



**Son Espases**

hospital universitari  
sector ponent

SERVICIO/ÁREA/UNIDAD  
CIRUGÍA MAXILOFACIAL

MEMORIA ANUAL

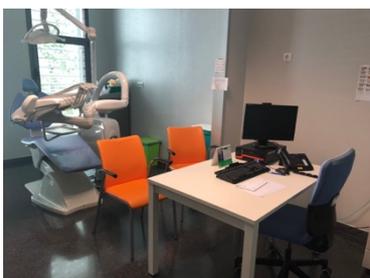
## 1. Ubicación y estructura física.

Las **Consultas Externas** de nuestro Servicio se encuentran en la planta 0 Modulo B del Hospital Universitario Son Espases (HUSE), y constan de:



- Un área habilitada como **quirófano de Cirugía Ambulatoria** que consta de una mesa de quirófano y una lámpara de techo que provienen del antiguo Hospital de Son Dureta. En este quirófano se desarrolla actividad quirúrgica ambulatoria, generalmente por parte de los residentes supervisados por un médico adjunto responsable. Dispone de un ordenador y una pantalla donde se puede visualizar la Historia Clínica y las radiografías o pruebas complementarias de los pacientes atendidos, así como de material quirúrgico y un motor para cirugía oral. Durante las intervenciones, el cirujano está asistido por una enfermera y una auxiliar.

- Una zona etiquetada como "laboratorio" donde se lava el material y se utiliza así mismo como almacén.



- Cuatro **gabinetes** con sillón y lámpara de exploración, así como ordenador e impresora:

- Uno de ellos está destinado a sala de curas, donde se realizan curas menores de pacientes (retirada de puntos, sutura de heridas, cura de heridas, drenaje de pequeños abscesos, etc.

- Otros dos gabinetes están destinados a consultas programadas

- El cuarto se utiliza generalmente para atender pacientes de urgencias

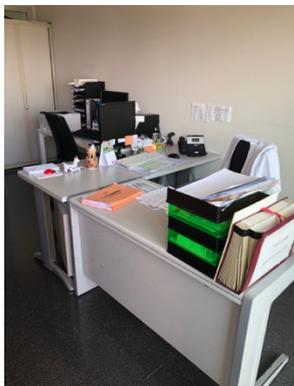


- Disponemos también dentro del área de Consultas de una **sala de radiología** con un ortopantomógrafo. En estos momentos está inutilizado, al precisar la presencia de un técnico de rayos para su utilización



- Una **sala de reuniones** que dispone de una mesa con capacidad para 8 personas , dos ordenadores, un proyector y una pantalla. En esta sala se desarrollan las sesiones clínicas y reuniones del Servicio y es utilizada como despacho por los residentes.

- Una **sala de estar para enfermeras** y auxiliares con un baño. Dispone así mismo de ordenador.
- Un **aseo** para el resto del personal



- Contamos también con tres **despachos** dotados con ordenador, enfrente del área de consultas: un despacho del Jefe de Servicio y dos despachos para los médicos adjuntos, así como un despacho destinado a la **unidad administrativa** donde se encuentra la secretaria

**Área de hospitalización:** nuestro Servicio dispone de 8 camas asignadas en la planta 0N, que compartimos con los Servicios de ORL y NCR

**Quirófano general:** realizamos nuestra actividad quirúrgica diaria en el quirófano Nº 10 del Bloque D y semanalmente Cirugía Mayor Ambulatoria en el quirófano Nº 3

## 2. Cartera de servicios.

La cartera de servicios es el conjunto de prestaciones, basadas en criterios científicos-técnicos como en las prioridades sanitarias, diseñado para responder a las necesidades y demandas de la población. Tiene como clientes:

- Los pacientes derivados desde Atención Primaria, otros Centros Hospitalarios y otras especialidades mediante interconsulta, pertenecientes a toda la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares
- La población en tránsito residente en otras zonas de España , así como Ciudadanos europeos e inmigrantes con cobertura sanitaria. Esta población es especialmente importante en nuestro Servicio, por las condiciones especiales de nuestras Islas.

La Cirugía Oral y Maxilofacial es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la prevención, estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología de la cavidad bucal, cara y territorio craneofacial, así como de los órganos y estructuras cervicales relacionadas directa o indirectamente con las mismas (BOE 25 septiembre de 2007, Orden SCO/2753/2007). Teniendo en cuenta la diversidad patológica que puede presentarse a este nivel regional, el contenido de la especialidad, de acuerdo con las guías europeas, incluye fundamentalmente, los siguientes ámbitos :

- a. Tratamiento del dolor y de la ansiedad.
- b. Cirugía dentoalveolar y periodontología.
- c. Tratamiento de las infecciones que involucran los huesos y tejidos blandos de la cabeza y el cuello.
- d. Traumatismos cráneo-maxilofaciales (partes óseas y tejidos blandos), tanto agudos como secuelas
- e. Patología oral, medicina oral.
- f. Cirugía preprotésica e implantología.
- g. Tratamiento quirúrgico de las afecciones de la articulación temporomandibular.

- h. Cirugía oncológica de cabeza y cuello, incluyendo cirugía cervical.
- i. Tratamiento de los tumores benignos y malignos de las glándulas salivares.
- j. Cirugía reconstructiva de cabeza y cuello, incluyendo disección de colgajos de tejidos blandos y óseos.
- k. Técnicas microquirúrgicas.
- l. Cirugía ortognática-ortopédica facial.
- m. Tratamiento de las malformaciones congénitas faciales que incluyen a su vez las fisuras labio-palatinas
- n. Cirugía craneofacial.

La cartera de servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial para el servicio de referencia de las Islas Baleares en el Hospital Son Espases, se puede desglosar según las áreas específicas:

#### CIRUGIA DENTOALVEOLAR Y PERIODONTOLOGÍA

- Dientes incluidos: cordales, caninos, supernumerarios,...
- Patología quística de los maxilares: quistes foliculares, quistes radiculares, otros quistes (queratoquistes, ameloblastomas,...). Puede precisar tratamiento conjunto con odontólogo para tratamiento previo de los dientes causales.
- Tumores benignos de cavidad oral: epulix, papilomas, leucoplasias, hipertrofias gingivales,....
- Cirugía preprotésica: en caso de déficit a alteraciones morfológicas en la estructura ósea, para regularización o regeneración ósea mediante injertos u otras técnicas destinadas a lograr una adecuada rehabilitación protésica.

#### TRAUMATOLOGIA FACIAL

Tratamiento agudo de fracturas del macizo craneofacial:

- Fracturas mandibulares simple y complejas
- Fracturas de maxilar superior, malar y complejo órbito-cigomático
- Fracturas faciales complejas: tercio medio, panfaciales...
- Fracturas de seno frontal, craneofaciales,...
- Fracturas nasales,...

#### INFECCIONES BUCO-CERVICO-FACIALES

- Tratamiento de infecciones buco-cérvico-faciales agudas y crónicas

#### TUMORES FACIALES Y LABIALES

- Tumores benignos de región maxilofacial : cavidad oral, cara y cuello
- Tumores malignos (Ca. Basocelular, Ca. Escamoso, otros...) de región maxilofacial
- Tumores benignos y malignos de labios: Carcinomas, fibromas, mucoceles, ...
- Malformaciones arterio-venosas cervico-maxilofaciales

#### GLANDULAS SALIVARES:

- Patología infecciosa de glándulas salivares
- Litiasis de glándulas salivares
- Mucoceles, quistes de glándulas salivares
- Tumores benignos de glándulas salivares: parótida, submaxilar, glándulas salivares menores
- Tumores malignos de glándulas salivares: parótida, submaxilar, glándulas salivares menores

#### PATOLOGÍA CERVICAL:

- Tratamiento de lesiones congénitas o adquiridas en región cervical: quistes branquiales, quistes tiroglosos, quistes dermoides...

#### DEFORMIDADES MAXILOFACIALES:

Deformidades congénitas o adquiridas del área maxilofacial: generalmente precisan tratamiento combinado, conjuntamente con ortodoncista.

- Alteraciones del desarrollo de maxilar o mandíbula con mala oclusión: prognatismo, hipoplasia maxilar o mandibular, asimetrías faciales, deformidades postraumáticas.

- Alteraciones del desarrollo embriológico: fisura palatina, labio leporino...Se tratan conjuntamente con Cirugía Pediátrica.
- Deformidades por síndromes malformativos.
- Tratamiento quirúrgico del síndrome de apnea de sueño.

#### PATOLOGIA DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR:

- Tratamiento quirúrgico de la patología de la ATM: Sd. Dolor-disfunción ATM no corregida por medidas conservadoras, luxación recidivante, anquilosis ATM...
- Técnicas de artrocentesis, artroscopia diagnóstica y terapéutica, reemplazo articular mediante prótesis de ATM.

#### ONCOLOGÍA

Diagnóstico precoz de la oncología maxilofacial, presentación en comité de tumores y tratamiento multidisciplinario. Tratamiento de los tumores malignos del territorio Maxilofacial, con las técnicas complementarias precisas para su reconstrucción: colgajos pediculados, reconstrucciones microquirúrgicas, transporte óseo...

- Carcinomas de partes blandas de suelo de boca, lengua, encía y mucosa yugal.
- Tumores con origen o con afectación ósea en territorio maxilofacial: mandíbula, maxilar, huesos faciales.
- Patología tumoral maligna de glándulas salivares.
- Tumores cutáneos malignos en región facial y cervical
- Tratamiento de secuelas como resultado de tratamiento oncológico: osteoradionecrosis...
- Abordajes transfaciales para tratamiento de tumores de base de cráneo: generalmente en conjunto con Neurocirugía.

#### SECUELAS POSTRAUMÁTICAS O TUMORALES

- Consolidación defectuosa de fracturas, que provocan alteración funcional o estética.
- Deformidad nasal como secuela de traumatismo previo, con alteración estética o funcional.
- Pseudoartrosis por defectos de consolidación.
- Intolerancia a material de osteosíntesis.
- Osteomielitis secundarias a infección de foco de fractura.
- Tratamiento de secuelas por resecciones tumorales: deformidad estética, reanimación facial...

#### IMPLANTOLOGIA ORAL

Técnicas destinadas a la rehabilitación funcional de pacientes desdentados parciales o totales como consecuencia de resecciones tumorales, pacientes sindrómicos o traumatismos. Secuelas de tratamientos implantológicos realizados.

#### CIRUGIA PLASTICA FACIAL

Procedimientos de cirugía plástica/estética facial aislados o asociados a otros procedimientos: cirugía ortognática, oncología, traumatología...

