

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, metabolopatías, 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.