

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 recomendations 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 estato-ponderal. - 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 Afectaciones cardíacas de la fiebre reumática				
392				
393				
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 adenoidea). - 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 adenoidea vinculada a deformaciones maxilares y/o craneofaciales. - Hipertrofia adenoidea vinculada a ronquido y/o síndrome de apnea obstructiva durante el sueño. - Hipertrofia adenoidea 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 adenoidea)
				474.2	Vegetaciones adenoideas
				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	Hipersomnia 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 linfoide 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 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 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 incrementararlo.
- 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 linfóide 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 linfóide 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 intervenir 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. 	<p>– 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>
<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. 	<p>< 2%</p> <p>< 40%</p> <p>< 60%</p> <p>< 60%</p> <p>100%</p>
<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. 	<p>< 1% como complicaciones en cirugía ambulatoria.</p> <p>< 0.5% en hospitalización convencional.</p>
<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). 	<p>– No se producirá ninguna muerte que no pueda justificarse por causas clínicas.</p>
<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. 	<p>< 1%</p>

<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"> • N° de intervenciones con estancia preoperatoria $\times 100/N^{\circ}$ total de intervenciones. • Σ de estancias preoperatorias/N° 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/N° 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> <ul style="list-style-type: none"> – Alivio y/o desaparición de signos de ansiedad. 	<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> <ul style="list-style-type: none"> – Alivio y/o desaparición del temor. 	<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> <ul style="list-style-type: none"> – El paciente mantendrá un buen patrón respiratorio. Comprobación del funcionamiento del equipo y/o dispositivos: caudalímetro, mascarillas, gafas nasales, etc. 	<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> <ul style="list-style-type: none"> – Detección precoz de signos de aspiración. El paciente mantendrá las vías respiratorias permeables. 	<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 abrebocas.</p> <p>La mucosa oral se mantendrá intacta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el abrebocas.
1.5.1.3.2	<p>Riesgo de respuesta ventilatoria disfuncional relacionada con el destete.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Detectar precozmente signos de alteraciones respiratorias. 	<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> <ul style="list-style-type: none"> – Mantener medidas de asepsia. El paciente no presentará infección. 	<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.