#### CIRUGÍA MAXILOFACIAL INFANTIL

La Unidad de Cirugía Maxilofacial Infantil se ocupará de la patología siguiente :

- Cirugía dento-alveolar.
- Problemas de tejidos blandos intra y extraorales cervicofaciales.
- Infecciones de la región maxilofacial.
- Patología de glándulas salivares (inflamatorias y tumorales).
- Tumores maxilomandibulares (Odontogénicos, no odontogénicos).
- Dolor facial en niños
- Anomalías congénitas y adquiridas de la articulación temporomandibular.
- Cirugía ortognática (de las deformidades dentofaciales) en el niño en crecimiento (prevención, diagnóstico, tratamiento, distracción osteogénica, osteotomías,...).
- Traumatología maxilofacial.

La Unidad de Cirugía Maxilofacial Infantil desarrolla, de forma conjunta con el Servicio de Cirugía Pediátrica, la patología siguiente :

- Tratamiento secuencial del niño con fisura palatina y labio leporino.
- Anomalías vasculares maxilofaciales.
- Microtía y reconstrucción del pabellón auricular en el niño.

- Tratamiento de las secuelas del noma maxilofacial.

La Unidad de Cirugía Maxilofacial Infantil colaborará con el Servicio de Cirugía Pediátrica y con el de Oncología Pediátrica en el diagnóstico y tratamiento de la :

- Oncología de cabeza y cuello pediátrica

La Unidad de Cirugía Maxilofacial Infantil colaborará con el Servicio de Genética en el diagnóstico y tratamiento de

- Síndromes genéticos malformativos en su aspecto maxilofacial

### 3. Zona de influencia.

El Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Son Espases, es el Servicio de referencia para toda la comunidad autónoma de las Islas Baleares.

En la isla de Mallorca, solo existe el Servicio del Hospital Son Espases

En la isla de Ibiza, existe en servicio formado por tres especialistas, que desarrollan su actividad en estrecha colaboración con nosotros, remitiendo a nuestro centro la patología más compleja y en otras ocasiones nos desplazamos a Ibiza como apoyo en determinadas intervenciones.

En Menorca, hasta diciembre de 2018 había un especialista a tiempo parcial (miércoles, jueves y viernes), que solucionaba gran cantidad de patología menor, remitiendo el resto a nuestro servicio. Este especialista era asistido de forma sistemática en quirófano por un miembro de nuestro servicio. A partir de enero 2019, se ha incorporado un especialista a tiempo completo, y en fechas próximas se incorporará un segundo especialista para dar cobertura a la gran mayoría de pacientes que precisen tratamiento por nuestra especialidad en la isla de Menorca.

### 4. Organigrama.

El Servicio de Cirugía Maxilofacial en el Hospital Son Espases, está compuesto por un Jefe de Servicio, ocho médicos adjuntos y cinco médicos residentes en formación.

La plantilla de médicos adjuntos es de siete facultativos, pero debido a las numerosas reducciones de jornada que suman un 95%, se ha justificado la contratación de un octavo especialista para cubrir dichas ausencias.

Podemos definir las funciones desempeñadas por el personal del servicio, según los diferentes estamentos:

- En el primer escalón, el **Jefe de Servicio** tendría las siguientes funciones:
  - Gestionar con los equipos directivos los acuerdos de gestión y colaborar activamente en el mejor funcionamiento del hospital. Incrementar la calidad y la cantidad de nuestra labor asistencial.
  - Monitorizar constantemente esos acuerdos para su adecuado cumplimiento.
  - Diseñar líneas estratégicas de actuación a medio y largo plazo, anticipándose a futuros retos, desafíos y problemas.
  - Cultivar e incrementar las relaciones institucionales con determinados agentes sociales para elevar la impregnación de nuestra especialidad en la población, dando a conocer los servicios que presta a la misma.
  - Potenciar las relaciones con las sociedades científicas y otros servicios de la comunidad, de España y del extranjero, creando nuevas sinergias con otros

profesionales e incrementando el prestigio del servicio en esas entidades. Participar activamente en el funcionamiento de las sociedades científicas.

- Definir las funciones de los miembros del servicio y apoyar a todos ellos en su quehacer diario. Esta es la más importante de todas ellas y es necesariamente vehiculizada por una incuestionable vocación de servicio, cualidad inherente a un líder.
  - Realizar conjuntamente con el servicio, la programación semanal de la actividad. En nuestro caso lo realizamos en la sesión de los lunes, con una semana de antelación.
  - Asignación de las guardias médicas para garantizar la atención continuada.
  - Solucionar posibles conflictos que se puedan generar en la actividad diaria
  - Supervisar y organizar los periodos vacacionales, garantizando el correcto mantenimiento de la asistencia.
  - Promover y facilitar la formación continuada de los miembros del servicio.
  - Labor asistencial en la proporción que establezcan los términos legales.
- El **tutor de residentes** se encarga de la supervisión de todo lo relacionado con los residentes del servicio, tanto los externos como los que cursan la especialidad con nosotros, tutelando sus rotaciones y las sesiones clínicas semanales, así como coordinando su evaluación anual.
  - Las tareas de los **facultativos** del servicio se resumen en los siguientes apartados:
    - Labor asistencial con los máximos estándares de calidad.
    - Labor docente e investigadora, ayudando a los residentes a su formación integral. Esta función es muy importante porque es una inversión a futuro del desarrollo técnico del servicio.
    - Asumir la parte de gestión y puesta en valor de actitudes globales de sistema, para colaborar en el mejor funcionamiento del hospital y del entramado sanitario que nos rodea
    - Ejercer de forma puntual labores directivas en situaciones concretas.
  - La labor de los **residentes** se resumiría en:
    - Formarse en los mejores parámetros de calidad médica y desarrollar al máximo las aptitudes técnicas y de todo tipo inherentes a su especialidad, para así garantizar el relevo generacional. Tomar conciencia de la importancia de su papel como garantes futuros de la asistencia sanitaria en las parcelas inherentes a su especialidad.
    - Contribuir al desarrollo de su especialidad mediante publicaciones y colaboraciones científicas. Contribuir al desarrollo científico de su servicio.
    - Desarrollar la labor asistencial correspondiente según su capacidad y auspiciada bajo el programa de formación de la especialidad.
    - Labor docente, enseñando a los residentes noveles y a los residentes rotantes del servicio, sobre todo aplicable a los residentes de los últimos años. Enseñar a los estudiantes de pregrado.

- La actividad de las **enfermeras de consultas** externas consiste en:
  - Realizar las curas de los pacientes citados y algunos pacientes trasladados de planta.
  - Asistir al médico en el pase de consulta.
  - Realizar las radiografías panorámicas y ortopantomografías.
  - Asistir al médico en las intervenciones realizadas bajo anestesia local.
  - Manejar el material poniendo especial énfasis en su cuidado, recuento y almacenaje.
  - Dirigir el trabajo de las auxiliares de enfermería de la consulta.
  -
- La actividad de la **auxiliar de consultas** externas consiste en:
  - Organizar e informar a los pacientes que acuden a consultas.
  - Imprimir etiquetas identificativas.
  - Organizar el material de consultas.
  - Colaborar en la entrada y salida de pacientes, sobre todo los que acuden para intervención.
  - Lavado y monitorización del material quirúrgico.

## 5. Recursos Humanos.

### 1. Personal médico:

- Jefe de Servicio: Dr. Víctor Lasa Menéndez
- Médicos Adjuntos:
  - Dra. María José Pastor Fortea.
  - Dra. Carmen Bosch Lozano.(Tutor de Residentes).
  - Dr. Pablo Espinosa Calleja. (Tutor de Residentes).
  - Dr. Mikel Ramos Murguialday.
  - Dr. Sergio Janeiro Barreda.
  - Dr. Víctor Hidalgo López.
  - Dr. Carlos Salcedo Gil.
  - Dra. Paola Sambo Salas.
- Médicos Internos Residentes:
  - Dr. Andrés García Piñeiro (R1).
  - Dr. Albert Agut Busquets (R2).
  - Dra. María Fernández Pose (R3).
  - Dr. Juan Martín Zárate González (R4).
  - Dra. Alba Verano García (R5).

## 2. Personal de enfermería Consultas Externas

- Maria Teresa Moranta Kanter Hamilton
- Amara Platón Corredor

## 3. Auxiliar de enfermería Consultas externas:

- Francisca Enseñat Sanchez

## 4. Personal administrativo:

- Francisca Solivellas Arbona

## 5. Personal enfermería de Quirófano

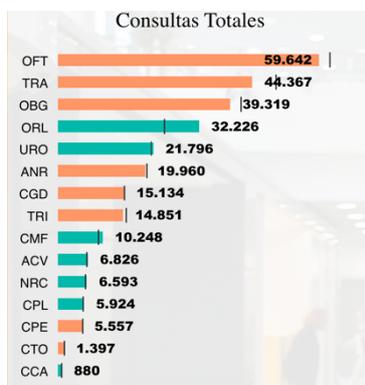
- Desiré Guitian Sarria

## 6. Recursos Materiales.

## 7. Actividad asistencial. Indicadores.

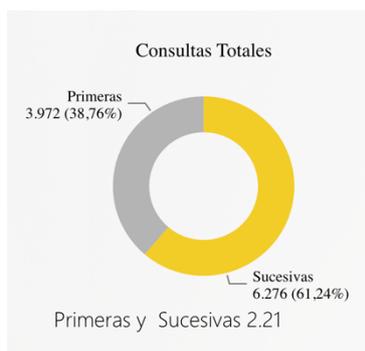
Durante el año 2019, la actividad asistencial se ha incrementado respecto al año 2018, tanto en lo referente a la actividad de consultas externas, como en la actividad quirúrgica.

### Actividad de Consultas externas



Durante el año 2019, hemos atendido en consultas externas un **total** de 10.248 pacientes, frente a los 9311 del año anterior, lo que supone casi un 10% de incremento.

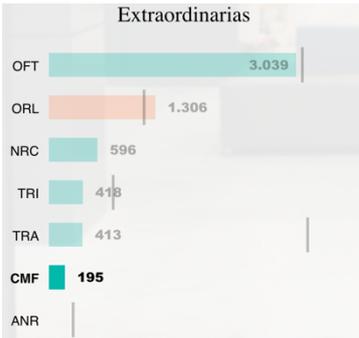
De los datos también se desprende que nuestra presión de consultas es muy superior a otros servicios de nuestra dimensión como ACV, NCR o CPL. Esto es debido en parte al gran número de consultas derivadas desde odontología, por patología menor, muchas veces odontológica, que debería ser resuelta en Atención Primaria. Estamos desarrollando una labor desde hace algún tiempo, para conseguir revertir esta situación.



