

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOSPITAL ESCUELA DR. ROBERTO CALDERON GUTIERREZ



**Indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del
Aparato Estomatognático.**

**Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Dr. Roberto Calderón
Gutiérrez. Octubre 2015 a Octubre 2019.**

Tesis para obtener el Título de: Especialista de Cirugía Oral y Maxilofacial

Autora:

Dra. Jimena Auxiliadora Arias López

Tutor:

Dr. Edmundo Guerrero Montes

Asesor Metodológico: Dr. Julio Piura López

Managua, Nicaragua. 24 Febrero 2020

Dedicatoria

Con todo mi amor a Papá Dios, por su amor, bondad, sabiduría, fuerza, salud y cada una de sus bendiciones para alcanzar mis sueños y llegar al final de cada uno de mis metas personales y profesionales, entre los que se incluye este.

A mi Papá Douglas Arias, quien ahora es mi ángel, me dio la mano en las diferentes etapas de mi vida, acompañada de sonrisas, alegrías y entusiasmo.

Papá sos mi mayor inspiración, la luz de mi vida y hoy te envié esta dedicatoria hasta el cielo, estoy completamente segura que celebras a lo grande conmigo.

Agradecimiento

Querido Papá Dios, gracias por la gran bendición de tener la incondicional presencia de una mujer excepcional, mi mamá Ligia López, quien ayuda construir mis sueños y alcanzar mis anhelos.

A mis grandiosas hermanas, a mi Mamá Thelma y mi sobrino Gabriel Sebastián, gracias por ser inspiradores de mis logros.

Gracias Dr. Edmundo Guerrero, por el tiempo dedicado, por sus conocimientos, orientaciones, ánimo y paciencia brindada en la realización de este trabajo y durante los años de residencia.

A los que me brindaron apoyo y confiaron en mí, durante la realización de este trabajo muchas gracias.

OPINIÓN DEL TUTOR

La presente investigación “Indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático”. Realizado por la Dra. Jimena Auxiliadora Arias López, quien con total entrega, dedicación, entusiasmo, apego a la verdad y rigor científico, contribuye a la descripción de tan complejas entidades, tanto para quien escribe esta opinión como tutor.

La expresión escrita de un código de humildad, que siempre y en cualquier caso, el Cirujano Oral y Maxilofacial asumirán en su parcela de desconocimiento: «nadie halla la verdad si primero no admite su ignorancia».

En consecuencia con el título de la obra, quien la dirige ha conseguido reunir a un muy notable grupo de profesionales, docentes, universitarios, Médicos de Bases de las especialidades que dan respuesta a cuantas cuestiones se plantean durante el desarrollo de este estudio

Éxitos DRA. Dios la Bendiga y no desista en su Caminar.

Dr. Edmundo Guerrero Montes

RESUMEN

Con el propósito de establecer el comportamiento de indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez durante el periodo Octubre 2015 a Octubre 2019, se llevó a cabo un estudio Descriptivo de corte transversal, a través de la revisión del expediente clínico de 51 casos que cumplieron los criterios de selección. Entre los principales resultados se encontró que hay un bajo índice de exámenes disponibles previos al procedimiento quirúrgico, prolongación de los tiempos diagnósticos y terapéuticos, deficiencia en el estadiaje y caracterización de la lesión y alto porcentaje de pacientes que son intervenidos sin un completo abordaje diagnóstico y cerca de 4 de cada 10 pacientes son intervenidos sin un diagnóstico cito histológico, lo que constituyeron las principales características del proceso diagnóstico. Los indicadores de calidad del proceso diagnóstico de los pacientes en estudio esta 5 veces por debajo del umbral propuesto a nivel internacional, variando el cumplimiento entre 20 y 30%, cuando la metas están entre 90 y 95%. Las tendencias observadas en el proceso diagnóstico son mantenidas en el proceso terapéuticos, con prolongados tiempos de hospitalización pre y post quirúrgico y una tasa elevada de complicaciones postoperatoria en comparación con los estándares internacionales. Solo un una quinta parte de los pacientes es operado antes de los 21 días del diagnóstico y menos del 30% tienen estancias post hospitalaria antes de los 7 días.

En un esfuerzo por contribuir a la mejoría en la calidad de atención a partir de los resultados de esta tesis se propone un algoritmo del proceso diagnóstico y terapéutico.

ÍNDICE

I. Introducción	8
II. Antecedentes Del Problema.....	10
III. Justificación	11
Originalidad	11
Conveniencia institucional.....	11
Relevancia Social.....	12
Valor Teórico.....	12
Relevancia Metodológica	12
IV. Planteamiento del Problema	13
Caracterización	13
Delimitación	13
Formulación	13
V. Objetivos.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos	15
VI. Marco teórico.....	16
Generalidades del aparato estomatognático.....	16
Composición del sistema estomatognático.....	17
Funciones.....	18
Enfermedades del aparato estomatognático:	19
Lesiones neoplásicas y quística aparato estomatognático	19
Relevancia clínica.....	25
Epidemiología.....	25
Gestión de la calidad de un servicio de Cirugía Oral Maxilofacial	26
Indicadores de calidad propuestos internacionalmente	27
Lista de indicadores de calidad para cirugía maxilofacial.....	27
Indicadores y metas propuestas para cirugía de cabeza y cuellos	30

v

Antecedentes internacionales.....	32
VII. Diseño Metodológico.....	38
Tipo de estudio	38
Área de estudio	38
Población de estudio	38
Unidad de análisis.....	38
Criterios de inclusión	38
Criterios de Exclusión.....	39
Operacionalización de variables	39
Obtención de información	39
Fuente	39
Técnica.....	40
Instrumento.....	40
Procesamiento de la información.....	40
Estadística descriptiva	40
Consideraciones éticas.....	41
VIII. Resultados.....	42
Resultados del objetivo #2.....	46
Resultados del objetivo #3.....	51
Resultados del objetivo 4.....	54
IX. Discusión	58
X. Conclusiones.....	66
XI. recomendaciones	67
Recomendaciones al servicio de cirugía Maxilo facial	67
Recomendaciones al personal de salud.....	67
Recomendaciones al Ministerio de Salud.....	68
XII. Bibliografía	69
XIII. Anexos	72

Ficha de recolección	72
Operacionalización	¡Error! Marcador no definido.
Cuadros y gráficos	100
Algoritmo.....	120

I. INTRODUCCIÓN

En Managua, Nicaragua, se encuentra el Hospital de referencia Nacional Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, fundado en 1974, institución pública que actúa sin fines de lucro, asegurando la atención de calidad con humanismo a la población en general con problemas Médicos-Quirúrgicos, con infraestructura para brindar atención, en Emergencia, Sala de Observación, Hospitalización, Quirófanos, Sala de Recuperación, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Coronarios, Centro de Cardiología, Medicina Transfusional, Departamento de Histopatología, Departamento de Radiología, Farmacia , Laboratorio Clínico y con múltiples especialidades Médicas-Quirúrgicas, entre ellas Cirugía Oral y Maxilofacial, en donde se cuenta con médicos residentes en formación, adquiriendo conocimientos, habilidades, competencia y profesionalismo de cada uno de los médicos especialistas, logrando un correcto estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades congénitas o adquiridas de todas la estructura del Sistema Estomatognático.

La Cirugía Oral y Maxilofacial juega un papel fundamental en el abordaje multidisciplinario de patologías neoplásicas y quísticas del aparato estomatognático (Peacock, 2017; Ranganathan, 2016), representa uno de los manejos más importantes de la especialidad y de la competencia de cirujanos por la gravedad, la duración y la complejidad de pacientes con este tipo de entidades, cursando con síntomas físicos, distrés psicosocial e incluso el sufrimiento experimentado por los pacientes a consecuencias de una enfermedad progresiva que sin el adecuado manejo pueden conducir a la muerte (Woo, 2016).

Monitorear y mejorar la calidad de atención de las condiciones clínicas de Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático, se ha vuelto fundamental hoy en día en el contexto de la Cirugía Oral y Maxilofacial, ya que este tipo de entidades son complejas necesitando de terapias múltiples, tienden a tener comorbilidades y apoyo social limitado. Sin embargo,

la información sobre la calidad de la atención para neoplasias y quistes del aparato estomatognático es escasa (Citron et al., 2018; Cramer et al., 2017; Shellenberger, Madero-Visbal, & Weber, 2011).

Los indicadores de calidad quirúrgica proporcionan criterios a través de los cuales la calidad de atención se puede medir y permite realizar comparaciones con umbrales de desempeño definidos, promoviendo así la uniformidad en el manejo e identificando tendencias que conducen a la mejora de los procesos terapéuticos (Cramer et al., 2017; Graboyes, Gross, et al., 2016; Graboyes, Townsend, Kallogjeri, Piccirillo, & Nussenbaum, 2016).

Múltiples indicadores de calidad han sido propuestos por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención en la Especialidad de Cabeza y Cuellos y de Cirugía Oral y Maxilofacial, dichos indicadores se han aplicado ampliamente para evaluar la calidad de los servicios clínicos con un enfoque en los resultados de la atención médica, principalmente en países desarrollados de Europa y Norte América (Cramer et al., 2017; García Perla, 2004; Graboyes, Gross, et al., 2016).

En el Hospital de Referencia Nacional para la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, no se han realizado estudios en torno al manejo y abordaje de estas entidades, y no se cuenta con cifras confiables que reflejen la calidad de los procesos diagnósticos y terapéuticos a nivel del servicio.

En este contexto, el propósito de la presente investigación es dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál es el comportamiento de Indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del aparato estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Managua durante el periodo de Octubre 2015 a Octubre 2019?

II. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Managua-Nicaragua, no se han realizado estudios que correlacionen el momento de la captación del paciente con la realización del abordaje quirúrgico, y el impacto que éste tenga sobre la calidad en la atención con respecto a las afectaciones en el aparato estomatognático.

Por lo que el presente estudio corresponde a un primer abordaje de esta problemática en dicho hospital.

III. JUSTIFICACIÓN

Los esfuerzos a nivel nacional para mejorar el acceso a la atención quirúrgica, específicamente en el campo de la Cirugía Oral y Maxilofacial deben ir acompañados de mejoras en la calidad de la atención quirúrgica; sin embargo, estos esfuerzos dependen de la capacidad de medir la calidad. Es necesario la realización de estudios que contribuyan a desarrollar estrategias y herramienta basada en la evidencia que permitan evaluar la calidad de la atención quirúrgica especialmente entornos de bajos recursos, como lo es Nicaragua.

Originalidad

Basado en la búsqueda exhaustiva de estudios similares, consultando diferentes bases de datos de bibliografías científicas especializadas (Pubmed, Crochane, Medline, Scielo, Hinari) al mismo tiempo se lleva a cabo búsqueda de guías medica – quirúrgica y protocolos, se observa que en Nicaragua no se encuentran estudios relacionados al tema, por lo que para nuestro centro hospitalario se constituye en un estudio pionero, profundizando en esta temática de investigación, esto permite dejar evidencia sobre los factores asociados a los abordajes diagnóstico en neoplasias y quistes a fin de ayudar al manejo terapéuticos de dichas entidades, logrando contribuir a optimizar la calidad de vida en estos pacientes.

Conveniencia institucional

En el plan operático anual (2018) del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, tiene como objetivo crear acciones e implementar políticas de evaluar la calidad en los derecho de la salud de la población, por lo que se describen problemáticas relacionados con los procesos diagnósticos y terapéuticos, en especial de las condiciones quirúrgicas, existiendo la necesidad de identificar factores asociados directamente con la calidad en el abordaje diagnóstico, terapéutico de Neoplasias y Quistes del Aparato Estomatognático, con la

implementación, capacitación del personal, a través de algoritmos, Listas de chequeos, Guías terapéuticas, instauración de pautas protocolarias, para el manejo adecuado de estos pacientes, logrando tratamiento satisfactorio, con enfoque multidisciplinario.

Relevancia Social

La presencia de lesiones de neoplasias y quísticas en pacientes, genera mayores trauma psicológicos y físicos, así como una afectación en la población en edad económicamente activa y productiva provocando mayor ausentismo laboral. Genera más días de hospitalización y aumento en los gastos en insumos médicos, tanto para los pacientes como para la institución.

Valor Teórico

En el estudio se promueve un interés particular en generar conocimientos y adherencia a medidas de prevención con buena evidencia científica que contribuyan a la optimización de los recursos y a una mayor calidad en la atención quirúrgica.

Relevancia Metodológica

Los resultados del presente estudio servirán de base para contar con una metodología que permita definir líneas de acción, contribuir a implementar medidas específicas de prevención y establecer un sistema de vigilancia para los indicadores de Calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del aparato estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Managua durante el periodo de octubre 2015 a Octubre 2019.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización

Es necesario identificar o desarrollar un conjunto mínimo de indicadores basados en evidencia que se puedan utilizar para medir la calidad de la atención quirúrgica a nivel del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, especialmente en países en vía de desarrollo como Nicaragua. La información disponible sobre esta temática y la generación de evidencia es escasa y según se reporta en la literatura que el cumplimiento de guías y estándares de calidad es muy variable a nivel internacional y además se ha investigado poco en el campo de la Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático. Las Neoplasias y Quistes en el Aparato Estomatognático se consideran de mayor complejidad en la competencia de cirujanos oral y maxilofacial.

