

Consejería de Salud

# DISFONÍA

PROCESO  
ASISTENCIAL  
INTEGRADO





# PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

DISFONÍA



DISFONÍA: proceso asistencial integrado.  
--- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2002]  
130 p. ; 24 cm  
ISBN 84-8486-079-5  
1. Trastornos de la voz 2. Calidad de la  
atención de salud 3. Andalucía I. Andalucía.  
Consejería de Salud  
WV 500

**DISFONÍA**

**Edita:** Consejería de Salud

**Depósito Legal:** SE-4883-2002

**ISBN:** 84-8486-079-5

**Maquetación:** Artefacto

**Impresión:** Escandón Impresores

# 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 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**

José Mario Ceballo Pedraja (Coordinador); Agustina Cordero Fraile; Vicente L. González Andrés; Juan Miguel Jiménez Morales; Alberto Pareja Martínez; María José Serrano Serrano; Isabel Tirado Zamora; Antonio Zarallo Pérez.



# Índice

---

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>2. DEFINICIÓN GLOBAL</b> .....	<b>13</b>
<b>3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad .....	19
<b>4. COMPONENTES</b> .....	<b>27</b>
Descripción general .....	27
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	36
Atención Primaria .....	36
Atención Especializada .....	39
Cáncer de Cuerda Vocal .....	64
Circuito Preoperatorio .....	74
Competencias profesionales .....	80
Recursos. Características generales. Requisitos .....	92
Unidades de soporte .....	94
<b>5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA</b> .....	<b>97</b>
Arquitectura de procesos. Nivel 1 .....	98
Arquitectura de procesos. Nivel 2A. Atención en AP .....	99
Arquitectura de procesos. Nivel 2B. Atención en AE .....	100
Arquitectura de procesos. Nivel 3A. Atención en AP .....	101
Arquitectura de procesos. Nivel 3B. Atención en AE .....	102
Arquitectura de procesos. Nivel 3C. Disfonía filiada .....	103
Arquitectura de procesos. Nivel 3D. Disfonía no filiada .....	104
Arquitectura de procesos. Nivel 3E. 2ª consulta ORL .....	105
Arquitectura de procesos. Nivel 3F. Cirugía y Logopedia .....	106
Arquitectura de procesos. Nivel 3G. Cáncer de cuerda vocal .....	107
Arquitectura de procesos. Circuito preoperatorio .....	110
<b>6. INDICADORES</b> .....	<b>111</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1: Clasificación del cáncer de glotis .....	113
Anexo 2: Medidas generales de higiene vocal .....	115
Anexo 3: Recomendaciones del equipo de trabajo para la correcta implantación del Proceso Disfonía .....	117
<b>Bibliografía</b> .....	<b>119</b>



# 1 INTRODUCCIÓN

Una de las líneas estratégicas establecidas dentro del Plan de Calidad y Eficiencia, impulsado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, es la implantación de la Gestión por Procesos Asistenciales entre los cuales se encuentra el Proceso Disfonía, que es el que aquí nos ocupa.

Los objetivos que el Sistema Sanitario Público de Andalucía se propone al abordar integralmente los procesos asistenciales son los siguientes:

- Garantizar la continuidad de la asistencia.
- Adaptar la estructura funcional de los servicios a las necesidades y demandas de los ciudadanos.
- Vincular el esfuerzo profesional al objetivo final, compartiendo riesgos y resultados.
- Ubicar el recurso en el lugar idóneo.

La metodología de gestión por procesos propicia un importante incremento de la eficiencia de los mismos, optimizando la coordinación entre servicios y unidades, implicando a los profesionales en la consecución de los objetivos, eliminando demoras, duplicidades, gastos innecesarios, y propiciando la visión integral del paciente, lo que supone un aumento de su satisfacción.

Somos conscientes de la dificultad que entraña la implantación de los procesos asistenciales en general, y del nuestro en particular, aunque estamos convencidos de la

necesidad y conveniencia de realizar un esfuerzo para ponerlos en práctica, con el fin de lograr:

- Racionalizar la asistencia que se presta dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía al paciente que presenta el sintoma disfonía.
- Organizar la atención sanitaria que se presta al paciente con disfonía dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, estableciendo características de calidad en lo que se refiere a derivaciones, tiempos de espera y tratamientos, garantizando la continuidad asistencial del proceso entre los distintos niveles del Sistema.

Dentro del Proceso Disfonía queremos hacer especial mención al cáncer de glotis por la importancia que creemos que adquiere su diagnóstico precoz para el pronóstico y las posibilidades terapéuticas funcionales. Todo ello en consonancia con las directrices establecidas en el Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006, elaborado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Asimismo, es destacable y llama la atención el aumento de la prevalencia de los trastornos disfónicos en la población, tanto orgánicos como funcionales, especialmente entre algunos colectivos. Cabe reseñar también que existe heterogeneidad en las decisiones terapéuticas respecto a la disfonía, lo que puede provocar confusión y/o falsas expectativas en los pacientes.

Al detectarse una mayor concienciación entre los ciudadanos hacia el problema de la disfonía, se torna más evidente la falta de recursos del SSPA, fundamentalmente en lo que respecta a Laboratorios de Voz y a profesionales de Logopedia.

A la hora de revisar la bibliografía existente sobre el tema, nos hemos encontrado con cierta dificultad, debida a la falta de guías de práctica clínica (GPC) y al escaso nivel de evidencia disponible. Por ello, en la mayoría de las ocasiones, hemos tenido que utilizar criterios procedentes de consensos de expertos.

Es nuestro deseo que los esfuerzos individuales realizados hasta ahora por los profesionales se coordinen y resulten más eficientes con el fin de conseguir una mayor calidad en nuestra actividad clínica diaria.

# 2

## DEFINICIÓN GLOBAL

**Designación del proceso:** Proceso de atención al paciente que consulta en cualquier nivel asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía por presentar, o habersele detectado, un trastorno cualitativo de la voz.

**Definición funcional:** Proceso de asistencia a pacientes afectados de trastornos cualitativos de la voz a los que, en cualquier nivel asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se les realiza una valoración, diagnóstico y tratamiento adecuado, garantizándose una adecuada coordinación y derivación entre los diferentes niveles asistenciales.

**Límite de entrada:** (1) Paciente con manifestación clínica de disfonía que, siendo atendido en cualquier nivel asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se le resuelve el problema mediante un tratamiento médico. O bien, paciente que es remitido a AE, si cumple los siguientes criterios: (2) Disfonía de 15 días de evolución que no ha cedido con el tratamiento médico, o de menor duración acompañada de adenopatías cervicales sospechosas y/o Rx. de tórax patológica, o bien presenta un número elevado de episodios repetidos. (3) Paciente intervenido de cirugía cérvico-torácica que presenta una disfonía de 15 días de evolución. (4) Paciente que, tras haber sido sometido a intubación prolongada y/o traumática por cualquier patología, presenta disfonía.

**Límite final:** (1) Paciente al que, tras finalizar el tratamiento médico o sin necesidad de él, le desaparece la disfonía, y es dado de alta médica. (2) Paciente al que, tras el tratamiento quirúrgico, se le resuelve la causa etiológica que le provoca la disfonía y es dado de alta. (3) Paciente que necesita rehabilitación vocal y, tras recibirla, es dado de alta. (4) Paciente con disfonías irreversibles a pesar del tratamiento y que es dado de alta (parálisis laringeas, yatrógenas, enfermedades neurológicas, ancianos con presbilaringe).

**Límites marginales:** (1) Enfermedades neurológicas centrales que cursan con trastornos de la voz (Parkinson, miastenia *gravis*, coreas, temblores, secundarias a parálisis cerebrales, trastornos cerebelosos), diagnosticadas por el Neurólogo. (2) Disfonías pediátricas. (3) Pacientes que, cumpliendo los criterios de disfonía, presentan un proceso clínico concomitante, cuya entrada en el proceso no le aporta ningún beneficio (pacientes con patología terminal subsidiarios de tratamiento paliativo).

**Observaciones:**

- Para su mejor comprensión, el circuito preoperatorio se ha aglutinado en un apartado específico, aunque en la práctica se desarrolla a lo largo de los componentes del Proceso.
- El cáncer de cuerda vocal, debido a su complejidad, se ha considerado un componente específico dentro del proceso.

# 3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

## Destinatarios y expectativas

### PACIENTE

#### Asistencia

- Que se asegure la equidad a todos los usuarios para recibir el tratamiento más adecuado por parte del SSPA.
- Recibir una asistencia rápida: demora “cero” en Atención Primaria (AP) y máxima de dos semanas en Atención Especializada (AE).
- Que pueda conectar fácilmente y sin demora con el Sistema Sanitario.
- Que los trámites administrativos y las tareas burocráticas no retrasen la atención.
- Que no me hagan esperar innecesariamente antes de atenderme.
- Que no me repitan pruebas innecesariamente.
- Que no me confundan dándome recomendaciones diferentes.
- Que haya un estándar de calidad de atención al paciente y no se actúe improvisadamente (adherencia a guías de práctica clínica y planes de cuidados de Enfermería).

- Que el centro sanitario que me atiende disponga de la tecnología necesaria para resolver mi problema de la forma más adecuada.
- Que el centro y el equipo que me atiende tengan unos resultados contrastados en cuanto a complicaciones, mortalidad y tasa de reintervenciones.
- En caso de ingreso hospitalario, que el alta no se demore más de lo debido, así como que no se me dé el alta antes de estar recuperado, teniendo que reingresar después por el mismo motivo.
- Que una vez que sea dado de alta, tenga un fácil acceso al centro en caso de surgirme algún problema.
- Que el SSPA asuma la rehabilitación vocal de los pacientes con disfonía.

### **Trato e información**

- Que se respete mi intimidad.
- Confidencialidad.
- Trato respetuoso y personalizado.
- Adecuada identificación del personal sanitario.
- Siempre que sea posible, tener asignado, durante mi hospitalización, sólo un Facultativo al que poder dirigirme y consultarle todas mis dudas.
- Que me tengan informado de los resultados de todas las pruebas y tratamientos que me prescriban.
- Que me informen acerca de si podré recuperar mi voz normal, en cuánto tiempo, y si podré volver a realizar correctamente mi trabajo.
- En caso de necesitar una cánula de traqueotomía, que me informen adecuadamente de los posibles riesgos o complicaciones así como de su mantenimiento y limpieza.
- Permisividad en el acompañamiento.

### **Instalaciones / Hostelería / Comodidad**

- Que exista un entorno adecuado en las instalaciones sanitarias: limpieza de las salas de espera, asientos suficientes, cómodos y en buen estado, limpieza en los servicios, tranquilidad y silencio, vigilancia, respeto a la prohibición de fumar en establecimientos sanitarios.
- Que se garantice el buen estado de las instalaciones y del material con que se me asiste.
- Accesibilidad adecuada mediante la inexistencia de barreras arquitectónicas con buenas y frecuentes comunicaciones con los centros sanitarios.
- Que se pueda disponer de cama cuanto antes en la hospitalización y, a ser posible, de una habitación individual o compartida con otro paciente en situación aceptable o similar.

- Que se asegure la calidad de las comidas y que se controle la ingesta de las mismas.
- Que exista un servicio de lencería adecuado, con cambios frecuentes de sábanas y toallas.

## FAMILIARES

- Que me traten con respeto y amabilidad.
- Que me permitan aportar la información que considere importante.
- Que me informen de lo que tiene mi familiar, de una manera clara, suficiente y comprensible, así como de la gravedad, la evolución y las pruebas que se le deben realizar.
- Que me informen en un entorno adecuado, a ser posible en un despacho donde se respete la confidencialidad.
- Que pueda acompañar al paciente el mayor tiempo posible y en un entorno cómodo y confortable.
- Información y educación sobre el uso y mantenimiento de las cánulas de traqueotomía.
- Apoyo institucional a las asociaciones de pacientes y familiares (laringectomizados).

## FACULTATIVOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

### Médico de Familia

- Recibir informes completos por parte de AE, en los que se defina explícitamente el diagnóstico, el resultado de las exploraciones complementarias y el tratamiento recibido por el paciente, así como el tratamiento que debe seguir para que exista una continuidad en el proceso asistencial.
- No demora en las citas con AE.
- Que se asegure la continuidad asistencial interniveles, evitando duplicidades innecesarias y dejando claramente programadas las revisiones que precise el paciente.
- Que se deje claramente definido si el paciente va a ser seguido en el futuro en AP, o si precisa ser asistido nuevamente por AE.
- Coparticipación en la racionalización del uso de recetas y medicamentos.
- Corresponsabilidad AP-AE en la toma de decisiones en cuanto al alta laboral del paciente.

### Otorrinolaringólogo (ORL):

- Recibir a los pacientes con indicación clara de su sintomatología y la duración de los síntomas.

- Que las interconsultas sean contestadas con rapidez y a través de un informe completo.
- Priorización de las consultas de apoyo al diagnóstico y tratamiento según la gravedad del proceso.
- Priorización de la consulta de AE según la sospecha diagnóstica.
- Poseer los instrumentos adecuados para establecer un diagnóstico correcto.
- Unificación de los criterios terapéuticos según el diagnóstico entre todos los profesionales.
- Poseer apoyo logopédico, formando un equipo con ORL, para realizar un tratamiento completo de los problemas de disfonía.

### **Especialistas que sirven de apoyo al diagnóstico y tratamiento: Radiólogos, Anatomopatólogos, Analistas clínicos, Oncólogos, Anestesiólogos, Intensivistas.**

- Peticiones realizadas de forma clara y pertinente, con letra legible y con abreviaturas universales.
- Selección y utilización racional de las pruebas diagnósticas para mejorar la calidad y racionalizar los costes.

### **Logopeda**

- Trabajar en equipo con el ORL.
- Recibir a los pacientes con exploración laríngea y auditiva previa realizada por el ORL.
- Poseer una adecuada y suficiente dotación instrumental para el correcto tratamiento.
- Dotación suficiente de profesionales cualificados y creación de Unidades de Logopedia en los centros de especialidades y en los hospitales.
- Reconocimiento por parte de la Administración de la cualificación profesional (Diplomatura en Logopedia).
- Trabajar en equipo con el Psicólogo.
- Unificación de los criterios entre el ORL y el Logopeda a la hora de abordar el manejo terapéutico de la disfonía.

### **Enfermería**

- Fácil acceso al Facultativo ante dudas en la asistencia y los cuidados.
- Pauta clara que permita, sin generar dudas, el conocimiento del tratamiento y los cuidados prescritos.

- Información adecuada sobre el proceso con el fin de elaborar planes de cuidados estandarizados propios de Enfermería.
- Reuniones interniveles Enfermería-Médicos para actualizar conocimientos y usar una única directriz a la hora de informar al usuario.

### Unidad de Atención al Usuario (UAU)

- Existencia de un documento de derivación que recoja y se ajuste a las necesidades de la gestión por procesos.
- Cumplimentación clara y legible del documento de derivación.
- Coordinación entre las UAUs de AP y AE.



## Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESO A LA ASISTENCIA**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Coordinación asistencial entre AP-AE, aplicando la libre elección de Especialista por parte del usuario.
- Asistencia preferente en consulta de AE, según la sospecha diagnóstica.
- Asegurar la equidad en la atención, tanto en AP como en AE, evitando que se produzcan retrasos en la asistencia.
- Asignación de un único Facultativo durante todo el proceso, asegurando la libre elección del mismo.
- Disminución de las listas de espera en AP.
- Reducción de las listas de espera en la consulta de AE hasta llegar a un máximo de 15 días a partir de que se cursa la petición desde AP.

- Proveer a los centros sanitarios de salas de espera confortables, limpias, amplias y tranquilas.
- Existencia en los centros hospitalarios de un servicio de lencería adecuado.
- Exhaustiva señalización de los centros sanitarios, con un punto de información al usuario bien visible (imprescindible).
- Eliminación de las barreras arquitectónicas en el acceso a los centros sanitarios.
- Identificación homologada de los profesionales.
- Coordinación de los criterios de derivación a AE de forma racional.
- Fomentar la puesta en práctica de programas de educación de la salud vocal tanto en AP como en AE.
- Coordinación entre la Consejería de Salud y la de Educación para la puesta en práctica de programas de salud vocal en los centros escolares para alumnos y docentes.
- Educación sanitaria audiovisual en las salas de espera de los centros sanitarios.

## FLUJOS DE SALIDA: ATENCIÓN SANITARIA

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Tiempo suficiente de consulta con cada paciente con el fin de realizar un diagnóstico correcto.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica mediante el uso de protocolos y guías de práctica clínica, fomentando la colaboración activa de los profesionales en la gestión por procesos.
- Tratar de disminuir al mínimo el número de consultas, unificando los actos médicos necesarios para llegar a un diagnóstico.
- Realización de las exploraciones con anestesia-analgésia.
- Participación del paciente en la decisión clínico-terapéutica tras recibir una información adecuada e individualizada.

- Recibir información escrita de las exploraciones diagnósticas, los posibles tratamientos, así como de las medidas higiénicas, hábitos tabáquicos y uso de la voz.
- Que las exploraciones previamente realizadas al paciente estén disponibles, para evitar tener que duplicarlas innecesariamente.
- Recetado del primer tratamiento por parte de AE.
- Asegurar en todo momento la confidencialidad de los datos clínicos.
- Emisión de informes con los datos suficientes para permitir el seguimiento del proceso por parte de otros profesionales.

## DESTINATARIO: FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES

### FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información médica sobre todo el proceso desde la consulta inicial hasta la resolución final del mismo, de forma personalizada, incluyendo: etiología, pronóstico y estadio evolutivo.
- La información se proporcionará de forma adecuada: de forma inteligible para paciente y familia, con trato amable y correcto, y en un entorno apropiado, evitando dar la información en pasillos o en lugares inadecuados.
- Conocimiento de "quién es el Médico responsable del proceso", el cual deberá estar siempre identificado.
- Entrega de un informe médico de asistencia y/o alta, incluyendo la fecha y el lugar de cualquier citación posterior.
- Se proporcionará una guía de educación de la voz, orientada a evitar los hábitos no saludables para la voz, así como los factores de riesgo.
- Información a la familia sobre los cuidados higiénicos que han de recibir los pacientes portadores de cánula de traqueotomía y/o laringectomía, a ser posible con normas impresas.

## FLUJOS DE SALIDA: APOYO PSICOLÓGICO Y PERSONAL

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trato humano y personal, por su nombre.
- Apoyo psicológico en los casos que lo requieran debido al trauma ocasionado por algunos tratamientos quirúrgicos que conllevan la pérdida de la voz.
- Proporcionar información complementaria sobre las posibles soluciones a las evoluciones del proceso que más preocupen al paciente o a la familia.

## DESTINATARIO: FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (MÉDICO DE FAMILIA)

## FLUJOS DE SALIDA: ACTIVIDAD GESTORA Y ASISTENCIAL

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Ausencia de demora en la asistencia en AP.
- Cumplimiento de los criterios de derivación, evitando derivaciones innecesarias así como retrasos en las necesarias.
- Prescripción de tratamientos adecuados según la patología subyacente, evitando los tratamientos de escasa o nula utilidad.
- Derivación con sospecha diagnóstica, así como con los resultados de las exploraciones y pruebas realizadas.
- Información comprensible al paciente y a familiares sobre su problema de salud y sobre las posibles soluciones y actuaciones, comprobando que asimilan la información.
- Información comprensible al paciente y a los familiares sobre el motivo de la derivación y la expectativa sobre ella.
- Aplicación de educación para la salud, así como de las recomendaciones preventivas de su proceso.
- Coparticipación en el seguimiento del proceso, aun cuando éste sea prioritariamente seguido desde AE.

- Comentar personalmente con el profesional de AE las posibles dudas en cuanto al paciente, evitando utilizar al mismo como intermediario, por lo que tanto el profesional de AP como de AE deben estar correctamente identificados.
- Captación activa de casos en aquellos pacientes con conductas de riesgo: fumadores, bebedores...

## DESTINATARIO: FACULTATIVOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA OTORRINOLARINGÓLOGO (ORL)

### FLUJOS DE SALIDA: ACTIVIDAD GESTORA Y ASISTENCIAL

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Racionalizar las peticiones de consulta y las derivaciones.
- Coordinación con los distintos niveles asistenciales.
- Incrementar la calidad asistencial, disminuyendo la variabilidad clínica mediante la implicación de todos los profesionales en la gestión por procesos.
- Unificación de criterios terapéuticos por los profesionales con el fin de disminuir la variabilidad clínica.
- No modificar los tratamientos correctamente indicados por otros de similar utilidad.
- Realización coordinada de pruebas diagnósticas.
- Poseer la dotación instrumental adecuada y necesaria para un correcto diagnóstico y tratamiento.
- Tiempo adecuado (mínimo 30´) para dedicar a los pacientes en la primera consulta con el fin de llegar a un diagnóstico correcto.
- Facilitar al paciente las primeras recetas, evitando así tener que desplazarse a AP.
- Proporcionar la información adecuada a los pacientes sobre su proceso y sobre el tratamiento, principalmente el quirúrgico.
- Enviar informe escrito al Médico de Familia con el diagnóstico y la propuesta de tratamiento, donde se identifique de manera legible al Facultativo responsable.

## DESTINATARIO: OTROS FACULTATIVOS DE AE

### FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- No demorar el resultado de las peticiones que se le solicitan.
- Emisión de los informes con los datos suficientes y con la calidad aceptable para el seguimiento del proceso.
- Aportar la información suficiente sobre el estado general del paciente, con el fin de ayudar en la toma de decisiones terapéuticas.

## DESTINATARIO: LOGOPEDA

### FLUJOS DE SALIDA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trabajar coordinadamente con el ORL y con el Psicólogo.
- Trabajar en un ambiente espacioso y con una acústica adecuada.
- Poseer la dotación material adecuada y suficiente.

## DESTINATARIO: ENFERMERÍA

### FLUJOS DE SALIDA: GESTIÓN E INFORMACIÓN

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Aumentar la calidad asistencial, trabajando según planes de cuidados estandarizados.
- Emisión de informes de Enfermería con los datos suficientes para permitir el seguimiento del proceso por parte de otros profesionales.
- Asegurar la coordinación interniveles.