Dentro del total de visitas, el 61% constituyen **segundas visitas**, con una **ratio 2/1** de 1,58



A pesar de los esfuerzos del Servicio de Admisión, enviando mensajes recordatorios de las citas programadas, el porcentaje de pacientes **no presentados** a su cita continúa siendo muy elevado, incluso mayor que el año anterior (9,1%).



Debido a la alta presión de consultas, y con la finalidad de y cumplir las condiciones de la Ley de Garantía del Ibsalut, 195 de las primeras visitas se realizaron como **actividad extraordinaria** mediante acciones puntuales a lo largo del año, consiguiendo de esta manera cumplir el compromiso de 0 pacientes con espera superior a 60 d al finalizar el año.

## Actividad quirúrgica



Durante el año 2019, realizamos un **total** de 1909 intervenciones (1816 en 2018)

- **Hospitalizadas:** 421, similar al año anterior (417)

- **Gabinetes:** la actividad de cirugía ambulatoria realizada en el quirófano de consultas externas, es fundamental para el adecuado funcionamiento de nuestro servicio. Se realizaron allí 1034 intervenciones quirúrgicas durante el años 2019 (986 en el año 2018).

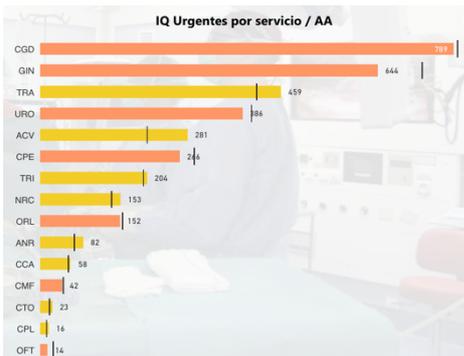
- **CMA:** en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria realizamos 401 intervenciones (366 en 2018), a pesar de haber disminuido nuestra disponibilidad quirúrgica en horario de mañana. Esto se debe a la puesta en marcha de un programa de **actividad ordinaria de tarde**, que nos ha permitido disponer de una sesión adicional de CMA a la semana, desde octubre de 2018

	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
IQ Hospitalizadas						1						
IQ Ambulatorias	13	10	11	6	16	10	9	12	9	12	9	
Total IQs ordinarias de tarde	13	10	11	6	16	11	9	12	9	12	9	
Rendimiento bruto (%)	53.1	73.5	63.9	62.0	57.9	58.6	61.9	68.8	47.6	64.0	60.9	
Rendimiento neto (%)	48.9	68.5	58.2	60.2	49.6	52.0	58.1	62.4	42.3	61.3	52.2	

Peso AOT s/Actividad Ordinaria  
**6,5%**



A lo largo del año 2019, como **actividad ordinaria de tarde** se han intervenido 118 paciente, lo que representa un peso de 6,5% respecto a la actividad ordinaria total, y un 29,4% de la actividad total de CMA



- **Actividad quirúrgica urgente:** La mayor parte de nuestras intervenciones, de pacientes que ingresan por urgencias, se pueden diferir e intervenir de forma programada, sin embargo, el número de intervenciones reflejadas no se corresponde con la actividad real. Existe un gran número de procedimientos quirúrgicos, sobre todo drenaje de abscesos y sutura de heridas, en muchas ocasiones complejas, que se realizan dentro de las instalaciones del Servicio de Urgencias, que no se incluyen en estos datos

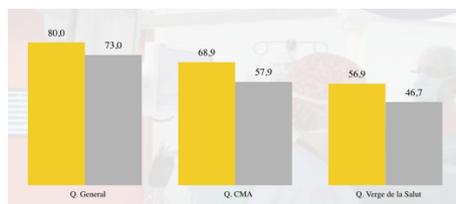
- **Actividad en quirófanos externos:** Durante el año 2019, se realizaron 25 intervenciones en quirófanos externos, correspondiente a la colaboración con el Hospital Mateo Orfila de Menorca



- **Actividad prolongada:** realizamos en 2019, 25 reconstrucciones microquirúrgicas, la gran mayoría en pacientes oncológicos, con prolongación de jornada,

- **Actividad extraordinaria:** En el año 2019, realizamos 18 intervenciones como actividad extraordinaria, en paciente de > 150 días de lista de espera, todas en el mes de enero. Dicha actividad supone apenas un 1,5% de nuestra actividad quirúrgica total.

- **Lista de espera quirúrgica:** A pesar de no realizar apenas actividad extraordinaria, y en gran medida debido a la actividad ordinaria de tarde, hemos conseguido el objetivo fijado de 0 pacientes en lista de espera > 180 días, a fecha 31 de diciembre



- **Rendimiento quirúrgico:** El rendimiento quirúrgico neto durante el año 2019, fué del 72,7%, con cifras mejorables sobre todo en la actividad ordinaria de tarde, en parte por las características especiales de dicha actividad. La actividad de Virgen de la Salud, es relativa a 8 pacientes intervenidos, de forma puntual.



- **Tasa de ambulatorización:** Un gran porcentaje de nuestros pacientes se pueden intervenir en régimen ambulatorio o CMA. Durante el año 2019, el 79% de nuestros procedimientos fueron en régimen ambulatorio/CMA

## 8. Calidad asistencial. Acciones e indicadores.

Para desarrollar correctamente nuestra actividad y sobre todo, para detectar aquellos aspectos que son mejorables en nuestra asistencia, es imprescindible conocer de forma objetiva, cuál es la calidad de nuestro trabajo.

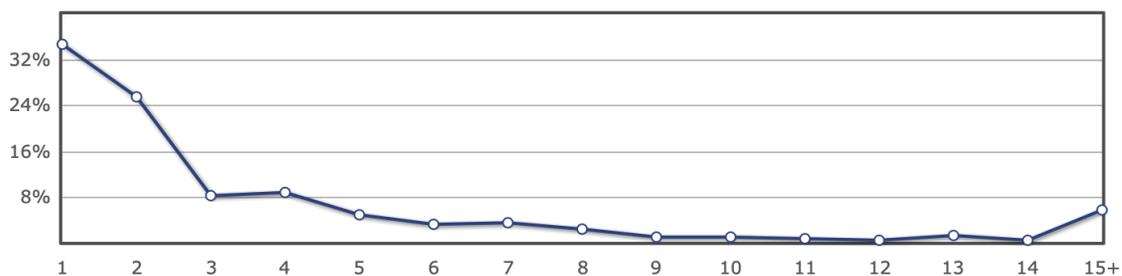
A través de los datos obtenidos del programa lametrics, podemos comparar los datos de nuestra actividad, con los de Servicios de similares características a nivel nacional.



**Gestión de estancias**, durante el periodo analizado, el índice de estancias, ajustado por riesgo, fue de 4,1 días, inferior a la esperada (4,8 días), en los episodios analizados.

### Indicadores de gestión de estancias

	Actual	Anterior		
Índice de Estancias Ajustado por Riesgo (IEAR)	<b>0,8629</b>	<b>-235,0</b>	<b>0,8419</b>	<b>-344,7</b>
EM observada	4,1429		4,6131	
EM esperada	4,8011		5,4791	
Episodios analizados	357	96,2%	398	94,3%



Como podemos ver, la gran mayoría de nuestros pacientes permanecen hospitalizados menos de cuatro días, con un pico entre uno y dos días.

Hay un repunte en pacientes que están hospitalizados más de 14 días, que son en su mayoría aquellos sometidos a cirugías de reconstrucción microquirúrgica, en los que somos partidarios de prolongar la hospitalización hasta que el paciente puede alimentarse por vía oral, tras el visto bueno de la Unidad de Disfagia, o tras colocación de la sonda de gastrostomía en caso de contraindicación a alimentación oral.

Existen otro número no desdeñable de pacientes, generalmente politraumatizados graves, que debido a que han sido intervenidos por nuestro Servicio de fracturas faciales, una vez que abandonan la Unidad de Cuidados Intensivos, son trasladados a nuestra planta cuando ya no requieren una asistencia por nuestra parte. Son pacientes con un elevado número de problemas ajenos a Cirugía Maxilofacial y que en ocasiones deben ser trasladados a Unidades de Hospitalización de larga estancia, permaneciendo muchas veces más de un mes a la espera de una plaza en uno de estos centros, lo que repercute muy negativamente en nuestra estancia media.

**Mortalidad:** Durante el año 2019, se produjo 1 defunción (esperadas 1,9). En el año anterior la mortalidad fue de 0

	Actual		Anterior	
Índice de Mortalidad Ajustado por Riesgo	0,5138	-0,9	0,0000	-2,5
Defunciones Observadas	1		0	
Defunciones Esperadas	1,9		2,5	
Episodios Evaluados	357	96,2%	398	94,3%
Defunciones no evaluadas	0	0,0%	1	100,0%

**Complejidad:** la complejidad de nuestros procesos en el período de 2019 fue similar al año anterior, ligeramente superior a la media de los servicios analizados

Indicadores complejidad			
	Actual	Estándar	Anterior
Peso relativo	1,0288		1,0176
Peso relativo (sin CDM 14)	1,0286		1,0173
Peso medio	1,0104	0,9821	0,9994
Peso medio hospitalización (sin CDM 14)	1,0104	0,9824	0,9994

**Índice de estancia preoperatoria:** Un año más, en este es el dato nos alejamos de la media de los Servicios de Cirugía Maxilofacial analizados.

#### Indicadores de gestión de estancias preoperatorias

	Actual		Anterior	
Razón de Funcionamiento Estándar (RFE)	<b>55,2730</b>	<b>120,8</b>	<b>18,8513</b>	<b>150,6</b>
EM preoperatoria observada	0,59		0,73	
EM preoperatoria esperada	0,01		0,04	
Episodios evaluados	207	96,3%	217	98,2%

Se evidencia una mejoría respecto a las cifras del año 2018, con una estancia media de 0,59 días, respecto a los 0,73 del año anterior, aunque aún estamos lejos de la estancia media esperada.

Hay múltiples factores que influyen al este punto.

- En el caso de *pacientes programados*, siempre que es posible, ingresan el día de la intervención, limitando el ingreso la noche anterior para aquellos pacientes que precisan algún tipo de preparación o aquellos que vienen de Menorca o Ibiza, para disminuir el riesgo de suspensión por llegada tardía del paciente.