Delimitación

En el Hospital Dr. Roberto Calderón, existen diversos factores asociados al consistente abordaje diagnóstico y el inicio de una terapéutica adecuada para cada paciente, Hasta el momento no se han realizados estudios demostrando el comportamiento de indicadores de calidad de atención en los procesos diagnósticos y terapéuticos de las lesiones Neoplásicas y Quísticas del Aparato Estomatognático.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo se comportan los Indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 a Octubre 2019?

Sistematización

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

¿Cuáles son las principales características sociodemográficos de los paciente con neoplasia y quiste del aparato estomatognatico, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón?

¿Cuáles son las características clínica de las lesiones neoplásicas o quísticas del Aparato Estomatognático, de los pacientes en estudio?

¿Cuáles son las principales características del proceso diagnóstico y cómo se comportan los indicadores de calidad en el abordaje diagnóstico, de los pacientes en estudio?

¿Cuáles son las principales características del proceso terapéutico y cómo se comportan los indicadores de calidad de dicho proceso, en los pacientes en estudio?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer el comportamiento de indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez durante el periodo Octubre 2015 a Octubre 2019.

Objetivos Específicos

1. Identificar las principales características sociodemográficos de los pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

2. Determinar las características clínicas de las lesiones Neoplásica o Quística del Aparato Estomatognático, de los pacientes en estudio.

3. Identificar las principales características del proceso diagnóstico y el comportamiento de los indicadores de calidad en el abordaje diagnóstico, de los pacientes en estudio.

4. Identificar las principales características del proceso terapéutico y el comportamiento de los indicadores de calidad de dicho proceso de los pacientes en estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

Generalidades del aparato estomatognático

El aparato estomatognático (del griego στόμα, boca; y γνάθος, maxilares), es la unidad morfo-funcional integrada y coordinada, constituida por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales, organizadas alrededor de las articulaciones accípito-atloidea, atlo-axoidea, vértebro-vertebrales cervicales, témporo-mandibulares, dento-dentales en oclusión y dento-alveolares, que se ligan orgánica y funcionalmente con los sistemas digestivo, respiratorio, fonológico y de expresión estético-facial y con los sentidos del gusto, del tacto, del equilibrio y de la orientación para desarrollar las funciones de succión, digestión oral (que comprende la masticación, la salivación, la degustación y la degradación inicial de los hidratos de carbono); deglución, comunicación verbal (que se integra, entre otras acciones, por la modulación fonológica, la articulación de los sonidos, el habla, el silbido y el deseo); sexualidad oral (que incluye la sonrisa, la risa, la gesticulación bucofacial, el beso, entre otras manifestaciones estético-afectivas); respiración alterna y defensa vital, integrada por la tos, la expectoración, el estornudo, el bostezo, el suspiro, la exhalación y el vómito, esenciales para la supervivencia del individuo (Martínez, McHenry, & Rivadeneira, 2014; Woo, 2016).

Está contenido en la parte superior del cuerpo humano, a partir de la cintura toraco-escapular, la cual constituye su base y límite inferior; a su vez contiene otras estructuras anatómico-funcionales muy importantes como la faringe, la laringe, el encéfalo y los órganos de los sentidos, incluidos el del equilibrio y el de la orientación, con los que establece relaciones muy precisas e importantes (Martínez et al., 2014; Woo, 2016). Esta definición, que incorpora el campo de trabajo del odontólogo, del fonoaudiólogo, del otorrinolaringólogo, entre otros agentes de salud, supone que el estomatólogo tiene un campo de actividad mucho más amplio que el del odontólogo y no puede conducir al error de excluir el conocimiento, al menos global pero exacto, de aquellos órganos y sentidos que no son de

su responsabilidad directa pero cuya patología contribuye, o puede contribuir, a oscurecer el diagnóstico estomatognático.

Por esta razón, entre otras, conviene tener presente y enfatizar constantemente que el ser humano es una unidad integral e integrada en cuyo funcionamiento todos y cada uno de los órganos, que por razones didácticas han sido agrupados en los llamados "sistemas", repercuten en el funcionamiento de los otros y no sólo en los aspectos morfofuncionales sino también en los aspectos psiconeurales y psicosomático, mentales y espirituales (Martínez et al., 2014; Peacock, 2017; Woo, 2016).

Esta integralidad esencial del ser humano, que da cabida al concepto de "holístico" cuando se reconoce que obedece a las mismas leyes que gobiernan al mundo (planeta tierra) y el cosmos, porque como ellos, está compuesto por energía en evolución, se manifiesta continuamente en todas sus actividades y no sólo en relación con el proceso salud/enfermedad, aunque en relación a él sea de especial importancia porque para preservar la salud y controlar la enfermedad es fundamental la consciencia que cada individuo posee y desarrolla sobre su propio cuerpo, pues éste es el mecanismo de defensa más primitivo y adecuado, mediante el cual puede encontrar y señalar los signos y síntomas de los cuadros nosológicos que llegan a afectarlo, aunque, en un momento dado, el ser humano pueda dudar de unos y otros, sea porque su percepción no haya llegado a los niveles de alarma, o porque la capacidad individual de control sobre el dolor ha permitido que eleve los umbrales de su percepción a proporciones que otros individuos no soportarían

En esto juegan un papel fundamental, en forma sinérgica, dos conceptos fundamentales de la integralidad del ser humano: El de "esquema corporal" y el de "somestecidad" (Ranganathan, 2016).

Composición del sistema estomatognático

El sistema estomatognático está compuesto por (Martínez et al., 2014; Woo, 2016):

- Huesos (cráneo, mandíbula, hioides, clavícula, y esternón), De los 206 huesos 14 constituyen a los huesos de la faciales y 8 huesos craneales.
- Músculos (De la masticación, deglución, y expresión facial).
- Articulaciones : Dento-alveolar y Temporo-Mandibular.
- Ligamentos : Periodontales y temporomandibulares.
- Lengua, labios, y carrillos
 - Dientes
 - Sistema vascular, nervioso, linfático

Estos componentes son elementos anatómicos que tienen forma y funciones definidas compuestas por tipos diferentes de tejido que en su fisiología interrelacionada se organizan en un nivel más elevado que es el sistema estomatognático, sin embargo estos componentes en función se agrupan fisiológicamente en (Martínez et al., 2014; Woo, 2016:

- Oclusión dentaria
- Complejo periodontal
- Articulación Temporomandibular
- Mecanismo Neuromuscular

El investigador Jhon Thompson, comprendió que este sistema de coordinación funcional como tal, no solo en el acto de la masticación sino también en la deglución, respiración y postura de la mandíbula, lengua, hioides lo llamó con todo acierto, Sistema Estomatognático (S.E.) (Martínez et al., 2014; Woo, 2016.

Funciones

A continuación se detallan las principales funciones (Martínez et al., 2014; Woo, 2016

- Masticación
- Salivación
- Sentido del gusto
- Fonética
- Succión

- Deglución
- Estética

Enfermedades del aparato estomatognático:

Es un aparato muy amplio, que implica cientos de enfermedades, entre estas la caries, la gingivitis, la faringitis, el herpes labial, la candidiasis oral, la anquilosis Temporo-mandibular, paladar hendido, labio leporino, mucositis, neumonía por mycoplasma pneumoniae, enfermedades periodontales, enfermedades de las trincheras, hiperplasia condilar, parálisis facial de bell, parálisis facial periférica, las adenopatías o neoplasias benignas o malignas, entre otras. Algunas estructuras orales forman también parte del aparato digestivo y otras del aparato respiratorio (Martínez et al., 2014; Woo, 2016).

Lesiones neoplásicas y quística aparato estomatognático

Las lesiones neoplásicas y quística del aparato estomatognático, son un grupo heterogéneo de lesiones de diversos comportamientos clínicos y tipos histopatológicos, que van desde lesiones hamartomatosas hasta tumores malignos (Martínez et al., 2014; Woo, 2016)(Martínez et al., 2014; Peacock, 2017; Ranganathan, 2016; Woo, 2016).

Estas tumoraciones se derivan de tejidos ectomesenquimales y / o epiteliales que constituyen el aparato formador de dientes. Al igual que la odontogénesis normal, los tumores odontogénicos representan interacciones inductivas entre el ectomesénquima odontogénico y el epitelio. Por lo tanto, se encuentra dentro de los huesos de la mandíbula (tipos centrales) o en el tejido de la mucosa que recubre las áreas portadoras de dientes (tipos periféricos) (Martínez et al., 2014; Woo, 2016)(Martínez et al., 2014; Peacock, 2017; Ranganathan, 2016; Woo, 2016).

Patologías del aparato estomatognático, constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas de diversas causas, que tienen manifestaciones en la cavidad oral y sus estructuras, el estudio de estas entidades en su ejercicio clínico, se involucrarán múltiples

especialidades; Médicos y odontólogos de atención primaria, deben tener una serie de conocimientos mínimos sobre estas lesiones, dependiendo de la inmediatez de dicha sospecha clínica, facilitara a los especialista en cirugía oral y maxilofacial establecer su diagnóstico diferencial , sus distintos grados de benignidad o malignidad, su correcto y pronto abordaje quirúrgico, favoreciendo su proyección pronóstica.

Una división sencilla de estas patologías se basaría en la naturaleza de las lesiones, integrando dos grandes grupos: Patología Tumoral benigna, Patología Tumoral maligna.

A su vez en el primer grupo incluimos, lesiones con potencial de malignización que llamaríamos Patología Tumoral Pre- maligna y no excluir tumores benignas que por su comportamiento biológico presentan características en común como la persistencia, invasividad, progresividad y agresividad. La clasificación de Los tumores odontogénicos se basan esencialmente en las interacciones entre el ectomesenquima odontogénico y el epitelio. Esta clasificación dinámica se renueva constantemente con la adición de nuevas entidades y la eliminación de algunas entidades más antiguas. La última actualización de estos tumores se publicó a principios de 2017 y en el caso de las glándulas salivales en el 2015 (Martínez et al., 2014; Woo, 2016(Martínez et al., 2014; Peacock, 2017; Ranganathan, 2016; Woo, 2016).

Clasificación de la OMS de 2017 de lesiones neoplásicas y quística aparato estomatognatico (Contreras Aedo, Retamal Hernández, Schilling Quezada, & Droguett Ossa, 2017)

TUMORES BENIGNOS
Tumores odontogénicos y maxilofaciales epiteliales OMS 2017
Ameloblastoma convencional
Tipo uniuquístico
Tipo extra ósea periférico
Ameloblastoma metastasico
Tumor odontogénico escamoso
Tumor odontogénico epitelial calcificante
Tumor odontogénico adenomatoide
Tumores odontogénico benignos, mixto, epitelial y Mesenquimáticos
Fibroma ameloblastico
Tumor odontogénico primordial
Odontoma:
Tipo compuesto
Tipo complejo
Tumor dentinogenico de celulas fantasmas
Tumores odontogénico benignos Mesenquimáticos
Fibroma odontogénico
Mixoma odontogénico/Mixofibroma
Cementoblastoma
Fibroma cemento osificante
Quiste odontogénico de origen inflamatorio
Quiste radicular
Quiste inflamatorio colateral
Quiste odontogénico y no odontogénico del desarrollo
Quiste dentigero
Queratoquiste odontogénico
Quiste periodontal lateral y quiste odontogénico botrioide
Quiste gingival
Quiste odontogénico glándulas
Quiste odontogénico calcificante

Quiste odontogénico Ortoqueratinizado
Quiste ductal nasopalatino
Lesiones gigante celulares y quistes
Granuloma central de células gigantes
Granuloma periférico de células gigantes
Querubismo
Quiste óseo aneurismático
Quiste Óseo simple

Tumores de la mucosa
Tumores epiteliales
Lesiones relacionadas con VPH
Papiloma
Verruga vulgar
Condiloma acuminado
Hiperplasia epitelial focal o enfermedad de Heck
Queratoacantoma
Nevus
Tumores conjuntivos
Fibroma
Lipoma
Granuloma piógeno
Hemangioma
Tiroides lingual
Otros. Leiomioma, condroma, Neurofibroma
Tumores de Glándulas salivales mayores (WHO 2005)
Adenoma pleomorfo
Mucocele
Mioepitelioma
Adenoma células basales
Tumor de Warthin
Oncocitoma adenoma canalicular
Adenoma sebáceo
Infadenoma
Sabaceo
No sebáceo

Papiloma ductal
Papiloma ductal invertido
Papiloma intraductal
Sialoadenoma papilifero
Cistoadenoma

Lesiones y estados Pre- Malignos

Lesiones pre-cancerosas	Estados pre-cancerosos
Leucoplasia oral.	Liquen plano oral
Eritroplasia.	Lupus eritematoso discoide
	Sífilis
	Disfagia sideropénica (Síndrome de Plummer-Winson).
	Fibrosis oral submucosa

Tumores Malignos CARCINOMA ODONTOGÉNICOS
Carcinoma ameloblastico
Carcinoma primario intraoseo
Carcinoma odontogénico esclerosante
carcinoma odontogénico de celulas claras
Carcinoma odontogénico de celulas fantasmas
Carcinosarcoma odontogénico
SARCOMA ODONTOGÉNICO
TUMORES MAXILOFACIALES MALIGNOS OSEOS Y CARTILAGINOSOS
Condrosarcoma
Grado 1
Grado 2/3
Condrosarcoma mesenquimático
Osteosarcoma
Osteosarcoma central de bajo grado
Osteosarcoma condroblastico
Osteosarcoma parostal
Osteosarcoma periostal