DESTINATARIO: **UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO (UAUs)**

FLUJOS DE SALIDA: **GESTIÓN E INFORMACIÓN**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Peticiones legibles y bien identificadas.
- Información suficiente para identificar el proceso y los criterios de prioridad.
- Coordinación entre las UAUs de AP y AE.



procesos  
asistenciales

# 4 COMPONENTES

## Descripción general

### Atención Primaria

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	1°
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Protocolos CS

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA 1ª CONSULTA DE AP</b>
------------	--

<b>QUIÉN</b>	Médico de Familia
<b>CUÁNDO</b>	2º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA RADIOLOGÍA GESTIÓN DE CITA PARA 2ª CONSULTA MÉDICO DE FAMILIA</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AP
<b>CUÁNDO</b>	3º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Protocolos CS

<b>QUÉ</b>	<b>REALIZACIÓN Rx. DE TÓRAX</b>
------------	---------------------------------

<b>QUIÉN</b>	Servicio de Radiodiagnóstico
<b>CUÁNDO</b>	4º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud o de Especialidades
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MEDICA EN 2ª CONSULTA DE AP: - RADIOLÓGICA - DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO</b>
------------	--

<b>QUIÉN</b>	Médico de Familia
<b>CUÁNDO</b>	5º
<b>DÓNDE</b>	Centro de Salud
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA EL ESPECIALISTA
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	6º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Protocolos CS

## Atención Especializada

QUÉ	VALORACIÓN POR EL ORL: 1ª CONSULTA: - INSTAURAR TRATAMIENTO MÉDICO - PETICIÓN DE UNA TC - PETICIÓN DE UN ESTUDIO DE VOZ - INDICACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	7º
DÓNDE	Hospital de referencia o Centro de Especialidades
CÓMO	Guía clínica

QUÉ	VALORACIÓN POR EL ORL: 1ª CONSULTA: CÁNCER DE CUERDA VOCAL
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	7º
DÓNDE	Hospital de referencia o Centro de Especialidades
CÓMO	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:</b> - RADIOLÓGICAS: TC - LABORATORIO DE VOZ <b>GESTIÓN DE CITA PARA 2ª CONSULTA DE ORL</b> <b>GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AE
<b>CUÁNDO</b>	8º
<b>DÓNDE</b>	Hospital o Centro de Especialidades
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE ESTUDIO PREANESTÉSICO</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Unidad de Gestión Sanitaria
<b>CUÁNDO</b>	8º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>REALIZACIÓN, SI PROCEDE, DE UNA TC DE LARINGE-CUELLO Y/O TÓRAX-MEDIASTINO</b>
------------	--

<b>QUIÉN</b>	Servicio de Radiodiagnóstico
<b>CUÁNDO</b>	9º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO-ANÁLISIS DE LA VOZ</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	9º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

QUÉ	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
QUIÉN	ORL
CUÁNDO	9º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía clínica

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA 2ª CONSULTA DE ORL POSTCIRUGÍA
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AE
CUÁNDO	10º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	VALORACIÓN POR ORL: 2ª CONSULTA:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VALORACIÓN RADIOLÓGICA</li> <li>- VALORACIÓN POR LABORATORIO DE LA VOZ</li> <li>- VALORACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO INSTAURADO</li> <li>- REVISIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LOS PACIENTES QUE NO HAN REALIZADO TRATAMIENTO LOGOPÉDICO</li> <li>- INDICACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</li> <li>- INDICACIÓN DE TRATAMIENTO LOGOPÉDICO</li> <li>- DERIVACIÓN A OTROS MÉDICOS DE AE NO ORL Y A MÉDICO DE FAMILIA</li> </ul>

QUIÉN	ORL
CUÁNDO	11º
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA CONSULTA DE LOGOPEDIA GESTIÓN DE CITA PARA CONSULTA DE MÉDICO DE FAMILIA GESTIÓN DE CITA PARA CONSULTA DE AE NO ORL</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AE
<b>CUÁNDO</b>	12º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE ESTUDIO PREANESTÉSICO</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Unidad de Gestión Sanitaria
<b>CUÁNDO</b>	12º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>TRATAMIENTO REHABILITADOR LOGOPÉDICO</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Logopeda
<b>CUÁNDO</b>	13º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>INGRESO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>
------------	--

<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	14º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA 3ª CONSULTA DE ORL GESTIÓN DE CITA PARA LABORATORIO DE LA VOZ</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AE
<b>CUÁNDO</b>	15º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA EN LA 3ª CONSULTA ORL: INDICACIÓN, SI PROCEDE, DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	16º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE ESTUDIO PREANESTÉSICO</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	Unidad de Gestión Sanitaria
<b>CUÁNDO</b>	17º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>INGRESO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES QUE HAN REALIZADO TRATAMIENTO LOGOPÉDICO</b>
------------	---

<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	18º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA 4ª CONSULTA DE ORL</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AE
<b>CUÁNDO</b>	19º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA: 4ª CONSULTA ORL: - REVISIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>
<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	20º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA CONSULTA DE LOGOPEDIA</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AE
<b>CUÁNDO</b>	21º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>TRATAMIENTO REHABILITADOR LOGOPÉDICO</b>
<b>QUIÉN</b>	Consulta de Logopedia
<b>CUÁNDO</b>	13º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica

<b>QUÉ</b>	<b>GESTIÓN DE CITA PARA 5ª CONSULTA DE ORL</b>
<b>QUIÉN</b>	Unidad de Atención al Usuario de AE
<b>CUÁNDO</b>	23º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Protocolos establecidos

<b>QUÉ</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA PARA 5ª CONSULTA DE ORL: - REVISIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>
<b>QUIÉN</b>	ORL
<b>CUÁNDO</b>	24º
<b>DÓNDE</b>	Hospital
<b>CÓMO</b>	Guía clínica



## Profesionales. Actividades. Características de calidad



### Atención Primaria

UAU de AP	
Actividades	Características de calidad
<b>1.</b> Gestionar cita para Médico de Familia	<p>1.1. Unidad de atención al usuario accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ubicada y señalizada para su pronta localización en los centros de salud.</li><li>• Con posibilidad de acceder a ella por teléfono, con un número fácil de recordar, y existencia de varias líneas que disminuyan el tiempo de espera.</li></ul> <p>1.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>1.3. Registro de datos sin errores administrativos.</p> <p>1.4. Buena gestión de los plazos de las citas, cumpliendo los criterios de demora "cero".</p>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<b>2.</b> Valoración médica: 1ª consulta	<p>2.1. Realización de historia clínica completa, incluyendo en todos los casos:</p> <p>a) Anamnesis dirigida (1), en la que se valore:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Edad y consumo de tabaco (2).</li><li>- Antecedentes profesionales y uso de la voz (3,4).</li><li>- Uso de corticoides inhalados (5,6).</li><li>- Síntomas pulmonares acompañantes.</li></ul> <p>b) Exploración clínica (7):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Faringoscopia.</li><li>- Palpación de cuello.</li><li>- Auscultación pulmonar.</li></ul> <p>c) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En los pacientes fumadores y mayores de 50 años, tras la valoración clínica y ante la sospecha de afectación del nervio recurrente, petición de</li></ul>

Rx. de tórax, haciendo constar la misma en el formato de petición, así como el grado de premura que tiene la realización de la prueba.

2.2. Instaurar tratamiento:

- a) En los casos de disfonía por un proceso inflamatorio agudo de las vías aerodigestivas superiores (VADS), reposo vocal no superior a una semana e hidratación (5).
- b) En los casos en que se sospeche una lesión fonatoria aguda, reposo vocal no superior a una semana.
- c) Proporcionar, en todos los casos, consejos o pautas impresas sobre higiene vocal (Anexo 2).

2.3. Ante disfonías con una duración superior a los 15 días, o bien de menor duración pero que presenten una adenopatía cervical sospechosa, o Rx. de tórax patológica, disfonías recidivantes, o ante pacientes mayores de 50 años con disfonía y antecedentes de abuso en el consumo de tabaco, se procederá a la derivación a AE (8).

En el caso de sospecha diagnóstica de patología tumoral laringea, debe hacerse constar en el formato de derivación el grado de premura que requiere la asistencia por AE.

En el formato de derivación debe quedar siempre bien legible las exploraciones realizadas y los tratamientos instaurados, así como la identificación del Médico solicitante.

UAU de AP	
Actividades	Características de calidad
<p><b>3.</b> Gestión de: Cita de Rx 2ª consulta de AP.</p>	<p>3.1. La cita para la realización de la Rx. de tórax no debe demorarse más de una semana.</p> <p>3.2. La cita para la 2ª consulta de AP no debe programarse antes del tiempo estimado en que debe recibirse la Rx. de tórax.</p>

## Servicio de Radiodiagnóstico

Actividades	Características de calidad
4. Realización de radiografía de tórax	4.1. Realización en un tiempo no superior a una semana desde la petición por AP. 4.2. Entregar la Rx. al paciente con un informe radiológico para poder ser vista en la 2ª consulta de AP.

## Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
5. Valoración médica en la 2ª consulta	5.1. Valoración del estudio radiológico en una semana. 5.2. Valoración del tratamiento instaurado en la 1ª consulta en 15 días. Si se ha producido la resolución de la disfonía, el paciente será dado de alta y saldrá del proceso. 5.3. Derivación del paciente a AE: a) ORL en caso de persistir la disfonía más de 15 días. b) Neumología en caso de Rx. de tórax patológica. 5.4. En el formato de derivación deben quedar siempre bien legibles las exploraciones realizadas y los tratamientos instaurados, así como la identificación del Médico solicitante. 5.5. En caso de sospecha de patología tumoral laringea, debe hacerse constar en el formato de derivación el grado de premura que tiene la asistencia por AE (8).

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>6.</b> Gestión de cita para 1ª consulta de AE: ORL Neumología</p>	<p>6.1. UAU accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buena coordinación entre las UAUs de AP y AE.</li> <li>- Ubicada y señalizada adecuadamente para su pronta localización.</li> <li>- Posibilidad de cita telefónica con varias líneas para evitar esperas innecesarias.</li> <li>- Posibilidad de acceso a través de Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta, y obtener la información necesaria para poder elegir con criterio.</li> </ul> <p>6.2. Registro completo e informatizado de los datos de filiación sin errores administrativos.</p> <p>6.3. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>6.4. Buena gestión de los plazos de cita, evitando demoras innecesarias, con citas adecuadas a la situación del paciente, y atención preferencial a los pacientes con riesgo neoplásico (mayores de 50 años, con disfonía de más de 15 días de duración y hábito tabáquico). No aplazar la cita más de 15 días en ningún caso.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>7.</b> Valoración por ORL: 1ª consulta</p>	<p>7.1. El ORL recibirá al paciente procedente bien de AP o bien de otros especialistas, mediante la petición de interconsulta.</p> <p>En primer lugar, realizará una historia clínica (1), completa y registrada, que incluirá los siguientes apartados:</p> <p>a) Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesión relacionada con el uso de la voz (3-4).</li> <li>• Alergias respiratorias (9).</li> <li>• Sobreesfuerzo y abuso vocal (10-11).</li> <li>• Uso de medicamentos (5,6).</li> <li>• Trastornos digestivos (12,13).</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p><b>7.</b> Valoración por ORL: 1ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores psicológicos: depresión, estrés (14).</li> <li>b) Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, drogas (2,11,15).</li> <li>c) Antecedentes personales y familiares oncológicos.</li> <li>d) Antecedentes quirúrgicos cérvico-torácicos.</li> <li>e) Antecedentes sobre traumatismos cervicales externos.</li> <li>f) Antecedentes sobre traumatismos laringeos yatrogenos: intubaciones y/o fonocirugía</li> <li>g) Exploración sistemática ORL (7,16), que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otoscopia, rinoscopia, faringoscopia.</li> <li>• Laringoscopia indirecta con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espejillo de García.</li> <li>- Nasofibrolaringoscopio (17), con anestesia tópica nasal y, en su caso, faríngea, que evite el dolor y las náuseas al paciente. En aquellos pacientes que lo permitan, se realizará una toma de biopsia de las lesiones de aspecto neoplásico que encontremos administrando anestesia local.</li> </ul> </li> <li>• Palpación de cuello.</li> <li>• Audiometría ante la sospecha de disfonías funcionales.</li> </ul> </li> </ul> <p>En la historia clínica se dejará constancia de un resumen del informe que remite el Médico de Familia, haciendo hincapié en los estudios realizados y en las respuestas a los tratamientos recibidos por el paciente.</p> <p>7.2. Si, tras la realización de la historia clínica y la exploración, se llega a un diagnóstico en la 1ª consulta, se puede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Instaurar un tratamiento conservador con reposo vocal, junto con un tratamiento médico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En los hematomas y las hemorragias de la cuerda vocal, secundarios a sobreesfuerzo vocal, suele producirse la resolución en un plazo no superior a seis semanas, debiéndose evitar los factores predisponentes (abuso de la voz, uso de salicilatos, hipertensión arterial, trastornos de la coagulación), indicando reposo vocal y vigilando su evolución (18,19).</li> </ul> </li> </ol>

Actividades	Características de calidad
<p><b>7.</b> Valoración por ORL: 1ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En las disfonías secundarias al uso de fármacos como son los corticoides inhalados (20-24), u otros medicamentos (5), recomendaremos la suspensión de dicho tratamiento siempre que sea posible, y observaremos la evolución.</li> <li>• En los granulomas de contacto se prescribirá reposo vocal y tratamiento antirreflujo, por lo que debe ser remitido a AP para la instauración del mismo. Igualmente, se indicará un tratamiento rehabilitador vocal debiendo antes de acometerse el mismo realizar un estudio de la voz (25-29).</li> <li>• En los granulomas post-intubación se prescribirá reposo vocal junto con un tratamiento médico con antibióticos y antiinflamatorios (7,30).</li> <li>• En los granulomas secundarios a fonocirugía, se instaurará un tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios (7,30).</li> </ul> <p>La 1ª receta será emitida por el ORL. Se hará llegar un informe al Médico de Familia con el resultado de la valoración ORL, incluyendo en todos los casos: exploraciones realizadas, diagnóstico, tratamiento instaurado, consejos de higiene vocal y revisiones. Las revisiones serán pautadas y realizadas por el ORL.</p> <p>b) Indicación de tratamiento quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de una microlaringoscopia directa (MLD) en las sinequias laringeas (7) secundarias a intubación prolongada o yatrógenas por cirugía funcional endoscópica, con exéresis mediante láser CO<sub>2</sub> y colocación de un separador para evitar la reproducción de la sinequia.</li> <li>• Realización de una microlaringoscopia directa con fines exploratorios y toma de biopsia ante la presencia de lesiones laríngeas de aspecto tumoral o de laringitis crónicas en la exploración fibrolaringoscópica (31,32).</li> <li>• Realización de una microlaringoscopia directa con fines curativos (fonomicrocirugía) ante la presencia de lesiones estructurales laríngeas bien definidas (pólipos, edema de Reinke) (33-36).</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p><b>7.</b> Valoración por ORL: 1ª consulta</p>	<p>A todos los pacientes se les hará entrega de normas impresas de higiene vocal. En los dos últimos casos, se les hará ver la conveniencia de abandonar el consumo del tabaco.</p> <p>7.3. En los casos en los que en la exploración laringoscópica se aprecie la existencia de una parálisis recurrencial unilateral de menos de un año de evolución, y ante la ausencia de alteraciones estructurales laríngeas, o de antecedentes de origen yatrógeno debidos a cirugía cervical o torácica, se procederá a la petición de una TC con contraste de base de cráneo, laringe, cuello, tórax y mediastino, para tratar de llegar al diagnóstico etiológico de la parálisis (lesiones de ventrículo laríngeo, espacio parafaríngeo, glándula tiroides, pulmonares o mediastínicas).</p> <p>7.4. Petición de una TC de laringe y cuello con contraste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante la presencia de lesiones orgánicas de aspecto tumoral, a fin de realizar la estadificación, delimitando la extensión de las lesiones y la posible existencia de adenopatías cervicales (37).</li> <li>• Para realizar un diagnóstico diferencial de cuerda inmóvil entre parálisis recurrencial o fijación cricoaritenoides en casos de gota o artritis reumatoide.</li> <li>• Ante la presencia de traumatismos laríngeos con lesiones de la región glótica posterior por intubación prolongada, traumatismo laríngeo directo.</li> <li>• Sospecha de laringoceles.</li> </ul> <p>En la petición de una TC, debe hacerse constar de forma legible el resumen clínico y la sospecha de la posible patología tumoral, para dar un curso preferente a dichos casos.</p> <p>7.5. Estudio en el Laboratorio de Voz: (38-49). En los casos en los que en la exploración ORL no se aprecie una lesión estructural (disfonías neurológicas y funcionales), o ésta no esté bien definida (lesiones laríngeas congénitas o secundarias a reflujo gastroesofágico), en los nódulos laríngeos, o en el caso de duda en el diagnóstico diferencial entre laringitis crónica vs. carcinoma, o ante la presencia de parálisis recurrenciales unilaterales a fin de documentar la evolución de la misma, se remitirá al paciente al Laboratorio de Voz para la realización del estudio correspondiente.</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>7.</b> Valoración por ORL: 1ª consulta</p>	<p>En los pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de cuerda vocal (glotis), se describen aparte las actividades y las características de calidad (pág. 64).</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>8.</b> Gestión de cita para: Radiología. Laboratorio de Voz.</p>	<p>8.1. UAU accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicada y señalizada adecuadamente para su pronta localización.</li> <li>- Posibilidad de cita telefónica con varias líneas para evitar esperas innecesarias.</li> <li>- Posibilidad de acceso a través de Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta, y obtener la información necesaria para poder elegir con criterio.</li> </ul> <p>8.2. Registro completo e informatizado de los datos de filiación sin errores administrativos.</p> <p>8.3. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>8.4. Buena gestión de los plazos de cita, evitando demoras innecesarias, con citas adecuadas a la situación del paciente, y atención preferencial a los pacientes con riesgo neoplásico según sospecha diagnóstica (en este último caso, cita no superior a una semana)</p>

Unidad de Gestión Sanitaria	
Actividades	Características de calidad
<p><b>8.</b> Gestión de estudio preanestésico</p>	<p>8.1. Aplicación del circuito preoperatorio cuyas actividades y características de calidad se describen aparte en el componente específico (pág.74).</p>

## Servicio de Radiodiagnóstico

Actividades	Características de calidad
<b>9.</b> Realización de TC	<p>La TC de cuello debe realizarse en los siguientes casos: traumatismos cervicales y laringeos internos y externos, laringoceles, tumores cartilagosos, estadificación del cáncer de laringe, parálisis laringeas.</p> <p>La TC torácica debe realizarse ante la presencia de parálisis laringeas en las que se sospecha que el origen es torácico o mediastínico.</p> <p>La realización y entrega en consulta no debe ser superior a las dos semanas desde la petición de la misma.</p> <p>Informe detallado y congruente con la petición del Especialista de AE.</p>

## Unidad de la Voz

Actividades	Características de calidad
<b>9.</b> Realización de estudio-análisis de la voz	<p><b>9.1.</b> Previo al tratamiento logopédico, el estudio de la voz se realizará a todo paciente con disfonía al que en la exploración fibrolaringoscópica se le haya apreciado (38-49):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ausencia de una lesión estructural y presencia de signos de sobreesfuerzo vocal que hagan sospechar una disfonía funcional o una disfonía debida a una enfermedad neurológica. Lesión estructural no bien definida (lesiones congénitas, defectos de cierre, sospecha de reflujo gastroesofágico, traumatismos vocales).</li><li>- Nódulos laringeos y granulomas de contacto.</li><li>- Presencia de lesiones de laringitis crónica en que exista duda sobre su evolución a carcinoma. En estos casos, se debe realizar un registro en vídeo, que deberá estar disponible para su reproducción en el quirófano, con el fin de dirigir adecuadamente la toma de la biopsia, por lo que habrá que realizarse antes de la cita quirúrgica.</li><li>- Ante la existencia de parálisis recurrente, con el fin de permitirnos comprobar su evolución.</li></ul> <p><b>9.2.</b> En las Unidades de la Voz debe contarse con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fuente de luz estroboscópica con telarinoscopio rígido y fibrolaringoscopia con soporte videográfico.</li></ul>

- Programas informatizados de análisis acústico de la voz (frecuencia fundamental "F0" y su desviación estándar. El estudio de las perturbaciones con el Jitter y el Shimmer. El ruido glótico mediante el electrogotógrafo. El análisis espectral y el fonetograma).

**NOTA:** Las Unidades de la Voz son una necesidad imprescindible del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y deberían existir al menos en los hospitales de tercer nivel.

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>9.</b> Tratamiento quirúrgico</p>	<p><b>9.1.</b> En las sinequias laríngeas debidas a una intubación prolongada o yatrógenas por una cirugía funcional endoscópica, se realizará exéresis mediante una microlaringoscopia directa, con cirugía láser CO<sub>2</sub>, y la colocación de un separador que evite la reproducción de la sinequia (7, 51).</p> <p><b>9.2.</b> En las laringitis crónicas, tanto primarias como secundarias, y tras el estudio laringoestroboscópico, se realizará una microlaringoscopia directa con el fin de realizar un estudio anatomopatológico, dirigiendo la toma de la biopsia hacia las posibles zonas en las que la estroboscopia haya mostrado una desaparición de la onda mucosa, que nos haga pensar en una eventual evolución a carcinoma <i>in situ</i> (7,39,40).</p> <p><b>9.3.</b> El tratamiento indicado para las lesiones estructurales benignas: pólipos y edemas de Reinke es la fonomicrocirugía mediante MLD (33-36,51-53).</p> <p>Todos los pacientes con ASA I-II serán intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).</p> <p>El paciente será trasladado desde la planta de hospitalización por el Celador, habiendo guardado ayuno durante las 6 horas previas a la intervención.</p> <p>En el quirófano, el paciente será recibido por el personal de Enfermería, y se le preparará oportunamente para la intervención (pulsioxímetro, control electrocardiográfico y de la</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="212 232 345 323">9. Tratamiento quirúrgico</p>	<p data-bbox="435 232 1108 293">presión arterial, vía periférica para la administración de fármacos anestésicos y sueroterapia).</p> <p data-bbox="435 302 1108 456">La intervención se realizará con anestesia general e intubación orotraqueal, usándose un tubo orotraqueal con el menor diámetro posible que permita una adecuada ventilación del paciente y permita trabajar con comodidad al Cirujano.</p> <p data-bbox="435 465 1108 593">Igualmente, el paciente estará sometido a relajación muscular. Los pacientes que vayan a ser intervenidos mediante láser CO<sub>2</sub> necesitarán tubos especiales de intubación, y el balón será rellenado de suero fisiológico teñido con azul de metileno.</p> <p data-bbox="435 602 1108 729">La intervención se realizará mediante una microlaringoscopia directa (MLD) por suspensión, usándose un microscopio quirúrgico con lente de 350-400 mm. de distancia focal, laringoscopios y sistemas de suspensión.</p> <p data-bbox="435 738 1108 930">El instrumental debe encontrarse estéril y en perfectas condiciones de uso, y engrasado. Se usará uno diferente del que se utilizará en la realización de biopsias en la patología oncológica. En los pacientes intervenidos mediante láser CO<sub>2</sub>, tanto el instrumental como los laringoscopios tendrán superficie mate para evitar la reflexión del haz del láser.</p> <p data-bbox="435 939 1108 1093">La extirpación de las lesiones debe ser completa, sin penetrar en el ligamento vocal, no dejando indentaciones en el borde libre de la cuerda. En el caso de que se realice una cordotomía, se debe dejar un buen alineamiento de la zona disecada sin lesionar la mucosa medial despegada.</p> <p data-bbox="435 1102 1108 1366">Al término de la intervención, se rellenará la hoja quirúrgica, donde se expondrán detalladamente los motivos de la intervención, diagnósticos pre y postquirúrgico, tipo de anestesia, y descripción detallada de la intervención realizada, así como de las muestras enviadas para el estudio anatomopatológico. Igualmente, se cumplimentará la hoja con la medicación que debe recibir el paciente en el post-operatorio inmediato en formato de unidosis farmacológica.</p> <p data-bbox="435 1375 1108 1503">Se rellenará la petición de un estudio anatomopatológico para ser enviado, junto a las muestras correspondientes colocadas en un recipiente estéril con formaldehído 35/40, al Servicio de Anatomía Patológica.</p> <p data-bbox="435 1512 1108 1572">En la hoja de petición del estudio, los datos de filiación del paciente deben ir de forma clara y legible.</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="212 232 345 323">9. Tratamiento quirúrgico</p>	<p data-bbox="435 232 1110 356">En dicha petición de estudio, debe hacerse constar de forma legible el resumen clínico y la sospecha de una posible patología tumoral para la realización del estudio de forma preferencial en dichos casos.</p> <p data-bbox="435 365 1110 425">El Anestesiólogo rellenará la hoja anestésica con las incidencias anestésicas que se hubieran producido.</p> <p data-bbox="435 434 1110 624">El personal de Enfermería cumplimentará en el Libro de Registro de Quirófano los datos administrativos del paciente, así como los datos del o los Cirujanos, Anestelistas y personal de Enfermería que hayan intervenido, el diagnóstico, la intervención realizada, la fecha y la hora de inicio y término de la intervención.</p> <p data-bbox="435 633 1110 822">Una vez extubado, el paciente será remitido a la Unidad de Reanimación Post-anestésica (URPA), siendo trasladado por el Celador acompañado por el Anestesiólogo y, al menos, un miembro de Enfermería, para recibir los cuidados inmediatos. Posteriormente, será trasladado a la planta de hospitalización cuando lo disponga el Anestesiólogo de la URPA.</p> <p data-bbox="435 831 1110 955">En la planta de hospitalización será recibido por el personal de Enfermería, cumplimentándose el Registro del Plan de Cuidados de Enfermería, y se le administrará la medicación prescrita por el Cirujano.</p> <p data-bbox="435 964 1110 1024">El paciente será valorado por el ORL antes de ser dado de alta a las 24 horas de su intervención.</p> <p data-bbox="435 1033 1110 1288">Al recibir el alta, se le facilitará un informe escrito dirigido al Médico de Familia, donde se explicarán las pruebas diagnósticas realizadas, el diagnóstico, y el tratamiento quirúrgico practicado. Se indicarán igualmente las recomendaciones respecto al tratamiento médico pautado que debe administrarse al paciente, así como al tiempo de reposo vocal y el tiempo estimado de baja laboral, junto con las pautas de revisiones en la Consulta de ORL.</p> <p data-bbox="435 1297 1110 1357">Asimismo, se le facilitarán las primeras recetas para comenzar el tratamiento médico instaurado.</p> <p data-bbox="435 1366 1110 1590">Los pacientes que hayan sido intervenidos bajo régimen de CMA, serán dados de alta, como mínimo, 6 horas después del término de la intervención, entregándoseles unas normas escritas con los cuidados y los posibles riesgos y las complicaciones post-operatorios, junto con un teléfono de contacto en el que podrán aclararle las posibles dudas o complicaciones que le surjan.</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>10.</b> Cita para la 2ª Consulta de ORL postcirugía</p>	<p>La cita será dada por el Personal Administrativo de la planta de hospitalización tras el alta del paciente, con una buena gestión de los plazos, es decir, en función del lapso de tiempo estimado para la recepción de los resultados del estudio anatomopatológico en la consulta.</p> <p>A los pacientes que hayan sido intervenidos de pólipos y edemas de Reinke, se les citará para la realización de un estudio de la voz coincidiendo con la 2ª consulta de ORL.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>11.</b> Valoración ORL: 2ª consulta</p>	<p>11.1. A los pacientes a los que se instauró un tratamiento médico conservador con reposo vocal, se les valorará el resultado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>En los hematomas y las hemorragias de la cuerda vocal, si la patología es recidivante, se puede plantear la coagulación del vaso mediante fonomicrocirugía (54).</li> <li>En los granulomas de contacto rebeldes al tratamiento conservador, o que evolucionen hacia grandes masas, estaría indicada la extirpación quirúrgica mediante MLD y láser CO<sub>2</sub> (25-29).</li> <li>En los granulomas post-intubación y postquirúrgicos que no hayan respondido al tratamiento médico conservador, está indicada la extirpación quirúrgica mediante MLD y láser CO<sub>2</sub> (7,30).</li> </ol> <p>11.2. A aquellos pacientes a los que se le haya prescrito una TC en esta 2ª consulta:</p> <p>En el caso de presentar una lesión tumoral en la fibrolaringoscopia, se le establecerá la estadificación tumoral y el tratamiento correspondiente.</p> <p>En el caso de parálisis laríngeas, se procederá al diagnóstico etiológico. Una vez realizado, el paciente será remitido al Especialista de AE no ORL (Neumología, Endocrinología, Aparato Digestivo). En los casos de</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>11.</b> Valoración ORL: 2ª consulta</p>	<p>parálisis esenciales, se enviará a Logopedia una vez realizado el correspondiente estudio de la voz (55-56). En los traumatismos laríngeos, se indicará el correspondiente tratamiento quirúrgico según la extensión de las lesiones (7). En el caso de diagnóstico de laringocele, se prescribirá el tratamiento quirúrgico, incorporando al paciente en el circuito preoperatorio.</p> <p>11.3. Valoración del Laboratorio de la Voz.</p> <p>Los pacientes que sean diagnosticados de disfonía funcional, serán enviados para un tratamiento rehabilitador a la Consulta de Logopedia (57-58). Los pacientes con disfonía secundaria a enfermedades neurológicas serán enviados a la Consulta de Neurología y saldrán del proceso. A los pacientes diagnosticados de disfonía espástica, les será indicado un tratamiento con toxina botulínica (59-60). Los pacientes que sean diagnosticados de disfonía secundaria a reflujo gastroesofágico, serán remitidos para un estudio y tratamiento a la Consulta de Digestivo, incorporándose al Proceso Dispepsias. Al mismo tiempo, se remitirán a la Consulta de Logopedia para tratar la hipertonia laríngea y la hiperfunción vocal (61-65). En las lesiones estructurales mal definidas podemos encontrarnos con lesiones congénitas, como quistes epidermoides, sinequias anteriores, puentes mucosos y <i>sulcus vocalis</i>. Los quistes epidermoides se tratan quirúrgicamente mediante una cordotomía realizada en el curso de una microlaringoscopia directa (7,66). Las sinequias anteriores se asocian frecuentemente con nódulos y se extirpan quirúrgicamente en el curso de una microlaringoscopia directa (7,52). Los puentes mucosos son estrechos en la mayoría de las ocasiones y susceptibles de extirpación simple anterior y posterior en el curso de una microlaringoscopia directa (7).</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>11.</b> Valoración ORL: 2ª consulta</p>	<p>Los <i>sulcus vocalis</i> tienen un tratamiento quirúrgico técnicamente difícil, con resultados poco brillantes, por lo que se deben realizar en centros muy especializados, siendo adecuado el tratamiento rehabilitador que, en muchas ocasiones, consigue una mejoría de la disfonía. Sólo en ciertos casos se realizará una fonomicrocirugía, y siempre por personal muy experto (7,51-52,67-70).</p> <p>11.4. Valoración del tratamiento quirúrgico realizado.</p> <p>A los pacientes que hayan sido sometidos a un tratamiento quirúrgico curativo por lesiones laríngeas benignas (pólipos, edemas de Reinke), se les realizará una exploración fibrolaringoscópica y un estudio en el Laboratorio de Voz en la misma sesión, para ser enviados posteriormente al tratamiento rehabilitador en la Consulta de Logopedia (71).</p> <p>Estos pacientes serán advertidos de la necesidad de abandonar el hábito tabáquico, al ser una de las etiologías de su patología junto con el sobreesfuerzo vocal (2,10,11,15).</p> <p>A los pacientes que hayan sido intervenidos mediante una microlaringoscopia directa diagnóstica por una laringitis crónica, se les marcarán pautas de revisiones para vigilar su evolución entre tres meses y un año, según el grado de displasia, debido al riesgo de malignización (31).</p> <p>Aquéllos cuyo estudio anatomopatológico sea de neoplasia, seguirán las indicaciones que se fijan en el componente Cáncer de Cuerda Vocal (pág. 64)</p> <p>Los pacientes diagnosticados de laringitis crónicas secundarias (TBC, sífilis, micosis, Wegener, etc.) serán remitidos a la Consulta de Medicina Interna para el estudio correspondiente y saldrán del proceso.</p> <p>Los pacientes intervenidos por sinequias secundarias a traumatismos laríngeos serán valorados mediante una fibrolaringoscopia y serán dados de alta, saliendo del proceso.</p> <p>Se hará llegar un informe al Médico de Familia con el resultado de la valoración ORL, incluyendo en todos los casos: diagnóstico, tratamiento prescrito, pautas de revisiones y consejos de higiene vocal.</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>12.</b> Gestión de cita para: Consulta de Logopedia. Consulta de AE no ORL</p>	<p>12.1. UAU accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización.</li> <li>- Posibilidad de cita telefónica con varias líneas para evitar esperas innecesarias.</li> <li>- Posibilidad de acceso a través de Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta, y obtener la información necesaria para poder elegir con criterio.</li> </ul> <p>12.2. Registro completo e informatizado de los datos de filiación sin errores administrativos.</p> <p>12.3. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>12.4. Buena gestión de los plazos de cita, evitando demoras innecesarias, con citas adecuadas a la situación del paciente.</p>

