

Criterios, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud, actualizados según los criterios homologados por el Consejo Interterritorial

2. RECONSTRUCCIÓN DEL PABELLÓN AURICULAR

La reconstrucción total o parcial de la oreja es una técnica compleja y difícil, debido a que el pabellón auricular se compone de un delicado armazón de cartílago, con relieves y depresiones naturales que conforman su singular aspecto, envuelto por una delgada cobertura cutánea. Se requiere de la habilidad técnica del cirujano plástico, el cual no emplea instrumentos quirúrgicos complejos. Se precisa de un importante conocimiento del manejo de tejidos autólogos, necesarios para la reconstrucción, destacando la capacidad de diseñar un armazón de cartílago, para lo que se emplean injertos de costilla. En algunos casos se precisa una expansión tisular previa.

La reconstrucción de la oreja tiene dos indicaciones principales:

- Defectos congénitos, como *la microtia* que es una malformación congénita caracterizada por la ausencia total o parcial de una o ambas orejas al nacimiento, que a veces puede acompañarse de algún grado de compromiso de la audición (por atresia del conducto auditivo externo), así como del tamaño y crecimiento de la cara.
- Defectos adquiridos, la pérdida adquirida de la oreja puede deberse a amputaciones traumáticas parciales o totales (etiologías más frecuentes: accidentes de tráfico y agresiones humanas), enfermedad tumoral u otras causas. También la oreja puede sufrir destrucción parcial o total por quemaduras o infecciones (condritis secundaria a quemaduras, motivos estéticos como “piercing” u otras causas).

La dificultad técnica que entraña una reconstrucción completa de oreja, en la que el resultado depende en gran medida de la precisión quirúrgica del cirujano, hace conveniente que las unidades de referencia atiendan un número considerable de pacientes para adquirir la experiencia suficiente que permita lograr resultados satisfactorios.

Estas Unidades pueden atender niños o adultos o ambos.

A. Justificación de la propuesta

<p>► Datos epidemiológicos (incidencia y prevalencia).</p>	<p>La incidencia de la microtia es mayor en la población inmigrante latinoamericana. La frecuencia varía en las diferentes partes del mundo, oscilando entre 0,4 y 5,5/10.000 nacimientos.</p> <p>La reconstrucción auricular total es una técnica que se realiza con poca frecuencia dado que la incidencia de microtia o de pérdida completa traumática de la oreja es baja.</p>
---	--

B. Criterios que deben cumplir los Centros, Servicios o Unidades para ser designados como de referencia para reconstrucción del pabellón auricular

<p>► Experiencia del CSUR:</p> <p>- Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de reconstrucciones del pabellón auricular que deben realizarse al año para garantizar una atención adecuada: <p>- Otros datos: investigación en esta materia, actividad docente postgrado, formación continuada, publicaciones, sesiones multidisciplinarias, etc.:</p>	<p>Si el CSUR va dirigido a la atención de niños y adultos, esto debe reflejarse en la actividad de la Unidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 reconstrucciones completas* del pabellón auricular realizadas, a pacientes adultos y niños, en la Unidad en el año, de media en los 3 últimos años. * Incluye todas las reconstrucciones completas del pabellón auricular, se hayan realizado una o varias intervenciones para conseguir la reconstrucción completa, realizadas en el año en la Unidad. El valor óptimo serían 20-25 reconstrucciones completas. - 50 reconstrucciones parciales del pabellón auricular realizadas, a pacientes adultos y niños, en la Unidad en el año, de media en los 3 últimos años. - Docencia postgrado acreditada: el centro cuenta con unidades docentes o dispositivos docentes acreditados para cirugía plástica, estética y reparadora, pediatría y cirugía pediátrica. - La Unidad participa en proyectos de investigación en este campo. <ul style="list-style-type: none"> ▪ El centro dispone de un Instituto de Investigación acreditado por el Instituto Carlos III con el que colabora la Unidad. - La Unidad participa en publicaciones en este campo. - La Unidad realiza sesiones clínicas multidisciplinarias, al menos mensuales, que incluyan todas las Unidades implicadas en la atención de los pacientes a los que se ha realizado una reconstrucción del pabellón auricular para la toma conjunta de decisiones y coordinación y planificación de tratamientos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ El CSUR debe garantizar la presentación de todos los pacientes de la unidad en sesión clínica multidisciplinar. ▪ La Unidad recoge en las Historias Clínicas de los pacientes la fecha, conclusiones y
---	---

