de hemorragia: <ul style="list-style-type: none"> – Emisión sanguinolenta abundante por la boca y/o la nariz. – Hipotensión arterial. – Taquicardia/bradicardia. – Sudoración. – Obnubilación. – Palidez. – Vómito (de sangre fresca o digerida). • Toma de frecuencia cardíaca. • Toma de tensión arterial. • Recogida de muestras de sangre. • Canalizar vía periférica.

1. Bakwin H. *The tonsil-adenoidectomy enigma*. J Pediatr 1958;52:339-61.
2. Petri S, Mattila, Olli Tahkokallio, Jussi Tarkkanen, Janne Pirkäniemi, Marjatta Karvonen, Jaakko Tuomilehto. *Causes of Tonsillar Disease and Frequency of Tonsillectomy Operations*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:37-44.
3. Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec. *Variations in rates of tonsillectomy, adenoidectomy and myringotomy in Quebec. Nonsystematic review*. Montreal: Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec (CETS), 1996:28. URL:http://www.aetmis.gouv.qc.ca/fr/publications/scientifiques/chirurgie_procedures/1996_01_res_fr.pdf
4. Rutkow Ira M. *Procesos de toma de decisiones quirúrgicas*. En Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1982;4:728-729.
5. I. Larizgoitia. *Amigdalectomía: evidencia científica, práctica clínica e incertidumbres*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio 1999 (BR99007). URL:<http://www.aatm.es/cas/informes/i.html>.
6. Paradise JL, Bluestone CHD, Bachman RZ, Colborn DK, Bernard BS, Taylor FH, Rogers KD, Schwarzbach RH, Stool SE, Friday GA, Smith IH, Saez CA. *Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials*. N Engl J Med 1984;310:674-83.
7. Burton MJ, Towler B, Glasziou P. *Tonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2, 2001. URL: <http://www.update-software.com/abstracts/ab001802.htm>.
8. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. *Policy Statement: Recommendations for the Prevention of Pneumococcal Infections, Including the Use of Pneumococcal Conjugate Vaccine (Prevnar), Pneumococcal Polysaccharide Vaccine, and Antibiotic Prophylaxis*. (RE9960). Pediatrics August 2000;106(2):362-366. URL: <http://www.aap.org/policy/re9960.html>.
9. Nira A Goldstein, J Christopher Post, Richard M Rosenfeld, Thomas F Campbell. *Impact of Tonsillectomy and Adenoidectomy on Child Behaviour* Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;126:494-498.
10. Sánchez S, Dueñas JM, López J, Shepherd M, Rando I, Miguélez J. *Análisis de la casuística (case mix) de la Sección de Otorrinolaringología de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria*. Cirugía Mayor Ambulatoria, 2001;6(1):21-34.

11. Tomás Barberán M, Bernal Sprekelsen M eds. *Tratado de Otorrinolaringología Pediátrica. Ponencia Oficial de la SEORL 2000*. Ed. Gráficas Alzamora, Girona, 2000.
12. Marshall T. *A review of tonsillectomy for recurrent throat infection*. British Journal of General Practice 1998;48:1331-1335.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. A national Clinical Guideline*. January 1999. SIGN Publication number 34. URL: <http://www.show.scot.nhs.uk/sign/pdf/sign34.pdf>.
14. Herzon FS. *Peritonsillar Abscess: Incidence, Current Management Practices, and a Proposal for Treatment Guidelines*. Harris P. Mosher Award Thesis. Laryngoscope 105 August 1995.
15. Scott P Stringer, Steven D Schaefer, Lanny G Close. *A Randomized Trial for Outpatient Management of Peritonsillar Abscess*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988;114:296-298.
16. Bluestone CD. *Controversies in tonsillectomy, adenoidectomy and myringotomy*. En: Bailey BJ, Pillsbury III HC, eds. *Head and Neck Surgery-Otolaryngology*. Ed. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1993:903-911.