Unidad de Gestión Sanitaria	
Actividades	Características de calidad
<p><b>12.</b> Gestión de estudio preanestésico</p>	<p>12.1. Aplicación del circuito preoperatorio cuyas actividades y características de calidad se describen aparte en el componente específico (pág. 74).</p>

Logopeda	
Actividades	Características de calidad
<p><b>13.</b> Tratamiento rehabilitador de las disfonías</p>	<p>13.1. La hiperfunción vocal es la característica primordial de la mayor parte de los trastornos de la voz. El objetivo de la rehabilitación vocal es conseguir que el paciente elimine el esfuerzo vocal y desarrolle una forma natural y no forzada de la fonación. La rehabilitación vocal es por ello una parte muy importante del tratamiento de las disfonías (72-76).</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>13.</b> Tratamiento rehabilitador de las disfonías</p>	<p>13.2. La rehabilitación vocal está indicada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfonías funcionales.</li> <li>• Parálisis recurrenciales.</li> <li>• Nódulos laringeos.</li> <li>• <i>Sulcus vocalis</i>.</li> <li>• Granulomas de contacto.</li> <li>• Lesiones benignas tras la cirugía.</li> </ul> <p>13.3. Principios generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información al paciente: es importante dar una información detallada sobre el funcionamiento del aparato vocal, el mecanismo de los trastornos y el papel y desarrollo de la rehabilitación. Esta información se puede proporcionar en grupo, con apoyo audiovisual, antes de comenzar el tratamiento.</li> <li>• Técnicas de relajación: permite que el paciente utilice una voz relajada y libre de tensión o esfuerzo.</li> <li>• Técnicas de respiración: los pacientes disfónicos presentan una respiración superficial y una fonación a expensas del volumen residual. El método más eficaz para que la respiración apoye el proceso fonatorio se denomina respiración completa.</li> <li>• Control del tono postural: en el comportamiento del esfuerzo vocal, aparece una alteración de la verticalidad, siendo necesario restablecer una buena alineación corporal que facilita una mejor respiración y resonancia de la voz en el cuerpo.</li> <li>• Inhibición de la proyección vocal: uso de técnicas terapéuticas que faciliten la aproximación gradual de las cuerdas vocales, logrando suavizar el "golpe glótico".</li> <li>• Pedagogía de la altura tonal: cuando de forma habitual se usa un espectro tonal inapropiado se provoca un esfuerzo innecesario y peligroso para la laringe.</li> <li>• En todo tratamiento de reeducación de la voz es necesario un correcto control auditivo vocal.</li> </ul> <p>13.4. Funciones del logoterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboración estrecha con el ORL en la evaluación de la voz con el fin de determinar el tratamiento más adecuado.</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p><b>13.</b> Tratamiento rehabilitador de las disfonías</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de programas de prevención.</li> <li>• Desarrollo de los tratamientos y seguimiento de los mismos.</li> </ul> <p>13.5. Sistemática de trabajo:</p> <p>La rehabilitación comenzará tras el estudio de la voz en la unidad correspondiente.</p> <p>La duración de las sesiones debe ser de 30 a 45 minutos, debiendo estar agrupadas las 5-6 primeras.</p> <p>El número de sesiones varía, siendo aproximadamente de 20-30 a lo largo de 4 a 6 meses, con 2 sesiones por semana y un entrenamiento suave diario en casa.</p> <p>El número de sesiones dependerá de lo que el paciente encuentre en su rehabilitación, de la perturbación de su voz, y de si hay o no alteraciones psicológicas añadidas.</p> <p>Las sesiones serán pautadas según la evolución de la disfonía y realizadas por el Logopeda.</p> <p>A la finalización del tratamiento, se realizará un informe escrito que se hará llegar al ORL para la valoración del resultado de la rehabilitación de la disfonía.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>14.</b> Tratamiento quirúrgico</p>	<p>14.1. En los hematomas y las hemorragias de la cuerda vocal, si la patología es recidivante, se realiza la coagulación del vaso mediante MLD y fonomicrocirugía con láser CO<sub>2</sub> (54).</p> <p>14.2. En los granulomas de contacto, en aquellos casos rebeldes al tratamiento conservador, o que evolucionen hacia grandes masas, se realiza la extirpación quirúrgica mediante MLD y láser CO<sub>2</sub> (25-29).</p> <p>14.3. En los granulomas post-intubación y post-quirúrgicos que no hayan respondido al tratamiento médico conservador, está indicada la extirpación quirúrgica mediante MLD y láser CO<sub>2</sub> (7,30).</p> <p>14.4. A los pacientes diagnosticados de disfonía espasmódica, se les realizará un tratamiento mediante una inyección de toxina botulínica en el músculo tiroaritenoides (59-60).</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>14.</b> Tratamiento quirúrgico</p>	<p>14.5. Los quistes epidermoides se tratan quirúrgicamente mediante una cordotomía realizada en el curso de una microlaringoscopia directa (7,66).</p> <p>14.6. Las sinequias anteriores se asocian frecuentemente con nódulos y se extirpan quirúrgicamente, seccionándolas en el curso de una microlaringoscopia directa (7,52).</p> <p>14.7. Los puentes mucosos son estrechos en la mayoría de las ocasiones y susceptibles de extirpación simple anterior y posterior en el curso de una microlaringoscopia directa (7).</p> <p>14.8. Los traumatismos laringeos que afectan a la región glótica posterior, produciendo una fijación aritenoidea unilateral, no requieren tratamiento; aquéllas que son bilaterales, producen una alteración de la fonación junto con una disnea que, a veces, requiere la práctica de una traqueotomía. En estos casos, se realizará una microlaringoscopia directa y una aritenoidectomía con láser CO<sub>2</sub> y sección de las sinequias que pudiera haber (7). La intubación anestésica en estos casos se realizaría bien oral o bien a través de la traqueotomía. Todos los pacientes con ASA I-II serán intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). El paciente será trasladado desde la planta de hospitalización por el Celador, habiendo guardado ayuno en las 6 horas previas a la intervención. En el quirófano será recibido por el personal de Enfermería, y se le preparará para la intervención (pulsioxímetro, control electrocardiográfico, presión arterial y vía periférica para la administración de fármacos anestésicos y sueroterapia). La intervención se realizará con anestesia general e intubación orotraqueal, usándose un tubo orotraqueal con el menor diámetro posible, que permita una adecuada ventilación del paciente y permita trabajar con comodidad al Cirujano. Igualmente, el paciente estará sometido a relajación muscular. Los pacientes que vayan a ser intervenidos mediante láser CO<sub>2</sub> necesitarán tubos especiales de intubación, siendo el balón relleno de suero fisiológico teñido con azul de metileno.</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>14.</b> Tratamiento quirúrgico</p>	<p>La intervención se realizará mediante una microlaringoscopia directa (MLD) por suspensión, usándose un microscopio quirúrgico con lente de 350-400 mm de distancia focal, laringoscopios y sistemas de suspensión.</p> <p>El instrumental debe encontrarse estéril y en perfectas condiciones de uso y engrasado. Se usará uno diferente del que utilizemos en la realización de biopsias en la patología oncológica. En el caso de pacientes intervenidos mediante láser CO<sub>2</sub>, tanto el instrumental como los laringoscopios tendrán superficie mate para evitar la reflexión del haz del láser.</p> <p>La extirpación de las lesiones debe ser completa, realizándose sin penetrar en el ligamento vocal, no dejando indentaciones en el borde libre de la cuerda y, en el caso de realizar una cordotomía, dejar un buen alineamiento de la zona disecada sin lesionar la mucosa medial despegada.</p> <p>La inyección de toxina botulínica en las disfonías espasmódicas, se realizará en centros con experiencia en esta técnica.</p> <p>La dosis inyectada suele ser de 3-5 U de toxina botulínica A en cada cuerda.</p> <p>Los efectos beneficiosos se observan a las 24-72 horas y son transitorios, requiriéndose nuevas inyecciones cada cuatro - seis meses.</p> <p>Al término de la intervención, se rellenará la hoja quirúrgica, donde se expondrán detalladamente los motivos de la intervención, los diagnósticos pre y postquirúrgico, el tipo de anestesia utilizada y la descripción detallada de la intervención realizada, así como de las muestras enviadas para el estudio anatomopatológico. Igualmente, se rellenará la hoja con la medicación que debe recibir el paciente en el post-operatorio inmediato en formato de unidosis farmacológica.</p> <p>Se rellenará una petición de estudio anatomopatológico para ser enviado, junto con las muestras correspondientes conservadas en un recipiente estéril con formol, al Servicio de Anatomía Patológica.</p> <p>El Anestesiólogo rellenará la hoja anestésica con las incidencias anestésicas que se hayan producido.</p> <p>El personal de Enfermería cumplimentará en el Libro de Registro de Quirófano los datos administrativos del</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>14.</b> Tratamiento quirúrgico</p>	<p>paciente, así como los datos del o los Cirujanos, Anestelistas y personal de Enfermería que hayan intervenido, el diagnóstico, la intervención realizada, y la fecha y hora de inicio y término de la misma.</p> <p>Una vez extubado el paciente, éste será remitido a la Unidad de Reanimación Post-anestésica siendo trasladado por el Celador acompañado por el Anestesiólogo y, al menos, un miembro de Enfermería, para recibir los cuidados inmediatos. Posteriormente, será trasladado a la planta de hospitalización cuando lo disponga el Anestesiólogo.</p> <p>En la planta de hospitalización, será recibido por el Personal de Enfermería, cumplimentándose el Registro del Plan de Cuidados de Enfermería, y se le administrará la medicación prescrita por el Cirujano.</p> <p>El paciente será valorado por el ORL, a las 24 horas de su intervención, antes de ser dado de alta. Aquellos que hayan sido intervenidos por traumatismos de la región glótica posterior, y se les haya practicado una aritenoidectomía mediante láser CO<sub>2</sub>, serán dados de alta a las 48-72 horas debido a la posible aparición de aspiraciones leves en las primeras 48 horas del post-operatorio.</p> <p>Al recibir el alta, se le facilitará al paciente un informe escrito dirigido al Médico de Familia, en el que se explicarán las pruebas diagnósticas realizadas, el diagnóstico, y el tratamiento quirúrgico practicado. Se indicará igualmente el tratamiento médico pautado que debe administrarse al paciente, así como el tiempo de reposo vocal y tiempo estimado de baja laboral, junto con las pautas de revisiones en la consulta por el ORL.</p> <p>También se le facilitarán al paciente las primeras recetas para comenzar el tratamiento médico instaurado.</p> <p>Los pacientes que hayan sido intervenidos bajo el régimen de CMA, serán dados de alta, como mínimo, 6 horas después del término de la intervención, entregándoseles unas normas escritas con los cuidados y los posibles riesgos y las complicaciones post-operatorios, junto con un teléfono de contacto donde puedan aclararle las posibles dudas o complicaciones que le surjan.</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>15.</b> Gestión de cita para: Laboratorio de Voz. 3ª Consulta de ORL.</p>	<p>15.1. UAU accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización.</li> <li>- Posibilidad de cita telefónica con varias líneas para evitar esperas innecesarias.</li> <li>- Posibilidad de acceso a través de Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta, y obtener la información necesaria para poder elegir con criterio.</li> </ul> <p>15.2. Registro completo e informatizado de los datos de filiación sin errores administrativos.</p> <p>15.3. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>15.4. Buena gestión de los plazos de cita, evitando demoras innecesarias, con citas adecuadas a la situación del paciente.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>16.</b> Valoración ORL: 3ª consulta</p>	<p>16.1. A aquellos pacientes que hayan realizado un tratamiento rehabilitador en la Consulta de Logopedia, les será realizado un estudio de la voz el mismo día en que sean revisados en la consulta por el ORL (77-80). En las disfonías funcionales y aquellas secundarias a Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), se valorará la respuesta al tratamiento, siendo dados de alta con un informe para el Médico de Familia. En dicho informe, se explicará la evolución de la disfonía, su curación o su irreversibilidad.</p> <p>En ambos casos, se saldrá del proceso.</p> <p>En las lesiones laríngeas benignas, como pólipos o edemas de Reinke, se valorará igualmente la respuesta al tratamiento, se dará el alta con un informe para el Médico de Familia y el paciente saldrá del proceso. Igualmente, ocurrirá con las lesiones laríngeas congénitas: <i>sulcus vocalis</i>.</p> <p>A los pacientes con nódulos laríngeos que no hayan obtenido una mejoría clínica, ni en sus parámetros</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>16.</b> Valoración ORL: 3ª consulta</p>	<p>fonatorios, se les indicará una intervención quirúrgica mediante una fonomicrocirugía (34,36,52,73-75,81). A los pacientes con parálisis laríngeas unilaterales que no hayan obtenido mejoría con la rehabilitación vocal, o su actividad sociolaboral lo requiera, se les puede indicar un tratamiento quirúrgico mediante una tiroplastia de medialización. No se realizará antes de los seis meses desde que se produjo la parálisis, ya que durante este periodo una gran mayoría de las parálisis llegan a compensar satisfactoriamente (82-89).</p> <p>16.2. Aquellos pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente de granulomas, traumatismos laríngeos, lesiones congénitas, hemorragias recidivantes, serán valorados en la consulta, y se les dará de alta con un informe para su Médico de Familia, saliendo del proceso. Los pacientes intervenidos de laringocele serán dados de alta con un informe para su Médico de Familia. Los pacientes con disfonía espasmódica serán enviados para su control por parte de Neurología.</p>

Unidad de Gestión Sanitaria	
Actividades	Características de calidad
<p><b>17.</b> Gestión de estudio preanestésico</p>	<p>17.1. Creación del circuito preoperatorio de manera integrada para todos los procesos quirúrgicos como anexo específico.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>18.</b> Tratamiento quirúrgico</p>	<p>18.1. El tratamiento indicado para los nódulos laríngeos rebeldes al tratamiento rehabilitador es la fonomicrocirugía (34,36,52,73). Todos los pacientes con ASA I-II serán intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). El paciente será trasladado desde la planta de hospitalización por el Celador, habiendo guardado ayuno durante las 6 horas previas a la intervención. En el quirófano será recibido por el personal de Enfermería, y se lo preparará para la intervención (pul-</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>18.</b> Tratamiento quirúrgico</p>	<p>sioxímetro, control electrocardiográfico, presión arterial y vía periférica para la administración de fármacos anestésicos y sueroterapia).</p> <p>La intervención se realizará con anestesia general e intubación orotraqueal, usándose un tubo orotraqueal con el menor diámetro posible que permita una adecuada ventilación del paciente y permita trabajar con comodidad al Cirujano.</p> <p>Igualmente, estará sometido a relajación muscular.</p> <p>La intervención se realizará mediante una microlaringoscopia directa (MLD) por suspensión, usándose un microscopio quirúrgico con lente de 350-400 mm de distancia focal, laringoscopios y sistemas de suspensión.</p> <p>El instrumental debe encontrarse estéril y en perfectas condiciones de uso y engrasado. Se usará uno diferente del que utilizemos en la realización de biopsias en la patología oncológica.</p> <p>La extirpación de las lesiones debe ser completa, sin penetrar en el ligamento vocal, y no dejando indentaciones en el borde libre de la cuerda.</p> <p>18.2. El tratamiento de las parálisis laríngeas unilaterales es la tiroplastia de medialización (82-89).</p> <p>La cirugía se realiza bajo anestesia local con sedación, ya que en algunos momentos se requiere la cooperación del paciente.</p> <p>La técnica consiste en la realización de una “ventana” en el ala tiroidea, por la que se introduce una prótesis que empujará el músculo tiroaritenoso, que a su vez hará que la cuerda vocal se sitúe en la línea media.</p> <p>Al término de la intervención, se rellenará la hoja quirúrgica, en la que se expondrán detalladamente los motivos de la intervención, los diagnósticos pre y postquirúrgico, el tipo de anestesia utilizada y la descripción detallada de la intervención realizada, así como las muestras enviadas para un estudio anatomopatológico.</p> <p>Igualmente, se rellenará la hoja con la medicación que debe recibir el paciente en el post-operatorio inmediato en formato de unidosis farmacológica.</p> <p>Se rellenará la petición de un estudio anatomopatológico para ser enviado, junto con las muestras corres-</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>18.</b> Tratamiento quirúrgico</p>	<p>pondientes, conservadas en un recipiente estéril con formol, al Servicio de Anatomía Patológica.</p> <p>El Anestesiólogo rellenará la hoja anestésica con las incidencias anestésicas que se hayan producido.</p> <p>El personal de Enfermería cumplimentará en el Libro de Registro de Quirófano los datos administrativos del paciente, así como los datos del o los Cirujanos, Anestelistas y personal de Enfermería que hayan intervenido, el diagnóstico, la intervención realizada, la fecha y hora de inicio y término de la misma.</p> <p>Una vez extubado el paciente, éste será remitido a la Unidad de Reanimación Post-anestésica, siendo trasladado por el Celador, acompañado por el Anestesiólogo y, al menos, un miembro de Enfermería, para recibir los cuidados inmediatos. Posteriormente, será trasladado a la planta de hospitalización cuando lo disponga el Anestesiólogo.</p> <p>En la planta de hospitalización será recibido por el personal de Enfermería, cumplimentándose el Registro del Plan de Cuidados de Enfermería, y se le administrará la medicación prescrita por el Cirujano.</p> <p>El paciente será valorado por el ORL antes de ser dado de alta a las 24 horas de su intervención.</p> <p>Al recibir el alta, se le facilitará al paciente un informe escrito dirigido a su Médico de Familia, donde se explicarán las pruebas diagnósticas realizadas, el diagnóstico, y el tratamiento quirúrgico practicado. Se indicará igualmente el tratamiento médico pautado que debe administrarse al paciente, así como el tiempo de reposo vocal y el tiempo estimado de baja laboral, junto con las pautas de revisiones en consulta por el ORL.</p> <p>También se le facilitarán al paciente las primeras recetas para comenzar el tratamiento médico instaurado.</p> <p>Los pacientes que hayan sido intervenidos bajo el régimen de CMA serán dados de alta, como mínimo, 6 horas después del término de la intervención, entregándoseles unas normas escritas con los cuidados y los posibles riesgos y las complicaciones post-operatorios, junto con un teléfono de contacto donde puedan aclararle las posibles dudas o complicaciones que le surjan.</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>19.</b> Gestión de cita para: 4ª Consulta de ORL</p>	<p>19.1. UAU accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización.</li> <li>- Posibilidad de cita telefónica con varias líneas para evitar esperas innecesarias.</li> <li>- Posibilidad de acceso a través de Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta, y obtener la información necesaria para poder elegir con criterio.</li> </ul> <p>19.2. Registro completo e informatizado de los datos de filiación sin errores administrativos.</p> <p>19.3. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>19.4. Buena gestión de los plazos de cita, evitando demoras innecesarias, con citas adecuadas a la situación del paciente.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>20.</b> Valoración ORL: 4ª consulta</p>	<p>En esta 4ª consulta se valorará el tratamiento quirúrgico realizado a los pacientes intervenidos de tiroplastia de medialización (90-91) y de fonomicrocirugía por nódulos vocales, a los que se les realizará un estudio de la voz en la misma sesión. Los nódulos deberán seguir con el tratamiento rehabilitador para conseguir una modificación total del hábito vocal y evitar la reparación de las lesiones.</p> <p>Una vez valorado el resultado de la tiroplastia, se enviarán al Logopeda para recibir rehabilitación vocal, con un informe para su Médico de Familia.</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>21.</b> Gestión de cita para: Logopedia</p>	<p>21.1. UAU accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización.</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p><b>21.</b> Gestión de cita para: Logopedia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posibilidad de cita telefónica con varias líneas para evitar esperas innecesarias.</li> <li>- Posibilidad de acceso a través de Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta, y obtener la información necesaria para poder elegir con criterio.</li> </ul> <p>21.2. Registro completo e informatizado de los datos de filiación sin errores administrativos.</p> <p>21.3. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>21.4. Buena gestión de los plazos de cita, adecuándolos a la situación y evitando demoras innecesarias.</p>