Incluso en el caso de pacientes oncológicos, que precisan cirugías complejas, se citan a consulta la mañana previa a la intervención para verificar que todo es correcto y aclarar dudas de última hora, pudiendo ingresar también la misma mañana de la cirugía.

- *Estancias preoperatorias urgentes*: en este caso, son pacientes que ingresan con alguna patología urgente, generalmente fracturas, y que su intervención se difiere. En el caso de nuestras urgencias, la mayor parte de las fracturas no son intervenidas de urgencias el día del ingreso (salvo hemorragias, fracturas muy inestables...). Esto obedece a varias razones: o son pacientes que "pueden esperar", por lo que generalmente, dentro de la gran presión asistencial habitual en los quirófanos de urgencias, siempre hay alguna patología que resulta más prioritaria, salvo casos indicados de fracturas abiertas muy desplazadas o inestables, hemorragias, etc.

o La gran mayoría de nuestras guardias se realizan por un adjunto localizado, a veces sin residente de presencia en el hospital. La traumatología facial precisa generalmente de un equipo compuesto por tres cirujanos, por lo que durante la guardia tampoco hay el número necesario de facultativos para realizar correctamente esas cirugías.

o En un número importante de casos, es necesario diferir la intervención hasta la disminución del edema, para valorar estéticamente al paciente, así como porque las vías de abordaje se realizan a través de pliegues cutáneos faciales.

o En caso de traumatismos complejos, precisan un adecuado estudio y una planificación rigurosa, a veces discutida en sesión clínica, para evitar complicaciones, por lo que son cirugías que deben diferirse.

Estos pacientes que ingresan por urgencias con fracturas faciales, en ocasiones se mantienen ingresados hasta la fecha de intervención, si esta está próxima, o son dados de alta si su estado lo permite, y se incluyen en lista de espera para cirugía programada.

En ocasiones, al estar programada la intervención con poco tiempo de antelación, se ingresa al paciente el día antes de la misma para que sea valorado por el Servicio de Anestesia y Reanimación. Esto también contribuye a aumentar la estancia preoperatoria de los pacientes programados

Sería de utilidad, combinado con el Servicio de Anestesia y Reanimación, implementar un circuito rápido de valoración preferente de pacientes con urgencias diferidas, que van a ser sometidos a cirugía programada, de esta manera estos pacientes también podrían ingresar el día de la intervención y no el día anterior para realizar el preoperatorio

Aquellos pacientes ingresados por urgencias, que no están en condiciones de ser dados de alta por las características de su fractura, por el estado general del paciente, o por tratarse de pacientes de fuera de Mallorca (tanto de Ibiza o Menorca como pacientes extranjeros), deben recolocarse dentro de los quirófanos ya programados, lo que conlleva en ocasiones suspensiones de pacientes, con el trastorno que ello supone. Esto también contribuye a un aumento de la estancia preoperatoria de dichos pacientes, hasta que pueden ser intervenidos.

**Cirugía sin ingreso:** En este punto podemos valorar cual es el grado de ambulatorización de nuestros procedimientos, en relación con el resto de hospitales analizados.

	Actual	Anterior
Índice de cirugía sin ingreso ajustado (ICSIA)	<b>0,9295</b>	<b>0,9697</b>
CSI observadas	135	144
CSI esperadas	145,2	148,5
Tasa bruta de sustitución	54,7%	57,4%
Intervenciones analizadas	247	251

En este punto, nuestro grado de ambulatorización en el año 2019 es algo menor del esperado en los episodios analizados y ligeramente inferior al del año 2018

**Complicaciones:** Respecto a este puntos, tanto las complicaciones brutas, como las ajustadas por riesgo, han disminuido respecto al año 2018, encontrándose ligeramente por debajo de la media del resto de servicios analizados de nuestras características.

Complicaciones brutas			
	Actual	Estándar	Anterior
Tasa bruta de complicaciones	3,3%	4,5%	4,6%
Episodios con complicación	11		17
Altas evaluadas	332		372

Complicaciones ajustadas por riesgo				
	Actual		Anterior	
Índice de Complicaciones Ajustado por Riesgo	<b>1,0131</b>	<b>0,1</b>	<b>1,2129</b>	<b>3,0</b>
Episodios observados con complicación	11		17	
Episodios esperados con complicación	10,9		14,0	
Altas evaluadas	332	100,0%	372	100,0%

**Readmisiones:** En este apartado analizamos aquellos pacientes que reingresan en un periodo inferior a un mes, por causas relacionadas con la asistencia prestada

### Readmisiones brutas

	Actual	Estándar	Anterior
Tasa bruta de readmisiones	1,6%	3,3%	1,4%
Readmisiones	6		6
Altas hospitalización	371		422

### Readmisiones ajustadas por riesgo

	Actual		Anterior	
Índice de Readmisiones Ajustado por Riesgo	<b>0,6470</b>	<b>-1,6</b>	<b>0,5973</b>	<b>-2,7</b>
Readmisiones observadas	3		4	
Readmisiones esperadas	4,6		6,7	
Episodios Evaluados	319	86,0%	390	92,4%
Readmisiones no evaluadas	3	50,0%	2	33,3%

Podemos objetivar un años más, una tasa de readmisiones menor a la del resto de servicios analizados

**Indicadores de calidad de datos:** este punto refleja si los datos son recogidos adecuadamente, lo que redundará en la fiabilidad de las conclusiones extraídas de los mismos

### Indicadores calidad de datos

	Actual		Estándar	Anterior	
Altas totales	537			580	
<b>Exhaustividad</b>	<b>Actual</b>		<b>Estándar</b>	<b>Anterior</b>	
Diagnósticos por alta	3,0		3,0	2,9	
Diagnósticos por alta sin causas externas	3,0		2,8	2,9	
% Altas sin diagnóstico principal (DP)	0,4%	2	0,8%	3,8%	22
Procedimientos por alta	2,3		2,2	2,2	
<b>Calidad</b>	<b>Actual</b>		<b>Estándar</b>	<b>Anterior</b>	
Episodios con DP inválido	0,0%	0	0,8%	0,0%	0
Diagnósticos inválidos	0,0%	0	0,0%	0,0%	0
Procedimientos inválidos	0,0%	0	0,0%	0,0%	0
% GRD inválidos o con PQ no relacionado	2,6%	14	4,5%	6,4%	37

Podemos ver que la calidad de datos ha mejorado durante el año 2019, con unos resultados similares al resto de servicios analizados

## **9. Continuidad asistencial.**

El Servicio de Cirugía Maxilofacial proporciona asistencia continuada a todos los pacientes de la isla de Mallorca y aquellos que no pueden ser resueltos en Ibiza y Menorca.

Los residentes de Cirugía Maxilofacial realizan guardias específicas de la especialidad durante todo su periodo formativo salvo los meses de rotación por Cirugía General, al comenzar la residencia, que realizan guardias de dicha especialidad.

Los médicos adjuntos realizan guardias localizadas y el médico residente realiza guardias de presencia física. En el caso del residente de primer año, realiza sus guardias conjuntamente con un adjunto de presencia física en el hospital.

Al no existir otro Servicio en la isla, se derivan y consultan todas las urgencias de nuestra especialidad del área de Son Espases y del resto de centros hospitalarios de la isla.

Así mismo, recibimos traslados de Menorca (el médico especialista allí contratado no hace guardias), y en menor medida, de Ibiza en casos especiales.

## **10. Docencia y Formación continuada.**

Dentro de nuestro servicio consideramos fundamental la adecuada formación de los residentes, intentando potenciar la figura de los Tutores de Residentes (Dr. Pablo Espinosa y Dra. Carmen Bosch), que constituye una pieza esencial para la formación y evaluación de la formación del especialista.

El Tutor debe mantener un contacto continuo con el Residente, y entre sus funciones se encuentran planificar, gestionar, supervisar y evaluar el proceso de formación, tomando las medidas necesarias para favorecer y mejorar el auto aprendizaje, la responsabilidad progresiva y la capacidad investigadora del Residente.

El sistema de formación de los Residentes es siempre tutorizado.

Existen unos niveles de responsabilidad claramente establecidos:

- Nivel de responsabilidad 1: actividades realizadas directamente por el residente sin necesidad de una tutorización directa. El residente ejecuta y posteriormente informa.
- Nivel de responsabilidad 2: actividades realizadas directamente por el residente bajo supervisión del tutor.
- Nivel de responsabilidad 3: actividades realizadas por el personal sanitario del centro y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente. Se ha elaborado una Guía de Supervisión de Residentes de Cirugía Maxilofacial, que especifica que actividad puede realizar el Residente en cada año de formación, los niveles de responsabilidad y supervisión, así como los objetivos tanto teóricos como prácticos que el Residente debe superar en cada año de formación (Anexo 2)

En nuestro Servicio, como en casi todos los Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial, el Residente desarrolla su actividad ente Consultas Externas, Hospitalización, Quirófanos (General, CMA, Cirugía Ambulatoria) y las urgencias.

El residente más joven, tras la rotación obligatoria por Cirugía General, se incorpora al Servicio iniciándose en el manejo de las urgencias y pacientes hospitalizados, así como en la cirugía oral de menor complejidad, adentrándose a medida que progresa su formación, en intervenciones y patología de mayor complejidad.

Al realizar la planificación semanal, se asigna la actividad en cada punto (consultas externas, planta, quirófano) a un médico especialista, por lo que en ningún momento el residente está solo como responsable de esta actividad. Si es responsabilidad del residente durante la mañana, el atender las urgencias que surjan, siempre asistido por el adjunto responsable de la planta. Así mismo, en ocasiones los residentes pueden tomar la responsabilidad del gabinete de cirugía ambulatoria, asistidos también por un médico de planta.

En nuestro Servicio funciona la figura del Jefe de Residentes, que corresponde al residente mayor, y se encarga, con la colaboración del Tutor y del Jefe de Servicio, de organizar el día a día de la plantilla de residentes.

La formación se realiza también mediante un sistema de rotaciones durante los 5 años de residencia. Algunas de estas rotaciones son obligatorias, establecidas por el Ministerio en el Plan de Formación, y otras son opcionales, para completar la formación en áreas más específicas, generalmente en centros reconocidos, tanto nacionales como internacionales.

Dichas rotaciones opcionales deben ser aceptadas por la Comisión de Docencia del Hospital, justificando el residente la necesidad de dicha rotación.

Otro aspecto importante en la formación de los Residentes, es su participación en sesiones clínicas intra y extrahospitalarias, así como la asistencia a congresos y cursos de formación.