17. Owen CM, Chalmers RJ, O'Sullivan T, Griffiths CE. *Antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis*. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD001976. URL: <http://www.update-software.com/abstracts/ab001976.htm>.
18. Tsubota H, Kataura A, Kukuminato Y, Hamamoto M, Ohguro S, Shido F, Takezawa H, Shintani T, Hirao M, Saitoh H. *Efficacy of tonsillectomy for improving skin lesions of Pustulosis Palmaris et Plantaris. Evaluation of 289 cases at the Department of Otolaryngology of Sapporo Medical University*. Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho 1994 Sep;97(9):1621-1630.
19. Kingman P Strohl, Susan Redline. *Recognition of Obstructive Sleep Apnea*. Am J Respir Crit Care Med 1996;154:279-289.
20. Ross SD, Allen IE, Harrison KJ, et al. *Systematic Review of the Literature Regarding the Diagnosis of Sleep Apnea*. Evidence Report/Technology Assessment No. 1. (Prepared by MetaWorks Inc. under Contract No. 290-97-0016) AHCPR Publication No. 99-E002. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research. February 1999. URL: <http://hstat2.nlm.nih.gov/download/524457165476.html>.
21. American Sleep Disorders Association. Diagnostic Classification Steering Committee. *The International Classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual*. Rochester, Minn., 1990.
22. McClay JE. *Adenoidectomy*. eMedicine Journal. October 18 2001;2:10. URL: <http://www.emedicine.com/ent/topic316.htm>.
23. Martín Muñoz P, Ruíz-Canela Cáceres J. *Manejo de la otitis media aguda en la infancia. Guía de práctica clínica basada en la evidencia*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), 2001. URL: http://www.csalud.junta-andalucia.es/orgdep/AETSA/otitis/otitis_GUIA.pdf.
24. Paradise JL, Bluestone CD, Colborn K, Bernard BS, Smith CG, Rockette HE, Kurs-Lasky MK. *Adenoidectomy and Adenotonsillectomy for Recurrent Acute Otitis Media. Parallel Randomized*

- Clinical Trials in Children Not Previously Treated With Tympanostomy Tubes*. JAMA 1999;282:945-953.
25. Paradise JL, Bluestone CD, Rogers KD, Taylor FH, Colborn K, Bachman RZ, Bernard BS, Schwarzbach RH. *Efficacy of Adenoidectomy for Recurrent Otitis Media in Children Previously Treated with Tympanostomy-Tube Placement. Results of Parallel Randomized and Nonrandomized Trials*. JAMA April 18, 1990;263(15):2066-2073.
 26. Stool SE, Berg AO, Berman S, Carney CJ, Cooley JR, Culpepper L, Eavey RD, Feagans LV, Finitzo T, Friedman E, et al. *Managing Otitis Media with Effusion in Young Children. Quick Reference Guide for Clinicians*. AHCPR Publication No. 94 0623. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. July 1994.
 27. The Otitis Media Guideline Panel. American Academy of Pediatrics. *Managing Otitis Media With Effusion in Young Children*. Pediatrics November 1994;5:766-773.
URL: <http://www.aap.org/policy/otitis.htm>.
 28. Peter C Coyte, Ruth Croxford, Warren Mclsaac, William Feldman, Jacob Friedberg. *The Role of Adjuvant Adenoidectomy and Tonsillectomy in the Outcome of the Insertion of Tympanostomy Tubes*. N Eng J Med April 19, 2001;344(16):1188-1195.
 29. Marcy M, Takata G, Shekelle P, et al. *Management of Acute Otitis Media*. Evidence Report/Technology Assessment No. 15 (Prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0001). AHRQ Publication No. 01-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2001.
<http://www.ahrq.gov/clinic/evrptfiles.htm#otitis>.
 30. Otitis Media Guideline Committee 1998. *Evidence Based Clinical Practice Guideline for medical management of otitis media in children 2 months to 6 years of age*. National Guideline Clearinghouse November 1999.