Logopeda	
Actividades	Características de calidad
<p><b>22.</b> Tratamiento rehabilitador vocal</p>	<p>22.1. Los nódulos deberán seguir con el tratamiento rehabilitador para conseguir una modificación total del hábito vocal y evitar la reaparición de las lesiones.</p> <p>22.2. Los pacientes intervenidos de tiroplastia por una parálisis recurrencial unilateral reciben la rehabilitación vocal entre una y tres semanas tras la cirugía, tratamiento que durará hasta que se produzca una mejoría vocal. Los objetivos del tratamiento vocal son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar el límite vocal y facilitar la vocalización con el nuevo implante.</li> <li>• Reducir la sobrecompensación previa, la compresión de cuerdas vocales falsas y la tensión muscular.</li> <li>• Incorporar el apoyo respiratorio y la resonancia para optimizar la calidad vocal.</li> </ul>

Unidad de Atención al Usuario (UAU) de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>23.</b> Gestión de cita para: 5ª consulta ORL</p>	<p>23.1. UAU accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posibilidad de cita telefónica con varias líneas para evitar esperas innecesarias.</li> <li>- Posibilidad de acceso a través de Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los horarios de consulta, y obtener la información necesaria para poder elegir con criterio.</li> </ul> <p>23.2. Registro completo e informatizado de los datos de filiación sin errores administrativos.</p> <p>23.3. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>23.4. Buena gestión de los plazos de cita, evitando demoras innecesarias, con citas adecuadas a la situación del paciente.</p>
--	--

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>24.</b> Valoración ORL: 5ª consulta</p>	<p>Una vez valorado el resultado de la tiroplastia tras la rehabilitación vocal, se le dará el alta al paciente, con un informe para su Médico de Familia, produciéndose de este modo su salida del proceso.</p> <p>A los pacientes con nódulos vocales se les valorará el tratamiento rehabilitador, y se les dará el alta con un informe para su Médico de Familia, saliendo del proceso.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p>1. Valoración 1ª consulta por ORL</p>	<p>El paciente puede llegar a la consulta remitido por el Médico de Familia con síntomas clínicos de disfonía de más de 15 días de evolución y antecedentes de ser fumador de más de un paquete de cigarrillos al día y bebedor habitual (8).</p> <p>También puede llegar por la evolución de una laringitis crónica que se ha malignizado y a la que ya se le ha realizado el estudio anatomopatológico (Pasa directamente al nº 7) (31).</p> <p>En primer lugar, se realizará una historia clínica completa y registrada que incluirá los siguientes apartados (16,92):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, drogas (2).</li> <li>1.2. Antecedentes personales y familiares oncológicos.</li> <li>1.3. Duración de la disfonía y síntomas acompañantes.</li> <li>1.4. Exploración sistemática ORL, incluyendo (7,16,17): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otoscopia, rinoscopia, faringoscopia.</li> <li>• Laringoscopia indirecta con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espejillo de García.</li> <li>- Nasofibrolaringoscopia, usando anestesia tópica nasal y en su caso faríngea, que evite el dolor y las náuseas al paciente. A aquellos pacientes que lo permitan, se les realizará una toma de biopsia de las lesiones de aspecto neoplásico que encontremos con anestesia local.</li> <li>- La exploración fibrolaringoscópica se grabará en soporte videográfico con el fin de poder discutir el caso en el Comité de Tumores y tomar la decisión terapéutica más apropiada según las características de la lesión.</li> <li>- Palpación de cuello.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> <p>En la historia clínica se dejará constancia de un resumen del informe que remite el Médico de Familia, haciendo hincapié en los estudios realizados y en las respuestas a los tratamientos recibidos por el paciente.</p> <p>En el caso de realizarse una biopsia de la lesión tumoral, la muestra se enviará, en solución de formaldehído 35/40, al Servicio de Anatomía Patológica.</p>

	<p>En la hoja de petición del estudio anatomopatológico, los datos de filiación del paciente deben ir de forma clara y legible.</p> <p>En dicha petición de estudio debe hacerse constar, de forma legible, el resumen clínico y la sospecha de una posible patología tumoral para otorgarles carácter preferente a esos casos.</p> <p>1.5. Petición de una TC de laringe y cuello con contraste (37,93):</p> <p>Ante la presencia de lesiones orgánicas de aspecto tumoral, a fin de realizar la estadificación, y delimitando la extensión de las lesiones y la posible existencia de adenopatías cervicales.</p> <p>En la petición de realización de una TC, debe hacerse constar de forma legible el resumen clínico y la sospecha de una posible patología tumoral, para otorgarles carácter preferencial a esos casos.</p> <p>1.6. Indicación de realización de una microlaringoscopia directa con fines exploratorios y de una toma de biopsia ante la presencia o sospecha de lesiones laríngeas de aspecto tumoral en la exploración fibrolaringoscópica en las que no hayamos podido realizar una biopsia con anestesia local (16).</p>
--	---

Unidad de Gestión Sanitaria	
Actividades	Características de calidad
<p><b>2.</b> Gestión de estudio preanestésico</p>	<p>Creación del circuito preoperatorio de manera integrada para todos los procesos quirúrgicos como Anexo específico.</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>2.</b> Gestión de cita para Radiología</p>	<p><b>2.1.</b> UAU accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización.</li> <li>- Posibilidad de cita telefónica con varias líneas para evitar esperas innecesarias.</li> <li>- Posibilidad de acceso a través de Internet, que permita visualizar los tiempos de espera previstos, los</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
<p><b>2.</b> Gestión de cita para Radiología</p>	<p>horarios de consulta, y obtener la información necesaria para poder elegir con criterio.</p> <p><b>2.2.</b> Registro completo e informatizado de los datos de filiación sin errores administrativos.</p> <p><b>2.3.</b> Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p><b>2.4.</b> Buena gestión de los plazos de cita, evitando demoras innecesarias, con citas adecuadas a la situación del paciente, con una atención preferencial a los pacientes con riesgo neoplásico según la sospecha diagnóstica, no siendo ésta superior a una semana.</p>

### Servicio de Radiodiagnóstico

Actividades	Características de calidad
<p><b>3.</b> Realización de una TC</p>	<p>Es necesaria la realización de una TC de cuello con contraste para la estadificación del cáncer de cuerda vocal, estudiando la región laríngea con el fin de ver la extensión, la infiltración neoplásica, así como la posible existencia de metástasis linfáticas regionales.</p> <p>La realización y entrega en la Consulta de ORL no ha de ser superior a las dos semanas desde su petición, y debe estar en el quirófano en el momento de la MLD, o del tratamiento quirúrgico definitivo.</p> <p>Informe detallado y congruente con la petición del ORL.</p>

### ORL

Actividades	Características de calidad
<p><b>4.</b> Realización del tratamiento quirúrgico</p>	<p>Las neoplasias de cuerda vocal deben explorarse quirúrgicamente mediante la realización de una MLD: ésta se realiza no sólo con el propósito de hacer la toma de la biopsia para el estudio anatomopatológico, sino también con fines exploratorios para delimitar la extensión del tumor.</p> <p>Todos los pacientes con ASA I-II serán intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).</p> <p>El paciente será trasladado desde la planta de hospitalización por el Celador, habiendo guardado ayuno durante las 6 horas previas a la intervención.</p>

Actividades	Características de calidad
<p>4. Realización del tratamiento quirúrgico</p>	<p>En el quirófano será recibido por el personal de Enfermería, y se le preparará para la intervención (pulsioxímetro, control electrocardiográfico, tensión arterial y vía periférica para la administración de fármacos anestésicos y sueroterapia).</p> <p>La intervención se realizará con anestesia general e intubación orotraqueal, usándose un tubo orotraqueal con el menor diámetro posible que permita una adecuada ventilación del paciente y trabajar con comodidad al Cirujano.</p> <p>Igualmente, el paciente estará sometido a relajación muscular.</p> <p>La intervención se realizará mediante una microlaringoscopia directa (MLD) por suspensión, utilizándose un microscopio quirúrgico con una lente de 350-400 mm de distancia focal, laringoscopios y sistemas de suspensión.</p> <p>El instrumental debe encontrarse estéril y en perfectas condiciones de uso y engrasado. Al término de la intervención, se rellenará la hoja quirúrgica, donde se expondrán detalladamente los motivos de la intervención, los diagnósticos pre y postquirúrgico, el tipo de anestesia utilizada y la descripción detallada de la intervención realizada, así como las muestras enviadas para el estudio anatomopatológico.</p> <p>Asimismo, se rellenará la hoja con la medicación que debe recibir el paciente en el post-operatorio inmediato en formato de unidosis farmacológica.</p> <p>Se cumplimentará la petición de un estudio anatomopatológico para ser enviado, junto con las muestras correspondientes, en un recipiente estéril con formaldehído 35/40, al Servicio de Anatomía Patológica.</p> <p>En la hoja de petición del estudio, los datos de filiación del paciente deben ir de forma clara y legible y debe hacerse constar el resumen clínico y la sospecha de posible patología tumoral, para otorgarle carácter preferente a esos casos.</p> <p>El Anestesiólogo rellenará la hoja anestésica con las incidencias anestésicas que se hayan producido.</p> <p>El personal de Enfermería cumplimentará en el Libro de Registro de Quirófano los datos administrativos del paciente, así como los datos del o los Cirujanos, Anestelistas y personal de Enfermería que hayan intervenido, el diagnóstico, la intervención realizada, y fecha y hora de inicio y término de la misma.</p> <p>Una vez extubado, el paciente será remitido a la Unidad de Reanimación Post-anestésica, siendo trasladado por el Celador, y acompañado por el Anestesiólogo y, al menos,</p>

Actividades	Características de calidad
<p><b>4.</b> Realización del tratamiento quirúrgico</p>	<p>un miembro de Enfermería, para recibir los cuidados inmediatos.</p> <p>Posteriormente, será trasladado a la planta de hospitalización cuando lo disponga el Anestesiólogo.</p> <p>En la planta de hospitalización será recibido por el personal de Enfermería, cumplimentándose el Registro del Plan de Cuidados de Enfermería, y se le administrará la medicación prescrita por el Cirujano.</p> <p>El paciente será valorado por el ORL antes de ser dado de alta, a las 24 horas de su intervención.</p> <p>Al recibir el alta, se le facilitará al paciente un informe escrito dirigido al Médico de Familia, donde se explicarán las pruebas diagnósticas, el diagnóstico, y el tratamiento quirúrgico realizado. Se indicará igualmente el tratamiento médico pautado que debe administrarse al paciente, así como el tiempo de reposo vocal y el tiempo estimado de baja laboral, junto con las pautas de revisiones en la consulta por el ORL.</p> <p>Igualmente, se le facilitarán al paciente las primeras recetas para comenzar el tratamiento médico instaurado.</p> <p>Los pacientes que hayan sido intervenidos bajo régimen de CMA serán dados de alta, como mínimo, 6 horas después del término de la intervención, entregándoseles unas normas escritas con los cuidados y los posibles riesgos y las complicaciones post-operatorios, junto con un teléfono de contacto donde puedan aclararle las posibles dudas o complicaciones que le surjan.</p>

Anatomopatólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>5.</b> Realización de estudio anatomopatológico</p>	<p>Se procederá al registro de la solicitud. Posteriormente, se realizará el procesado de la muestra, registrando los distintos cortes de las muestras con las correspondientes pegatinas, y se validarán los resultados, que serán enviados a la Consulta de ORL.</p> <p>Las muestras sobre las que existe sospecha neoplásica serán procesadas de forma preferencial, no debiéndose demorar el estudio desde su llegada a la recepción en la Consulta de ORL más de una semana.</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>6.</b> Cita para 2ª consulta de ORL</p>	<p>La cita será gestionada por el Personal Administrativo de la planta de hospitalización al ser dado de alta el paciente, con una buena gestión de los plazos de cita, es decir, valorando el lapso de tiempo necesario para la recepción de los resultados del estudio anatomopatológico en la consulta.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>7.</b> Valoración ORL: 2ª consulta</p>	<p>En esta segunda consulta, se valorará el estudio anatomopatológico junto con la TC, con el fin de realizar la indicación terapéutica según la estadificación del tumor.</p> <p>Todos los casos de pacientes neoplásicos deberán ser discutidos en una sesión clínica del Comité de Tumores, que ha de existir en todos los hospitales donde se realice cirugía oncológica, debiendo formar parte de él los miembros del Servicio de ORL y, al menos, un miembro de los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica, Anatomía Patológica y Radiodiagnóstico, donde se decidirá el tratamiento más adecuado para cada caso concreto.</p> <p>Una vez en la consulta, se explicará al paciente y a la familia, de forma clara y comprensible, la enfermedad que padece, la evolución de la misma, las posibilidades de tratamiento así como las ventajas y los posibles riesgos que entrañan cada una de ellas.</p> <p>Igualmente, se les explicará la técnica quirúrgica en el caso de tratamiento quirúrgico funcional o radical y, en su defecto, el tratamiento alternativo con radio y/o quimioterapia.</p> <p>En el caso de que el tratamiento conlleve la pérdida de la voz, se le expondrán las posibilidades de recuperación de la misma: fistuloplastias fonatorias, voz erigmo-fónica, etc.</p> <p>Al paciente se le hará entrega del correspondiente consentimiento informado donde se le explicará de forma escrita todo lo anterior para su aprobación y firma.</p> <p>El paciente será incluido en la lista de espera quirúrgica de forma preferencial para el tratamiento quirúrgico curativo, no debiendo demorarse éste desde su entrada en el proceso más de un mes.</p>

Unidad de Gestión Sanitaria	
Actividades	Características de calidad
<p><b>8.</b> Gestión de estudio preanestésico</p>	<p>Se realizará igual en todos los pasos excepto los nº 2,3,4,5,6,7 y 8 del circuito preoperatorio.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>9.</b> Realización de tratamiento oncológico curativo</p>	<p>Una vez valorada la extensión tumoral con el estudio anatómopatológico, la TC, y la MLD realizada, se procederá terapéuticamente, según protocolo adjunto, y TNM (Anexo 1):</p> <p>Etapa I:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cordectomía en pacientes seleccionados que tienen lesiones T1 limitadas y superficiales.</li> <li>• Escisión con láser CO<sub>2</sub>.</li> <li>• Radioterapia.</li> </ul> <p>Etapa II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemilaringuectomía o laringuectomía parcial o total dependiendo de las consideraciones anatómicas.</li> <li>• Radioterapia.</li> </ul> <p>Etapa III:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laringuectomía total con o sin radioterapia postoperatoria.</li> <li>• Radioterapia definitiva con cirugía de recuperación cuando fracase la radiación.</li> </ul> <p>Etapa IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laringuectomía total con radioterapia postoperatoria (94-129).</li> </ul> <p>El paciente será trasladado desde la planta de hospitalización por el Celador, habiendo guardado ayuno en las 6 horas previas a la intervención.</p> <p>El paciente habrá recibido en planta la premedicación anestésica así como la profilaxis antibiótica y anticoagulante según el protocolo de cada Hospital.</p> <p>En el quirófano será recibido por el personal de Enfermería y preparado para la intervención (pulsioxímetro, control electrocardiográfico, tensión arterial, vía periférica para la administración de fármacos anestésicos y sueroterapia).</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="168 232 390 353"><b>9.</b> Realización de tratamiento oncológico curativo</p>	<p data-bbox="435 232 1108 515">La intervención se realizará con anestesia general e intubación orotraqueal en los casos en que se realice la exéresis tumoral vía endoscópica mediante láser CO<sub>2</sub>, usándose tubos especiales y rellenando el balón de suero fisiológico teñido con azul de metileno. Dicho tubo orotraqueal tendrá el menor diámetro posible que permita una adecuada ventilación del paciente y trabajar con comodidad al Cirujano: 6 mm en las mujeres y 6.5 mm en los hombres. Igualmente, estará sometido a relajación muscular.</p> <p data-bbox="435 529 1108 684">En los casos en que se realice la exéresis tumoral mediante una intervención abierta, se realizará previamente una traqueotomía con anestesia local y sedación del paciente para, seguidamente, realizar la intubación por el traqueostoma y serle administrada anestesia general.</p> <p data-bbox="435 698 1108 751">El instrumental debe de encontrarse estéril y en perfectas condiciones de uso y engrasado.</p> <p data-bbox="435 766 1108 855">En los pacientes intervenidos mediante láser CO<sub>2</sub>, tanto el instrumental como los laringoscopios tendrán superficie mate para evitar la reflexión del haz del láser.</p> <p data-bbox="435 869 1108 1024">Al término de la intervención, se rellenará la hoja quirúrgica donde se expondrán detalladamente los motivos de la intervención, diagnósticos pre y postquirúrgico, tipo de anestesia y descripción detallada de la intervención realizada, así como las muestras enviadas para el estudio anatomopatológico.</p> <p data-bbox="435 1039 1108 1128">Igualmente, se rellenará la hoja con la medicación que debe recibir el paciente en el post-operatorio inmediato en formato de unidosis farmacológica.</p> <p data-bbox="435 1142 1108 1261">Se rellenará la petición de un estudio anatomopatológico para ser enviado, junto con las muestras correspondientes, en un recipiente estéril con formaldehído 35/40, debidamente etiquetada, al Servicio de Anatomía Patológica.</p> <p data-bbox="435 1275 1108 1365">En la hoja de petición del estudio, los datos de filiación del paciente deben ir de forma clara y legible, así como la numeración de las distintas muestras enviadas.</p> <p data-bbox="435 1379 1108 1534">En dicha petición de estudio, debe hacerse constar, de forma legible, el resumen clínico y la sospecha de posible patología tumoral, prestando atención a la infiltración y profundidad de la lesión tumoral así como a la posible afectación de los bordes de resección.</p> <p data-bbox="435 1548 1108 1601">En caso de vaciamiento ganglionar, las muestras deben ir en frascos separados, debidamente etiquetados y numerados.</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="164 225 391 353"><b>9.</b> Realización de tratamiento oncológico curativo</p>	<p data-bbox="435 220 1108 280">El Anestesiólogo rellenará la hoja anestésica con las incidencias anestésicas que se hayan producido.</p> <p data-bbox="435 287 1108 478">El personal de Enfermería cumplimentará en el Libro de Registro de Quirófano los datos administrativos del paciente, así como los datos del o de los Cirujanos, Anestelistas y personal de Enfermería que hayan intervenido, el diagnóstico, la intervención realizada, la fecha y hora de inicio y término de la misma.</p> <p data-bbox="435 485 1108 644">Una vez terminada la intervención, el paciente será remitido a la Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA), siendo trasladado por el Celador acompañado del Anestesiólogo y, al menos, un miembro de Enfermería, para recibir los cuidados inmediatos.</p> <p data-bbox="435 651 1108 848">Los pacientes que hayan sido intervenidos con cirugía abierta les será colocada una cánula de traqueotomía con neumotaponamiento, mientras que los que hayan sido intervenidos mediante cirugía endoscópica y láser CO<sub>2</sub> serán extubados. Posteriormente, será trasladado a la planta de hospitalización cuando lo disponga el Anestesiólogo encargado de la URPA.</p> <p data-bbox="435 855 1108 980">En la planta de hospitalización será recibido por el personal de Enfermería, cumplimentándose el Registro del Plan de Cuidados de Enfermería, y se le administrará la medicación prescrita por el Cirujano.</p> <p data-bbox="435 988 1108 1215">En planta, el paciente será valorado diariamente por el ORL encargado de la hospitalización junto con el personal de Enfermería, realizándose una cura diaria de la herida quirúrgica, cambio de cánula de traqueotomía, vigilancia de los drenajes y sonda de alimentación en su caso, control ante la posibilidad de que aparezcan comorbilidades en el paciente, y valorando la posible alteración en la pauta de medicación impuesta.</p> <p data-bbox="435 1223 1108 1450">Al recibir el alta, se le facilitará al paciente un informe escrito dirigido al Médico de Familia, donde se explicarán las pruebas exploratorias, el diagnóstico, y el tratamiento quirúrgico realizado. Se indicará igualmente el tratamiento médico pautado que debe administrarse al paciente, así como el tiempo estimado de baja laboral, junto con las pautas de revisiones en consulta por el ORL.</p> <p data-bbox="435 1457 1108 1548">Se le facilitarán al paciente las primeras recetas para comenzar el tratamiento médico instaurado, así como una cánula de repuesto en el caso de ser portador de ella.</p> <p data-bbox="435 1556 1108 1616">A los familiares de los pacientes se les instruirá en la limpieza, manejo y cambio de la cánula de traqueotomía en el domicilio.</p>

UAU de AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>10.</b> Cita para la 3ª Consulta de ORL</p>	<p>La cita será dada por el Personal Administrativo de la planta de hospitalización al ser dado de alta el paciente, con una gestión de los plazos que tenga en cuenta el tiempo que tardarán en llegar los resultados del estudio anatomopatológico a la consulta.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>11.</b> Valoración ORL: 3ª consulta</p>	<p>En esta 3ª consulta se valorará el estudio anatomopatológico de la pieza resecada, y se enviará al paciente, en caso necesario, y según los resultados de dicho estudio, para que sea sometido a un tratamiento oncológico bien mediante cobaltoterapia sola o junto con quimioterapia. Igualmente, se enviará al paciente que lo precise a rehabilitación de la voz con el fin de conseguir una voz erigimofónica. Se pautarán las revisiones periódicas oportunas y se dará un informe escrito al Médico de Familia de las exploraciones efectuadas y los plazos de revisiones pautadas.</p>

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p>1. Indicación de tratamiento quirúrgico</p>	<p>1.1. Una vez realizado el diagnóstico de la disfonía o establecida la sospecha diagnóstica, se realizará la correspondiente indicación quirúrgica terapéutica o diagnóstica, explicándosele al paciente y a sus familiares, de manera clara y comprensible, el diagnóstico cierto o sospechado, así como su evolución, el método quirúrgico elegido y el porqué de su realización, así como las ventajas y los posibles riesgos de los distintos tratamientos alternativos existentes.</p> <p>Igualmente, se les explicará la técnica quirúrgica, y en el caso de que ésta conlleve la pérdida de la voz, las posibilidades de recuperación de la misma mediante voz erigmofónica o fistuloplastia fonatoria.</p> <p>1.2. Al paciente se le entregará el correspondiente consentimiento informado donde se explicará de forma escrita todo lo anteriormente expuesto para su aprobación y firma.</p> <p>1.3. A aquellos pacientes que presenten un bajo riesgo anestésico (ASA I y II), se les explicará de una manera clara que serán intervenidos bajo el régimen de cirugía mayor ambulatoria, y en qué consiste dicho proceso. Se les hará entrega de un protocolo escrito con las posibles dudas y complicaciones que pudieran aparecer, los cuidados post-operatorios que deben seguir en su domicilio, así como un teléfono de contacto para poder mantener el contacto tras el alta.</p> <p>1.4. Una vez el paciente haya aceptado el tratamiento quirúrgico, se rellenará la hoja de Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ), según el decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que será firmada por el paciente.</p> <p>Los pacientes con patología tumoral clara o aquéllos en los que se sospeche su existencia, serán incluidos en el RDQ de manera que se asegure una correcta priorización.</p>

- 1.5. Los pacientes subsidiarios de cirugía mediante láser CO<sub>2</sub> serán remitidos de manera preferente a través de la UAU de AE al Hospital de referencia que posea dicha técnica quirúrgica dentro del SSPA.
- 1.6. Una vez realizada y aceptada la indicación quirúrgica, se le hará entrega al paciente del correspondiente estudio preanestésico (analítica hemática, coagulación, bioquímica completa, según protocolo del Hospital, Rx de tórax y ECG), así como de la hoja de interconsulta para Preanestesia.
- 1.7. El correspondiente RDO será remitido a la Unidad de Gestión Sanitaria.