TUMORES MAXILOFACIALES BENIGNOS OSEOS Y CARTILAGINOSOS
Condroma
Osteoma
Tumor neuroectodermico melanotico de la infancia
Condroblastoma
Fibroma condromixoide
Osteoma osteoide
osteoblastoma
Fibroma desmoplasico
Lesiones fibro óseas y osteo condromatosas
Fibroma osificante
Cementoma gigantiforme familiar
Displasia fibrosa
Displasia cemento ósea
Osteocondroma
Tumores no-odontogénicos
Osteosarcoma
Osteosarcoma periférico
Condrosarcoma
Condrosarcoma mesenquimatoso
Fibrosarcoma de hueso
Histiocitoma fibroso maligno
Sarcoma de Ewing
Linfoma de Burkitt
Mieloma múltiple
Plasmocitoma solitario de hueso.
Tumor maligno de la vaina del nervio periférico
Sarcoma pos radiación del hueso.
Carcinoma metastásico
Tumores hematolinfaticos (linfoproliferativos)
Linfoma de Hodgkin
Linfomas difusos de células B grandes
Linfoma extranodal de zona marginal de células B.
Tumores cutáneos
Tumorales primarias
Origen epitelial
Carcinoma basocelular

Carcinoma espinocelular
Origen Melanocítico
Melanoma
Origen glandular
Adenocarcinomas cutáneo-mucosa
Origen neuroendocrino
Carcinoma de células de merkel.
Origen vascular
Sarcoma de Kaposi
Origen linfocítico
Linfomas cutáneos
Linfomas cutáneos asociados al tratamiento antineoplásico
Radiodermatitis

Relevancia clínica

Los quistes y tumores odontogénicos (QTO) constituyen un grupo importante de las patologías orales. Los quistes odontogénicos aparecen a cualquier edad, pero permanecen asintomáticos. Por lo tanto, no se les detecta temprano. En la mayoría de los casos, se identifican al obtener radiografías de rutina. Su génesis está relacionada con la formación dental, pues el 90 % de ellos se forma a partir de epitelio odontogénico o sus restos embrionarios. Sin embargo, su etiología es aún desconocida en la mayoría de los casos. Los tumores odontogénicos se relacionan con los quistes, que tienden a ser lesiones de mayor tamaño, pero también suelen pasar desapercibidos e identificarse durante exámenes radiográficos de rutina. Su tratamiento, la exéresis o extirpación quirúrgica, es invasivo e incluso mutilante y podría afectar la funcionalidad bucal (Martínez et al., 2014; Woo, 2016; (Martínez et al., 2014; Peacock, 2017; Ranganathan, 2016; Woo, 2016).

Epidemiología

En comparación con otras entidades, los QTO son procesos patológicos poco frecuentes, cuya prevalencia oscila entre el 0,8 % y el 4,7 % de todas las lesiones de la región maxilofacial. Conocer la epidemiología de los QTO es importante porque permite establecer

su expresión en diversas poblaciones, identificar los grupos de riesgo y reconocer los posibles factores asociados a su desarrollo, así como desarrollar sistemas de diagnóstico diferencial. La identificación temprana de las características clínicas e imagenológicas de estas lesiones podría contribuir a mejorar el pronóstico pues, a mayor tiempo de evolución, mayores son el daño a la persona y afectaciones como deformidades faciales, parestesias, pérdida dental e, incluso, la muerte (Martínez et al., 2014; Woo, 2016(Martínez et al., 2014; Peacock, 2017; Ranganathan, 2016; Woo, 2016).

Hay pocos estudios epidemiológicos de QTO en poblaciones latinoamericanas. Algunos reportes muestran una frecuencia del 4 % en México, 4,1 % en Brasil y 12,1 % en Uruguay. No se cuenta con estudios en Centroamérica. Con respecto a Nicaragua, existe un estudio realizado por Quintana et al (2018) que señala que la prevalencia de tumores odontogénicos es del 0.8% y que el quiste más frecuente fue el dentígero (69,5 %) y el tumor odontogénico más frecuente el ameloblastoma (50 %), principalmente en mandíbula (Salgado, Hernández, Vílchez, Midence, & Díaz, 2018).

Gestión de la calidad de un servicio de Cirugía Oral Maxilofacial

La gestión adecuada de la calidad permite a los servicios sanitarios y unidades planificar, controlar y mejorar sus actividades asistenciales. Faculta, por tanto, a los profesionales para la mejora continua de sus procesos clínicos (Citron et al., 2018; Cramer et al., 2017; García Perla, 2004; Shellenberger et al., 2011).

En los distintos servicios quirúrgicos existe un interés variable por la gestión de la calidad. Desde unos servicios en los que el único control existente se limita a la realización de sesiones clínicas y el análisis no sistemático de la información externa recibida sobre actividad, rendimiento de quirófano y consumo de estancias, hasta otros con mayor preocupación por la calidad en los que se han implantado protocolos, "vías clínicas" (clinical pathways), se realizan evaluaciones periódicas sobre temas clave (infección, mortalidad, etc.), se monitorizan y analizan indicadores relevantes y se recoge la opinión del paciente. Sin embargo, se precisa poner en práctica un sistema que permita la planificación y el

desarrollo estructurados, según los criterios de la calidad total (Citron et al., 2018; Cramer et al., 2017; García Perla, 2004; Shellenberger et al., 2011).

En la actualidad existen motivos determinantes para que los servicios asuman esta forma de trabajar, como son: la variabilidad en el funcionamiento y en los resultados no justificada científicamente, la tendencia evidente hacia la competitividad entre unidades clínicas, las exigencias cada vez mayores de los usuarios y de las autoridades sanitarias, sin olvidar lo que debería ser el motivo principal: la propia ética profesional que nos orienta a ofrecer lo mejor a nuestros pacientes. Todos estos aspectos llevan a la necesidad de organizarse para medir, evaluar y establecer la mejora continua de nuestros procesos quirúrgicos (Citron et al., 2018; Cramer et al., 2017; García Perla, 2004; Shellenberger et al., 2011).

Los requisitos básicos precisos para llevar a cabo un adecuado programa de calidad son: apoyo comprometido de la dirección del centro y de los mandos de los servicios quirúrgicos, formación básica y asesoramiento en gestión de calidad, participación activa de los profesionales, disponer de información suficiente y fiable acerca de los procesos y fomentar la motivación de los profesionales (reconocimiento, económica, formación, promoción, etc.) (Citron et al., 2018; Cramer et al., 2017; García Perla, 2004; Shellenberger et al., 2011).

Indicadores de calidad propuestos internacionalmente

Lista de indicadores de calidad para cirugía maxilofacial

A continuación se resumen los principales indicadores publicados en la literatura médica (Citron et al., 2018; Cramer et al., 2017; Chang et al., 2019; Eskander et al., 2016; García-Roco Pérez, Arredondo López, Correa Moreno, & Siré Gómez, 2002; García Perla,

2004; Graboyes, Gross, et al., 2016; Graboyes, Townsend, et al., 2016; Hessel et al., 2010; Shellenberger et al., 2011)

Manejo diagnóstico

1. Porcentaje de pacientes con una etapa definida en el momento del diagnóstico.

Tiempo para comenzar el tratamiento y el cumplimiento del tratamiento con las guías clínicas.

2. Tiempo para comenzar el tratamiento (tiempo entre el diagnóstico patológico definitivo y el comienzo de la cirugía o radioterapia <1 mes)

3. Tiempo de inicio de la radioterapia postoperatoria o la quimioterapia concomitante (<8 semanas desde la cirugía)

4. Porcentaje de pacientes con estadios tempranos I y II remitidos para cirugía o radioterapia

5. Porcentaje de pacientes con estadio III y IV localmente avanzado remitidos para cirugía más radioterapia postoperatoria o quimio-radioterapia postoperatoria o quimio-radioterapia concomitante.

Calidad de la cirugía y radioterapia.

6. Porcentaje de resección tumoral completa (verificación histológica de márgenes libres de tumor después de la cirugía)

7. Porcentaje de re operación dentro de los 30 días posteriores a la cirugía principal.

8. Porcentaje de toxicidades tardías de grado 3 (> 3 meses después de la radioterapia)

9. Porcentaje de pacientes que reciben radioterapia de intensidad modulada frente al % que recibe radioterapia conformada 3D.

10. Porcentaje de pacientes que reciben la cirugía adecuada para su etapa (p. Ej., Cirugía mínimamente invasiva y reconstructiva).

Calidad de los informes de patología después de la cirugía.

Porcentaje de informes de patología después de la cirugía con un conjunto completo de elementos de datos básicos registrados: sitio y lateralidad del carcinoma, diámetro máximo del tumor, profundidad máxima de invasión, tipo histológico de carcinoma, grado de diferenciación (grado), patrón de invasión, estado del margen, afectación ganglionar.

Disponibilidad de una decisión multidisciplinaria formalizada (con miembros expertos en cánceres de cabeza y cuello)

Participación en investigación clínica y traslacional

Indicadores y metas propuestas para cirugía de cabeza y cuellos

QPI	Numerator	Denominator	Exclusions	Target
QPI 1: Pathological Diagnosis of Head and Neck Cancer	Number of patients with head and neck cancer who have a cytological or histological diagnosis before treatment.	All patients with head and neck cancer.	No exclusions.	95%
QPI 2: Imaging	Number of patients with head and neck cancer who undergo CT and/or MRI of the primary site and draining lymph nodes with CT of the chest before the initiation of treatment.	All patients with head and neck cancer.	No exclusions.	95%
QPI 3: Multi-Disciplinary Team Meeting (MDT)	Number of patients with head and neck cancer discussed at the MDT before definitive treatment.	All patients with head and neck cancer.	Patients who died before first treatment.	90%
QPI 4: Smoking Cessation	Number of patients with head and neck cancer who smoke who are referred to smoking cessation before first treatment	All patients with head and neck cancer who smoke.	No exclusions.	95%
QPI 5: Oral Assessment	Number of patients with head and neck cancer who have pre-operative oral assessment before initiation of treatment.	All patients with head and neck cancer.	Patients who have T1/T2/N0 Larynx Cancer.	90%
QPI 6: Nutritional Screening	Number of patients with head and neck cancer who undergo nutritional screening with the Malnutrition Universal	All patients with head and neck cancer.	No exclusions.	95%

	Screening Tool (MUST) before first treatment.			
QPI 7: Specialist Speech and Language Therapist Access	Number of patients with oral, pharyngeal or laryngeal cancer who are seen by a Specialist SLT before treatment.	All patients with oral, pharyngeal or laryngeal cancer.	Patients who refuse treatment	90%
QPI 8(i): Surgical Margins - oral resections	Number of patients with head and neck cancer who undergo curative surgical resection where R0 resection is achieved.	All patients with head and neck cancer who undergo curative surgical resection.	Patients undergoing debulking palliative surgery.	85%

QPI	Numerator	Denominator	Exclusions	Target
QPI 8(ii): Surgical Margins - oropharyngeal resections	Number of patients with head and neck cancer who undergo curative surgical resection where R0 resection is achieved.	All patients with head and neck cancer who undergo curative surgical resection.	Patients undergoing debulking palliative surgery.	80%
QPI 8(iii): Surgical Margins - larynx resections	Number of patients with head and neck cancer who undergo curative surgical resection where R0 resection is achieved.	All patients with head and neck cancer who undergo curative surgical resection.	Patients undergoing debulking palliative surgery.	80%
QPI 9: Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT)	Number of patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy who receive IMRT.	All patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy.	Patients undergoing palliative radiotherapy care. Patients with T1/T2/N0 larynx cancer.	80%
QPI 10: Post Operative Chemoradiotherapy	Number of patients with head and neck cancer with extracapsular spread and/or R1	All patients with head and neck cancer with extracapsular spread and/or R1	No exclusions.	85%

	surgical margins following surgical resection who receive chemoradiation.	surgical margins following surgical resection.		
QPI 11: 30 Day Mortality	Number of patients with head and neck cancer who undergo curative treatment who die within 30 days of treatment.	All patients with head and neck cancer who undergo curative treatment.	No exclusions.	<5%

Antecedentes internacionales

Hessel et al (2010) identificaron parámetros medibles que brinden datos de calidad para evaluar qué tan bien el cuidado del cáncer se adhiere a las pautas de tratamiento aceptadas y se entrega a cualquier paciente con cáncer de lengua oral. Una revisión retrospectiva incluyó a 116 pacientes tratados por carcinoma de células escamosas (CCE) T1-T2 / N0-N1 de la lengua oral entre 1998 y 2003. Un conjunto de medidas de calidad consideradas críticas para el resultado incluyó: 1) estadificación precisa de TNM en la presentación, 2) documentación del estado del margen, 3) derivación apropiada para radioterapia adyuvante, y 4) disección del cuello para profundidad de invasión > 4 mm. Además, se analizaron 26 criterios de valoración clínicos que incluían evaluación previa al tratamiento, estadificación, tratamiento, vigilancia y control de síntomas. Los pacientes comprendían 73 hombres y 43 mujeres (edad media, 57 años). Cuarenta y un (35,3%) pacientes presentaron enfermedad en estadio I, 61 (52,6%) con estadio II y 14 (12,1%) con estadio III. La tasa de supervivencia general a 5 años para todos los pacientes fue del 68,6%. Hubo un cumplimiento del 90,5% con la estadificación TNM en la presentación, el 99,1% para la documentación del estado del margen, el 98,2% para la derivación adecuada a la radioterapia y el 88,7% para la disección adecuada del cuello según la profundidad de la invasión. El cumplimiento de los criterios de valoración clínicos fue variable y varió del

32

100% para los criterios de valoración relacionados con la radioterapia a <40% para los criterios de valoración relacionados con la patología del habla y la rehabilitación. Los autores concluyeron que el cumplimiento general de la documentación de los 4 parámetros designados como medidas de calidad para el tratamiento del SCC de la lengua oral fue aceptable, lo que demuestra que es posible utilizar estos datos para medir la atención eficaz del cáncer. Eskander et al (2016) publicaron los resultados de un estudio cuyo objetivo fue medir las tasas de adherencia a las medidas de proceso recomendadas por la guía en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Un total de 5720 pacientes que se sometieron a cirugía por cáncer de cabeza y cuello en Ontario entre 1993 y 2010 fueron identificados a partir de bases de datos administrativas. La adherencia a los 4 procesos de atención recomendados por la guía se midió y estratificó por volumen de casos hospitalarios y médicos. El setenta y dos por ciento de los pacientes recibió imágenes preoperatorias de cabeza y cuello, el 83% recibió imágenes preoperatorias de tórax, el 58% recibió consulta preoperatoria multidisciplinaria y el 77% tuvo visitas de seguimiento apropiadas. Mayores volúmenes de cirujanos y cirujanos hospitalarios se asociaron con mayores tasas de adherencia. Los autores concluyeron que las tasas de adherencia a los procesos de atención recomendados por la guía en el tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en Ontario fueron moderados y deberían mejorarse. Aunque las tasas de adherencia parecen proporcionales al volumen quirúrgico, incluso los centros de mayor volumen tienen espacio para mejorar (Hessel et al., 2010).