	<p>actuaciones derivadas del estudio de cada caso clínico en la sesión clínica multidisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene un Programa de formación continuada en los defectos del pabellón auricular para los profesionales de la Unidad estandarizado y autorizado por la dirección del centro. - La Unidad tiene un Programa de formación en los defectos del pabellón auricular, autorizado por la dirección del centro, dirigido a profesionales sanitarios del propio hospital, de otros hospitales y de atención primaria. - La Unidad tiene un Programa de formación en los defectos del pabellón auricular dirigido a pacientes y familias, autorizado por la dirección del centro, impartido por personal médico y de enfermería (charlas, talleres, jornadas de diálogo,...).
<p>► Recursos específicos del CSUR:</p> <p>- Recursos humanos necesarios para la adecuada realización de la reconstrucción del pabellón auricular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El CSUR debe garantizar la continuidad de la atención cuando el paciente infantil pasa a ser adulto mediante un acuerdo de colaboración firmado por el Gerente/s de/los centro/s y los coordinadores de las unidades pediátricas y de adultos. <i>(Aquellos CSUR que atiendan a población en edad pediátrica, para la derivación de pacientes de la unidad, deberán estar coordinados con recursos similares de atención de adultos. Aquellos CSUR que atiendan a población adulta deben garantizar la accesibilidad a la unidad desde cualquier otra unidad pediátrica)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El acuerdo de colaboración incluye un protocolo, autorizado por el Gerente/s de/los centro/s y los coordinadores de las unidades pediátricas y de adultos que garantiza la continuidad de la atención cuando el paciente infantil pasa a ser adulto, ocurra esto en el mismo o en diferente hospital y opte la Unidad a ser CSUR para la atención de niños o de adultos o de ambos. - El CSUR tendrá carácter multidisciplinar y estará formado por una Unidad básica y diversas Unidades que colaboraran en la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes y actuarán de forma coordinada. <p>La Unidad básica estará formada, como mínimo, por el siguiente personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un coordinador asistencial, que garantizará la coordinación de la atención de los pacientes y familias por parte del equipo clínico de la Unidad básica y el resto de Unidades que colaboran

<p>Formación básica de los miembros del equipo^a:</p> <p>- Equipamiento específico necesario para la adecuada realización de la reconstrucción del pabellón auricular.</p> <p>► Recursos de otras unidades o servicios además de los del propio CSUR necesarios para la adecuada realización del procedimiento^a:</p>	<p>en la atención de estos pacientes. El coordinador será uno de los miembros de la Unidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo quirúrgico, compuesto por un mínimo de 2 cirujanos especialistas en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora - Personal de enfermería y quirófano. <ul style="list-style-type: none"> - Los cirujanos deben tener experiencia quirúrgica en la reconstrucción de cabeza y cuello, especialmente de la oreja, tanto de malformaciones congénitas como de defectos adquiridos (mínimo 10 reconstrucciones totales de oreja anuales en los dos últimos años). Además deben tener experiencia quirúrgica en la obtención, manejo y modelado de cartílagos costales. - El personal de enfermería y quirófano deben tener experiencia en el control y atención postoperatorios de este tipo de patología, mediante un protocolo sencillo y de fácil aprendizaje. <ul style="list-style-type: none"> - Si el CSUR atiende niños, debe contar con equipamiento adaptado a estos. - Material quirúrgico para el tallado del armazón de cartílago costal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gubias perfectamente afiladas. ▪ Aguja recta y cilíndrica. ▪ Acero monofilamento de 4/0. ▪ Drenajes fenestrados de silicona. ▪ Sistema de esterilización a gas para modelos de celuloide. ▪ Instrumentos de corte. - Archivo fotográfico del estado previo a la cirugía y del resultado tras la cirugía reconstructiva. - Accesibilidad directa de los pacientes y de los centros que habitualmente atienden a los pacientes a los recursos de la Unidad mediante vía telefónica, email o similar. <p>El hospital donde está ubicada la Unidad de referencia debe disponer de los siguientes Servicios/Unidades, que tendrán experiencia en la atención de pacientes con defectos del pabellón auricular en adultos y niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio/Unidad de cirugía plástica y reparadora. - Servicio/Unidad de cuidados intensivos. - Servicio/Unidad de pediatría.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio/Unidad de cirugía pediátrica. - Servicio/Unidad de cuidados intensivos pediátricos. - Servicio/Unidad de cirugía torácica (por el riesgo de lesión pleural durante la obtención del armazón de cartílago costal). - Servicio/Unidad de otorrinolaringología (porque la microtia puede asociarse a malformación del conducto auditivo externo). - Servicio/Unidad de cirugía maxilofacial.
<p>► Seguridad del paciente: <i>La seguridad del paciente es uno de los componentes fundamentales de la gestión de la calidad. Más allá de la obligación de todo profesional de no hacer daño con sus actuaciones, la Unidad debe poner en marcha iniciativas y estrategias para identificar y minimizar los riesgos para los pacientes que son inherentes a la atención que realiza.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de las personas atendidas en la misma, que se realiza por los profesionales de la unidad de forma previa al uso de medicamentos de alto riesgo, realización de procedimientos invasivos y pruebas diagnósticas. - La Unidad cuenta con dispositivos con preparados de base alcohólica en el punto de atención y personal formado y entrenado en su correcta utilización, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. El Centro realiza observación de la higiene de manos con preparados de base alcohólica, siguiendo la metodología de la OMS, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. - La Unidad conoce, tiene acceso y participa en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente de su hospital. El hospital realiza análisis de los incidentes, especialmente aquellos con alto riesgo de producir daño. - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de bacteriemia por catéter venoso central (BCV). - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV). - La Unidad tiene implantado el programa de prevención de infección urinaria por catéter (ITU-SU). - La Unidad tiene implantada una lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras. - La Unidad tiene implantado un procedimiento para garantizar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo. - La Unidad tiene implantado un protocolo de prevención de úlceras de decúbito.