Unidad de Gestión Sanitaria	
Actividades	Características de calidad
<p><b>2.</b> Gestión de cita para: Analítica. ECG. Rx. de tórax. Consulta de Preanestesia</p>	<p>2.1. Una vez recibida la hoja del RDO, se procederá al registro de la misma, incluyendo al paciente en la lista de espera quirúrgica, y registrando los datos administrativos y los datos clínicos con la codificación correspondiente de la CIE-9.</p> <p>2.2. Se procederá a dar la cita de Laboratorio, ECG y Radiología de manera coordinada, agrupándolos en el mismo día y en un tiempo medio inferior a una hora.</p> <p>2.3. Se procederá a dar la cita para la Consulta de Preanestesia, teniendo en cuenta la fecha estimada de recepción de los estudios complementarios realizados.</p> <p>2.4. Se dará la orden de traslado de la historia clínica del paciente desde el archivo a la Consulta de Preanestesia. Dicha historia será trasladada por el Celador y, a su recepción, se firmará "el recibí" en el correspondiente libro de registro por la persona encargada de la consulta.</p>

Laboratorio	
Actividades	Características de calidad
<p><b>3.</b> Gestión de la analítica</p>	<p>3.1. Se procederá al registro de la solicitud. Posteriormente se realizará la extracción de la muestra, registrando el o los tubos de las muestras con las correspondientes pegatinas. Se procesarán las muestras y se validarán los resultados, que serán enviados a la Consulta de Preanestesia.</p>

Consulta de ECG	
Actividades	Características de calidad
<p><b>4.</b> Gestión del ECG</p>	<p>4.1. Se procederá al registro de la solicitud, realización del ECG, validación del registro, y envío del mismo a la Consulta de Preanestesia.</p>

Radiología	
Actividades	Características de calidad
<p><b>5.</b> Gestión de la Rx. de tórax</p>	<p>5.1. Se procederá al registro de la solicitud, realización de las placas, realización del informe por el Radiólogo y envío de las placas con el informe a la Consulta de Preanestesia antes de la cita que se haya dado al paciente para la misma.</p>

Anestesiólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>6.</b> Gestión del informe de Preanestesia</p>	<p>6.1. Una vez valorado el paciente clínica y analíticamente por parte del Anestesiólogo, se realizará el correspondiente informe preanestésico, indicando el grado de ASA y otorgando la conformidad.</p> <p>6.2. Se hará constar en el informe la indicación de medicación preanestésica pautada.</p>

- 6.3. Se le entregará al paciente el consentimiento informado de los procedimientos anestésicos así como el de transfusión de sangre y hemoderivados en caso necesario, para su lectura y firma.
- 6.4. En caso de que se desaconseje la intervención, se pedirá la realización de más pruebas complementarias o bien la hoja de interconsulta a otros servicios.  
Si se sospecha patología tumoral, estos estudios se priorizarán para no demorar innecesariamente la intervención quirúrgica.
- 6.5. Una vez completado el estudio, la historia clínica se enviará a la Consulta de ORL.

ORL	
Actividades	Características de calidad
<p><b>7.</b> Valoración del estudio preanestésico</p>	<p>7.1. Una vez recibida la historia clínica desde la Consulta de Preanestesia, se valorará la misma, así como el grado de ASA, con el fin de indicar, si corresponde, la CMA y la premedicación propuesta según el protocolo de unidades farmacológica.</p> <p>7.2. A los pacientes que serán intervenidos en régimen de CMA, se les hará entrega de las recetas con la premedicación prescrita por Preanestesia para su administración domiciliaria.</p> <p>7.3. Cumplimentación del parte quirúrgico, en el que se reflejará: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y dos apellidos del paciente.</li> <li>• Fecha de la intervención.</li> <li>• Lugar dentro de la sesión operatoria.</li> <li>• Diagnóstico e intervención quirúrgica.</li> <li>• Tipo de anestesia.</li> <li>• Preparación del paciente.</li> <li>• Nombre del Cirujano y ayudantes.</li> </ul> </p> <p>7.4. Envío del parte quirúrgico a la UGS para coordinar el ingreso con la disponibilidad de camas.</p> <p>7.5. Envío de la historia clínica al Servicio de Admisión, junto con la fecha del ingreso y los datos del RDQ del paciente.</p>

## Servicio de Admisión

Actividades	Características de calidad
<b>8.</b> Gestión del ingreso del paciente	<p>8.1. Se procederá, con una antelación mínima de 72 horas, a llamar al paciente por teléfono indicándosele la fecha, hora y lugar del ingreso.</p> <p>8.2. A la presentación del paciente, se procederá a realizar el ingreso tomándole los datos administrativos de filiación y adjuntando las correspondientes pegatinas con dichos datos a la historia clínica.</p>

## Celador

Actividades	Características de calidad
<b>9.</b> Traslado a planta	<p>9.1. Se trasladará al paciente junto con su historia clínica a la planta.</p>

## Enfermería

Actividades	Características de calidad
<b>10.</b> Recepción en planta	<p>10.1. El paciente y la historia clínica serán recibidos en la planta por el Personal de Enfermería, que realizará la hoja de valoración inicial (protocolo de acogida).</p> <p>10.2. Se realizará la petición de la medicación preanestésica al Servicio de Farmacia según el protocolo de unidad farmacológica.</p> <p>10.3. Se procederá a la administración de la medicación preanestésica y a la profilaxis antibiótica y anticoagulante según el protocolo.</p> <p>10.4. Se procederá a realizar el control de las constantes (pulso, temperatura y presión arterial).</p> <p>10.5. Se procederá al rasurado, baño y aseo del paciente, así como a la limpieza de la ropa de cama antes de su traslado al quirófano.</p>

Celador	
Actividades	Características de calidad
<b>11.</b> Traslado al quirófano	El paciente será trasladado al quirófano 15 minutos antes de la hora prevista para la intervención.

## 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 identificativas 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

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-0556	Semiología bioquímica e indicación de las pruebas complementarias en el proceso	I	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	I	I	I				
C-0509	Conocimiento de cuidados postquirúrgicos y ostomías	I	I	I				
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	I	I	I				
C-0135	Documentación clínica	I	I	I				
C-0606	Tratamiento quirúrgico según etiología	I	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	I	I	I				
C-0459	Organización del SNS y comunidades andaluzas	D	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-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-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				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	D	I				
C-0531	Conocimiento de medicinas alternativas	D	D	I				
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad	D	D	I				

## HABILIDADES

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-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0305	Cuidados postquirúrgicos (curas, retirada de suturas, manejo de drenajes)	I	I	I				
H-0411	Técnicas de exploración física específicas según proceso	I	I	I				
H-0379	Manejo técnicas quirúrgicas según proceso	I	I	I				
H-0410	Ejercicios de rehabilitación específicos según proceso	I	I	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0272	Capacidad de comunicación	D	I	I				
H-0178	Comunicación no verbal	D	I	I				
H-0338	Capacidad de aplicar criterios de calidad en la práctica habitual	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0009	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-0311	Registro y cumplimentación de datos	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				

## ACTITUDES

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-0012	Escucha activa, asertividad	I	I	I				
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)	I	I	I				
A-0025	Metódico, sistemático	I	I	I				
A-0026	Optimista, vitalista	I	I	I				
A-0034	Tolerante dialogante y autocontrol	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-0005	Capacidad de integración entre las áreas y líneas	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	Soprote 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				

**HABILIDADES**

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	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				

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
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 ilusonar, 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				

## ACTITUDES

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 DISFONÍA

### 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	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en Soporte 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-0135	Documentación clínica	El/la profesional conoce los documentos clínicos específicos necesarios para el desarrollo de su actividad profesional
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 y 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 Sistema Sanitario Público de Andalucía	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-0459	Organización del SNS y comunidades andaluzas	El/la profesional conoce la organización del Sistema Nacional de Salud y su especificidad en cada autonomía

## CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	Técnicas específicas
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	Técnicas específicas
C-0509	Conocimiento de cuidados postquirúrgicos y ostiomias	Técnicas específicas
C-0527	Conocimiento de escalas de valoración de discapacidad	Técnicas específicas
C-0531	Conocimiento de medicinas alternativas	Técnicas específicas
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	Técnicas específicas
C-0556	Semiología bioquímica e indicación de las pruebas complementarias en el 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-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	Específico por patología
C-0606	Tratamiento quirúrgico según etiología	Técnicas específicas
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	El/la profesional posee conocimientos sobre aquellos aspectos relevantes del desarrollo evolutivo del niño y/o adolescente que influyen en su comportamiento y pueden afectar a su relación con el profesional

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer de una gran cantidad de información lo esencial, 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. Estos 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 calidad 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 en base a su responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, no requiriendo 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
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 para con su tiempo y con el de los demás

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
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, generándose un entorno de apoyo mutuo
H-0078	Afrontamiento del estrés	El 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-0178	Comunicación no verbal	El/la profesional maneja bien la comunicación no verbal de forma habitual
H-0180	Manejo del aparataje necesario para aplicar los conocimientos señalados	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-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-0305	Cuidados postquirúrgicos (curas, retirada de suturas, manejo de drenajes)	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
H-0357	Elaboración diagnóstico de enfermería	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0379	Manejo de técnicas quirúrgicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0410	Ejercicios de rehabilitación específicos según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0411	Técnicas de exploración física específicas según proceso	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 cómo obtener un aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria
A-0005	Capacidad de integración entre las áreas y líneas	El/la profesional vive la organización como un todo, sin departamentos o estructuras estancas, sabiendo establecer mecanismos de relación entre todos ellos.
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-0012	Escucha activa, asertividad	El/la profesional sabe estar al tanto de lo que dicen los demás, tiene una predisposición positiva a incorporar otras ideas, sin prejuicios previos y sabiendo aceptar las opiniones de los demás
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-0025	Metódico, sistemático	El/la profesional realiza su trabajo con procedimiento y sistema
A-0026	Optimista, vitalista	El/la profesional intenta buscar siempre lo positivo de las situaciones, transmite energía positiva y estimulante
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-0034	Tolerante dialogante y autocontrol	El/la profesional manifiesta una actitud moderada en su comunicación interpersonal, no dejándose llevar por reacciones exageradas
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 al 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 cuánto hace y cómo lo hace
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional busca aportar algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que procura la mejora

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
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, sabe establecer mecanismos de potenciación.
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional
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 que 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 GENERALES	REQUISITOS
<b>Papelería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de historia clínica y filiación.</li> <li>• Documentos de consentimiento informado.</li> <li>• Documentos de Registro de Demanda Quirúrgica.</li> <li>• Documentos con las normas de higiene vocal.</li> </ul>	Formalizados por la Comisión de Documentación Clínica del Hospital
<b>Informática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordenadores en red (Intranet)</li> </ul>	
<b>Instrumental y aparataje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AP:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otoscopio.</li> <li>- Linterna.</li> <li>- Fonendoscopio.</li> </ul> </li> </ul>	Formalizado por el Servicio de Electromedicina del Hospital
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORL:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sillón exploratorio. →</li> <li>- Instrumental de exploración básica ORL.</li> <li>- Fibrolaringoscopio sin canal.</li> <li>- Torre de endoscopia (fuente de luz, cámara, monitor y video).</li> <li>- Fibrolaringoscopio con canal. →</li> </ul> </li> </ul>	<p>Uno por cada Consulta de ORL</p> <p>Uno por cada Hospital y Servicio de ORL.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Voz:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de estroboscopia → (telaringscopio, fibrolaringoscopio con/sin canal, fuente de luz, cámara, monitor, video).</li> <li>- Equipo informatizado de análisis de la voz.</li> </ul> </li> </ul>	Una por cada Hospital de referencia según el volumen de la población.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Logopedia: →               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espejo de pared.</li> <li>- Camilla.</li> <li>- Grabadora audio/video.</li> <li>- Teclado.</li> </ul> </li> </ul>	Una por cada Hospital

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES	REQUISITOS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quirófano:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Microscopio quirúrgico. →</li> <li>- Caja de instrumental de microcirugía laríngea de Bouchayer con espátulas y sistema de suspensión para microlaringoscopia directa.</li> <li>- Caja de cirugía de cuello y/o laríngea. →</li> <li>- Láser CO<sub>2</sub>, caja de instrumental de microcirugía láser con sus espátulas correspondientes. →</li> </ul> </li> </ul>	<p>Uno por cada Hospital Dos por cada Hospital</p> <p>Una por cada Hospital</p> <p>Uno por cada Hospital de referencia según volumen de población</p>
<b>Material fungible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasas, guantes, depresores linguales, servilletas de papel.</li> <li>• Cánulas de traqueotomía.</li> <li>• Cintas vídeo / audio.</li> <li>• Anestesia tópica/local.</li> <li>• Tubos endotraqueales láser.</li> </ul>	Según stock de consumo
<b>Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de Familia.</li> <li>• Otorrinolaringólogo.</li> <li>• Logopeda.</li> <li>• Diplomado en Enfermería.</li> <li>• Diplomado en Enfermería instrumentista.</li> <li>• Auxiliar de Clínica.</li> <li>• Auxiliar Administrativa.</li> <li>• Celadores.</li> </ul>	El personal necesario para asegurar un servicio sanitario eficiente

## Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	
Unidad de Atención al Usuario de AP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de citas para el Médico de Familia.</li> <li>- Gestión de citas para Radiología.</li> </ul>
Servicio de Radiodiagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización de las pruebas sin demoras injustificadas.</li> <li>- Realización de las pruebas de forma eficiente, evitando pérdida de solicitudes o de informes.</li> </ul>
Unidad de Atención al Usuario de AE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de citas para ORL.</li> <li>- Gestión de citas para Consultas de AE no ORL.</li> <li>- Gestión de citas para pruebas complementarias.</li> </ul>
Unidad de Gestión Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión del Registro de Demanda Quirúrgica.</li> <li>- Gestión del circuito preoperatorio.</li> </ul>
Consulta de Enfermería de extracciones y de recogida de muestras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extracción de muestras sanguíneas.</li> <li>- Correcta identificación de las muestras.</li> <li>- Control adecuado de la actividad diaria de la consulta.</li> </ul>
Servicio de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de las muestras recibidas evitando pérdidas por extravío o por ruptura.</li> <li>- Procesado en tiempo previsto.</li> </ul>
Servicio de Anatomía Patológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe rápido y efectivo de las muestras analizadas (biopsias con sospecha neoplásica menor o igual a una semana).</li> <li>- Correcta identificación de las muestras, evitando las pérdidas de informes.</li> </ul>
Laboratorio de la Voz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No demorar el estudio más de 15 días.</li> <li>- Realización con soporte videográfico e informatizado para comparar en controles posteriores y creación de una base de datos digitalizada en el Hospital.</li> </ul>
Servicio de Anestesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración preanestésica según la sospecha diagnóstica.</li> </ul>
Servicio de Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización del tratamiento con radioterapia de forma efectiva.</li> <li>- Comenzar el tratamiento con radioterapia sin demoras innecesarias tras el tratamiento quirúrgico.</li> </ul>

Logopedia	- Comenzar el tratamiento rehabilitador sin demoras innecesarias tras el tratamiento quirúrgico.
Servicio de Almacén	- Control y provisión adecuados de todo el material necesario para el desarrollo del proceso.
Servicio de Farmacia	- Control y provisión adecuados de todos los fármacos necesarios en el desarrollo del proceso.
Servicio de Lavandería	
Servicio de Lencería	- Provisión adecuada de ropa de cama y aseo.
Servicio de Limpieza	
Servicio de Cocina	
Servicio de Mantenimiento	- Ajuste de la temperatura y humedad del Hospital.
Servicio de Esterilización	- Instrumental estéril con horario ajustado al comienzo de la sesión quirúrgica.
Administración	



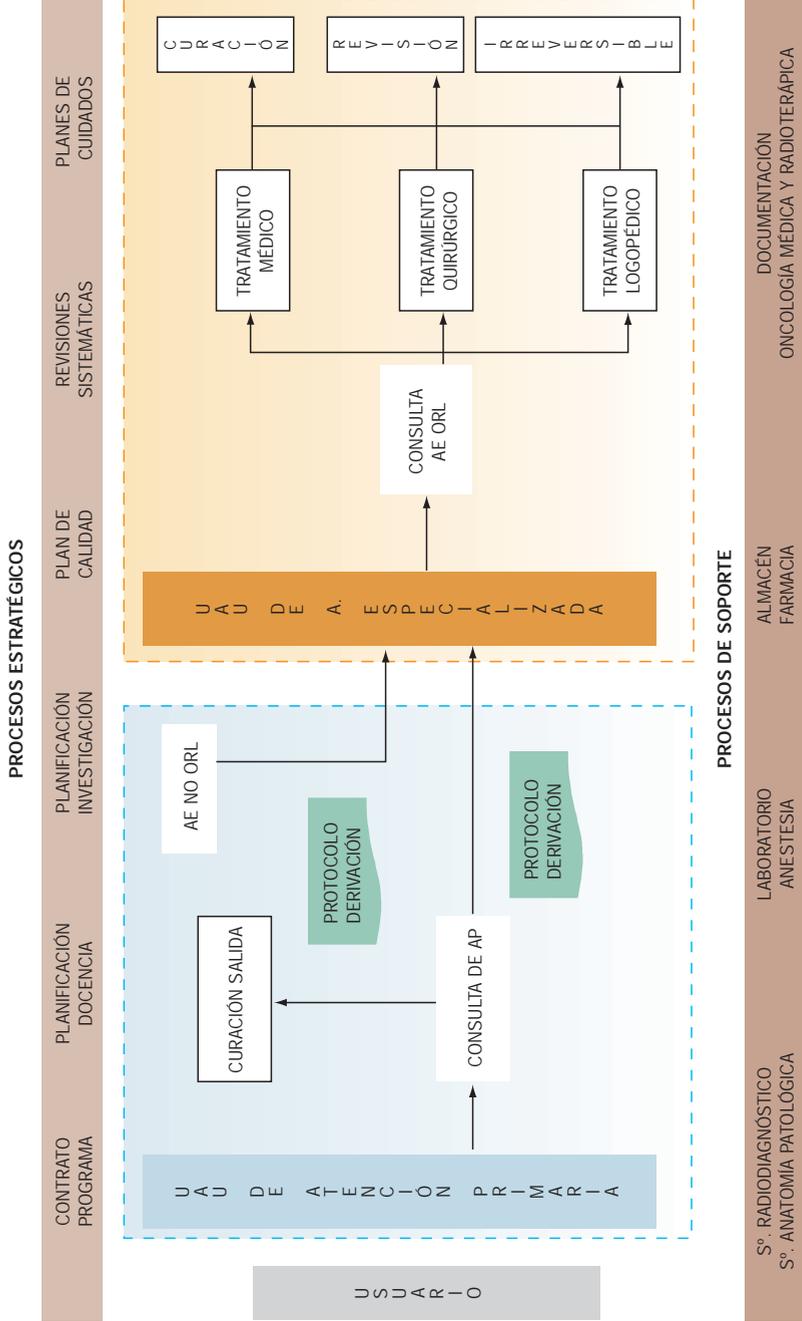
procesos  
asistenciales

# 5

## REPRESENTACIÓN GRÁFICA

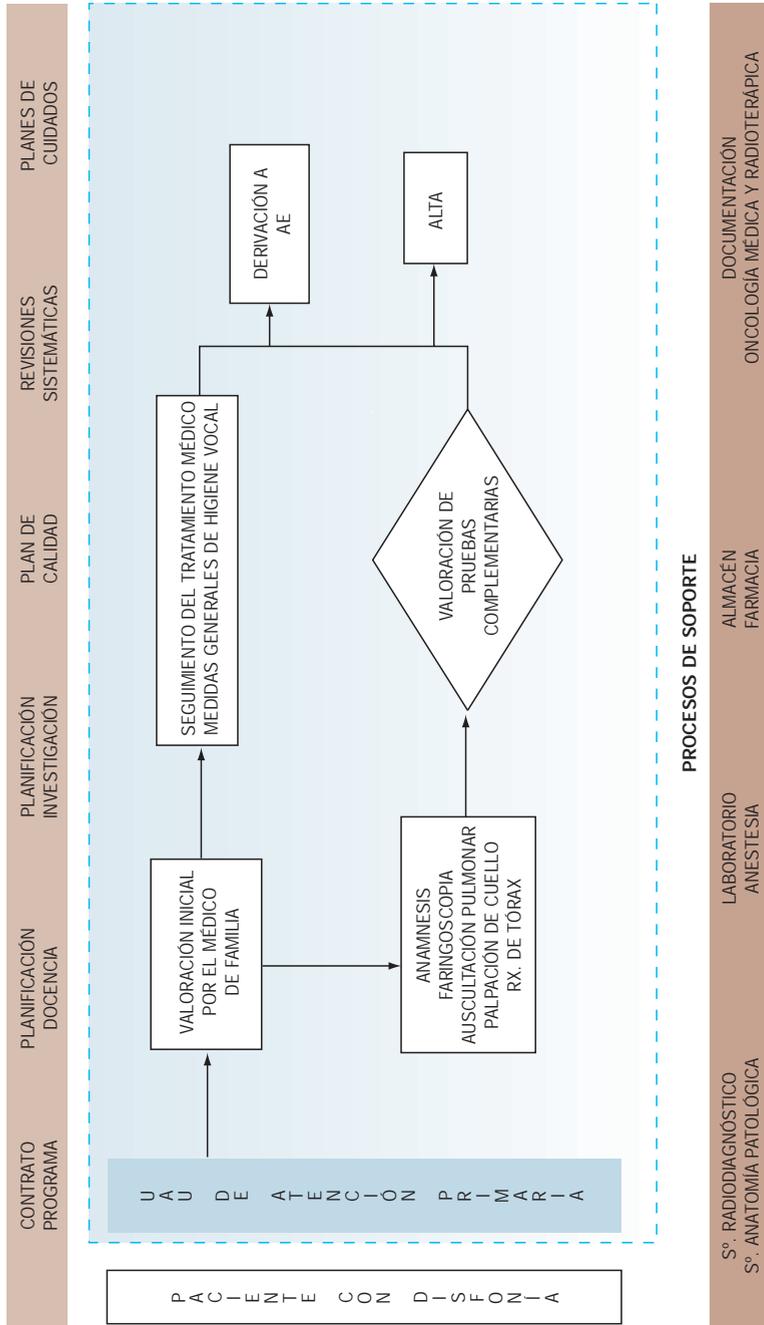


# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. PROCESO DISFONÍA



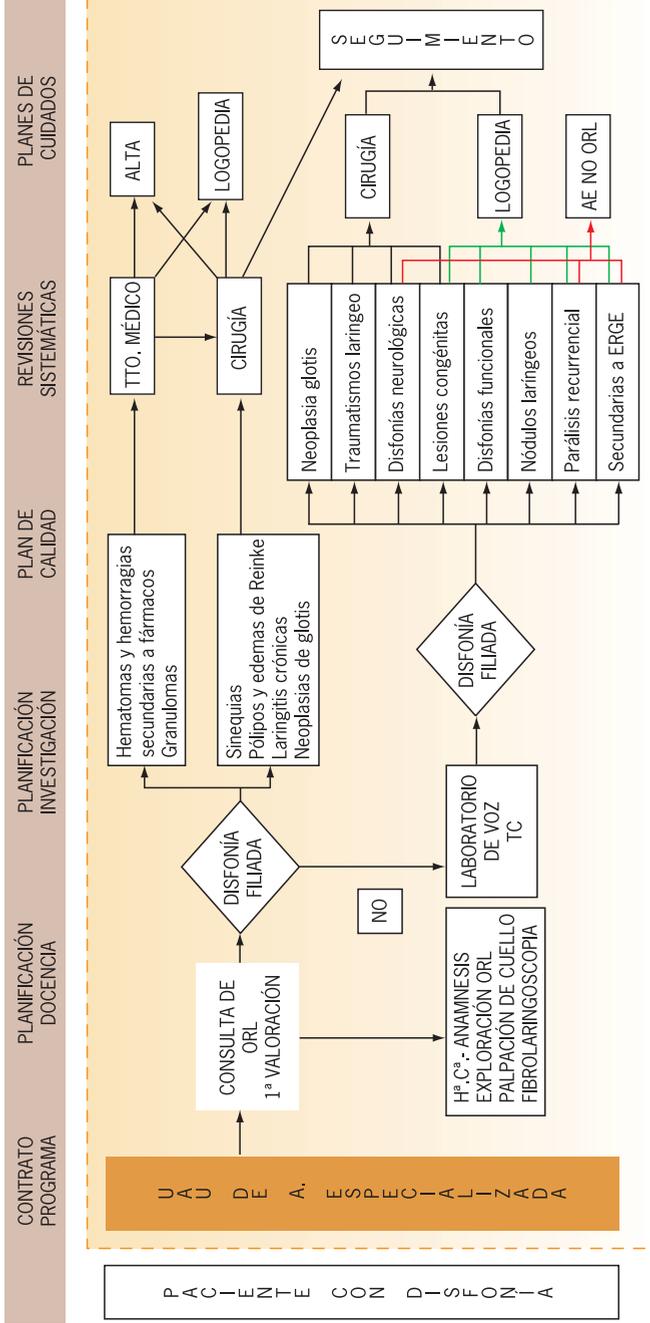
# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2A: DISFONÍA. ATENCIÓN EN AP