Graboyes et al (2016) identificaron el si el cumplimiento de varias métricas de calidad relacionadas con el proceso está asociado con una mejor supervivencia en pacientes con carcinoma de células escamosas de la cavidad oral que reciben cirugía definitiva con o sin terapia adyuvante. Para ellos los autores llevaron a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en un centro médico académico terciario entre 192 pacientes con carcinoma de células escamosas de cavidad oral previamente no tratado que se sometieron a cirugía definitiva con o sin terapia adyuvante entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2010. El análisis de datos se realizó a partir de enero 26 al 7 de agosto de 2015 con énfasis el cirugía con o sin

terapia adyuvante. Se evaluó el cumplimiento de una colección de métricas de calidad relacionadas con el proceso que poseían validez aparente que cubrían la evaluación, el tratamiento y la vigilancia posteriores al tratamiento. La asociación entre el cumplimiento de estas métricas de calidad y la supervivencia general, la supervivencia específica de la enfermedad y la supervivencia libre de enfermedad se calculó mediante el análisis de riesgos proporcionales de Cox univariable y multivariable. Entre 192 pacientes, el cumplimiento de las métricas de calidad individual varió del 19.7% al 93.6% (mediana, 82.8%). Ninguna medida de pretratamiento o vigilancia se asoció con una mejor supervivencia. El cumplimiento de las siguientes métricas de calidad relacionadas con el tratamiento se asoció con una mejor supervivencia: disección selectiva del cuello con un rendimiento de los ganglios linfáticos de 18 o más, sin cirugía no planificada dentro de los 14 días posteriores a la cirugía índice, sin reingresos no planificados de 30 días y derivación para radioterapia adyuvante para enfermedad patológica en estadio III o IV. El mayor cumplimiento de una "firma de atención clínica" compuesta por estas 4 métricas se asoció con una mejor supervivencia general, supervivencia específica de la enfermedad y supervivencia libre de enfermedad en el análisis univariable (prueba de log-rank; $P < .05$ para cada una). En el análisis multivariable que controla la etapa pT, la etapa pN, la diseminación extracapsular, el estado del margen y la comorbilidad, el aumento del cumplimiento de estas 4 métricas se asoció con una mejor supervivencia general (cumplimiento del 100% vs $\leq 50\%$: razón de riesgo ajustada [aHR], 4.2; IC 95%, 2.1-8.5; 100% vs 51% -99% de cumplimiento: aHR, 1.7; IC 95%, 1.0-3.1), mejoría de la supervivencia específica de la enfermedad (100% vs $\leq 50\%$ de cumplimiento: aHR, 3.9; 95 % CI, 1.7-9.0; 100% vs 51% -99%: aHR, 1.3; IC 95%, 0.6-2.9), y una mejor supervivencia libre de enfermedad (100% vs $\leq 50\%$ de cumplimiento: aHR, 3.0; 95% IC: 1.5-5.8; 100% vs 51% -99% de cumplimiento: aHR, 1.6; IC 95%, 0.9-2.7). Los autores concluyeron que el cumplimiento de un conjunto básico de métricas de calidad relacionadas con el proceso se asoció con una mejor supervivencia de los pacientes con carcinoma de células escamosas de cavidad oral manejado quirúrgicamente (Graboyes, Townsend, et al., 2016).

Cramer et al (2017) identificaron pacientes con carcinoma de células escamosas invasivas, de cabeza y cuello, tratados quirúrgicamente en la Base Nacional de Datos del Cáncer de 2004 a 2014 y compararon la tasa de adherencia con 5 métricas de calidad diferentes y si el cumplimiento de estas métricas de calidad afectaba la supervivencia general. Las métricas examinadas incluyeron márgenes quirúrgicos negativos, producción de ganglios linfáticos de disección del cuello (LN) ≥ 18 , radiación adyuvante apropiada, quimiorradiación adyuvante apropiada, terapia adyuvante dentro de las 6 semanas, así como calidad general. En total, se identificaron 76,853 pacientes elegibles. Hubo una variabilidad sustancial en la adherencia a nivel del paciente, que fue del 80% para márgenes quirúrgicos negativos, 73,1% para el rendimiento de LN de disección del cuello, 69% para la radiación adyuvante, 42,6% para la quimiorradiación adyuvante y 44,5% para la terapia adyuvante dentro de las 6 semanas. Los modelos de riesgo proporcional de Cox ajustados por riesgo indicaron que todas las métricas se asociaron con un riesgo reducido de muerte: márgenes negativos (razón de riesgo [HR] 0,73; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,71 a 0,76), rendimiento LN ≥ 18 (HR, 0,93; IC del 95%, 0,89 a 0,96), radiación adyuvante (HR, 0,67; IC del 95%, 0,64 a 0,70), quimiorradiación adyuvante (HR, 0,84; IC del 95%, 0,79 a 0,88) y terapia adyuvante ≤ 6 semanas (HR, 0,92; IC del 95%, 0,89 a 0,96). Los pacientes que recibieron atención de alta calidad tuvieron un riesgo de mortalidad ajustado reducido en un 19% (HR, 0,81; IC del 95%, 0,79 a 0,83). Los autores concluyeron que las métricas de calidad del cáncer de cabeza y cuello tienen una variabilidad sustancial en la adherencia e impactan significativamente la supervivencia general (Cramer et al., 2017).

Chang et al (2019) evaluaron la adherencia a las pautas de calidad de la cavidad oral aprobadas por la American Head and Neck Society (AHNS) en un gran hospital de atención terciaria en Michigan Estados Unidos. A través de un estudio retrospectivo se identificaron pacientes tratados por carcinoma de células escamosas de la lengua oral en etapa temprana en un hospital de atención terciaria de 1992 a 2013. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes para 26 medidas de calidad del proceso y cuatro indicadores clave de calidad del proceso, según lo avalado por el AHNS. Los pacientes se agruparon por fecha de diagnóstico

antes (grupo histórico, 1992-2007) o después (grupo de tratamiento actual, 2008-2013) de las medidas de calidad del proceso publicadas por el AHNS. Se utilizaron estadísticas descriptivas para evaluar las tasas de adherencia para cada medida de calidad del proceso dentro de los 2 grupos. De los 57 pacientes identificados, 29 eran mujeres (51%). La edad media fue de 62,3 años. La mayoría de los cánceres de la cavidad oral estaban en estadio I (59,6%), seguidos de estadio II (35,1%) y estadio III (5,3%). El cumplimiento de las medidas de calidad del proceso estuvo en el rango aceptable en ambas cohortes. Sin embargo, varias áreas demostraron menor adherencia en ambas cohortes. Se observaron mejoras estadísticamente significativas entre las dos cohortes, que mostraron una mejora apreciable en el cumplimiento de las medidas de calidad del proceso en varias áreas clave a lo largo del tiempo: Historial de tabaco documentado 84.0 % antes del establecimiento de las guías y 96.9% después de las guías ($p=0.088$). Historial de alcohol documentado 72.0% antes del establecimiento de las guías y 96.9% después de las guías ($p= 0.007$). Asesoramiento para dejar de fumar documentado 16.0% antes del establecimiento de las guías y 6.3% después de las guías ($p= 0.234$). Tamaño tumoral documentado 60.0% antes del establecimiento de las guías y 90.6 después de las guías ($p= 0.006$). Profundidad tumoral documentada 56.0% antes del establecimiento de las guías y 90.6% después de las guías ($p= 0.003$). Examen de fibra óptica realizado 24.0% antes del establecimiento de las guías y 68.8% después de las guías ($p= 0.009$). Dentición documentada 20.0% antes del establecimiento de las guías y 0% después de las guías ($p= 0.013$). Examen integral de cabeza y cuello documentado 84.0% antes del establecimiento de las guías y 90.6% después de las guías ($p= 0.450$). Tomografía computarizada preoperatoria o resonancia magnética 20.0% antes del establecimiento de las guías y 90.6% después de las guías ($p= 0.001$). Presentación en una junta tumoral multidisciplinaria 64.0% antes del establecimiento de las guías y 96.9% después de las guías ($p= 0.001$). Evaluación preoperatoria de patología del lenguaje del habla 0% antes del establecimiento de las guías y 9.4% después de las guías ($p= 0.248$). Examen dental preoperatorio 8.0% antes del establecimiento de las guías y 3.2% después de las guías ($p= 0.576$): Los autores concluyeron. Utilizando las medidas de calidad del proceso propuestas

por el AHNS, se evaluó con éxito el cumplimiento de las medidas de calidad del proceso para la atención temprana del cáncer de cavidad oral en un centro de atención terciaria. En general, se encontró un buen cumplimiento de las medidas de calidad del proceso propuestas y se identificaron varias áreas de mejora (Chang et al., 2019).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Managua durante el periodo de Abril 2016 a Octubre 2019.

Población de estudio

Corresponde a 51 Pacientes con Diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato Estomatognático con o sin abordaje quirúrgicos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua durante el periodo de Octubre 2015 a Octubre 2019.

Unidad de análisis

Paciente con Diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Managua durante el periodo de Abril 2016 a Octubre 2019.

Criterios de inclusion

- Pacientes mayores de 16 años, ambos sexos.

- Pacientes con ó sin procedimientos quirúrgicos, periodo Octubre 2015 a octubre 2019.
- Pacientes atendidos en el Hospital HERCG por el Servicio de Cirugía oral y Maxilo facial.
- Pacientes con Diagnóstico de Neoplasias y Quistes en Cavidad Oral, Labio, Glándulas salivales, Piel, Seno maxilar y Tejido óseo del aparato estomatognatico.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con lesiones Neoplásicas o Quísticas atendidos por el Servicio de Oncología quirúrgica.
- Pacientes interconsultados al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial por oncología médica.
- Pacientes con expediente clínico incompleto.

Operacionalización de variables

Para detalles del listado de variables y operacionalización de las variables ver anexo.

Obtención de información

Fuente

Expediente clínico

Técnica

Revisión documental

Instrumento

Guía de revisión de expediente (Ver anexo)

Previa autorización de las autoridades del Hospital (Dirección médica y Docencia) se solicitó acceso a los expedientes, para el llenado de la ficha de recolección. Los datos fueron llenados entre septiembre y diciembre del 2019.

Procesamiento de la información

Basados en el instrumento de recolección se creó una plantilla para captura de datos y cada ficha fue digitalizada en una base de datos creada en el programa SPSS versión 24 (IMB Statistic 2016).

Estadística descriptiva

Las variables y resultados correspondientes a los objetivos se describen dependiendo de la naturaleza de las variables: Cuantitativa o cualitativa (conocida también como categórica).

- Las variables cuantitativas serán descritas en términos de media, desviación estándar, mediana, cuartiles y rango que son descritas en tablas descriptivas y en texto en la sección de “Resultados”. Los datos son ilustrados en forma de histograma y agregados en la sección de anexos.
- Las variables cualitativas o categóricas serán descritas en términos de frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son

40

presentados en forma de tablas de salidas que son descritas en texto en sección de “Resultados”. En la sección de anexos se agregan gráficos de barras y pasteles para las variables categóricas.