El Servicio de Cirugía Maxilofacial realiza sesiones periódicas, organizadas de la siguiente forma:

- El lunes se realiza una sesión monográfica, sobre un tema específico, generalmente por parte de los médicos residentes, aunque también por parte de los médicos adjuntos. Son sesiones cortas de aproximadamente 15 min, y luego se realiza una discusión sobre el tema.
- También el lunes se analiza la programación quirúrgica de la semana y se discute la indicación con los médicos residentes. Así mismo, se analizan los pacientes ingresados y las urgencias generadas durante el fin de semana.
- Un lunes al mes, en vez de la sesión monográfica, se realiza una sesión bibliográfica sobre los artículos más destacados publicados y se discute uno de ellos.
- Participamos semanalmente en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, donde se presentan todos los pacientes oncológicos conjuntamente con los Servicios de ORL, RDT, Oncología Médica y Radiología. El médico residente prepara los casos y los presenta para su discusión en el comité.
- El jueves, antes del Comité de Tumores, los médicos residentes realizan revisiones bibliográficas sobre un tema escogido libremente

## 11. Investigación

### 1. PUBLICACIONES EN REVISTAS INTERNACIONALES

- Hui Shan Ong BDS, MD, PhD1 | Miao Yu DDS, MD2 | Jian Nan Liu DDS, MD, PhD1 | **Carlos Salcedo Gil BDS, MD1** | Kenneth Wan MBBS, BDSc, FRACDS, OMFS3 | Chen Ping Zhang DDS, MD, PhD1 | Li Qun Xu DDS, MD, PhD1 Modified maxillary reconstruction technique for Brown's class III defects by subdividing a rhomboid shaped iliac crest into 2 subunits. Head & Neck.2018;00:1–10. <https://doi.org/10.1002/hed.25169>

- **C.A.Salcedo-Gil**, A. Prieto Gundin, M. Alberola Ferranti, J. Rubio-Palau Lymphoepithelial carcinoma of the accessory parotid gland. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 57, Issue 4, May 2019, Pages 365-367 <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2018.09.017>

## 2. COMUNICACIONES A CONGRESOS INTERNACIONALES

PONENCIA: **C.A.Salcedo-Gil** "Protocolo de manejo para disfunción de articulación Temporomandibular" "V Congreso de Actualización Odontológica y 1er Encuentro Nacional de Facultades de odontología Cuauhtémoc - MEJICO" con sede en Aguascalientes el día jueves 28 de Febrero del 2019.

PONENCIA: **C.A.Salcedo-Gil** "Reconstrucción maxilofacial del paciente oncológico" "V Congreso de Actualización Odontológica y 1er Encuentro Nacional de Facultades de odontología Cuauhtémoc - MEJICO" con sede en Aguascalientes el día sábado 02 de Marzo del 2019.

PONENCIA: **C.A.Salcedo-Gil** . Inspiring others Through My Journey .24th International Conference on Oral and Maxillofacial Surgery. Next Level Forum: "Get Inspired". Mayo 21 -24, 2019 en Rio de Janeiro, Brazil.

## 3. COMUNICACIONES A CONGRESOS NACIONALES

Comunicación ORAL: **C.A.Salcedo-Gil** Nueva herramienta en el manejo de los niños fisurados en países en vías de desarrollo: Cleft Passport . LVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA. VIGO 23 -25 de Mayo de 2019.

Comunicación ORAL: ".Autores: **Juan Martín Zárate González**, Pablo Espinosa, Alba Verano, Marta Pérez, Víctor Lasa. "INITIAL TREATMENT FOR MRONJ STAGE I AND II: CHALLENGING THE CURRENT PARADIGM" XXV Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019).

Póster : Autores: **Juan Martín Zárate González**, María Fernández Pose, Mikel Ramos, Víctor Lasa "CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE LABIO: A PROPÓSITO DE UN CASO". XXV Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019)

Comunicación ORAL: **Marta Perez Caballer**; Maria Jose Pastor Fortea; Alba Verano García; Juan Martín Zárate González; Pablo Espinosa Calleja; Víctor Lasa Menéndez. Evaluación y manejo de pacientes con disfagia orofaríngea postoperatoria con cáncer de cabeza y cuello. Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019).

Póster: Víctor Hidalgo Lopez; **María Fernández-Pose**; Alba Verano García; Marta Pérez Caballer; Víctor Lasa. Leishmaniasis mucocutánea por *L. infantum* en un adulto inmunocompetente. Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019).

Póster: Víctor Lasa Menéndez; **Alba Verano García**; Juan Martín Zárate González; María Fernández Pose; Carlos Salcedo Gil; Leandro Brogi. Manejo de las fracturas de órbita: aplicación de planificación virtual, impresión 3d y tac intraoperatorio. Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019).

Comunicación ORAL: **Marta Perez Caballer**; Miguel Morey Mas; Sergio Janeiro Barrera; Ignacio García - Recuero; Alba Verano García; Víctor Lasa Menéndez. Planificación cad/cam en microsomía hemifacial: prótesis customizada de atm. Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019). Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019).

Comunicación ORAL: **Marta Perez Caballer**; Victor Lasa Menéndez; Maria Jose Pastor Fortea; Pablo Espinosa Calleja; Alba Verano García; Maria Fernández - Pose. Reconstrucción de articulación temporomandibular con colgajos libres. Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019).

Moderador mesa congreso: **Victor Lasa Menéndez**. Moderador mesa parálisis facial. Congreso Nacional de la SECOMCYC, Sevilla, España. (13-15 junio de 2019).

#### 4. CAPITULOS DE LIBROS

**Pablo Espinosa Calleja**, Juan Carlos de Vicente Rodríguez. . Técnicas de tratamiento de las fracturas de mandíbula en situaciones especiales. Consideraciones específicas: conminución, atrofia, infección. Capítulo 32. Cirugía Oral y Maxilofacial. Atlas de procedimientos y técnicas quirúrgicas. ISBN 9788491101123.

Sheyla Sironvalle Soliva y **Pablo Espinosa Calleja**. Técnicas de corrección de secuelas de traumatismo facial. Autores. Capítulo 41. Cirugía Oral y Maxilofacial. Atlas de procedimientos y técnicas quirúrgicas. ISBN 9788491101123.

#### 5. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN FINANCIADOS

*“REVISION DEL PARADIGMA PARA EL TRATAMIENTO INICIAL DE LOS PACIENTES CON OSTEONECROSIS MANDIBULAR POR MEDICAMENTOS EN ESTADIOS 1 Y 2”. ENSAYO CLÍNICO PROSPECTIVO, CONTROLADO Y RANDOMIZADO, CLINICO Y RADIOLOGICO, CON ANÁLISIS DE BIOMARCADORES EN SALIVA.* CEI-IB n°: IB 3659/18 PI. Zárate-González, JM (Investigador principal); Monjo-Cabrer, M; Ramis-Morey, J; Espinosa-Calleja, P; Lasa-Menéndez V. Período: Mayo 2018- hasta la fecha.

*VALOR PRONÓSTICO DE BIOMARCADORES SALIVALES PARA EL DESARROLLO DE OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES ASOCIADA A MEDICAMENTOS TRAS EXTRACCIÓN DENTAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE RIESGO”* CEI-IB n°: IB 3877/19 PI . Zárate-González, JM (Principal Investigator); Monjo-Cabrer, M; Ramis-Morey, J; García-Moris, I; Lasa-Menéndez V.

"PROYECTO DE ENTRENAMIENTO AVANZADO EN CIRUGÍA MICROVASCULAR Y MICROCIURUGÍA RECONSTRUCTIVA EXPERIMENTAL EN RATA" (Referencia CEEA 128/10/19) del investigador **Carlos Alberto Salcedo Gil** del Hospital Universitario de Son Espases (HUSE) Período: Setiembre 2019- hasta la fecha

#### 6. OTRAS ACTIVIDADES: Participación en la ORGANIZACIÓN de EVENTOS CIENTÍFICOS, CONFERENCIAS INVITADAS, etc.

**Janeiro S.** Prestador de Servicios Docentes: Asignatura “Introducción a la Cirugía” *Escola Universitaria d’Odontología ADEMA*. Palma | Curso 2018-19, 2019-20.

**Espinosa P.** Prestador de Servicios Docentes: Asignatura “Introducción a la Cirugía” *Escola Universitaria d’Odontología ADEMA*. Palma | Curso 2018-19, 2019-20.

Ponencia: **Janeiro S.** Ponente en Face Maratón de Casos Clínicos. Clases III. *Face. Formedika*. Madrid | Octubre de 2019

Ponencia: **Espinosa P.** Curso SORG de abordajes y tratamiento de las fracturas craneofaciales . Barcelona 28 - 29 de noviembre de 2019 (Módulo 2) : Fracturas naso - órbita – etmodeas

Ponencia: **Lasa V.** Curso SORG de abordajes y tratamiento de las fracturas craneofaciales. Barcelona 28 - 29 de noviembre de 2019 (Módulo 2): Fracturas de sínfisis, cuerpo y ángulo mandibular. Abordajes y osteosíntesis.

Ponencia: **Espinosa P.** Jornada de impresión médica 3D Hospital Universitario Son Espases 2 de diciembre de 2019 : Casos de cirugía oral y maxilofacial

Ponente: **Pastor MJ.** Presentación de un caso clínico.abordaje multidisciplinar. reunión científica comité oncológico de cabeza y cuello. Organizada por Merck. 28 Marzo 2019.

Asistencia a cursos: **Espinosa P.** Jornadas avanzadas de planificación y reconstrucción maxilofacial 3D, 11 a 13 de marzo de 2019

Sesión acreditada Servicio CMF: **Pastor MJ.** CAMBIOS DEL TNM EN ONCOLOGIA ORAL. Noviembre 2019.

## 12. Resumen resultados 2018.

En el año 2019 desarrollamos una serie de acciones, según el compromiso adquirido en el contrato de gestión.

### PLANIFICACIÓN VIRTUAL E IMPRESIÓN 3D

#### 1.- INTRODUCCIÓN

El uso de la impresión 3D se está expandiendo cada día más en el campo de la medicina, con un incremento exponencial en las publicaciones acerca de su aplicabilidad en cirugía (Tack et al.),siendo las publicaciones de cirugía maxilofacial las segundas más frecuentes, por detrás sólo de las publicaciones de cirugía de rodilla.

Habitualmente los médicos trabajamos con secuencias de imágenes en 2 dimensiones obtenidas de tomografías computerizadas o resonancias magnéticas. Esto requería una gran habilidad visualizando imágenes y reconociendo estructuras anatómicas por parte del cirujano.