## PROCESOS ESTRATÉGICOS

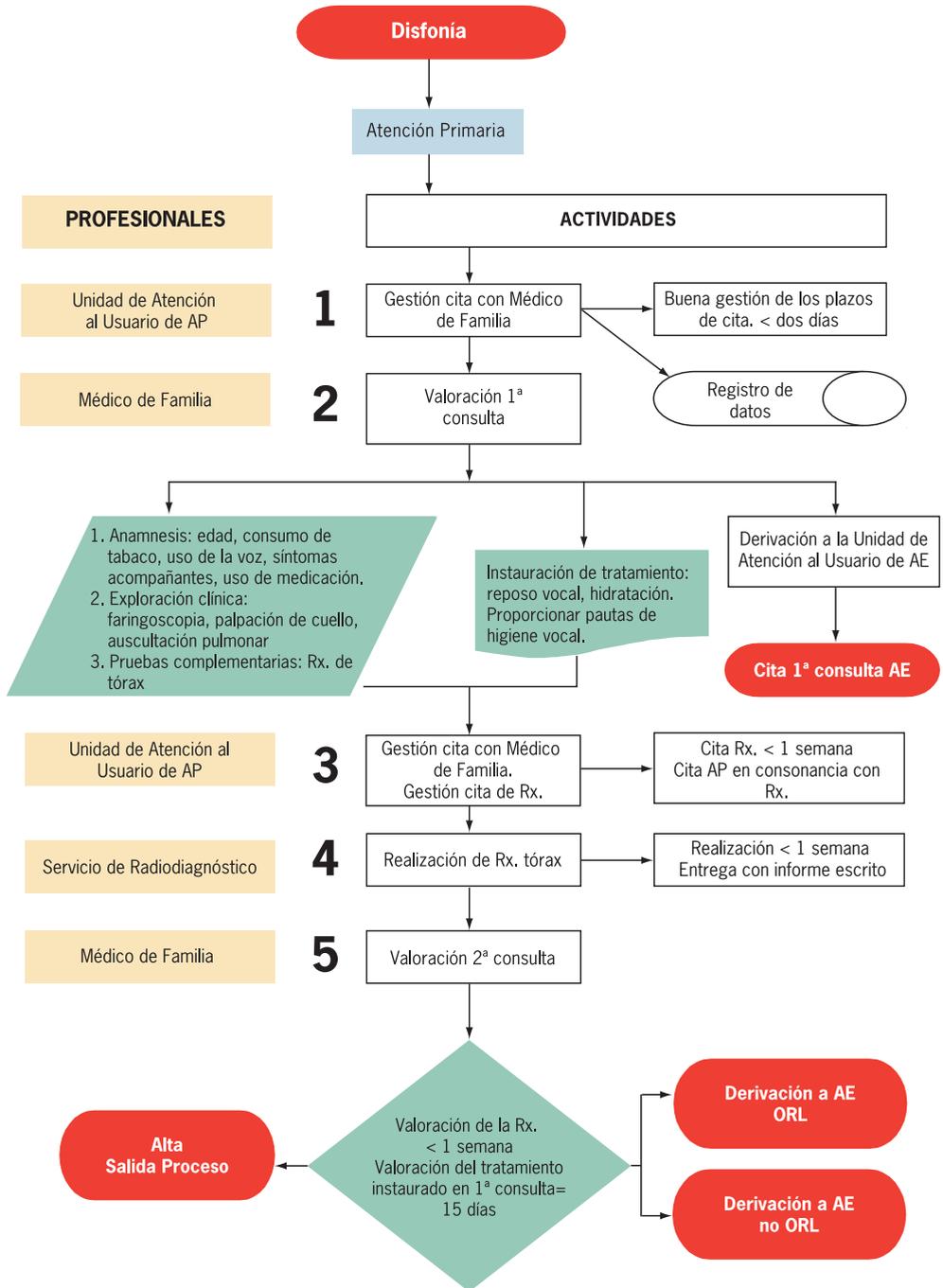


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2B: DISFONÍA. ATENCIÓN EN AE

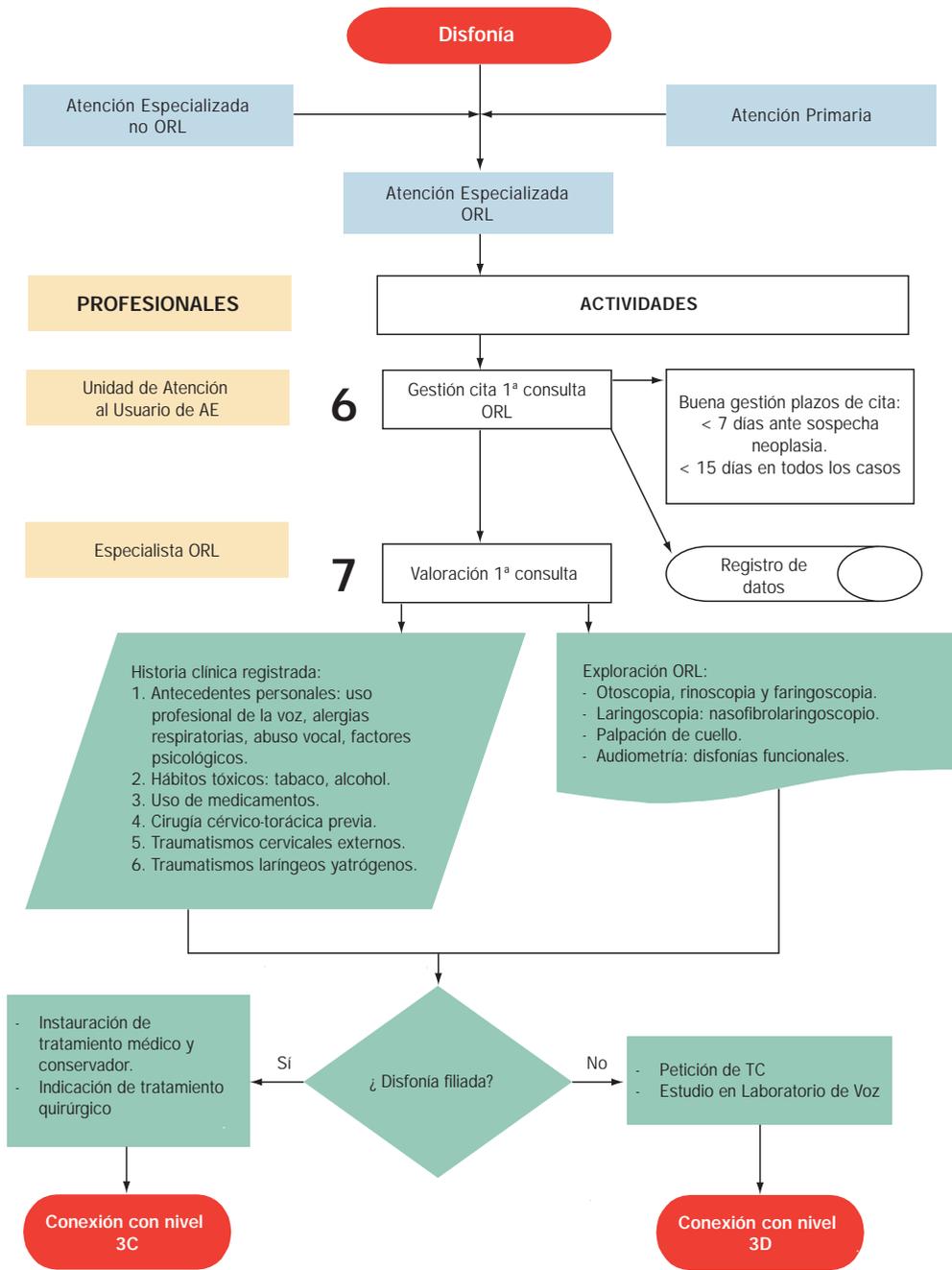
PROCESOS ESTRATÉGICOS



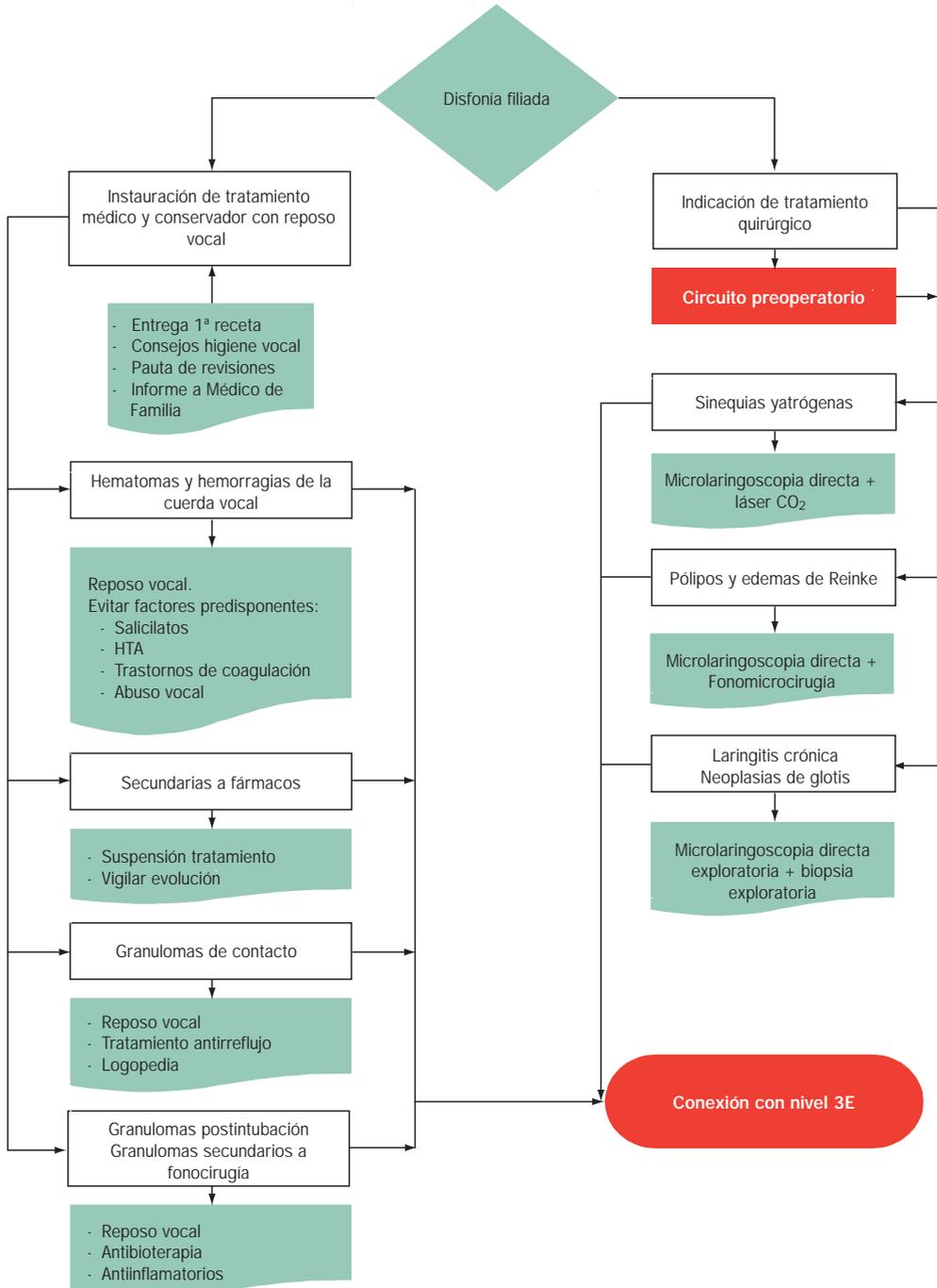
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3A: PROCESO DISFONÍA. ATENCIÓN EN AP



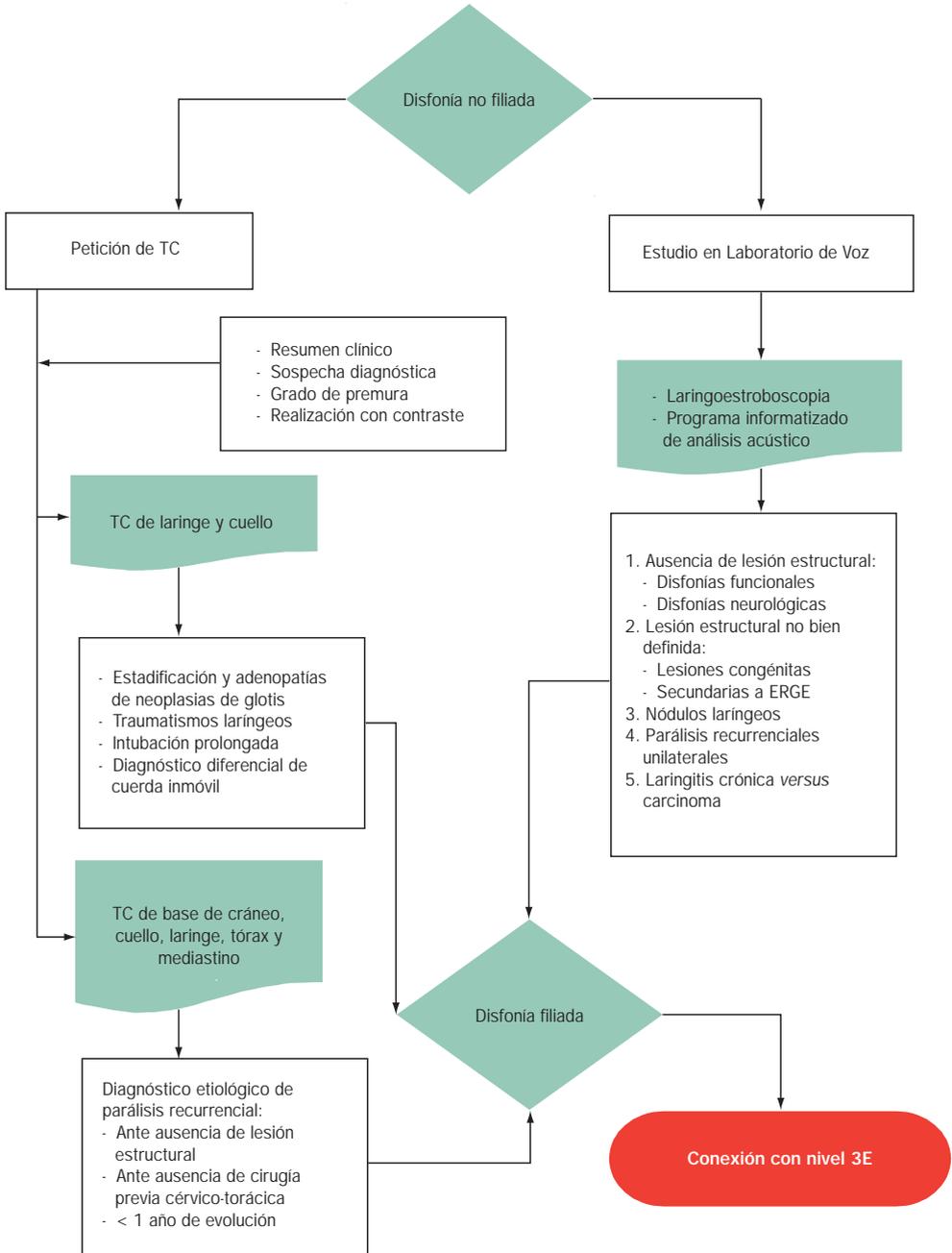
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3B: PROCESO DISFONÍA. ATENCIÓN EN AE**



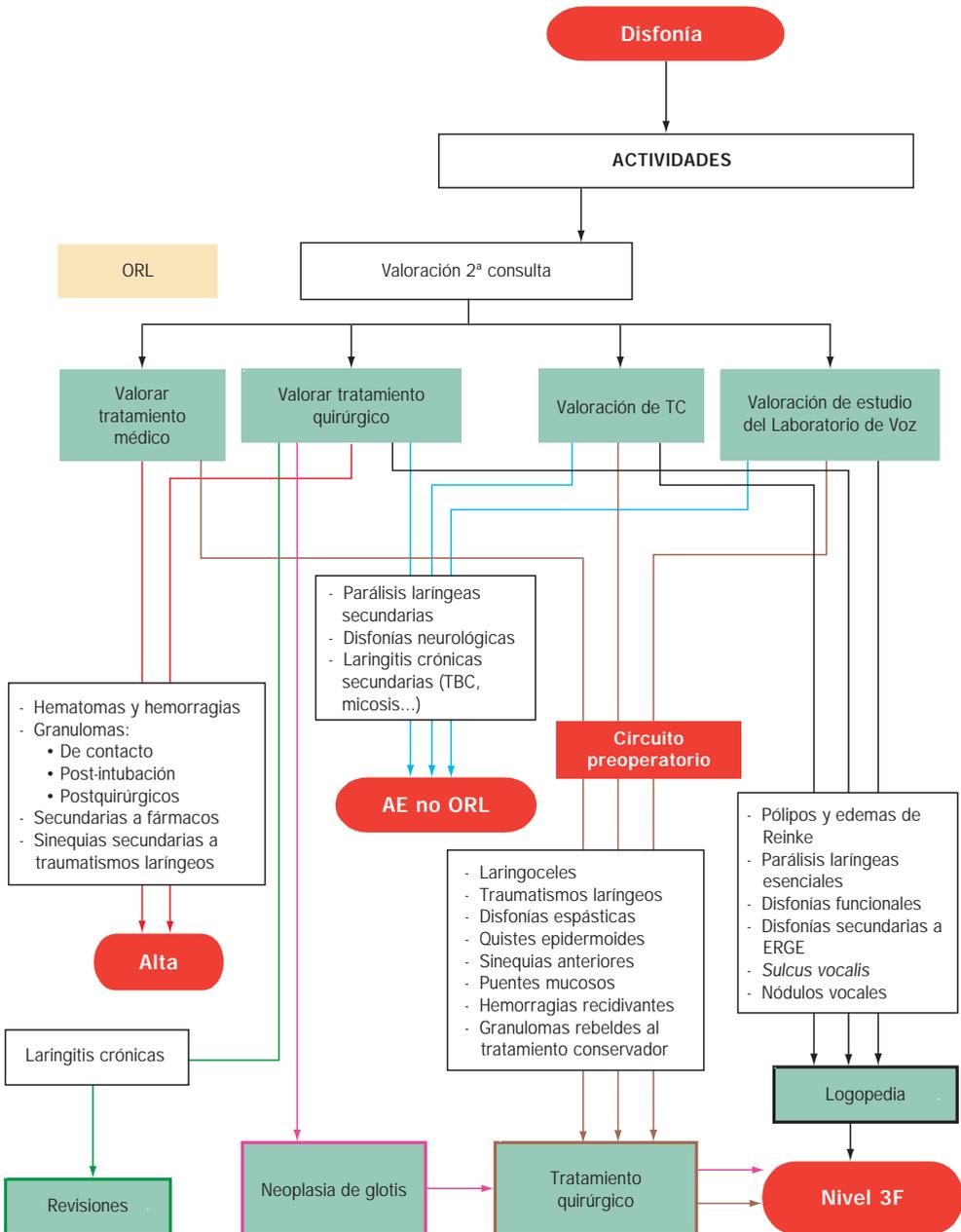
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3C: PROCESO DISFONÍA. ATENCIÓN EN AE.  
DISFONÍA FILIADA



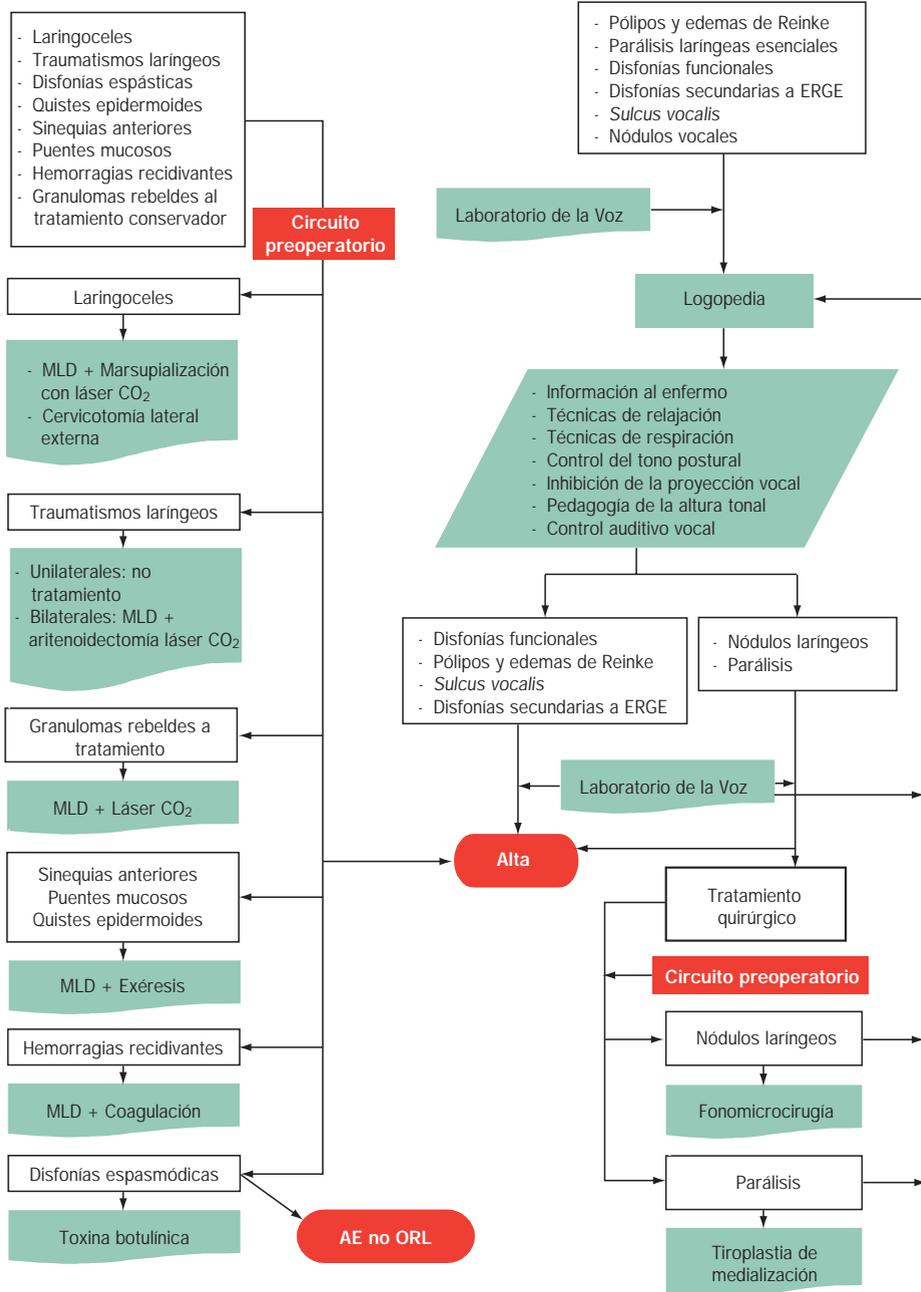
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3D: PROCESO DISFONÍA. ATENCIÓN EN AE.  
DISFONÍA NO FILIADA