Consideraciones éticas

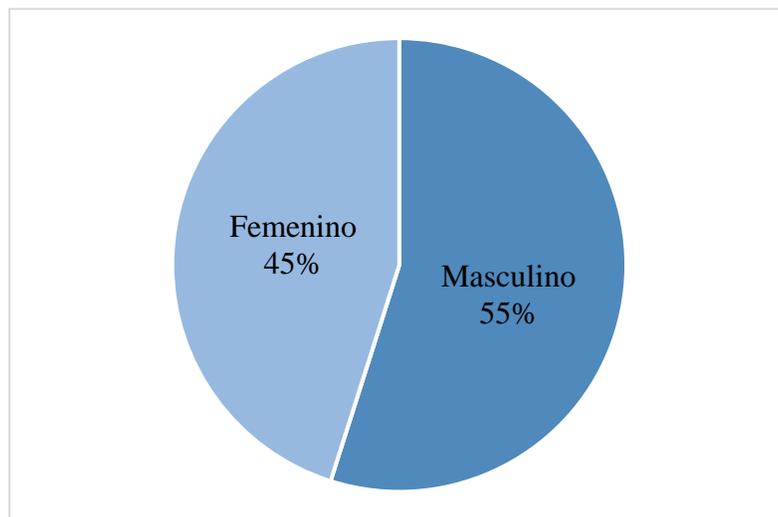
La información recolectada fue utilizada únicamente para fines en la presente investigación, se respetará la identidad, se mantendrá la confidencialidad de los datos encontrados en el expediente clínico, no se divulgará los nombres de los pacientes incluidos en el estudio, ni los números de expediente o números telefónicos. Como una investigación médica prevalecerá el respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de los pacientes según lo acordado en la Ley General de Salud.

VIII. RESULTADOS

En relación al sexo de los pacientes se observa un predominio del masculino con 54.9%.

Grafico 1A

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Sexo. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015- Octubre 2019

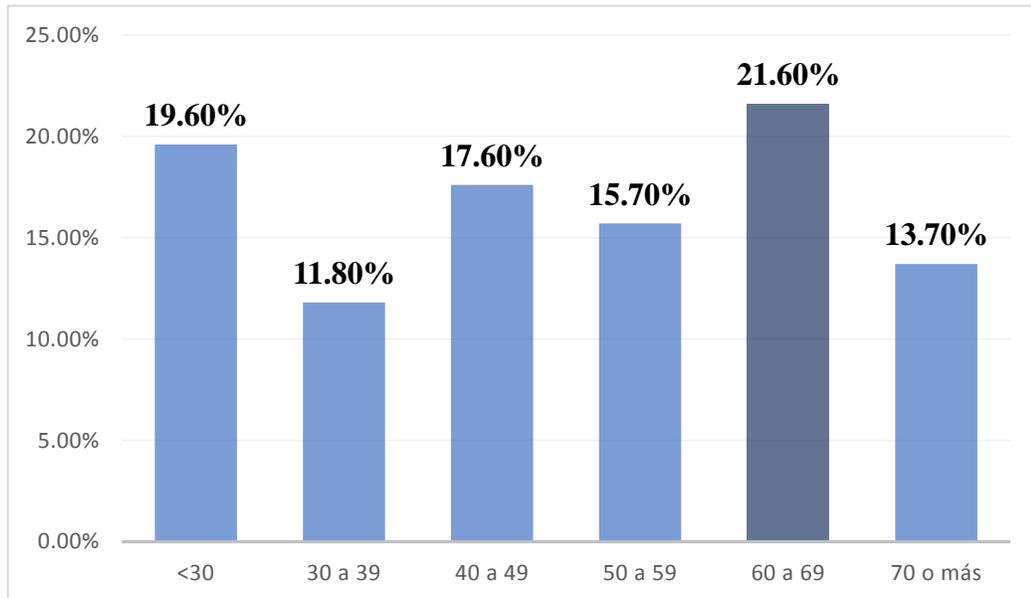


Fuente: Cuadro N° 1

En cuanto a los grupos de edad de los pacientes, se observa un predominio del grupo de 60 a 69 años con un 21.6%, seguido del grupo menor de 30 años con 19.6% y el grupo de 40 a 49 años con 17.6%.

Grafico 1B

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Edad. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015- Octubre 2019

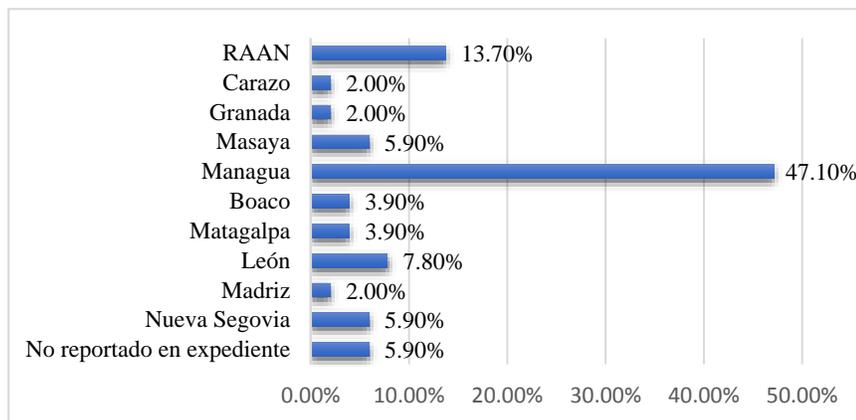


Fuente: Cuadro N° 1

La mayoría de los pacientes procedían del departamento de Managua con 47.1%. Seguido de la RAAN con 13.7% y el 5.9% no fue reportado el departamento de procedencia en el expediente.

Grafico 1C

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Departamento. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015- Octubre 2019.

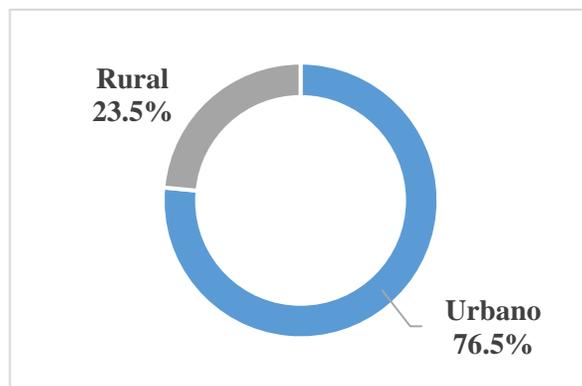


Fuente: Cuadro N° 1

El 76.5% de los casos residían de forma habitual en un área urbana. Es decir que 1 de cada 4 pacientes procedían del área rural.

Grafico 1D

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Área de Residencia. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015- Octubre 2019

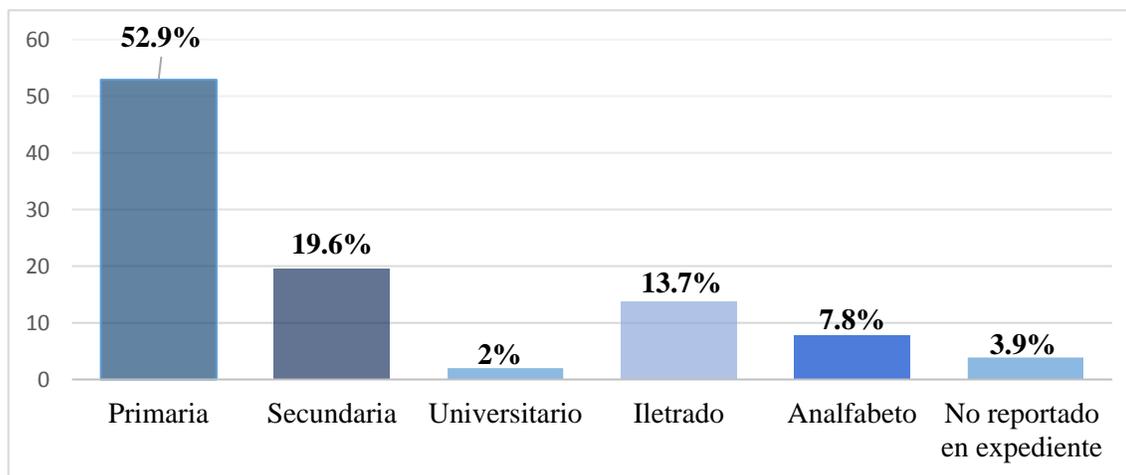


Fuente: Cuadro N° 1

En relación a la Escolaridad de los pacientes predominó la educación primaria con 52.9% seguido de secundaria con 19.6% y se observa un 7.8% de pacientes analfabetas.

Grafico 1E

Pacientes con Diagnostico de Neoplasia y Quistes del Aparato estomatognatico según Escolaridad de los pacientes.

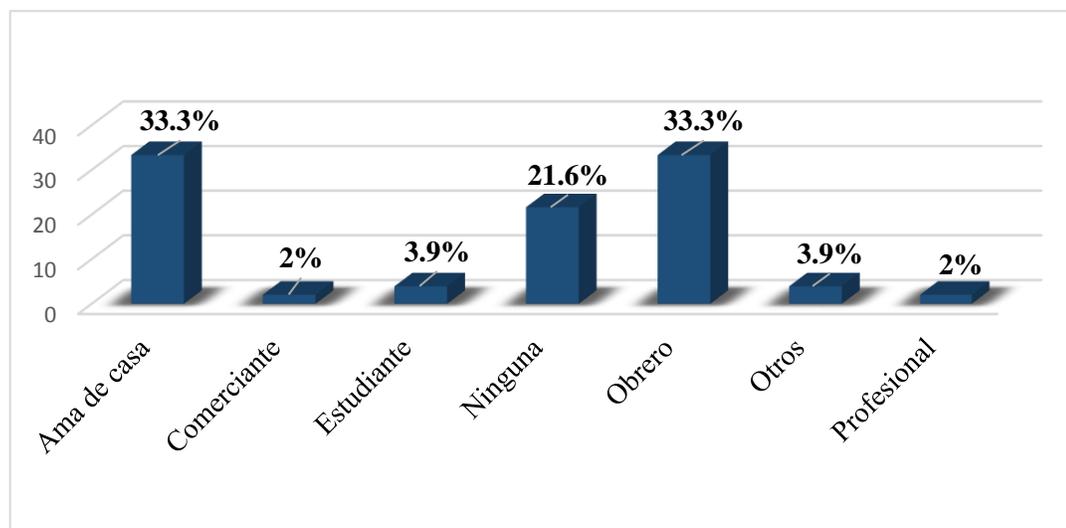


Fuente: Cuadro N° 1

En el expediente se reporta que el 66% los casos tenía ocupación Ama de casa (33.3) u Obrero (33.3). En 21.6% de los casos no se reporta ninguna ocupación.

Grafico 1F

Pacientes con Diagnostico de Neoplasia y Quistes del Aparato estomatognatico según Ocupación de los pacientes.



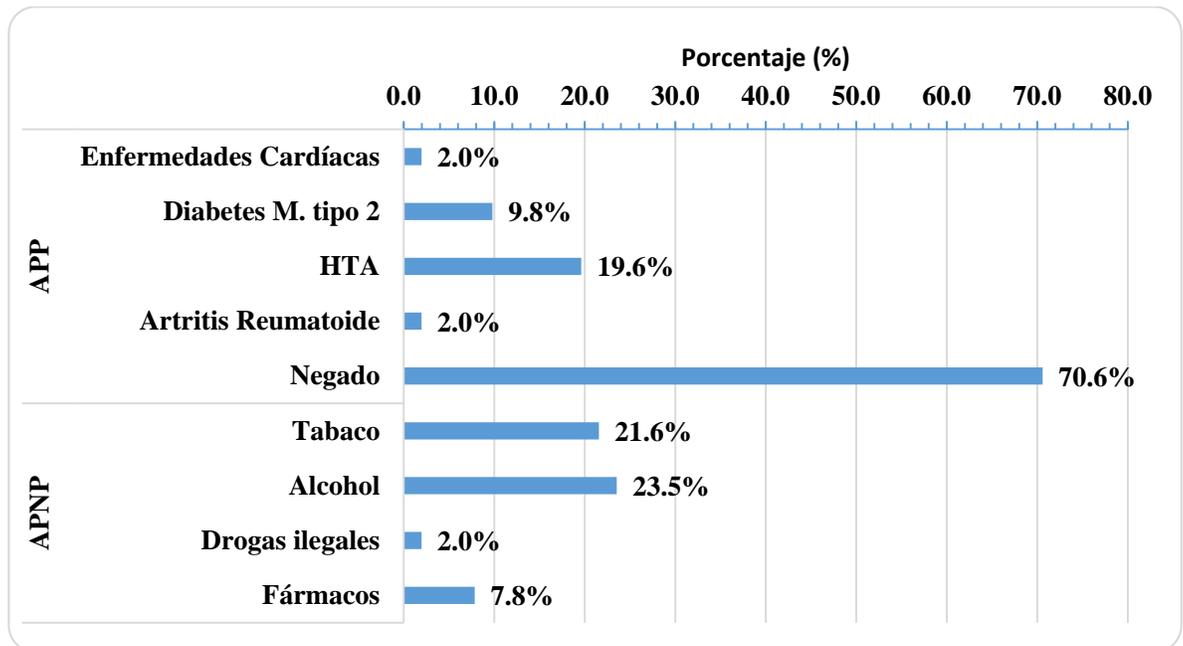
Fuente: Cuadro N° 1

Resultados del objetivo #2

Al analizar los antecedentes personales patológicos de los pacientes se observa que el 70.6 % fueron negados y se continua la HTA con el 19.6%. Por otra parte en los antecedentes personales no patológicos se observa un predominio de alcoholismo con 23.5% seguido de tabaquismo con 21.6%.