Cada vez más frecuentemente los radiólogos obtienen también reconstrucciones en 3 dimensiones para visualizar patologías complejas, pero normalmente se trata de una sola imagen en 3D que no podemos mover, manipular o tocar.

La necesidad de una mejor visualización y mejores resultados postquirúrgicos ha contribuido a que la impresión 3D se haya desarrollado rápidamente, permitiendo la realización de modelos anatómicos en 3D, guías quirúrgicas e incluso prótesis 3D customizadas. Todo ello, además puede emplearse en la educación de pacientes, residentes y adjuntos.

La utilización de la tecnología de planificación e impresión 3D en cirugía maxilofacial ha demostrado varios beneficios: aumenta la precisión en las reconstrucciones, disminuye el tiempo quirúrgico, disminuye el estrés de la placa de osteosíntesis (ya que se moldea menos veces) y es fácil de utilizar.

#### 2. MATERIAL Y MÉTODO

El proceso de impresión 3D comienza convirtiendo las imágenes radiológicas de un paciente al formato utilizado por los software de edición e impresión 3D, es decir, convertir los datos de la tomografía computerizada o resonancia magnética almacenados en formato DICOM (data imaging communications in medicine) a STL (standart tessellation language).

Hay varios programas que se pueden utilizar para esta conversión, tanto de pago (Materialise, Brainlab, 3D systems) como libres (OsiriX, Slicer, Blender, Meshlab).

Una vez hayamos convertido el DICOM a STL, ya sería posible su impresión en 3 dimensiones, si lo que queremos es únicamente tener un modelo impreso de la anatomía del paciente.

Si, por el contrario, queremos realizar alguna otra acción, como por ejemplo crear una guía quirúrgica, tendremos que utilizar software de edición de archivos STL, el que habitualmente utilizamos es Meshmixer (software libre).

### 3. APLICACIONES EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL

#### 3.1 Premoldeado de placas de osteosíntesis en reconstrucción mandibular

En pacientes oncológicos o no, en los que haya que realizar una resección de un segmento de hueso mandibular (osteotomía) y reconstruir con injertos óseos libres (habitualmente colgajo microquirúrgico de peroné).

Los pasos a seguir serían los siguientes:

1. Realización de TAC de cortes finos al paciente.
2. Obtención de imágenes DICOM del TAC.
3. Transformación a formato STL (segmentación) de la mandíbula del paciente.
4. Impresión en 3D de la mandíbula del paciente.
5. Elección y moldeado de placa de osteosíntesis sobre el modelo 3D los días previos a la cirugía.
6. Esterilización del modelo y de la placa ya moldeada.
7. Utilización de la placa de osteosíntesis, adaptándose al defecto y contorno mandibular, sin tener que realizar moldeado intraoperatoriamente.

Azuma et Al. Realizó un estudio en el que comparó los resultados estéticos en las reconstrucciones mandibulares de 28 pacientes dividiéndolos en 2 grupos: en el primero se utilizaron placas premoldeadas utilizando modelos 3D y en el segundo se realizó el moldeado de las placas de manera intraoperatoria. Los pacientes presentaban tumores orales malignos tratados con mandibulectomía segmentaria y reconstrucción simultánea. En el grupo tratado con placas premoldeadas utilizando modelos 3D se observó una diferencia significativa en la simetría del contorno facial ( $P < 0,05$ ) que en el grupo moldeado intraoperatoriamente.

#### 3.2 Premoldeado de mallas de osteosíntesis en fracturas de órbita

En pacientes con fracturas de órbita, habitualmente suelo y/o pared medial, la reconstrucción precisa del defecto es de gran importancia para el resultado postquirúrgico del paciente. La anatomía de la órbita es compleja, y resulta difícil su visualización de manera intraoperatoria, especialmente en la parte más posterior del cono orbitario. La mal posición del globo ocular y el tejido periorbitario puede ocasionar diplopía en el paciente, con las graves consecuencias que ello conlleva en su vida diaria.

Los pasos a seguir serían:

1. Realización de TAC de cortes finos al paciente.
2. Obtención de imágenes DICOM del TAC.
3. Transformación a formato STL (segmentación) de las órbitas del paciente.
4. Edición del archivo STL en Meshmixer, realizando una imagen especular de la órbita no fracturada (sana) sobre la órbita fracturada (esto es posible ya que las órbitas son muy simétricas).
5. Impresión del modelo 3D de la órbita fracturada y de la órbita mirror (imagen especular de la órbita sana).
6. Elección y moldeado de la malla osteosíntesis sobre el modelo 3D mirror los días previos a la cirugía.
7. Esterilización de los modelos y de la malla ya moldeada.
8. Utilización de la malla de osteosíntesis en la órbita fracturada.

### 3.3 Realización de guías de corte

Las guías de corte son objetos impresos en 3D, realizados a partir de estructuras anatómicas del paciente, que sirven para realizar cortes en localizaciones precisas en el hueso del paciente.

Habitualmente se realizan guías de corte para realizar con precisión osteotomías mandibulares.

En nuestro hospital podría aplicarse principalmente a 2 procedimientos:

1. Pacientes que requieran mandibulectomías segmentarias (principalmente oncológicos): mejorando aún más la precisión, en combinación con el premoldeado de placas de osteosíntesis.
2. Pacientes de cirugía ortognática: planificando las osteotomías más adecuadas en cada paciente, teniendo en cuenta aspectos como la posición del nervio dentario inferior o la corticalización mandibular de la rama ascendente a evitar por el riesgo de bad split.

### EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Una vez identificados los pacientes que pueden beneficiarse de dicha tecnología, debemos valorar los resultados. Para ello haremos un seguimiento cada 6 meses del número de pacientes de cada patología en los que estaría indicado utilizarla y en cuantos se ha aplicado realmente.

Debemos identificar también si la aplicación de dicha técnica ha resultado de utilidad en el tratamiento del paciente, y si hemos tenido algún problema técnico para la realización de la planificación y/o impresión.

Durante el primer año de puesta en funcionamiento, debemos limitarnos a evaluar su utilización en oncología y traumatología, para estudio y pre modelado de placas de reconstrucción y osteosíntesis. La realización de guías de corte precisa una formación más especializada que deberíamos adquirir de forma progresiva.

Una vez establecidos los criterios de inclusión, apuntados anteriormente, analizamos los pacientes en los que se ha aplicado esta técnica de planificación virtual.

Oncología y reconstrucción:

Hemos aplicado la planificación virtual e impresión 5 pacientes sometidos a mandibulectomía y reconstrucción microquirúrgica con peroné.

En estos casos, se realiza el moldeado de la placa de reconstrucción sobre el modelo impreso.

El moldeado puede realizarse de dos maneras:

- Antes de la intervención, directamente sobre el modelo, enviando posteriormente a esterilización la placa de reconstrucción ya moldeada, para que esté disponible el día de la cirugía.
- En el momento de la intervención, estéril, con el modelo recubierto por una funda de cámara, que permite mantener la esterilidad y se adapta adecuadamente al contorno del modelo.

Nuestras conclusiones son coincidentes con las publicaciones existentes:

- El hecho de moldear la placa sobre el modelo, hace que resulte técnicamente más sencillo al ser mucho más fácil de manipular.
- Aumenta considerablemente la precisión y la adaptación de la placa, lo que mejora los resultados postoperatorios.

- Disminuye el tiempo quirúrgico de una intervención ya de por sí muy larga.

En todos los casos, el modelo resultó especialmente útil para el objetivo fijado. En uno de los casos, posiblemente por un error en la manipulación de la información del TAC, la impresión no se correspondía con la escala real. Una vez detectado el fallo, se realizó una impresión correcta.

En un sexto paciente, con un defecto complejo de maxilar superior, se realizó una impresión con el objetivo de estudiar mejor la deformidad de cara a plantear la reconstrucción más adecuada, aún pendiente.

Traumatología:

En 4 casos de fractura orbitaria compleja hemos realizado una impresión del defecto y una reconstrucción en espejo de la órbita dañada, utilizando la órbita sana del otro lado.

Esto permite obtener un modelo del resultado deseado, permitiendo moldear previamente las mallas de suelo de órbita que vamos a utilizar en la intervención.

En estos casos resulta de gran utilidad, como hemos apuntado antes, por la dificultad que entraña la zona debido a su compleja anatomía y mínimo abordaje, lo que aumenta las posibilidades de error.

En todos los casos, la placa premoldeada se adapta correctamente al defecto de suelo orbitario, disminuyendo considerablemente el tiempo quirúrgico y las posibles complicaciones, así como el resultado estético y funcional.

Hemos aplicado la técnica en los pacientes que hemos considerado indicados dentro de los criterios establecidos. Consideramos que la aplicación de esta tecnología ha resultado de gran utilidad para el tratamiento de estos pacientes y ha cumplido correctamente los objetivos fijados.

## **FORMALIZACIÓN DE LA UNIDAD DE FISURADOS**

### **ESTRUCTURA DE LA UNIDAD**

Se trata de una unidad multidisciplinar dirigida conjuntamente por el servicio de Cirugía Pediátrica y Cirugía Maxilofacial.

Integrada por 4 especialistas:

2 Cirujanas Pediátricas : -Dra Anna Moreno Montero  
-Dra M<sup>a</sup> de los Angeles Muñoz Miguelsanz

2 Cirujanos Maxilofaciales: -Dra M.Carmen Bosch Lozano  
-Dr Carlos A. Salcedo Gil

La actividad es la siguiente:

Consultas: 2 al mes (primer y segundo martes de cada mes )

- Quirofanos: 1 quirófano cada 15 días en CPED

1 al mes en CMF

Número de casos:

De media: 20 nuevos casos de fisurados al año:

Unilateral 90%

Bilateral 10%

Sindrómicos: 1%

Organigrama de la unidad multidisciplinar:

Las interconsultas a otros especialistas se realizan según las necesidades que consideramos de forma individual para cada paciente.

Los especialistas implicados en el tratamiento multidisciplinar de estos pacientes son:

Genética

ORL

Nutrición

Neumología infantil

Foniatría

Psiquiatría/psicólogo infantil (no disponemos en la actualidad)

Se pretende formar un comité para poder valorar en conjunto de cada caso y así adecuar el tratamiento según las particularidades de cada caso.