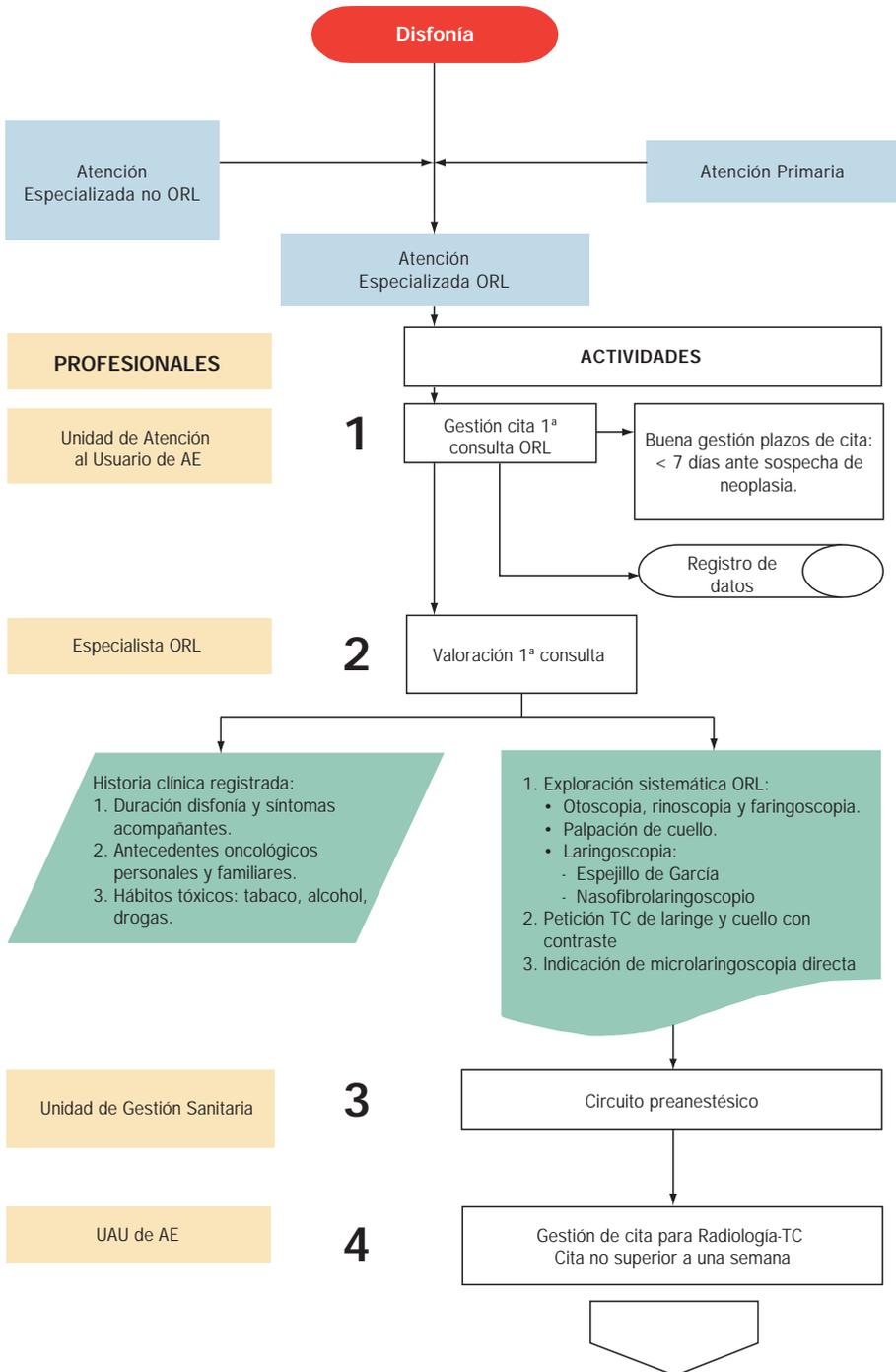
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3E: PROCESO DISFONÍA. ATENCIÓN EN AE.  
2ª CONSULTA ORL

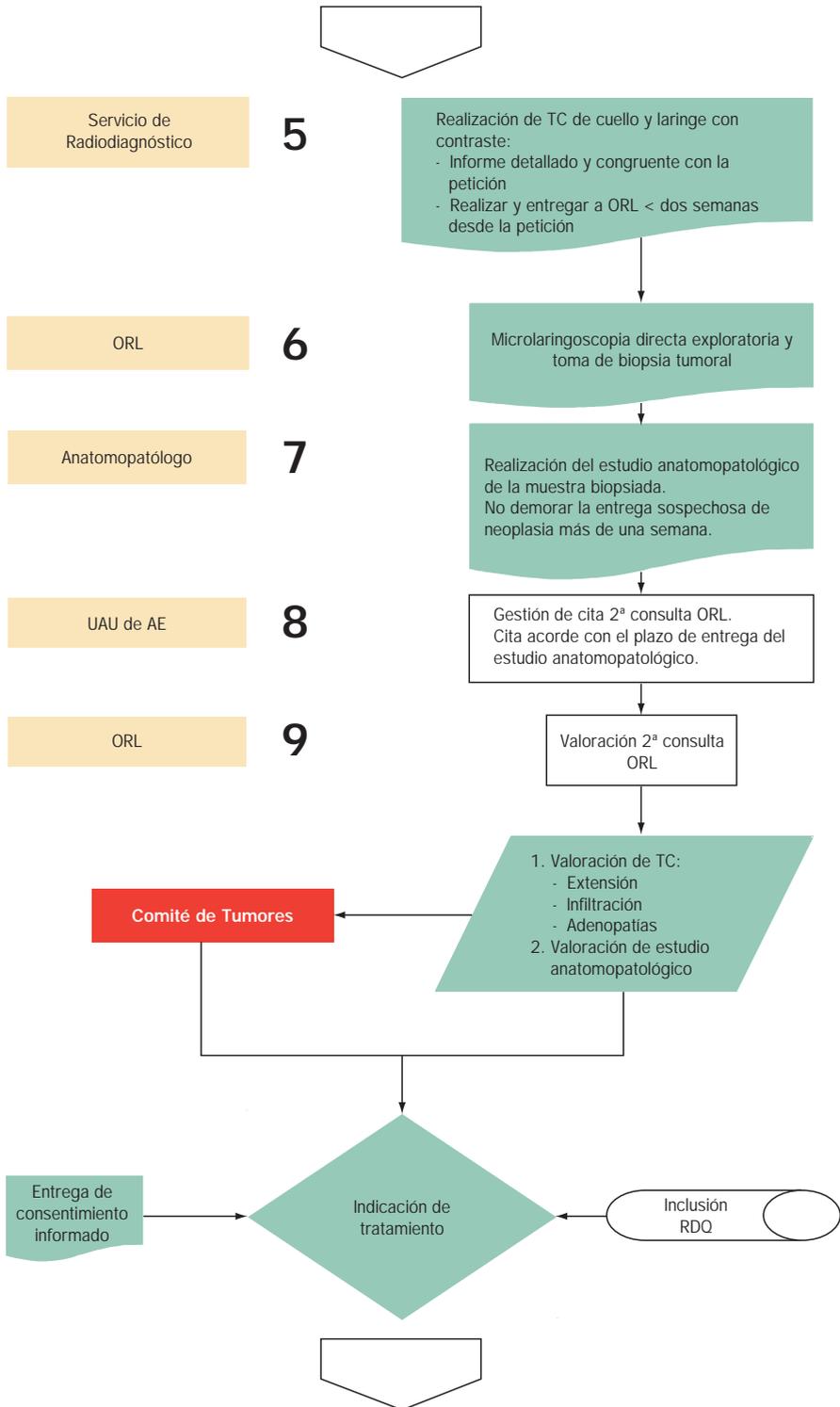


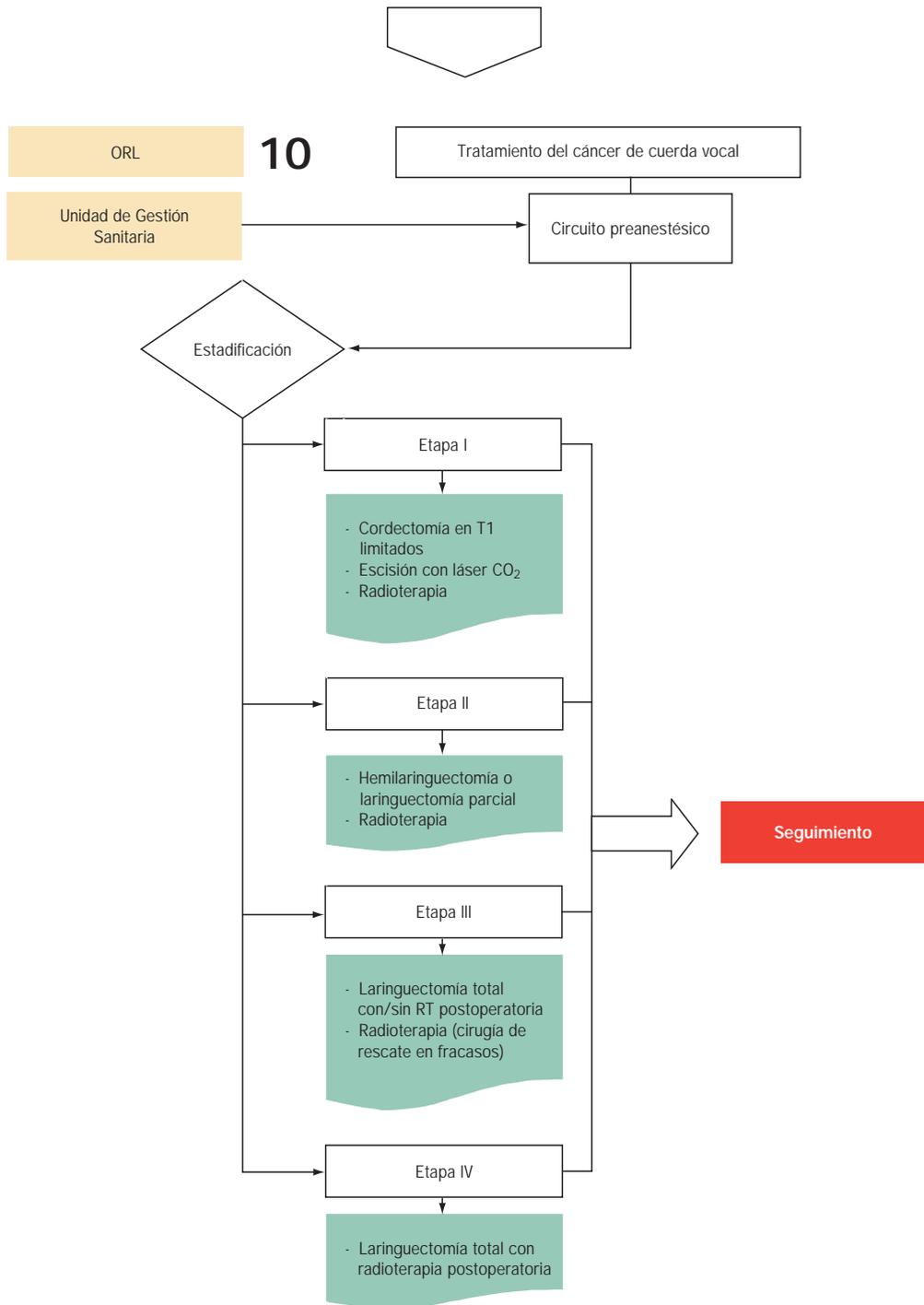
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3F: PROCESO DISFONÍA. ATENCIÓN EN AE.  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y LOGOPÉDICO**



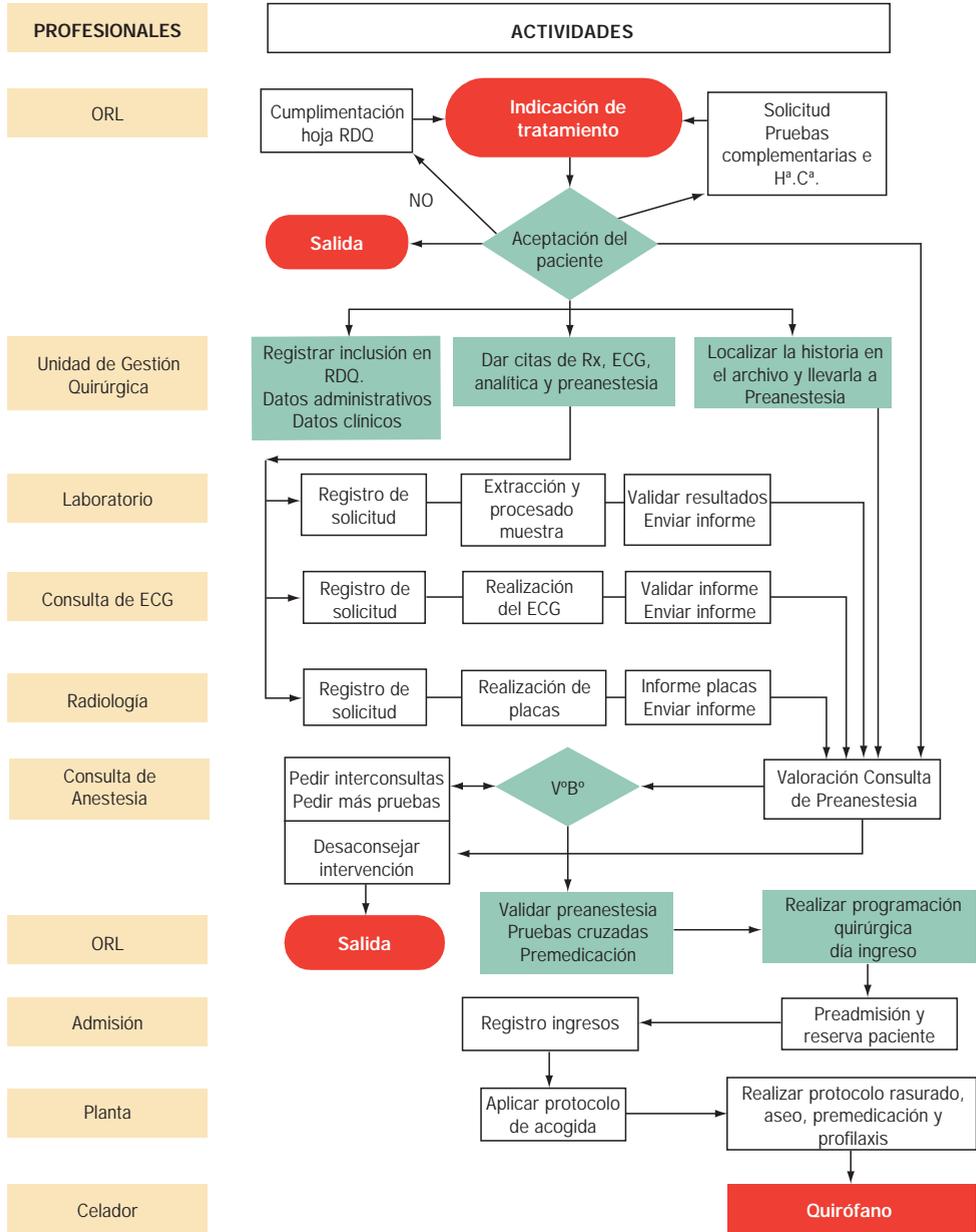
## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3G: PROCESO DISFONÍA. CÁNCER DE CUERDA VOCAL







## ARQUITECTURA DEL CIRCUITO PREOPERATORIO



# 6 INDICADORES

## ATENCIÓN PRIMARIA

- Adecuación de criterios de derivación de Atención Primaria a Especializada: porcentaje de derivación que cumple los criterios establecidos para dicha derivación.
  - Disfonía igual o mayor a 15 días.
  - Paciente mayor de 50 años y fumador de más de 20 cigarrillos por día.
  - Radiología de tórax anómala.
  - Palpación de adenopatías cervicales positivas.

## ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Porcentaje de petición de TC ajustados a indicaciones.
- Porcentaje de resultados anatomopatológicos negativos sobre laringoscopias directas realizadas ante sospecha de neoplasias laríngeas.
- Porcentaje de CMA en pacientes con ASA I y II.

- Tiempo global del proceso en neoplasias laríngeas desde que el paciente entra en contacto con Atención Primaria hasta la realización de un tratamiento quirúrgico curativo: un mes.
- Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica preoperatoria en laringectomías.
- Estancia media ajustada al estándar definido.

## LOGOPEDIA

- Porcentaje de pacientes que requieren tratamiento tras su diagnóstico y orientación, y lo reciben.

## CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE GLOTIS

### CLASIFICACIÓN TNM DE LA UICC.

#### Tumor primario (T):

**TX:** No puede evaluarse el tumor primario.

**TO:** No hay evidencia de tumor primario

**Tis:** Carcinoma *in situ*.

**T1:** Tumor limitado a la(s) cuerda(s) vocal(es) (puede afectar la comisura anterior o posterior) con movilidad normal.

- **T1a:** Tumor limitado a una cuerda vocal.
- **T1b:** Tumor que afecta a ambas cuerdas vocales.

**T2:** Tumor que se extiende a la supraglotis y/o subglotis y/o con deterioro de la movilidad de la cuerda vocal.

**T3:** Tumor limitado a la laringe con fijación de la cuerda vocal.

**T4:** Tumor que invade el cartilago tiroides y/o se extiende a otros tejidos más allá de la laringe.

#### Ganglios linfáticos regionales (N):

**NX:** No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales.

**NO:** No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

**N1:** Metástasis en sólo un ganglio linfático ipsilateral, 3 cm o menos en su diámetro mayor.

**N2:** Metástasis en sólo un ganglio linfático ipsilateral, más de 3 cm pero no más de 6 cm en su diámetro mayor, o en ganglios linfáticos ipsilaterales múltiples, ninguno de más de 6 cm en su diámetro mayor, o en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno de más de 6 cm en su diámetro mayor.

- **N2a:** metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral de más de 3 cm pero no más de 6 cm en su diámetro mayor.
- **N2b:** metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno de más de 6 cm en su diámetro mayor.
- **N2c:** metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno de más de 6 cm en su diámetro mayor.

**N3:** metástasis en un ganglio linfático de más de 6 cm en su diámetro mayor.

### **Metástasis distantes (M):**

**Mx:** No puede evaluarse la metástasis distante.

**MO:** No hay metástasis distante.

**M1:** Metástasis distante.

### **CLASIFICACIÓN DE ETAPAS SEGÚN LA AJCC (COMITÉ ADJUNTO AMERICANO PARA EL CÁNCER):**

**Etapa 0:** Tis, N0, M0.

**Etapa I:** T1, N0, M0.

**Etapa II:** T2, N0, M0.

**Etapa III:** T3, N0, M0.  
T1, N1, M0.  
T2, N1, M0.  
T3, N1, M0.

**Etapa IVA:** T4, N0, M0.  
T4, N1, M0.  
Cualquier T, N2, M0.

**Etapa IVB:** Cualquier T, N3, M0.

**Etapa IVC:** Cualquier T, Cualquier N, M1.

### MEDIDAS GENERALES DE HIGIENE VOCAL

La voz llega lejos siempre que se emita sin esfuerzo y de forma correcta y espontánea dirigida hacia el interlocutor.

Para conservarla sana, particularmente en aquellas personas que tienen mayor debilidad vocal y tendencia al sobreesfuerzo, debemos observar una serie de consejos que aumentarán su rendimiento, prevendrán trastornos y otras alteraciones.

- Cuide la posición corporal, manteniendo su espalda recta mientras habla, permaneciendo tranquilo y buscando la máxima elasticidad.
- Evite hablar mientras hace algún esfuerzo físico o psíquico, para no transmitir tensión a la laringe.
- Evite el sedentarismo y la pérdida de elasticidad.
- Descanse entre 7 y 9 horas diarias.
- Evite los esfuerzos físicos y vocales sin un previo calentamiento.
- Adquiera un hábito respiratorio adecuado completo:
  - Evite ropas ajustadas o estrechas (cinturones, corbatas).
  - Procure que la inspiración sea nasal.
  - Haga ejercicios respiratorios al levantarse.
  - Procure no hablar con la boca ocupada.
- Evite en lo posible los ambientes ruidosos y con mala acústica, así como el uso excesivo de radiocasete portátil para proteger su audición y no competir con el ruido ambiental forzando la voz.
- Cuide la temperatura y el grado de humedad de su hogar y, sobre todo, el aire acondicionado para evitar la sequedad de las mucosas.
- Regule o evite el consumo excesivo de sustancias irritantes o excitantes como el café, té, tabaco, drogas, alcohol, bebidas excesivamente frías.
- Evite la inhalación de olores fuertes, tóxicos o irritantes (disolventes, desinfectantes, lejías, etc...).
- Realice comidas ligeras antes de realizar un esfuerzo vocal.
- Cuide su higiene oral y dental, así como su alimentación (dulces, azúcares, frutos secos).
- Evite gritar, carraspear, toses bruscas, voz cuchicheada y otros hábitos nerviosos.
- Solicite ayuda profesional cuando, debido a su profesión, necesite realizar una educación vocal.
- Guarde el máximo reposo posible de voz cuando se encuentre acatarrado. Si antes de 15 días no ha desaparecido la ronquera, debe consultar con su médico.

## CONSEJOS PARA EL DOCENTE:

- Utilizar un micrófono siempre que sea posible.
- Utilizar borradores húmedos y tizas que no desprendan partículas de polvo.
- Escoger un día a la semana para realizar actividades escritas (preferentemente el miércoles).
- Dar parte de la hora de clase en el centro del aula.
- Elegir semanalmente a un alumno o grupo para que se prepare un tema y lo exponga en clase.
- Establecer un código con los alumnos para evitar los gritos.

### RECOMENDACIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO PARA LA CORRECTA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DISFONÍA

Sería necesario:

1. La designación de, al menos, un responsable del proceso a nivel del área sanitaria.
2. La existencia de una relación directa y fluida entre el responsable del proceso y los distintos niveles asistenciales (AP y AE).
3. La disponibilidad de contacto vía telefónica entre el responsable del proceso y los diferentes niveles asistenciales con el fin de solucionar los problemas que puedan surgir, en el desarrollo del proceso, de forma inmediata.
4. La creación de Consultas de Alta Resolución (CAR) de ORL en los centros periféricos de especialidades, donde se realizaría la primera consulta de Asistencia Especializada descrita en el proceso para agilizarlo y eliminar los pasos innecesarios.
5. La creación de Unidades de Estudio de la Voz, como exigencia imprescindible del SSPA, al menos, una por provincia y ubicadas en todos los hospitales de tercer nivel.
6. Las Unidades de la Voz estarán compuestas por Médicos ORL polarizados hacia los problemas de la voz, Logopedas, y Psicólogos.
7. La mayor dotación de recursos en Logopedia y existencia de psicólogos para el tratamiento de esta patología.
8. Que la consideración laboral de técnicos especialistas en Logofoniatría en el SAS se corresponda con la cualificación universitaria y titulación de diplomados en Logopedia o profesores de Logofoniatría y Logopedia de estos profesionales.
9. El diagnóstico precoz en las neoplasias de cuerda vocal, para lo cual es imprescindible que las consultas de ORL dispongan de los medios y recursos necesarios (fibrolaringoscopia) para realizar un estudio laríngeo.
10. Realización de un tratamiento conservador y funcional laríngeo a los pacientes con neoplasia de cuerda vocal. Para ello, es imprescindible disponer de láser CO<sub>2</sub> en número suficiente en el SSPA (uno por provincia, y en todos los hospitales de tercer nivel).



procesos  
asistenciales

## BIBLIOGRAFÍA

1. Simpson CB, Fleming DJ.  
Anamnesis médica y vocal en la valoración de disfonía.  
Otolaryngol Clin North Am. 2000; 33(4): 667-676.
2. Virtaniemi JA, Hirvikoski PP, Kumpulainen EJ, Johansson RT, Pukkala E, Kosma VM.  
Is the subsite distribution of laryngeal cancer related to smoking habits?  
Acta Oncol. 2000; 39(1): 77-9.
3. Verdolini K, Ramig LO.  
Review: occupational risks for voice problems.  
Logoped Phoniatr Vocol. 2001; 26(1): 37-46.
4. Calas M, Verhulst J, Lecoq M, Dalleas B, Seilhean M.  
Vocal pathology of teachers.  
Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 1989; 110(4): 397-406.
5. Spiegel JR, Hawkshaw RN, Sataloff RT.  
Disfonía relacionada con tratamiento médico.  
Otolaryngol Clin North Am. 2000; 33(4): 715-727.
6. Lavy JA, Wood G, Rubin JS, Harries M. Related Articles  
Dysphonia associated with inhaled steroids.  
J Voice. 2000; 14(4): 581-8.
7. García-Tapia R., Cobeta I.  
Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz.  
Ponencia Oficial del XVI Congreso Nacional de la SEORL. 1996.
8. Habermann W, Berghold A, DeVaney TT, Friedrich G.  
Carcinoma of the larynx: predictors of diagnostic delay.  
Laryngoscope. 2001; 111(4 Pt 1): 653-6.
9. Hocevar-Boltezar I, Radsel Z, Zargi M.  
The role of allergy in the etiopathogenesis of laryngeal mucosal lesions.  
Acta Otolaryngol Suppl. 1997; 527: 134-7.
10. Roy N, Bless DM, Heisey D.  
Personality and voice disorders: a multitrait-multidisorder analysis.  
J Voice. 2000; 14(4): 521-48.
11. García Álvarez CD, Campos Banales ME, López Campos D, Rivero J, Pérez Pinero B, López Aguado D.  
Pólipos, nódulos y edema de Reinke: Estudio epidemiológico e histopatológico.  
Acta Otorrinolaringol Esp. 1999; 50(6): 443-7.