<p>► Existencia de un sistema de información adecuado: <i>(Tipo de datos que debe contener el sistema de información para permitir el conocimiento de la actividad y la evaluación de la calidad de los servicios prestados).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital, incluida la Unidad de referencia, deberá codificar con la CIE.10.ES e iniciar la recogida de datos del registro de altas de acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimentación del RAE-CMBD de alta hospitalaria en su totalidad. - La Unidad dispone de un registro de pacientes a los que se ha realizado una reconstrucción del pabellón auricular, que al menos debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Código de Identificación Personal. ▪ Nº historia clínica. ▪ Fecha nacimiento. ▪ Sexo. ▪ País de nacimiento. ▪ Código postal y municipio del domicilio habitual del paciente. ▪ Régimen de financiación. ▪ Fecha y hora de inicio de la atención. ▪ Fecha y hora de la orden de ingreso. ▪ Tipo de contacto (Hospitalización, Hospitalización a domicilio, Hospital de día médico, Cirugía ambulatoria, Procedimiento ambulatorio de especial complejidad, Urgencias). ▪ Tipo de visita (Contacto inicial, Contacto sucesivo). ▪ Procedencia (atención primaria; servicios del propio hospital; otros servicios; servicios de otro hospital/centro sanitario; iniciativa del paciente; emergencias médicas ajenas a los servicios; centro sociosanitario; orden judicial). ▪ Circunstancias de la atención (No programado, Programado). ▪ Servicio responsable de la atención. ▪ Fecha y hora de finalización de la atención. ▪ Tipo de alta (Domicilio, Traslado a otro hospital, Alta voluntaria, Exitus, Traslado a centro sociosanitario).
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispositivo de continuidad asistencial (No precisa, Ingreso en hospitalización en el propio hospital, Hospitalización a domicilio, Hospital de día médico, Urgencias, Consultas). ▪ Fecha y hora de intervención. ▪ Ingreso en UCI. ▪ Días de estancia en UCI. ▪ Diagnóstico principal (CIE 10 ES). <ul style="list-style-type: none"> - Origen del defecto (congénito, traumático, séptico, etc). - Lado afecto. - Características del defecto y grado de afectación de los componentes de la oreja. ▪ Marcador POA1 del diagnóstico principal. ▪ Diagnósticos secundarios (CIE 10 ES). ▪ Marcador POA2 de los diagnósticos secundarios. ▪ Procedimientos realizados en el centro (CIE 10 ES). <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de cirugía reconstructiva empleadas. - Fecha de las distintas intervenciones realizadas para la reconstrucción. - Otros procedimientos. ▪ Procedimientos realizados en otros centros (CIE 10 ES). ▪ Complicaciones (CIE 10 ES): <ul style="list-style-type: none"> - Intraoperatorias: Neumotórax y rotura de piezas cartilaginosas, sobre todo el hélix. - Postoperatorias: Condrítis, necrosis cutánea, exposición del cartílago, pérdida del injerto retroauricular, extrusión del punto de acero o nylon, congestión capilar, hematoma y dehiscencia de sutura. - Tardías: Retracción del injerto retroauricular y colapso del surco, pérdida de definición del relieve, desplazamiento de pieza cartilaginosa, verticalización del eje de la oreja y condrodermatitis. ▪ Evaluación objetiva y subjetiva del resultado final por parte del equipo quirúrgico. ▪ Resultado encuesta satisfacción del paciente.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultado encuesta satisfacción del entorno familiar del paciente. ▪ Ventajas que la reconstrucción aportó al paciente en cuanto a la integración y relación social, medidas mediante un cuestionario o entrevista realizados por la unidad de referencia, en la que el paciente y familiares expresen las ventajas e inconvenientes del procedimiento. ▪ Seguimiento del paciente. <p>La unidad debe disponer de los datos precisos que deberá remitir a la Secretaría del Comité de Designación de CSUR del Sistema Nacional de Salud para el seguimiento anual de la unidad de referencia.</p>
<p>► Indicadores de procedimiento y resultados clínicos del CSUR^b:</p>	<p>- La Unidad, además de los datos correspondientes a los criterios de designación referidos a actividad, mide los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconstrucciones completas del pabellón auricular realizadas a pacientes ≤ 14 años en el año en la Unidad. ▪ Reconstrucciones parciales del pabellón auricular realizadas a pacientes ≤ 14 años en el año en la Unidad. ▪ Pacientes nuevos* atendidos para reconstrucción del pabellón auricular durante el año en la Unidad, intervenidos o no. <p style="padding-left: 40px;"><i>* Sólo hay que incluir los pacientes para reconstrucción del pabellón auricular, completa o parcial, que acuden por primera vez a la Unidad en el año.</i></p> <p>- La Unidad mide los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes nuevos atendidos para reconstrucción del pabellón auricular ▪ Media intervenciones quirúrgicas por paciente hasta corrección del defecto: Intervenciones quirúrgicas realizadas a pacientes que requieren una reconstrucción completa de pabellón auricular dados de alta con el defecto corregido / Pacientes a los que se ha realizado una reconstrucción completa del pabellón auricular dados de alta con el defecto corregido. ▪ Infecciones locales: Intervenciones de reconstrucción, completas y parciales, del pabellón auricular con infección local / Total intervenciones, completas y parciales, de reconstrucción