Grafico 2

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Antecedente personales patológicos y No patológicos. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015- Octubre 2019



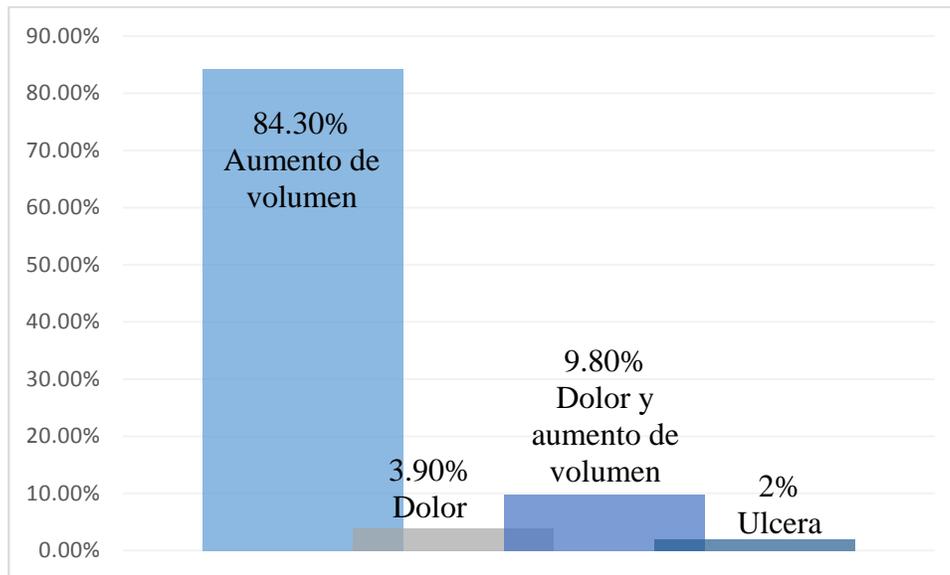
Fuente: Cuadro 2

En cuanto al Motivo de consulta el que predominó con 84.3% el Aumento de volumen y el 9.8% se observa Dolor y aumento de volumen.

Grafico 3A

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Motivo de Consulta. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez.

Octubre 2015- Octubre 2019



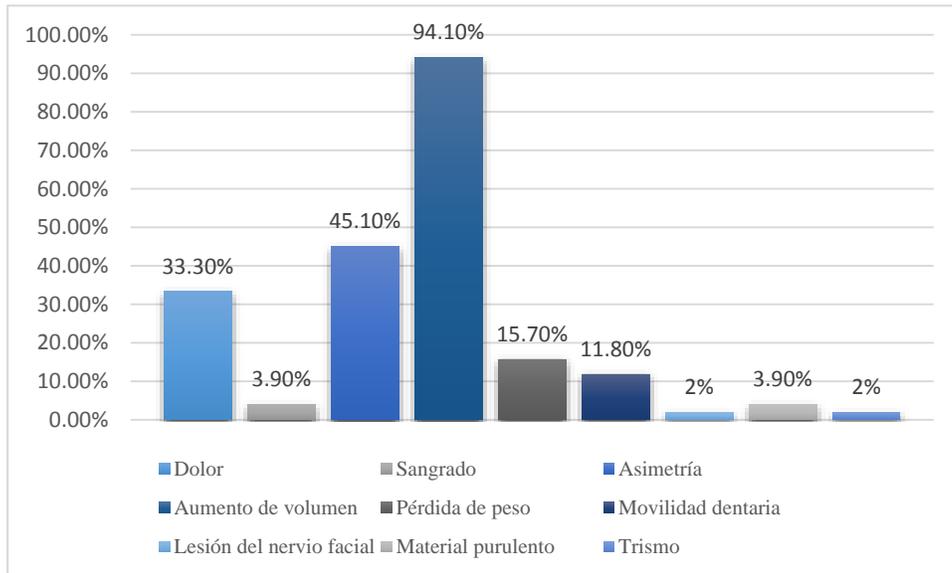
Fuente: Cuadro 3

Por otra parte en las Manifestaciones clínicas de los pacientes se observa un predominio con 94.1% Aumento de volumen, siendo el 45.1% asimetría, el trismo y lesión del nervio facial se presentan en el 2% respectivamente.

Grafico 3B

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Manifestaciones Clínicas. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez.

Octubre 2015- Octubre 2019



Fuente: Cuadro 3

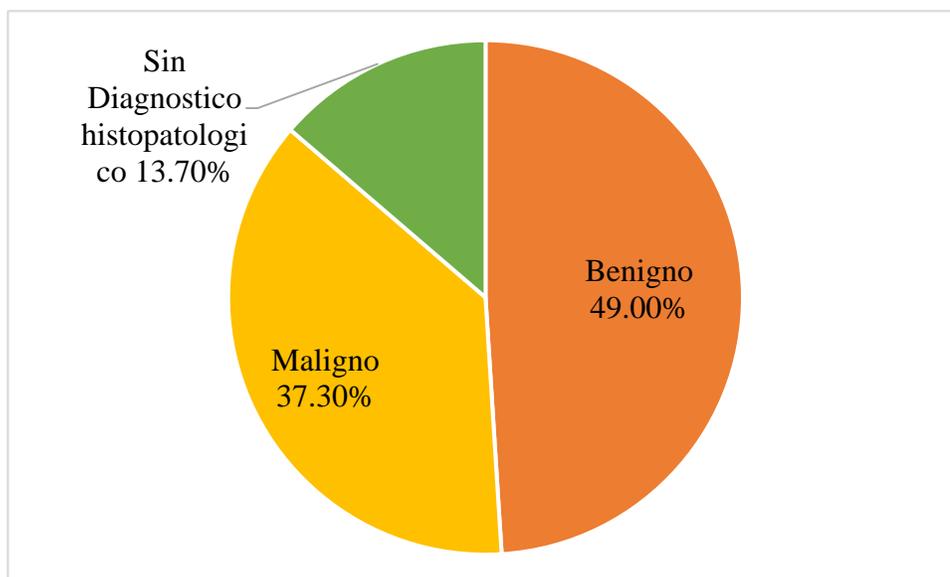
El tiempo de evolución de la patología (desde el inicio de las manifestaciones clínicas hasta el primer contacto en el hospital) corresponde a una media de 774 días (± 365). (Ver cuadro 4)

En cuanto a la Localización de la presentación clínica de la lesión, se observó que la Glándula Parótida y el Hueso Mandibular fueron las más frecuentes (Ver cuando 5). En cuanto al diámetro mayor de la lesión de los pacientes corresponde una media de 6 (± 6) cm. (Ver cuadro 6).

Se observó que en 49 % eran benigna y cerca del 37% eran malignos. Es de notar que en 14% de los casos no se logró un diagnóstico por patología.

Grafico 7

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Naturaleza de la lesión Confirmada por Patología. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015- Octubre 2019



Fuente: Cuadro 3

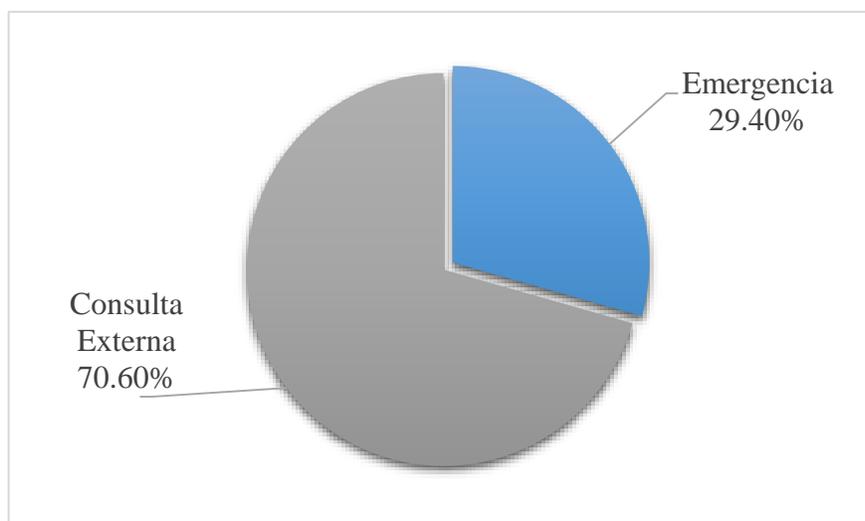
Por otro lado, se observó que los Tipos histológicos más frecuentes fueron los Adenomas Pleomorfo y los Carcinomas Escamosos. (Ver cuadro 8)

Resultados del objetivo #3

En relación al Área del primer contacto en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de los pacientes, se observa predominio en consulta externa con 70.6%. (Ver cuadro 9). Es decir que 1 de cada 3 pacientes su primer contacto es a través del Área de emergencia.

Grafico 9

Pacientes con diagnóstico de Neoplasias y Quistes del Aparato estomatognatico según Área del primer contacto en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015- Octubre 2019



Fuente: Cuadro 9

Respecto a los exámenes que portaba el paciente durante el primer contacto al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, se observó la siguiente distribución: Ultrasonido 17.6%, radiografía 2.0%, TAC 21.6%, biopsia 23.5%. (Cuadro 10)

Respecto a los exámenes auxiliares indicados durante el proceso de estudio diagnóstico a nivel hospitalario, se observó el siguiente patrón:

Exámenes complementarios indicados en emergencia (n=15) en pacientes cuyo primer contacto fue dicha área: Exámenes de Laboratorio 66.67 %, ultrasonido 60% y radiografía 13.33%. (Ver tabla 11)

Portador de resultados de exámenes de laboratorio en la primera cita de consulta externa realizados en emergencia (n=15): Exámenes de Laboratorio 33,3% y exámenes de imagen 26,7%. (Ver tabla 11)

Medios Auxiliares diagnósticos indicados en la primera cita de consulta externa (n=51): Exámenes de Laboratorio 96%, ultrasonido 45%, TAC 4%, radiografía 18%, BAAF 20% y biopsia incisional Local 4%. (Ver tabla 11)

Medios auxiliares diagnósticos indicados en cita subsecuente de consulta externa (n=51): TAC 4%, radiografía 6%, BAAF 4%, biopsia incisional local 2%, biopsia incisional quirúrgica 8%, Nasofibrolaringoscopia 2% y Biopsia TRUCUT 2%. (Ver tabla 11)

En relación al diagnóstico por Cito-Histopatología predominó con 43.1% el grupo en quienes que no se realiza diagnóstico pre-quirúrgico Cito-Histológico (Ver cuadro 12). Un 17% de los pacientes tenía estudio cito histológico al momento del primer contacto. En el 39% de los casos el diagnóstico cito-histológico fue realizado en el hospital

En cuanto al abordaje diagnóstico por Cito-Histopatología, se observa un predominio de la categorías “Sin diagnóstico Cito-histopatológico pre quirúrgico” con 43.1%. (Ver cuadro 13)

Respecto al tiempo de evolución desde la primera consulta externa hasta el diagnóstico cito histológico pre quirúrgico corresponde a una media de 126 días. Sin embargo la mediana fue de 18 días. Se observó gran variabilidad, con un rango de 1 día hasta 1,099 días. (Ver cuadro 14)

En cuanto a los indicadores de calidad de atención diagnóstica de los pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial

del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, entre abril del 2015 y Octubre del 2019, se observó el siguiente comportamiento (Ver cuadro 15):

Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes del tratamiento realizados previo al primer contacto en el servicio de cirugía Oral y maxilofacial: 22%

Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes del tratamiento, realizadas en el hospital: 33%

Total Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico (n=51): 55%

Total Pacientes intervenidos quirúrgicamente que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes de la cirugía (n=38): 58%

Pacientes con diagnóstico cito-histológicos antes de las dos semanas posteriores al primer contacto: 20%

Pacientes que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax (n=51)

Pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente y que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de los ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax antes de la cirugía (n=38).

Pacientes con diagnóstico pre quirúrgico de cáncer que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de los ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax antes del inicio del tratamiento: 29%

Para los siguientes indicadores el cumplimiento fue 0%.

- Pacientes discutidos en un equipo multidisciplinario antes del tratamiento definitivo
- Pacientes evaluación odontológica / Protésica, preoperatoria antes del inicio del tratamiento

- Pacientes que se someten a evaluación nutricional antes del inicio del tratamiento
- Pacientes que se someten a evaluación psicológica antes del inicio del tratamiento
- Pacientes que son atendidos y evaluados por un especialista logopedas antes del tratamiento
- Paciente con diagnóstico pre quirúrgico de cáncer que fue estadiado (TNM)

Resultados del objetivo 4

Respecto al Tipo de abordaje terapéutico de los pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial fueron intervenidos quirúrgicamente el 74.0% de los casos, se indicó e implementó manejo médico en 1.9%, abandonaron 7.8% y se indicó manejo quirúrgico pero no se han operado a la fecha el 15.6% de los casos (Ver cuadro 16)

Al analizar la Planificación quirúrgica documentada en pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático, predominó con 54 % la Planificación quirúrgica documentada en citas subsecuentes de consulta externa. (Ver tabla 17)

Del total de pacientes atendidos, el 74% fue hospitalizado en algún momento y de estos, el 67.6% fueron hospitalizados debido a su intervención quirúrgica y hasta un 24% solo los ingresaron para estudios y realización de exámenes complementarios. (Ver tabla 18)

En cuanto a la hospitalización según el área del primer contacto de atención en pacientes con neoplasia y quistes del aparato estomatognático, predominó, el 26% de los casos cuyo primer contacto fue emergencia y fueron hospitalizado ese mismo días, mientras

que solo el 11 de los casos cuyo primer contacto fue consulta externa, fueron hospitalizados ese mismo día (Ver cuadro 19).