URL:http://www.guideline.gov/FRAMSETS/guideline_fs.asp?view=full_summary&guideline=1198&sSearch_string.
 31. Ministerio de Sanidad y Consumo. *CIE-9 MC (1999)*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
URL: http://www.msc.es/planificacion_sanitaria/estadisticas_sanitarias/estadisticas_sanitarias.htm#
 32. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Clinical Indicators: Tonsillectomy*.
URL: <http://www.entnet.org/indicators>.
 33. Moya M, Sacristán T, Blanco A, Cervera J, Gil Carcedo LM, González Hachero J, Suárez C, Suárez Cortina L. *Indicaciones de amigdalectomía y adenoidectomía en el niño y el adolescente*. An Esp Pediatr 1997;47:12-23.
 34. Randall DA, Parker G, Kennedy KS. *Indications for tonsillectomy and adenoidectomy*. Clin Biochem 1991;44(5):1639-1646.
 35. Expert Panel on Child Health. *Guidelines for Tonsillectomy and Adenoidectomy*. Canberra: Australian Government Publishing Services; National Health and Medical Research Council 1991. Report of the Health Care Committee.
 36. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Clinical Indicators: Adenoidectomy*.
URL: <http://www.entnet.org/indicators>.

- 37 Rivas Lacarte MP. *Amigdalectomía por cirugía mayor ambulatoria. Estudio prospectivo de 8 años: indicaciones y complicaciones. Comparación con el paciente ingresado.* Acta Otorrinolaring Esp 2000;51(3):221-227.
- 38 P Quesada, JL Quesada, M García, C Pollan, A Ispizua, A Gárate, M Martín, J Gavilán. *Número monográfico sobre Consentimiento Informado en ORL.* ORL-DIPS 2000;27(5):217-278.
- 39 Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Comisión para la elaboración de Consentimientos Informados en Otorrinolaringología. 2002.
- 40 Porrero Carro JL (ed.). *Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico.* Editado por SmithKline Beecham y Ediciones Doyma para la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria y la Asociación Española de Cirujanos. 1999.
41. Pestian JP, Derkay CS, Ritter C. *Outpatient tonsillectomy and adenoidectomy clinical pathways: an evaluative study.* American Journal of Otolaryngology 1998;19(1):45-49.
42. Carrasco Jiménez MS (ed.). *Anestesia para la cirugía ambulatoria.* Zeneca Farma editora. 1999.
43. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care. *Facilities and Equipment for the Care of Pediatric Patients in a Community Hospital.* (RE9747). Pediatrics June 1998;101(6):1089-1090. URL: <http://www.aap.org/policy/re9747.html>.
44. American Academy of Pediatrics, Section of Anesthesiology. *Guidelines for the Pediatric Perioperative Anesthesia Environment.* (RE9820). Pediatrics February 1999;103(2):512-515. URL: <http://www.aap.org/policy/re9820.html>.
45. American Academy of Pediatrics, Section of Anesthesiology. *Evaluation and Preparation of Pediatric Patients Undergoing Anesthesia.* (RE9633). Pediatrics September 1996;98(3):502-508. URL: <http://www.aap.org/policy/01566.html>.
46. Phillips S, Daborn AK, Hatch DJ. *Preoperative fasting for paediatric anaesthesia.* Br J Anaesth 1994;73:529-536.
47. Sánchez Gómez S, García Iriarte MT, Abrante Jiménez A, Delgado Moreno F, Cordero Lorenzo JM. *Técnica anestésica con mascarilla laríngea en intervenciones de adenoidectomía y/o amigdalectomía.* Acta Otorrinolaring Esp 1998;49(5):389-396.
48. James H Liu, Kristofer E Anderson, J Paul Willging, Charles M Myer, Sally R Shott, Glenn O Bratcher, Robin T Cotton. *Posttonsillectomy Hemorrhage. What Is It and What Should Be Recorded?.* Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:1271-1275.