	<p>del pabellón auricular.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado de corrección del defecto: Pacientes a los que se ha realizado una reconstrucción completa del pabellón auricular dados de alta con el defecto corregido / Total pacientes dados de alta a los que se ha realizado una reconstrucción completa del pabellón auricular. <ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene que disponer de una escala de resultados estéticos, para lo que se puede emplear la oreja sana contralateral (salvo en casos bilaterales) como patrón de referencia. Se puede considerar que la corrección del defecto se logra cuando se alcanzan unos parámetros determinados de dicha escala: Altura vertical; anchura; proyección; relieve; reconocimiento de los diversos componentes de la oreja; etc. Se aplica la escala y se determina el número de pacientes que han alcanzado dicho resultado. ▪ Grado de satisfacción del paciente: Pacientes de cada nivel de satisfacción* dados de alta a los que se ha realizado una reconstrucción completa del pabellón auricular / Total pacientes dados de alta a los que se ha realizado una reconstrucción completa del pabellón auricular. <ul style="list-style-type: none"> * Niveles de satisfacción: muy bueno, bueno, aceptable, malo, muy malo, sin datos. Deberá ser valorado por el paciente y un familiar directo. En total dos valoraciones.
--	---

^a *Experiencia avalada mediante certificado del gerente del hospital.*

^b *Los estándares de resultados clínicos, consensuados por el grupo de expertos, se valorarán, en principio por el Comité de Designación, en tanto son validados según se vaya obteniendo más información de los CSUR. Una vez validados por el Comité de Designación se acreditará su cumplimiento, como el resto de criterios, por la S.G. de Calidad e Innovación.*

Bibliografía

1. Sánchez O, Méndez JR, Gómez E, Guerra D. Clinic-epidemiologic study of microtia. Invest Clin 1997; 38: 203-17.
2. Acosta A. Reconstrucción auricular con tejidos autólogos. XV Congreso de la Federación Iberoamericana de Cirugía Plástica y XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Sevilla 2004.