Al analizar el cumplimiento del abordaje quirúrgico de los pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, se indicó manejo quirúrgico, se realizó la cirugía con hospitalización previa en 54.9%, por otra parte en el 17.6% se indicó manejo quirúrgico con hospitalización previa pero no realizó la cirugía. Y en 19% se indicó manejo quirúrgico y se realizó la cirugía sin hospitalización previa. (Ver cuadro 20)

En el grupo de pacientes que se planifica manejo quirúrgico y se hospitaliza previamente la media de tiempo pre- hospitalario es 6 (± 2) días. En el grupo que se planificó manejo quirúrgico con hospitalización previa pero al final no se realizó cirugía el tiempo de estancia hospitalaria fue de 9.7 (± 5) días. (Cuadro 21)

El total de casos con indicación quirúrgica fueron 50, se realizó valoración cardiológica pre quirúrgica en el 60.0%, se llevó a cabo valoración pre anestésica en 84.0% y el 76% de los fueron intervenidos quirúrgicamente. (Ver cuadro 22)

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos realizados en los casos intervenidos quirúrgicamente, con neoplasia y quiste del aparato estomatognático se observó el siguiente patrón (Ver cuadro 23):

- Disección cervical 2.6%, excisión + Biopsia 13.2%,
- Glossectomía parcia cara ventral de lengua + disección selectiva de cuello nivel I, II, III, IV .6%,
- Hemimandibulectomia 13.2%,
- Hemimandibulectomia y disección I, II y II 2.6%,
- Hemimandibulectomia + injerto cresta iliaca + colocación de placas 2.6%,
- Hemimandibulectomia + colocación de injerto de la cresta iliaca 2.6%,

- Hemimandibulectomia retro mandibular - cuerpo mandibular derecho 2.6%,
- Mandibulectomia + disección en cuello + colocación de placa 2.6%,
- Mandibulectomia segmentaria 2.6%,
- Maxilectomia total derecha 2.6%,
- Maxilotomia y recesión tumoral 2.6%,
- Palactectomia 7.9%,
- Parotidectomia superficial 21.1%,
- Parotidectomia superficial + Conservación del nervio facial 13.2%,
- Submaxilectomia 2.6%,
- Tumorectomia y toma de biopsia 2.6%.

De los 38 casos intervenidos quirúrgicamente, el 95% de los casos evolucionaron estables durante la recuperación post Quirúrgica (Cuadro 24)

En cuanto a la tasa de ocurrencia de complicaciones postquirúrgicas esta fue del 16% (6/38). Todas las complicaciones fueron infecciones del sitio quirúrgico. (Ver cuadro 25)

De los 51 casos, 21 tenían diagnóstico histopatológico confirmado de malignidad, y de estos el 100% según registros del expediente clínico, podían ser abordados quirúrgicamente. De los 21 solo 5 casos (24%) recibieron terapia neo adyuvante, y al final del seguimiento solo 11 casos de 21 fueron intervenidos quirúrgicamente (54%). Del total de intervenidos con patología maligna (n=11), en 9 se administró terapia adyuvante (81%). (Ver tabla 26)

Al final del seguimiento, de los 51 casos, 15.7% recibió alta, 19.6% fueron traslado a otro servicio u hospital, 7.8% abandonaron y el 56.9% se mantuvo en seguimiento a través de consultas subsecuentes. (Ver cuadro 27)

En relación al tiempo desde primer contacto hasta planificación quirúrgica (días) corresponde a una media de 75.9 (± 192) días y la mediana 19 (rango de 0 a 1,110) días. (Ver cuadro 28A)

En relación al tiempo desde planificación quirúrgica hasta cirugía (días) corresponde a una media de 55 (± 107) días y la mediana 11 (rango de 1 a 427) días. (Ver cuadro 28A)

En relación al tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta procedimiento quirúrgico corresponde a una media de 121 (± 214) días y una mediana de 45 días (1 a 1,115) (Ver 28B)

En cuanto el tiempo transcurrido desde el diagnóstico por patología hasta la cirugía corresponde a una media de 96 (± 131) días y una mediana de 30 días (rango 0 a 414). (Ver 28B)

En relación a la estancia pre-quirúrgica se observó una media de 7 (± 9.5) días con una mediana de 2 (rango 1 a 37) días. (Ver cuadro 28C)

En cuanto a la estancia post-quirúrgica corresponde a una media de 7 (± 12) días y una mediana de 2 (0 a 57) días. (Ver cuadro 28C)

De total de pacientes con indicación quirúrgica (n=50), el 16% fue operado antes de 1 mes desde su diagnóstico cito-histológico. (Ver cuadro 29)

Del total de pacientes en quienes se programa cirugía (n=42) el 19% fue operado antes de 1 mes desde su diagnóstico cito-histológico. (Ver cuadro 29)

Del total de pacientes que realmente fueron intervenidos (n=38), solo el 21% fue operado antes de 1 mes desde su diagnóstico cito-histológico. (Ver cuadro 29)

IX. DISCUSIÓN

De forma general los pacientes atendidos en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, se caracterizaron por ser del Sexo masculino, mayores de 60 años, procedentes del Área urbana del pacifico, con educación media o elemental. Sin embargo fue evidente que la frecuencia del Sexo femenino, procedencia rural y muy baja escolaridad también fue importante por lo que se ve reflejado en que las dos ocupaciones más comunes fueran “Ama de casa” y “Obrero”.

Es decir que en el servicio se atienden a pacientes con Diagnóstico de Neoplasia y Quistes del Aparato Estomatognático, de distinta procedencia, pero por ser un hospital público de Referencia Nacional, acuden de todo el país, sobre todo población de bajo nivel socio económica y escolaridad.

Estas características sociodemográficas son relevantes ya que están asociadas a mayor o menor acceso a los servicios de salud especializados y esto a su vez podría incidir en los tiempos de atención en salud que se observan en estudios, favoreciendo los tiempos prolongados y los retrasos diagnósticos y terapéuticos.

Según cifras oficiales del Instituto Nicaragüense de Información y Desarrollo (INIDE), en el 2016, la población se estimó en 6 327 924 habitantes, de los cuales 59,6% residía en las zonas urbanas (3); 51,0% de la población era femenina; 42,0% era menor de 15 años; y 5,0% pertenecía al grupo de 65 años de edad o más (INIDE, 2020). Lo que indica que esta patología no afecta a los distintos grupos poblacionales de la misma forma. Ya que a nivel nacional predomina el sexo femenino y los grupos atareos más jóvenes. Por lo que es razonable concluir que los grupos más afectados están expuesto a factores de riesgo relevantes.

Los resultados del presente estudio son similares a los reportados para Nicaragua, en donde se ha establecido que la prevalencia de la diabetes es del 9%. Es decir, que más de medio millón de nicaragüenses están siendo afectados por esta enfermedad, sin diferencias en ambos sexos, con mayor afectación en mayores de 50 años; y con 11.5% de personas con resistencia a la insulina (OPS, 2007; OPS/MINSA Nicaragua, 2006). Según la OMS el 31.9% de los varones y el 24.7% de las mujeres mayores de 25 años padecen hipertensión arterial. Por otro lado el 26% de las personas adultas consumen tabaco (OMS, 2012; OPS, 2017).

Es importante hacer notar que los pacientes que acudieron al Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, se reporta en el expediente clínico que la mayoría de los pacientes señalan como motivo de consulta el Aumento de volumen local (84%) y solo el 14% refiere como motivo de consulta algún tipo de Dolor. Sin embargo al momento del reporte de la historia clínica un porcentaje mayor refiere presencia de dolor y hasta las características relacionadas con el aumento de volumen como la asimetría son consistente con lo reportado como motivo de consulta.

Otras manifestaciones fueron reportadas con menor frecuencia, lo que nos hace pensar y destacar es que este estudio reveló una deficiente exploración física y anamnesis en el registro del expediente por lo cual se pierde información de las características clínicas como por ejemplo : Movilidad, consistencia, irregularidad de la superficie de la tumoración, movilidad, si hay presencia o ausencia de nódulos o ganglios linfáticos, descripciones de la mucosa, pérdida de la anatomía y afectación de una o más estructuras del complejo maxilofacial y hay descripción de rechazo, o deformidad solo en pocos casos. No hay datos de pérdidas dentarias por la tumoración, pérdidas de la anatomía del cuerpo, sínfisis, ángulo mandibular, nivel o grado de trismo que presenta el paciente, fetidez, grado de apoptosis de la tumoración. No tenemos evidencia que estos datos clínicos hayan estado presente o ausente, debido a que no se describe la inexistencia o la búsqueda de estos elementos, ni tampoco se observó en el registro del expediente clínico una correcta descripción. Este tipo

de situaciones puede producir un sesgo de la Descripción clínicas de la enfermedad, y por ende para evaluaciones basada en el expediente clínico la información es incompleta.

El presente estudio revela un amplio tiempo de evolución de la patología, los pacientes tardan en asistir o son referidos tardíamente en promedio luego de 2 años de evolución. Es importante que estudios posteriores profundicen en el conocimiento sobre qué factores están influyendo en una referencia tardía al hospital de los pacientes que sufren estas patologías. Se deben investigar tanto factores dependientes del propio pacientes como los factores dependientes del sistema de salud. Algunos estudios hacen referencia que la situación socioeconómica y la lejanía a las unidades de salud de la atención especializadas son factores claves que incrementan los tiempo de no asistencia al hospital. Esto es de vital importancia ya que la identificación temprana de las características clínicas e imagenológicas de estas lesiones podría contribuir a mejorar el pronóstico pues, a mayor tiempo de evolución, mayor es el daño a la persona y da lugar a grandes afectaciones como deformidades faciales, parestesias, pérdida dental e, incluso, la muerte (Martínez et al., 2014; Woo, 2016(Martínez et al., 2014; Peacock, 2017; Ranganathan, 2016; Woo, 2016).

Respecto a la frecuencia del tipo específico de patología, se observó que la mitad de los casos era benigna y cerca del 37% eran malignos. Es de notar que en 14% de los casos no se logró un diagnóstico por patología. Por otro lado, se observó que los tipos histológicos más frecuentes fueron los adenomas y los carcinomas escamosos.

Hay pocos estudios epidemiológicos de patologías neoplásicas y quísticas del aparato estomatognático en poblaciones latinoamericanas. Algunos reportes muestran una frecuencia del 4 % en México, 4,1 % en Brasil y 12,1 % en Uruguay. No se cuenta con estudios en Centroamérica. Con respecto a Nicaragua, existe un estudio realizado por Quintana et al (2018) que señala que la prevalencia que los tumores odontogénicos es del 0.8% y que el quiste más frecuente fue el dentígero (69,5 %) y el tumor odontogénico más frecuente el ameloblastoma (50 %), principalmente en mandíbula (Salgado et al., 2018).

Las neoplasias y quistes del aparato estomatognático, pueden plantear desafíos diagnósticos significativos para el cirujano maxilofacial, debido a su incidencia relativamente baja, una histología algo superpuesta y características diferenciales sutiles. A pesar de una histología similar, el comportamiento biológico y la terapia adecuada difieren significativamente entre entidades y, por lo tanto, es esencial un diagnóstico preciso. Una de las claves para obtener resultados clínicos óptimos en pacientes que padecen neoplasias y quistes del aparato estomatognático, es la detección temprano y el adecuado abordaje diagnóstico inicial. Por lo que de acuerdo a lo publicado por diversas agencias y sociedades científicas internacionales, se debe hacer un esfuerzo por realizar una evaluación completa, integral y rápida del paciente desde la primera consulta y en la medida de lo posible establecer la decisión terapéutica a la mayor brevedad, si es posible desde la primera consulta. En el caso de los tumores malignos, es fundamental completar la batería de estudios de rutina, de imagen e histopatología para poder estadiar al tumor de forma apropiada. A pesar de todo esto que se describe, el presente estudio revela una serie de elementos que dificulta el diagnóstico preciso, oportuno y temprano, entre ellas están las siguientes:

- El proceso de referencia dentro del sistema público, no está claro, ya que se observó que el 29.4%, fueron referidos o acudieron al servicio de emergencia, ya sea por referencia, traslado, asistencia espontánea, o incluso por desconocimiento del paciente. Esta situación prolonga los tiempos diagnósticos, y posterga la decisión terapéutica, aspectos que son fundamentales para un tratamiento oportuno y mejora del resultado clínico.
- Por otro lado, se observó que en el grupo que asistió a la emergencia como primera puerta de contacto, los médicos que atendieron dicho casos indicaron de forma variable los exámenes y pruebas especiales, es decir que no todos fueron abordados de forma estandarizada. Esto se ve agravado por el hecho de que a pesar de que algunos exámenes si fueron indicados, una proporción considerable no fueron realizados o se producen pérdidas de los resultados o no retiro de ellos

en tiempo y forma, lo que hace que llegue a su primera cita a consulta externa sin estos resultados, prolongando una vez más los tiempos diagnóstico.

- Un elemento relevante que muestra el estudio es que no en todos los pacientes se indica tomografía ni estudios de histopatología desde la primera cita, en casi un 16% de los 51 pacientes, se envió estudios de histopatología hasta la segunda cita considerando que 12 pacientes de los 51 ya traían resultados de biopsia externa, significa que 1 de cada 4 pacientes se le envía estudio de patología hasta la segunda cita.

Es importante señalar, que según las recomendaciones internacionales, el 100% de los pacientes debería tener una tomografía y estudio de patología indicado desde la primera cita.