OBJETIVOS:

- Formalización de protocolos y consentimientos informados
- Incluir FEA de Psicólogo y Logopeda
- Formación periódica de otros profesionales
- Crear circuitos de información y atención al paciente
- Crear un comité bimensual, formado por: ortodoncistas, protésico, pediatras, logopedas, ORL, Neumólogo, Foniatra...) en el que se pueda abordar de forma integral cada caso individual.
- Recogida y análisis de datos según estándares ICHOM
- Hojas informativas de los principales intervenciones quirúrgicas: Español, Catalán, Inglés y Árabe
- Formar parte de Grupos Europeos e Internacionales sobre el tratamiento integral del fisurado

CIRCUITOS DE ACTUACIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE TRATAMIENTO:

PRENATAL:

\* En esta primera visita se habla con los futuros padres del pronóstico y de las fases de tratamiento por las que pasará su futuro hijo y se les da el teléfono de contacto de AFIBAL (asociación de fisurados de Baleares), para que puedan recabar la información necesaria, para que conjuntamente con las pruebas diagnósticas prenatales (amniocentesis), puedan tomar una decisión en cuanto a la continuidad o interrupción del embarazo.

POSTNATAL:

Nacimiento en Hospital diferente de Son Espases:

\*MALLORCA:

- Habitualmente desde el servicio de neonatología se ponen en contacto con nuestra unidad, mediante secretaria de CPED o CMF y ya se les da una primera cita en la unidad.

\*MENORCA E IBIZA:

-SI LA MADRE HA ACUDIDO A DIAGNOSTICO PRENATAL A HUSE:

Ya ha tenido un primer contacto con la unidad y le dejamos email y números de teléfonos para avisar del nacimiento y así darles una primera visita en la unidad en breve plazo de tiempo.

-SI LA MADRE NO HA ACUDIDO A DIAGNOSTICO PRENATAL A HUSE:

Contactan vía telefónica con busca de Cirugía Pediátrica

## ESTUDIO DETALLADO DEL PACIENTE :

### PEDIATRAS INTRAHOSPITALARIOS:

-Son los que tienen el primer contacto con el RN fisurado e idealmente los que deberían derivar al paciente al nacimiento a nuestra unidad, no obstante existen fisuras palatinas simples o submucosas que pasan desapercibidas los primeros días tras el nacimiento y se detectan cuando el RN tiene problemas de alimentación.

A todos estos pacientes al nacimiento se les debe realizar un estudio de línea media (Eco cardio,Eco abdominal y cerebral)

### -NEUMOLOGOS INFANTILES:

\*se les realiza interconsulta cuando se sospecha obstrucción de vía aérea durante el sueño, consecuencia de la retrognatía que muchas veces va asociada a la fisura palatina, en caso necesario se les realiza un estudio del sueño para valorar las apneas.

### -NEUMOLOGIA INFANTIL/ORL

\*Si el paciente tras la intervención y tras tratamiento logopédico continua con insuficiencia velofaríngea, se realiza interconsulta a neumología para la realización de nasofibroscopia y valorar el movimiento tanto del velo como de las paredes faríngeas.

### ORTOPEDIA:

Los paciente que lo precisen son derivados por los cirujanos de la unidad a la clínica Yarza ,tras la primera/segunda semana de su nacimiento, donde Ignacio Yarza Odontólogo y Protésico dental se encargará de realizar el tratamiento protésico mediante NAM (naso alveolar molding), cuya finalidad es aproximar ambos segmentos maxilares previo a la cirugía ,para mejorar el resultado tanto estético como funcional de labio y paladar, disminuyendo así el número de reintervenciones en estos pacientes. Dicho tratamiento a día de hoy ya constituye una prestación de la seguridad social .

### GENÉTICA:

A todo paciente fisurado se le hace un estudio genético tanto al RN como a los padres, para descartar fisura asociada a algún síndrome y también como consejo genético a los padres para nuevos embarazos. Estos pacientes pueden ser derivados mediante interconsulta desde la unidad de neonatología o en su defecto se realizará dicha interconsulta en la primera consulta con los cirujanos de la unidad.

### PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

La unidad tiene como objetivo formar a los pediatras de atención primaria para:

- Detectar y derivar a cualquier paciente con evidencia o sospecha de fisura labio-palatina en las primeras semanas de vida así como posibles casos de mayor edad que acudan como primera visita tras traslado de comunidad autónoma o por traslado desde otro país
- Controlar curva pondero estatural en los primeros meses de vida del paciente y solicitar revisión en la unidad en caso de que no sea satisfactoria.
- Ayuda a los padres con las técnicas de alimentación e higiene oronasal en los RN.
- Detección de posibles problemas por obstrucción de vía aérea respiratoria .
- Detección de otitis medias agudas en estos pacientes.
- Detectar problemas socio sanitarios en estas familias y ponerlas en contacto con asistente social ,si es preciso.
- En primera infancia detectar casos de trastornos psicológicos en estos pacientes.

## FORMACIÓN:

-Los integrantes de la unidad de fisurados , realizarán jornadas de formación para los pediatras de atención primaria, para que puedan hacerse cargo del correcto seguimiento de estos pacientes, también se les informará de la existencia de AFIBAL, proporcionando números de contacto, con la finalidad de que todos los padres de niños con fisura orofaciales pueden tener acceso a ellos si lo desean .

-Establecer un circuito rápido y eficaz para concertar primera visita en nuestra unidad (actualmente se solicita parte interconsulta a CPED)

-Invitación a las jornadas anuales que realiza AFIBAL, donde se realizan charlas de diversos temas relacionados con esta patología , impartidas por diferentes especialistas implicados en el tratamiento de estos pacientes.

## ORL:

-Los primeros meses de vida siguen controles por ORL, para verificar la audición y control de otitis medias agudas en estos pacientes, que son más frecuentes que en el resto de RN, es deseable siempre que se pueda que dicho seguimiento lo realice ORL pediátrico adscrito a nuestra unidad.

Se decide también si se deben poner drenajes durante la cirugía del cierre de la fisura palatina.

-Adscrita al servicio de ORL existe una foniátrata, que valora periódicamente a estos paciente e indica la necesidad de tratamiento logopédico de los mismos .

\*\* Actualmente no existe logopeda adscrita a la unidad para tratamiento de estos pacientes (SVAP hasta los 6 años y logopedia privada en adelante)

## ORTODONCIA:

Actualmente existe una unidad de ortodoncia adscrita a la seguridad social ,para el tratamiento que precisan estos pacientes en cada una de las fases de su tratamiento ortodóncico, quedando pendiente de dicha inclusión la ultima fase de tratamiento que precisan algunos de estos pacientes (ortodoncia pre-cirugía ortognática).

Esta prestación se lleva a cabo en el centro de salud de Palmanova y prestan sus servicios :

-2 Odontologas/Ortodoncistas

-1 Higienista

Todos los integrantes de la unidad pertenecen a la seguridad social. Los paciente son derivados directamente por nosotros a la unidad de ortodoncia, no existiendo otra via de derivación

## LOGOPEDIA:

Mediante el SVAP se realiza una primera valoración del paciente a los 2-3 años de vida y si precisa tratamiento logopédico se les ofrece sesiones en función de las necesidades de cada uno hasta los 6 años de vida, después si el paciente lo precisa ,deberá continuar logopedia privada.

Pensamos sería indispensable disponer de logopedia adscrita a la unidad para estos pacientes hasta finalizar el crecimiento y con ello las actuaciones médicas que puedan derivar en insuficiencia velofaríngea.

## ASPECTO PSICOSOCIAL:

-Actualmente se envían a psicólogos infantiles privados, debería existir la figura del psicólogo infantil adscrita a la unidad

## VALORACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD AÑO 2019:

Los objetivos establecidos para la unidad (realización de protocolos, comités, circuitos, etc) se desarrollarán una vez establecida formalmentela misma.

En estos momentos, funciona desde el punto de vista asistencial con la participación de los servicios de Cirugía Pediátrica y Cirugía Maxilofacial  
Durante el año 2019 se realizaron 20 consultas conjuntas CPE y CMF, durante las cuales se vieron:

-39 primeras visitas

-266 sucesivas

Se realizaron 20 intervenciones conjuntas :

7 Queilorrafias

5 Estafilorrafias

1 Faringoplastia (conjunta CMF-CPED-ORL)

3 distracciones mandibulares (1 bilateral, 1 unilateral)

1 lipofiling

3 Injertos alveolares

La unidad de ortodoncia del centro de salud de Palmanova, adscrita a nuestra unidad lleva funcionando desde mediados de 2019, ha visitado y tiene ahora en diferentes fases de tratamiento a 21 pacientes.

## CONSULTA TELEFÓNICA

### JUSTIFICACIÓN:

Existen numerosos pacientes, que tras intervenciones de patologías menores, deben acudir a consultas externas simplemente para un resultado de anatomía patológica.

Esto conlleva una molestia para el paciente y una sobrecarga en nuestras agendas de consultas externas que podría ser evitada con una llamada telefónica

### OBJETIVOS:

El objetivo es establecer una agenda para consulta telefónica periódica para evitar la asistencia al hospital a aquellos pacientes que no precisen por su patología un seguimiento tras una intervención, pero si deben conocer el resultado de determinada prueba.

Incluiremos aquellos pacientes intervenidos en el quirófano ambulatorio de consultas externas, que por las características de la lesión, es previsible que no precisen un seguimiento posterior en consultas externas.

### EVALUACIÓN:

Realizaremos un seguimiento de resultados a los 6 m para valorar la efectividad de la medida, los posibles fallos, y si consideramos que cumple los objetivos propuestos de cara a mantenerla de forma permanente.

### EVALUACIÓN DE RESULTADOS:

Una vez establecidos los criterios de pacientes tributarios a beneficiarse de esta medida, se inició la agenda de consulta telefónica en el mes de octubre.

Se establece una consulta semanal para transmitir los resultados a los pacientes intervenidos en el quirófano de consultas externas.

Se incluyen pacientes con lesiones clínicamente benignas de partes blandas (fibromas, angiomas...) que previsiblemente no precisarán un control en consultas.

Se citan para consulta telefónica al menos 6 semanas después de la intervención, para asegurar que esté disponible el resultado.

Antes de la llamada se revisa que esté el resultado, y en caso contrario se recita para otro día.

Durante este periodo se han presentado las siguientes situaciones:

1) El paciente contesta a la llamada y se le informa del resultado de anatomía patológica.

- En caso de no precisar seguimiento en consultas, se da de alta al paciente
- En caso que, por el resultado, sea recomendable un seguimiento, se cita al paciente a consultas del médico responsable.

2) No es posible contactar telefónicamente: en este caso, se anota en la historia y se cita para la próxima consulta telefónica. En caso de no ser posible nuevamente, se cita a consultas.