49. Pinder D, Hilton M. *Dissection versus diathermy for tonsillectomy* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 4, 2001. URL: <http://www.update-software.com/abstracts/ab002211.htm>.
50. Leif Bäck, Markku Paloheimo, Jukka Ylikoski. *Traditional Tonsillectomy compared With Bipolar Radiofrequency Thermal Ablation Tonsillectomy in Adults.* Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:1106-1112.
51. Paul Stanislaw, Peter J Koltai, Paul J Feustel. *Comparison of Power-Assisted Adenoidectomy vs Adenoid Curette Adenoidectomy.* Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;126:845-849.

52. Mark J Courtney, Dilhan Cabraal. *Tramadol vs Diclofenac for Posttonsillectomy Analgesia*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:385-388.
53. Carla Giannoni, Sno White, F Kayse Enneking, Timothy Morey. *Ropivacaine With or Without Clonidine Improves Pediatric Tonsillectomy Pain*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:1265-1270.
54. Hollis LJ, Burton MJ, Millar JM. *Perioperative local anaesthesia for reducing pain following tonsillectomy*. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2, 2001.
URL: <http://www.update-software.com/abstracts/ab001874.htm>.
55. Desmond A Nunez, Janice Provan, Michel Crawford. *Postoperative Tonsillectomy Pain in Pediatric Patients. Electrocautery (Hot) vs Cold Dissection and Snare Tonsillectomy. A Randomized Trial*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126:837-841.
56. Ornella Clavisi. *Does antibiotic and or steroid therapy reduce pain and secondary haemorrhaging after tonsillectomy?*. Evidence Centre Report. Centre for Clinical Effectiveness. 12th July 2000.
URL: <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence/pdf/c/328.PDF>.
57. Grandis JR, Johnson JT, Vickers RM et al. *The efficacy of perioperative antibiotic therapy on recovery following tonsillectomy in adults: randomized double-blind placebo-controlled trial*. Otolaryngol Head Neck Surg 1992;106(2):137-142.
58. Goldman AC, Govindaraj S, Rosenfeld RM. *A meta-analysis of dexamethasone use with tonsillectomy*. Otolaryngol Head Neck Surg 2000 Dec;123(6):682-686.
59. Jacqueline E Jones, Abtin Tabae, Rober Glasgold, Matthew C Gomillion. *Efficacy of Gastric Aspiration in Reducing Posttonsillectomy Vomiting*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:980-984.
60. Aldrete JA, Kroulik D. *A postanesthetic recovery score*. Anesth Analg 1970;49:924-934.
61. Schreiner MS, Nicolson SC, Martin T, Whitney L. *Should children drink before discharge from day surgery?*. Anesthesiology 1992;76:528-533.
62. Chung F. *Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery*. Anesth Analg 1995;80:896-902.
63. Kristina W Rosbe, Dwight Jones, Scharunkh Jalisi, Mary Ann Bray. *Efficacy of Postoperative Follow-up Telephone Calls for Patients Who Underwent Adenotonsillectomy*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126:718-721.
64. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Características de los indicadores clínicos*. Control de Calidad Asistencial 1991;6(3):65-74.
65. Lorenzo Martínez S, Arcelay Salazar A, Bacigalupe Artacho M, Mira Solves J, Palacio Lapuente F, Ignacio García E, Vitaller Burillo J. *Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM*. Editado por MSD 2001.
66. Stewart MG, Friedman EM, Sulek M, de Jong A, Hulka GF, Bautista MH, Anderson SE. *Validation of an Outcomes Instrument for Tonsil and Adenoid Disease*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:29-35.

67. Rivas Lacarte MP. *Manual de estándares para la acreditación de cirugía mayor ambulatoria (1ª parte)*. Cirugía Mayor Ambulatoria, Septiembre 2001;6(3):125-153.
68. Rivas Lacarte MP. *Manual de estándares para la acreditación de CMA (2ª parte)*. Cirugía Mayor Ambulatoria, Diciembre 2001;6(4):201-222.