12. Ulualp SO, Toohill RJ, Shaker R.  
Pharyngeal acid reflux in patients with single and multiple otolaryngologic disorders.  
*Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999; 121(6): 725-30
13. Koufman JA, Amin MR, Panetti M.  
Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders.  
*Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 123 (4): 385-8.
14. Brodnitz FS.  
Psychological considerations in vocal rehabilitation.  
*J Speech Hear Disord.* 1981; 46 (1): 22-6.
15. Hojslet PE, Moesgaard-Nielsen V, Karlsmose M.  
Smoking cessation in chronic Reinke´s oedema.  
*J Laryngol Otol.* 1990; 104 (8): 626-8.
16. Álvarez Vicent J.J., Melchor M.A., Ontañón M, De Vergas J, Gavilanes J Sancho J.  
Procedimientos diagnósticos. (Cáncer de cuerda vocal)  
Ponencia Oficial de la XXXII reunión anual de la SEORL. 1995; 126-139.
17. Welch AR.  
The practical and economic value of flexible system laryngoscopy.  
*J Laryngol Otol.* 1982; 96: 1125-1129.
18. Sataloff RT; Spiegel JR, Hawkshaw K.  
Vocal fold hemorrhagic mass: Functional implications.  
*Ear Nose Throat J.* 1995; 74(1): 11-17.
19. Brosch S, Johannsen HS.  
Clinical course of acute laryngeal trauma and associated effects on phonation.  
*J Laryngol Otol.* 1999; 113(1): 58-61.
20. Kuritzky L.  
Inhaled corticosteroids: 1. Local toxicity.  
*Hosp Pract.* 2000; 35(4): 37-8.
21. Passalacqua G, Albano M, Canonica GW, Bachert C, Van Cauwenberge P, Davies RJ, Durham SR, Kontou-Fili K, Horak F, Malling HJ.  
Inhaled and nasal corticosteroids: safety aspects.  
*Allergy.* 2000; 55(1): 16-33.
22. Toogood JH.  
Inhaled steroid asthma treatment: 'Primum non nocere'.  
*Can Respir J.* 1998; 5 Suppl A: 50A-3A.
23. Agertoft L, Larsen FE, Pedersen S.  
Posterior subcapsular cataracts, bruises and hoarseness in children with asthma receiving long-term treatment with inhaled budesonide.  
*Eur Respir J.* 1998; 12(1): 130-5.

24. Settipane GA, Kalliel JN, Klein DE.  
Rechallenge of patients who developed oral candidiasis or hoarseness with beclomethasone dipropionate.  
N Engl J Allergy Proc. 1987; 8(2): 95-7.
25. al-Dousary S.  
Vocal process granuloma.  
Ear Nose Throat J. 1997; 76(6): 382-6.
26. Hoffman HT, Overholt E, Karnell M, McCulloch TM.  
Vocal process granuloma.  
Head Neck. 2001;3(12): 1061-74.
27. Ylitalo R, Lindestad PA.  
Laryngeal findings in patients with contact granuloma: a long-term follow-up study.  
Acta Otolaryngol. 2000; 120(5): 655-9.
28. Ylitalo R, Hammarberg B.  
Voice characteristics, effects of voice therapy, and long-term follow-up of contact granuloma patients.  
J Voice. 2000; 14(4): 557-66.
29. Havas TE, Priestley J, Lowinger DS.  
A management strategy for vocal process granulomas.  
Laryngoscope. 1999; 109(2 Pt 1): 301-6.
30. de Lima Pontes PA, De Biase NG, Gadelha EC.  
Clinical evolution of laryngeal granulomas: treatment and prognosis.  
Laryngoscope. 1999; 109(2 Pt 1): 289-94.
31. Walsted A, Andersen EV, Berner AS, Keller IH.  
Laryngeal carcinomas and precancerous lesions. Incidence and course in a local area.  
Ugeskr Laeger. 2000; 162(49): 6683-6.
32. Nielsen VE, Skott.  
Laryngeal tuberculosis: A rare, but important differential diagnosis to chronic laryngitis.  
Ugeskrift for Laeger. 2001; 163(17): 2365-7.
33. Hochman H, Zeitels SM.  
Phonemic surgical management of vocal fold polyps: the subepithelial microflap resection technique.  
J Voice 2000 Mar; (1): 112-8.
34. Wendler J, Seidner W.  
Results of surgical treatment of vocal cord nodules and polyps in adults.  
Folia Phoniater (Basel). 1971; 23(6): 429-39.

35. Raabe J, Pascher W.  
Reinke´s edema: an investigation of questions related to etiology, prognosis and the effectiveness of therapeutic methods.  
Laryngorhinootologie 1999; 72(2): 97-102.
36. Bouchayer M, Cornut G.  
Microsurgical treatment of benign vocal fold lesions: indications, technic results.  
Folia Phoniatr. (Basel) 1992; 44(3-4): 155-84.
37. Barbera L, Groome PA, Mackillop WJ, Schulze K, O'Sullivan B, Irish JC, Warde PR, Schneider KM, Mackenzie RG, Hodson DI, Hammond JA, Gulavita SP, Eapen LJ, Dixon PF, Bissett RJ.  
The role of computed tomography in the T classification of laryngeal carcinoma.  
Cancer. 2001; 91(2): 394-407.
38. Cobeta I, Rivera T, Martin C, Escalante A, Berrocal M, Paz R.  
Utilidad de la estroboscopia laríngea.  
Acta Otolaring Esp. 1990; 41(6): 369-374.
39. Colden D, Zeitels SM, Hillman RE, Jarboe J, Bunting G, Spanou K.  
Stroboscopic assessment of vocal fold keratosis and glottic cancer.  
Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001; 110(4): 293-8.
40. Cobeta I, Nieto A, Gamboa J, Guerrero J, Rivera T.  
Utilidad de la estroboscopia en los tumores de cuerda vocal. Diagnóstico precoz del cáncer glótico de laringe (Cáncer de cuerda vocal).  
Ponencia oficial de la XXXII Reunión anual de la SEORL. 1995; 150-56.
41. Nieto A, del Palacio AJ, Lorenzo FJ, Vegas A, Cobeta I.  
Análisis informatizado de la voz: aplicaciones clínicas.  
Acta Otorrinolaringol Esp. 1995; 46(4): 241-5.
42. Hsiung MW, Pai L, Wang HW.  
Correlation between voice handicap index and voice laboratory measurements in dysphonic patients.  
Eur Arch Otorhinolaryngol. 2002; 259(2): 97-9.
43. Preciado JA, García R, Infante JC.  
Análisis multidimensional de la función vocal. Estudio de casos y controles.  
Acta Otorrinolaring Esp. 1998; 49(6): 467-74.
44. Nieto A, Cobeta I, Kitzing P.  
La electroglotografía en la investigación y la clínica laríngea.  
Acta Otorrinolaringol Esp. 1993; 44(4): 257-63.
45. Gamboa J, Jiménez-Jiménez FJ, Nieto A, Cobeta I, Vegas A, Orti-Pareja M, Gasalla T, Molina JA, García-Albea E.  
Acoustic voice analysis in patients with essential tremor.  
J Voice. 1998; 12(4): 444-52.

46. Gamboa J, Jiménez-Jiménez FJ, Nieto A, Montojo J, Orti-Pareja M, Molina JA, García-Albea E, Cobeta I. Related Articles  
Acoustic voice analysis in patients with Parkinson's disease treated with dopaminergic drugs.  
J Voice. 1997; 11(3): 314-20.
47. Nieto A, Cobeta I, Gamboa FJ, Montojo J, Vegas A.  
La relación armónico/ruido y el análisis espectrográfico en la patología de abuso vocal.  
Acta Otorrinolaringol Esp. 1996; 47(5): 370-76.
48. Gamboa FJ, del Palacio A, Mico A, Nieto A, Cobeta I.  
Fonetogramas en lesiones laringeas debidas al abuso vocal.  
Acta Otorrinolaringol Esp. 1994; 45(1): 31-6.
49. Gamboa FJ, Nieto A, del Palacio AJ, Rivera T, Cobeta I.  
Índice s/z en defectos de cierre glótico.  
Acta Otorrinolaringol Esp. 1995; 46(1): 45-8.
50. Sánchez -Bernal R, Sanado Lampreave LA, Orio Coca, et al.  
¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficiencias y mejorar la calidad a través del rediseño de un proceso? Rediseño del circuito preoperatorio en el Hospital "Santiago Apóstol".  
Rev. Calidad Asistencial. 1999; (14): 255-258.
51. Sataloff RT, Hawkshaw MJ, Nagorsky M.  
Vocal fold polyp, scar, and sulcus vocalis.  
Ear Nose Throat J. 2000; 79(10) :768.
52. Ford CN.  
Advances and refinements in phonosurgery.  
Laryngoscope. 1999; 109(12): 1891-900.
53. Uloza V.  
Effects on voice by endolaryngeal microsurgery.  
Eur Arch Otorhinolaryngol. 1999; 256(6): 312-5.
54. Sataloff RT, Spiegel JR, Emarich K.  
Recurrent vocal fold hemorrhage.  
Ear Nose Throat J. 1995; 74(12): 802-6.
55. Lecoq M, Arias C.  
Our phoniatic attitude in cases of unilateral vocal cord immobility.  
Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 1987; 108 Spec No: 413-5.
56. Arias Marsal C.  
Parálisis laringeas: Diagnóstico y tratamiento foniatrico de las parálisis cordales unilaterales en abducción.  
Ed. Masson; 1993.

57. Sama A, Carding PN, Price S, Kelly P, Wilson JA.  
The clinical features of functional dysphonia.  
*Laryngoscope*. 2001; 111(3): 458-63.
58. Roy N, Gray SD, Simon M, Dove H, Corbin-Lewis K, Stemple JC.  
An evaluation of the effects of two treatment approaches for teachers with voice disorders: a prospective randomized clinical trial.  
*J Speech Lang Hear Res*. 2001; 44(2): 286-96.
59. Larrosa F, Idígora A, Aguilar F, Riera L, Marti MJ, Valls  
Resultados de la aplicación de toxina botulínica en la disfonía espasmódica.  
*Acta Otorrinolaringol Esp*. 2002; 53(1): 27-31.
60. Gibbs SR, Blit zer A.  
Toxina botulínica para el tratamiento de la disfonía espasmódica.  
*Otolaryngol Clin North Am*. 2000; 33(4): 815-828.
61. Nostrant TT, Rabine JC.  
Diagnosis and management of supra-esophageal complications of reflux disease.  
*Curr Gastroenterol Rep*. 2000; 2(3): 210-6.
62. Pahn J, Schlottmann A, Witt G, Wilke W.  
Diagnosis and therapy of gastric laryngitis  
*HNO*. 2000; 48(7): 527-32.
63. Ulualp SO, Toohill RJ, Shaker R.  
Outcomes of acid suppressive therapy in patients with posterior laryngitis.  
*Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001; 124(1): 16-22.
64. Hanson DG, Conley D, Jiang J, Kahrilas P.  
Role of esophageal pH recording in management of chronic laryngitis: an overview.  
*Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 2000; 184: 4-9.
65. Willems-Bloemer LH, Vreeburg GC, Brummer R.  
Treatment of reflux-related and non-reflux-related dysphonia with profound gastric acid inhibition.  
*Folia Phoniatr Logop*. 2000; 52(6): 289-94.
66. Milutinovic Z.  
Phonosurgical treatment of vocal cord cyst.  
*Srp Arch Celok Lek*. 1998 Sep-Oct; 126(9-10): 379-81.
67. Woo P, Casper J, Griffin B, Colton R, Brewer D.  
Endoscopic microsuture repair of vocal fold defects.  
*J Voice*. 1995; 9(3): 332-9.
68. Nishiyama K, Hirose H, Iguchi Y, Yamamoto K, Suzuki T, Yamanaka J, Hirayama M, Okamoto M.  
A new surgical technique combining autologous intracordal transplantation of fat and fascia for sulcus vocalis  
*Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 2001; 104(12): 1151-5.

69. Ford CN, Inagi K, Khidr A, Bless DM, Gilchrist KW.  
Sulcus vocalis: a rational analytical approach to diagnosis and management.  
*Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1996; 105(3): 189-200.
70. Ford CN, Staskowski PA, Bless DM.  
Autologous collagen vocal fold injection: a preliminary clinical study.  
*Laryngoscope.* 1995; 105(9 Pt 1) :944-8.
71. Johannsen HS.  
Phoniatic aspects in microsurgical removal of benign vocal cord changes.  
*Laryngorhinootologie.* 2001; 80(4): 226-33.
72. Ramig LO, Verdolini K.  
Treatment efficacy: voice disorders.  
*J Speech Lang Hear Res.* 1998; 41(1): S101-16.
73. Le Huche F, Allali A.  
La voz. (3 tomos).  
Ed. Masson. 1994.
74. Matveeva NV.  
Voice disorders in benign nodose formations of the vocal cords in vocalists. Their treatment and rehabilitation.  
*Vestn Otorinolaringol* 1996 Nov-Dec; (6): 30-2.
75. Pedersen M, McGlashan J.  
Surgical versus non-surgical interventions for vocal cord nodules.  
*Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (2): CD001934.
76. McCrory E.  
Voice therapy outcomes in vocal fold nodules: a retrospective audit.  
*Int J Lang Commun Disord.* 2001; 36 Suppl: 19-24.
77. Dejonckere P, Estienne F.  
Effects of phoniatic therapy on the phonetogram.  
*Acta Otorhinolaryngol Belg.* 1980; 34(3): 309-17
78. Dejonckere PH.  
Clinical implementation of a multidimensional basic protocol for assessing functional results of voice therapy. A preliminary study.  
*Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2000; 121(5): 311-3.
79. Dejonckere PH.  
Assessing efficacy of voice treatments: a guideline.  
*Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2000; 121(5): 307-10.
80. Dejonckere PH, Bradley P, Clemente P, Cornut G, Crevier-Buchman L, Friedrich G, Van De Heyning P, Remacle M, Woisard V.  
A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. Guideline elaborated by the Committee on Phoniatics of

- the European Laryngological Society (ELS).  
Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001; 258(2): 77-82.
81. Bastian RW.  
Vocal fold microsurgery in singers.  
J Voice. 1996 Dec; 10(4): 389-404.
82. Herman C.  
Medialization thyroplasty for unilateral vocal cord paralysis.  
AORN J. 2002; 75(3): 512-22; quiz 524-6, 529-30.
83. Maragos NE.  
Revision thyroplasty.  
Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001; 110(12): 1087-92.
84. Friedrich G, de Jong FI, Mahieu HF, Benninger MS, Isshiki N.  
Laryngeal framework surgery: a proposal for classification and nomenclature by the Phonosurgery Committee of the European Laryngological Society.  
Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001; 258(8): 389-96.
85. Hong KH, Kim JH, Kim HK.  
Anterior and posterior medialization (APM) thyroplasty.  
Laryngoscope. 2001; 111(8): 1406-12.
86. Spector BC, Nettekville JL, Billante C, Clary J, Reinisch L, Smith TL.  
Quality-of-life assessment in patients with unilateral vocal cord paralysis.  
Otolaryngol Head Neck Surg. 2001; 125(3): 176-82.
87. Hogikyan ND, Wodchis WP, Terrell JE, Bradford CR, Esclamado RM.  
Voice-related quality of life (V-RQOL) following type I thyroplasty for unilateral vocal fold paralysis.  
J Voice. 2000; 14(3): 378-86.
88. Hajioff D, Rattenbury H, Carrie S, Carding P, Wilson J.  
The effect of Isshiki type 1 thyroplasty on quality of life and vocal performance.  
Clin Otolaryngol. 2000; 25(5): 418-22.
89. Lundy DS, Casiano RR, Xue JW, Lu FL.  
Thyroplasty type I: short- versus long-term results.  
Otolaryngol Head Neck Surg. 2000; 122(4): 533-6.
90. Shin JE, Nam SY, Yoo SJ, Kim SY.  
Analysis of voice and quantitative measurement of glottal gap after thyroplasty type I in the treatment of unilateral vocal paralysis.  
J Voice. 2002; 16(1): 136-42.
91. Shaw GY, Searl JP.  
Electroglottographic and acoustic changes following type I thyroplasty or autologous fat injection.  
Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001; 110(11): 1000-6.

92. Raitiola H, Pukander J.  
Symptoms of laryngeal carcinoma and their prognostic significance.  
*Acta Oncol.* 2000; 39(2): 213-6.
93. Murakami R, Furusawa M, Baba Y, Nishimura R, Katsura F, Eura M, Masuyama K, Takahashi M.  
Dynamic helical CT of T1 and T2 glottic carcinomas: predictive value for local control with radiation therapy.  
*AJNR Am J Neuroradiol.* 2000; 21(7): 1320-6.
94. Koufman JA.  
Treatment of vocal cord carcinoma.  
*JAMA.* 1983 Aug 26; 250(8): 1026-7.
95. Le QT, Takamiya R, Shu HK, Smitt M, Singer M, Terris DJ, Fee WE, Goffinet DR, Fu KK.  
Treatment results of carcinoma in situ of the glottis: an analysis of 82 cases.  
*Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 126(11): 1305-12.
96. Peretti G, Nicolai P, Piazza C, Redaelli de Zinis LO, Valentini S, Antonelli AR.  
Oncological results of endoscopic resections of Tis and T1 glottic carcinomas by carbon dioxide laser.  
*Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001; 110(9): 820-6.
97. Pukander J, Kerala J, Makitie A, Hyrynkangas K, Virtaniemi J, Grenman R.  
Endoscopic laser surgery for laryngeal cancer.  
*Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001; 258(5): 236-9.
98. Stennert E.  
Transoral laser surgery for early glottic carcinoma.  
*Otolaryngol Pol.* 2000; 54(3): 245-9.
99. Damm M, Sittel C, Streppel M, Eckel HE.  
Transoral CO<sub>2</sub> laser for surgical management of glottic carcinoma in situ.  
*Laryngoscope.* 2000; 110(7): 1215-21.
100. Peretti G, Nicolai P, Redaelli De Zinis LO, Berlucchi M, Bazzana T, Bertoni F, Antonelli AR.  
Endoscopic CO<sub>2</sub> laser excision for tis, T1, and T2 glottic carcinomas: cure rate and prognostic factors.  
*Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000 I; 123(1 Pt 1): 124-31.
101. Eckel HE, Thumfart W, Jungehulsing M, Sittel C, Stennert E.  
Transoral laser surgery for early glottic carcinoma.  
*Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000; 257(4): 221-6.
102. Gallo A, de Vincentiis M, Manciocco V, Simonelli M, Fiorella ML, Shah JP.  
CO<sub>2</sub> laser cordectomy for early-stage glottic carcinoma: a long-term follow-up of 156 cases.  
*Laryngoscope.* 2002; 112(2): 370-4.

103. Luscher M S, Pedersen U, Johansen L V.  
Treatment outcome after laser excision of early glottic squamous cell carcinoma--a literature survey.  
*Acta Oncol.* 2001; 40(7): 796-800.
104. de Campora E, Radici M, de Campora L.  
External versus endoscopic approach in the surgical treatment of glottic cancer.  
*Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001; 258(10): 533-6.
105. Mendenhall WM, Amdur RJ, Morris CG, Hinerman RW.  
T1-T2N0 squamous cell carcinoma of the glottic larynx treated with radiation therapy.  
*J Clin Oncol.* 2001; 19(20): 4029-36.
106. Maheshwar AA, Gaffney CC.  
Radiotherapy for T1 glottic carcinoma: impact of anterior commissure involvement.  
*J Laryngol Otol.* 2001; 115(4): 298-301.
107. Barthel SW, Esclamado RM.  
Primary radiation therapy for early glottic cancer.  
*Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 124(1): 35-9.
108. Yamamoto M, Hada Y, Shirane M, Nakata M.  
The results of radiation therapy for glottic carcinoma: prognostic significance of tumor size in laryngoscopic findings.  
*Oncol Rep.* 2000; 7(6): 1275-7.
109. Dinshaw KA, Sharma V, Agarwal JP, Ghosh S, Havaladar R.  
Radiation therapy in T1-T2 glottic carcinoma: influence of various treatment parameters on local control/complications.  
*Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2000; 48(3): 723-35.
110. Mendenhall WM, Amdur RJ, Morris CG, Hinerman RW.  
T1-T2N0 squamous cell carcinoma of the glottic larynx treated with radiation therapy.  
*J Clin Oncol.* 2001; 19(20): 4029-36.
111. Haugen H, Johansson KA, Mercke C.  
Hyperfractionated-accelerated or conventionally fractionated radiotherapy for early glottic cancer.  
*Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002; 52(1): 109-19.
112. Rosier JF, Gregoire V, Counoy H, Octave-Prignot M, Rombaut P, Scalliet P, Vanderlinden F, Hamoir M.  
Comparison of external radiotherapy, laser microsurgery and partial laryngectomy for the treatment of T1N0M0 glottic carcinomas: a retrospective evaluation.  
*Radiother Oncol.* 1998; 48(2): 175-83.
113. Debain JJ, Basset JM.  
Surgery or radiation for the treatment of cancer of the vocal cord?  
*J Fr Otorhinolaryngol Audiophonol Chir Maxillofac.* 1977; 26(7): 491-3, 495-6.

114. Brandenburg JH.  
Laser cordotomy versus radiotherapy: an objective cost analysis.  
*Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001; 110(4): 312-8.
115. Bron LP, Soldati D, Zouhair A, Ozsahin M, Brossard E, Monnier P, Pasche P.  
Treatment of early stage squamous-cell carcinoma of the glottic larynx: endoscopic surgery or cricothyroidoepiglottopexy versus radiotherapy.  
*Head Neck.* 2001; 23(10): 823-9.
116. Jorgensen K, Godballe C, Hansen O, Bastholt L.  
Cancer of the larynx-treatment results after primary radiotherapy with salvage surgery in a series of 1005 patients.  
*Acta Oncol.* 2002; 41(1): 69-76.
117. Hliniak A, Gwiazdowska B, Szutkowski Z, Kraszewska E, Kukulowicz P, Jarzabski A, Sochacka B, Mazurkiewicz M, Paprota K, Oliskiewicz W, Zadrozna O, Milecki P, Kubiak M, Czopkiewicz L, Jagas M, Gozdz S, Wieczorek A, Woytowicz A, Cisowska B, Magdziarz H, Nowakowski S, Kosniewski W, Laskosz I, Serafin A, Gradon E.  
A multicentre randomized/controlled trial of a conventional versus modestly accelerated radiotherapy in the laryngeal cancer: influence of a 1 week shortening overall time.  
*Radiother Oncol.* 2002; 62(1): 1-10.
118. Pignataro L, Capaccio P, Neglia CB, Ottaviani A.  
Clinical experience with the treatment of T1b glottic cancer by means of horizontal glottectomy.  
*Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000; 257(4): 216-8.
119. Puxeddu R, Argiolas F, Bielamowicz S, Satta M, Ledda GP, Puxeddu P.  
Surgical therapy of T1 and selected cases of T2 glottic carcinoma: cordectomy, horizontal glottectomy and CO<sub>2</sub> laser endoscopic resection.  
*Tumori.* 2000; 86(4): 277-82.
120. Virtaniemi J A, Hirvikoski P P, Kumpulainen E J, Johansson R T, Kosma V M.  
Surgical management of irradiation failures in T1-T2 squamous cell carcinoma of the glottic larynx.  
*Anticancer Res.* 2001; 21(6A): 4185-8.
121. Mallet Y, Chevalier D, Darras JA, Wiel E, Desaulty A.  
Near total laryngectomy with epiglottic reconstruction. our experience of 65 cases.  
*Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001; 258(9): 488-91.
122. Lassaletta L, Garcia-Pallares M, Morera E, Bernaldez R, Gavilan J.  
T3 glottic cancer: oncologic results and prognostic factors.  
*Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 124(5): 556-60.
123. Nguyen-Tan PF, Le QT, Quivey JM, Singer M, Terris DJ, Goffinet DR, Fu KK.  
Treatment results and prognostic factors of advanced T3-4 laryngeal carcinoma:

the University of California, San Francisco (UCSF) and Stanford University Hospital (SUH) experience.

Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2001; 50(5): 1172-80.

124. Tomik J, Skladzien J, Modrzejewski M.  
Evaluation of cervical lymph node metastasis of 1400 patients with cancer of the larynx.  
Auris Nasus Larynx. 2001; 28(3): 233-40.
125. de Gier HH, Knegt PP, de Boer MF, Meeuwis CA, van der Velden LA, Kerrebijn JD.  
CO<sub>2</sub>-laser treatment of recurrent glottic carcinoma.  
Head Neck. 2001; 23(3): 177-80.
126. Martínez Berganza y Asensio R, Fraile Rodrigo JJ, de Miguel García F, Gil Paraíso P, Naya Gálvez MJ, Damborenea Tajada J.  
Surgery of cancer of the larynx. Analysis of the results of our cases.  
An Otorrinolaringol Ibero Am. 2000; 27(5): 445-55.
127. Thabet MH, Talaat M, Rizk AM.  
Pitfalls in the surgical management of cancer of the larynx and hypopharynx.  
Otolaryngol Head Neck Surg. 2000; 123(4): 482-7.
128. Ferlito A, Silver CE, Howard DJ, Laccourreye O, Rinaldo A, Owen R.  
The role of partial laryngeal resection in current management of laryngeal cancer: a collective review.  
Acta Otolaryngol. 2000; 120(4): 456-65.
129. Ferlito A, Silver CE, Rinaldo A, Smith RV.  
Surgical treatment of the neck in cancer of the larynx.  
ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2000; 62(4): 217-25.



JUNTA DE ANDALUCÍA