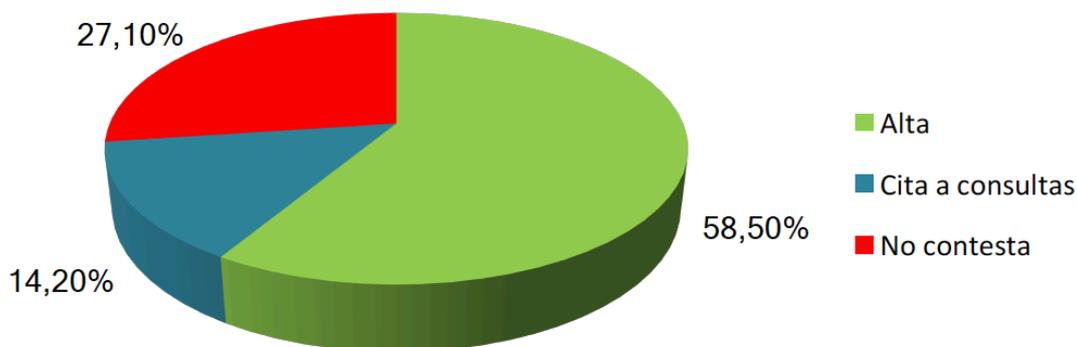
Lo resultados de seguimiento de este periodo son los siguientes:

- Hemos incluido para consulta telefónica, 70 pacientes, en 14 consultas: 5 pacientes de media por consulta.

- Se ha podido contactar con 51 pacientes (72,8%), de estos, 41 (58,5%) son dados de alta. En el 14,2% de los casos (10 pacientes), se citan a consultas porque el resultado de AP aconseja un seguimiento.

- 19 pacientes no contestan a la llamada (27,14%)

## Consulta telefónica



Como análisis de estos datos, a pesar de no ser un gran número de pacientes, consideramos que es una medida positiva que debemos mantener ya que disminuye el número de visitas sucesivas innecesarias, con las ventajas evidentes para los pacientes.

Debemos tomar medidas para disminuir el número de pacientes que no contestan a la llamada. Para ello hemos comenzado a anotar en "notas adhesivas" el teléfono en que estará disponible el paciente y se informará al paciente tras la cirugía el día de la consulta telefónica, para que pueda, en lo posible, estar pendiente de nuestra llamada.

## **CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGÍA.**

### **JUSTIFICACIÓN:**

Dentro de la cirugía oncológica de Cabeza y Cuello hay un gran número de pacientes que precisan un tratamiento multidisciplinar.

A través del Comité de Tumores se determina el tratamiento más adecuado para cada paciente.

Numerosos casos precisan ser valorados conjuntamente por los diferentes servicios integrantes del comité (Cirugía Maxilofacial, ORL, Oncología y Radioterapia).

En estos momentos, los pacientes de Cirugía Maxilofacial que deben ser valorados por diferentes servicios, acuden a cada uno de forma individual, y generalmente en fechas diferentes, lo que implica una molestia importante para el paciente y un retraso en la toma de decisiones que se evitaría con la valoración conjunta del paciente por todos los especialistas implicados.

### **OBJETIVOS:**

El objetivo de esta acción es realizar una valoración conjunta de aquellos pacientes que precisan un tratamiento multidisciplinar, o que supone una serie de ventajas:

- Disminuye el número de visitas de los pacientes, que hasta este momento deben acudir a la consulta de cada especialista por separado.
- Contribuye a mejorar el intercambio de información entre los diferentes profesionales, al poder valorar al paciente de forma conjunta, permitiendo así mismo la realización y valoración de pruebas complementarias como la exploración con fibroscopio, en la misma cita.

### **PACIENTES:**

Debemos determinar que pacientes son los que deben ser valorados en la consulta multidisciplinar:

- Primeras visitas, que tras el estudio previo, pudieran ser candidatos a tratamiento por varias especialidades.
- Aquellos pacientes en los que es posible ofrecer diferentes alternativas de tratamiento, cada uno con sus ventajas e inconvenientes. La posibilidad de valorarlos de forma conjunta, aportando al paciente toda la información que precisa, puede ayudar al paciente y los profesionales a tomar la decisión más adecuada.
- Pacientes que tras finalizar un tratamiento, deben ser valorados conjuntamente para valorar respuesta

### **EVALUACIÓN:**

Se evaluará a los 6 m y al año, el número de pacientes valorados en dicha consultas y la utilidad de la misma

Aunque no sea un número significativo de pacientes, las ventajas resultan evidentes, para los pacientes y sobre todo para los profesionales implicados en el tratamiento, por la posibilidad de compartir información de forma directa, lo que redundará en un mejor tratamiento de dichos pacientes.

## EVALUACIÓN DE RESULTADOS:

De todas las acciones propuestas en el contrato de gestión, esta no ha sido posible implementarla de manera satisfactoria.

Hemos identificado algunos pacientes que siguen revisiones periódicas por CMF, RDT y Oncología Médica, gestionando en lo posible que las revisiones coincidan el mismo día para disminuir el número de visitas de los pacientes. Dichas revisiones no ha sido posible establecerlas de manera conjunta por problemas de disponibilidad de los diferentes especialistas, por lo que cada uno valora al paciente en su propia consulta, a ser posible el mismo día.

Las primeras visitas se continúan valorando individualmente, y se presentan al Comité de Tumores para la decisión terapéutica, con todas las pruebas complementarias, sin la presencia del paciente.

Así mismo, la valoración de respuestas, se sigue realizando de forma individual por cada servicio, poniendo en común la información a través del Comité de Tumores, o mediante el contacto directo entre los diferentes especialistas .

La presión asistencial de los diferentes servicios implicados dificulta la puesta en marcha de este proyecto, que considero de utilidad para los pacientes y los profesionales. Considero que debemos estudiar más detalladamente las soluciones antes de volver a plantearlo.

## **13. Otros: otras actividades y nuevas propuestas.**

De cara al próximo año, teniendo en cuenta el cambio de panorama que se vislumbra tras situación motivada por la pandemia del Covid 19, hay una serie de acciones que debemos intentar desarrollar:

### **INCREMENTO DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS Y VISITAS VIRTUALES:**

La actual situación ha motivado que hayamos tenido que realizar un gran cantidad de consultas telefónicas. Esto nos ha permitido valorar en que situaciones ha resultado de utilidad, pudiéndose implementar este instrumento, manteniendo la total seguridad en la asistencia de nuestros pacientes, y por el contrario, que pacientes tienen que acudir a su cita de forma presencial.

En nuestro caso, como he expuesto en el apartado anterior, hemos iniciado la utilización de consultas telefónicas en unos casos muy determinados.

La mayoría de nuestros pacientes pueden precisar un contacto presencial para realizar exploraciones, firma de consentimientos informados, etc.

Existen otros casos, como puede ser la información de resultados de pruebas complementarias, etc, que podrían beneficiarse de la consulta telefónica / telemática, para disminuir las visitas de los pacientes al hospital.

El desarrollo de esta modalidad de consultas tiene que venir de la mano de la adecuada dotación de la tecnología necesaria para realizarla de forma satisfactoria.

También podría ser de especial utilidad, poder realizar consultas telemáticas con el médico de familia y/o odontólogos, para aclarar dudas, valorar prioridad de determinados pacientes o definir criterios de derivación, con el objetivo una vez más, de disminuir las visitas presenciales al hospital. En este caso resulta imprescindible disponer de la tecnología a adecuada, y la colaboración de Atención Primaria.

## **AUMENTO DE LA ACTIVIDAD ORDINARIA DE TARDE:**

Como he explicado en el análisis de la actividad quirúrgica, durante el año 2019 hemos realizado de forma continua, actividad ordinaria de tarde.

Esta actividad ha representado en este periodo, un 6,5% respecto a la actividad ordinaria total, y un 29,4% de la actividad total de CMA

El aumento de la actividad de tarde permite disponer de recursos del Hospital, como sesiones quirúrgicas, que es imposible aumentar durante la jornada matinal. Así mismo, la realización de actividad de consultas, permitiría disminuir la presencia de pacientes durante la mañana, y reducir la lista de espera.

El aumento de esta actividad es difícil de gestionar en ocasiones, porque supone una menor disponibilidad de personal durante la mañana, lo que puede implicar una sobrecarga para el resto de especialistas.

Los miembros del Servicio deben colaborar con esta iniciativa, teniendo en cuenta los beneficios que puede suponer flexibilizar la jornada laboral.

## **PROTOCOLO PARA EVITAR EL PASO DE PACIENTES DE CIRUGÍA ORTOGNÁTICA POR LA UNIDAD DE REANIMACIÓN:**

Esta es una acción que hemos valorado conjuntamente con los médicos responsables de la Unidad de Reanimación.

La cirugía ortognática es aquella destinada a corregir malformaciones que producen deformidad y alteración de la oclusión en los pacientes.

Es una cirugía larga y que implicar realizar osteotomías maxilares y mandibulares, por vía intraoral, lo que conlleva un edema postoperatorio con un posible compromiso de vía aérea.

Son en su gran mayoría, paciente jóvenes, sin comorbilidades ni especial riesgo anestésico.

En estos momentos, todos los pacientes que se someten a osteotomías bimaxilares, van a la Unidad de Reanimación. Debido a la alta presión asistencial que soporta la REA, en el caso de que no haya camas suficientes para las cirugías previstas, al ser una patología no urgente, en ocasiones tenemos que suspender la intervención con todos los problemas que eso supone para el paciente y sus familiares y con la pérdida de una sesión completa de quirófano.

Prácticamente ninguno de los pacientes intervenidos durante los últimos años, presentó alguna complicación en la Unidad de Reanimación, siendo trasladados a planta la mañana siguiente de la intervención.

El objetivo, conjuntamente con la Unidad de Reanimación, es identificar en que casos es necesario el paso por REA de estos pacientes, y en cuales no, y realizar un protocolo para justificar esa decisión.

Tanto desde el punto de vista anestésico, como quirúrgico, hay diferentes medidas que se pueden instaurar para disminuir la duración y el edema postoperatorio de estas intervenciones, que es el factor principal que actualmente lleva a su ingreso en REA de forma preventiva.

Consideramos, que salvo casos especiales en pacientes con determinados riesgos, sindrómicos, etc. prácticamente todos los pacientes de Cirugía Ortognática, pueden ser intervenidos de forma segura, sin pasar por la Unidad de Reanimación Post Anestésica.