Las guías internacionales refieren que todo paciente debe contar con un estudio de cito-histo-patológico previa a la cirugía, sin embargo la presente investigación revela una situación dramática, hasta un 43% de los pacientes no contaron con diagnóstico por patología previa a la cirugía y lo que agrava la situación es que en promedio el tiempo entre la consulta inicial hasta la obtención de un diagnóstico por patología fue de 126 días, pudiendo prolongarse entre 2 y 3 años.

Es evidente que existen muchas oportunidades de mejoras en los procesos diagnósticos y sobre todo se debe comenzar a reflexionar, como la situación actual puede estar impactando en los resultados clínicos de los pacientes atendidos.

Todo esto que se ha expuesto sobre cómo el proceso diagnóstico impacta de forma negativa en la calidad de atención. Diversas agencias internacionales han propuesto indicadores de calidad diagnóstica, que orientan sobre cómo están funcionando los servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial, dichas agencias establecen como cumplimiento meta un nivel superior al 90% en todos los indicados, y en algunos de ellos las metas son superiores al 95% e incluso al 100%. En la realidad, al utilizar dichos indicadores y compararlos con las metas

propuestas, se observó un cumplimiento que varió entre 22 y 58% entre 8 indicadores que sí pudieron medirse, y hubo 0% de cumplimiento en indicadores relacionados con el abordaje multidisciplinario como la evaluación nutricional, odontológica y psicológicas y en ningún caso se realizó estadiaje de los pacientes.

Es clave reflexionar a lo interno del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, sobre cómo se podría incorporar el concepto de gestión de calidad en la atención en salud brindada por el servicio y cómo se podría iniciar un proceso de mejora progresiva de los indicadores de calidad y sobre qué aspecto deberían ser priorizados sobre otros.

El presente estudio revela que del total pacientes que acuden al Hospital por lesiones Neoplásicas y Quísticas del Aparato estomatognático, aproximadamente el 41% eran patologías malignas susceptibles de manejo quirúrgico y el 59% otro tipo de lesiones. Sin embargo 3 de cada 10 casos no fueron intervenidos durante el período de estudio y casi un 8% de todos los casos abandonaron el seguimiento por cirugía maxilofacial. Solo 6 de cada 10 casos se mantuvo en seguimiento a través de consultas subsecuentes.

Del total de casos fueron intervenidos 38 pacientes de 51, en el 54% se documentó la planificación quirúrgica en citas subsecuentes de consulta externa. Sin embargo los pacientes esperaban en promedio 3 meses para la toma de decisión terapéutica, habiendo casos cuya espera fue tan larga de hasta aproximadamente 3 años.

Esta situación de retraso de la toma de decisión se ve agravada por un tiempo prolongado de espera hasta la cirugía. Los pacientes después de la toma de decisión en promedio tuvieron que esperar otras 6 semanas, pudiendo incluso prolongarse esa espera hasta 14 meses. Por lo que el tiempo promedio de espera desde la primera consulta hasta el momento de la cirugía fue entre 4 y 5 meses. Algunos casos fueron tan extremos como esperar varios años.

Es importante señalar que el cirujano oral y maxilofacial, en promedio esperaba 3 meses desde el momento que tenía el diagnóstico patológico, para realizar la cirugía, sin

embargo hay casos en el que el cirujano operó 14 meses después de tener el diagnóstico patológico.

En el grupo de pacientes que se planifica manejo quirúrgico y se hospitaliza previamente la media de tiempo pre-hospitalario es 6 ± 2 días. En el grupo que se planificó manejo quirúrgico con hospitalización previa pero al final no se realizó cirugía el tiempo de estancia hospitalaria fue de 9.7 ± 5 días.

La situación de los tiempos prolongados de espera, se combina con un abuso de las hospitalizaciones y de la estancia hospitalaria. Casi 1 de cada 4 pacientes cuyo contacto inicial es la emergencia queda hospitalizado el mismo día, por otro lado 1 de cada 10 pacientes cuyo primer contacto es la consulta externa queda hospitalizado el mismo día. Lo más grave es que 1 de cada 4 pacientes es hospitalizado solo para completar el estudio de la lesión, y en la mayoría de caso no fueron operados hasta tiempo después. Las hospitalizaciones se debieron a la programación quirúrgica, sin embargo los tiempos de estancia eran relativamente prolongados. En relación a la estancia pre-quirúrgica se observó una media de 7 (± 9.5) días con una mediana de 2 (rango 1 a 37) días. En cuanto a la estancia post-quirúrgica corresponde a una media de 7 (± 12) días y una mediana de 2 (0 a 57) días.

De forma general, uno de los indicadores de calidad en la atención de más amplio consenso es la determinación de las tasas de infección del sitio quirúrgico lo que se espera que en un servicio quirúrgico la tasa sea $<3\%$ y la tasa de ocurrencia de infección en este estudio fue del 16% (6/38), lo que representa 5 veces más de la tasa esperada.

Por otro parte el principal indicador de calidad del proceso de atención quirúrgica, es la tasa de pacientes operado antes de 1 mes desde su diagnóstico cito-histológico. De total de pacientes con indicación quirúrgica ($n=50$), solo el 16% fue operado antes de 1 mes desde su diagnóstico cito-histológico, cuanto las metas internacionales refiere que se debe alcanzar un 90% .

Todos estos elementos nos hacen ver que existen múltiples áreas de mejoras de la calidad de la atención en los procesos diagnósticos y terapéuticos, en el servicio de cirugía maxilofacial en nuestro hospital.

Debido a la complejidad del estudio no se pudo identificar segmentación o procedimiento quirúrgico. No se identifica otros elementos del impacto clínico en el paciente en mediano y largo plazo. Debido a su naturaleza no diferenciamos procedimiento quirúrgico o patología que tiene mayor consecuencia. No existe una justificación para no actuar con inmediatez tanto para Neoplasia y Quistes.

Por otro lado, los resultados presentan un impacto en términos estructurales. En programación quirúrgica, electiva en quistes y neoplasia deben de ser en el orden de prioridad, una manera de superar esta limitante es priorizar y crear espacio de discusión a nivel del servicio. Por otro lado, este estudio demuestra que es necesario habilitar camas en hospitalizado al servicio de cirugía oral y maxilofacial para realizar este tipo de cirugía la cual no tienen criterios para efectuarse de manera ambulatoria. Si con 3 turnos hay resultados deficientes, con 2 turnos quirúrgicos será mayor el impacto negativo en los próximos años.

Este tipo de cirugía es de criterio electiva, por tanto es meritorio ser hospitalizada previamente a su procedimiento quirúrgico y ser priorizada con estancia hospitalaria.

X. CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características sociodemográficos y características clínicas de los pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognatico, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, el comportamiento es similar a lo reportado a nivel internacional, sobre todo en países en vía de desarrollo.

2. Un bajo índice de exámenes disponibles previos al procedimiento quirúrgico, prolongación de los tiempos diagnósticos, no estadiaje, deficiente caracterización de la lesión, alto porcentaje de pacientes intervenidos sin completo proceso diagnóstico y 4 de cada 10 pacientes son intervenidos sin un diagnostico cito-histológico, constituyeron las principales características del proceso diagnóstico.

3. Los indicadores de calidad en el proceso diagnóstico de los pacientes en estudio, esta cinco veces por debajo del umbral propuesto a nivel internacional, variando el cumplimiento entre 20 y 30%, cuando la metas están entre 90 y 95%.

4. Las tendencias observadas en el proceso diagnostico son mantenidas en el proceso terapéuticos, con prolongados tiempos de hospitalización pre y pos hospitalaria y una tasa elevada de complicaciones postoperatoria en comparación con los estándares internacionales.

5. Solo un una quinta parte de los pacientes es operado antes de los 21 días del diagnóstico y menos del 30% tienen estancias pos hospitalaria antes de los 7 días.

6. Es clave reflexionar a lo interno del servicio de cirugía maxilofacial, sobre cómo se podría incorporar el concepto de gestión de calidad en la atención en salud brindada por el servicio y cómo se podría iniciar un proceso de mejora progresiva de los indicadores de calidad y sobre qué aspecto deberían ser priorizados sobre otros.

XI. RECOMENDACIONES

Recomendaciones al servicio de cirugía Maxilo facial

1. Espacio de discusión a nivel del servicio, para la elaboración de guías terapéuticas.
2. Suspender el traslado de pacientes con lesiones de Neoplasia y quistes del aparato estomatognatico a Servicios que no tienen habilidades, destreza ni competencia particulares.
3. Actuar con inmediatez, eficiencia sin perjudicar la calidad y la calidez en la atención brindada y optimizar el tiempo.
4. No ingresar pacientes mal transferidos al área de emergencia, si no tiene motivo.
5. Implementar esquema de trabajo, flujograma, algoritmos, guías terapéuticas y check list, como una primera fase en el abordaje diagnóstico y terapéutico.
6. Aplicación de algoritmo.

Recomendaciones al personal de salud

1. Contribuir y de alguna manera sensibilizarse a no transferir a pacientes con estas entidades al área de emergencia.
2. Promover la implementación de la estadificación TNM en pacientes que requieren del mismo.
3. Desarrollar manejo multidisciplinario integrando los Departamento de Nutrición, Psicología, Anestesia, Medicina interna, Oncología médica, Medicina nuclear, Radiología, Patología y Trabajo social.

Recomendaciones al Ministerio de Salud

1. Enviar exámenes básicos en centro de atención primaria de los cuales están provisto.
2. Realizar adecuada transferencia en documentaciones apropiadas, utilizando papelerías privados, públicos o de brigadas, que brinda la ley general de salud del Ministerios de la Republica de Nicaragua.
3. Optimizar el tiempo hacia la consulta externa y dar prioridad a este tipo de patologías, priorizando la calidad y calidez en la atención.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Citron, I., Saluja, S., Amundson, J., Ferreira, R. V., Ljungman, D., Alonso, N., . . . Steer, M. (2018). Surgical quality indicators in low-resource settings: A new evidence-based tool. *Surgery, 164*(5), 946-952. doi:10.1016/j.surg.2018.05.016
- Contreras Aedo, L., Retamal Hernández, L., Schilling Quezada, A., & Droguett Ossa, D. A. (2017). *Evolución de la clasificación, diagnóstico y tratamiento del queratoquiste odontogénico. Revisión narrativa de la literatura*. Universidad de Talca (Chile). Escuela de Odontología.
- Cramer, J. D., Speedy, S. E., Ferris, R. L., Rademaker, A. W., Patel, U. A., & Samant, S. (2017). National evaluation of multidisciplinary quality metrics for head and neck cancer. *Cancer, 123*(22), 4372-4381. doi:10.1002/cncr.30902
- Chang, S., Sanii, R., Chaudhary, H., Lewis, C., Seidman, M., & Yaremchuk, K. (2019). Evaluation of early oral cavity cancer treatment quality at a single institution. *Laryngoscope, 129*(8), 1816-1821. doi:10.1002/lary.27565
- Eskander, A., Monteiro, E., Irish, J., Gullane, P., Gilbert, R., de Almeida, J., . . . Goldstein, D. P. (2016). Adherence to guideline-recommended process measures for squamous cell carcinoma of the head and neck in Ontario: Impact of surgeon and hospital volume. *Head Neck, 38 Suppl 1*, E1987-1992. doi:10.1002/hed.24364
- García-Roco Pérez, O., Arredondo López, M., Correa Moreno, A., & Siré Gómez, A. (2002). Algunas tendencias actuales en la cirugía maxilofacial mayor ambulatoria: Nuestra experiencia. *Revista Cubana de Estomatología, 39*(2), 101-118.
- García Perla, Á. (2004). Gestión de la calidad asistencial en cirugía oral y maxilofacial análisis de 15 años de registros de actividad del servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Graboyes, E. M., Gross, J., Kallogjeri, D., Piccirillo, J. F., Al-Gilani, M., Stadler, M. E., & Nussenbaum, B. (2016). Association of Compliance With Process-Related Quality

- Metrics and Improved Survival in Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 142(5), 430-437. doi:10.1001/jamaoto.2015.3595
- Graboyes, E. M., Townsend, M. E., Kallogjeri, D., Piccirillo, J. F., & Nussenbaum, B. (2016). Evaluation of Quality Metrics for Surgically Treated Laryngeal Squamous Cell Carcinoma. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 142(12), 1154-1163. doi:10.1001/jamaoto.2016.0657
- Hessel, A. C., Moreno, M. A., Hanna, E. Y., Roberts, D. B., Lewin, J. S., El-Naggar, A. K., . . . Weber, R. S. (2010). Compliance with quality assurance measures in patients treated for early oral tongue cancer. *Cancer*, 116(14), 3408-3416. doi:10.1002/cncr.25031
- INIDE. (2020). Estadísticas Nacionales - Nicaragua. Retrieved from <https://www.inide.gob.ni/>
- Martínez, A. Y., McHenry, C. R., & Rivadeneira, L. M. (2014). Cirugía oral y maxilofacial.
- OMS. (2012). *Nicaragua: OMS Perfil Estadístico de Salud*. Retrieved from <http://www.who.int/gho/countries/nic.pdf?ua=1>
- OPS. (2017). *Situación de Salud en las Américas 2016: Perfil Nicaragua*. Retrieved from Washington DC,;
- Peacock, Z. S. (2017). Controversies in oral and maxillofacial pathology. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 29(4), 475-486.
- Ranganathan, K. (2016). Oral and maxillofacial pathology..... need to evolve? *Journal of Orofacial Sciences*, 8(2), 79-79.
- Salgado, L. A. Q., Hernández, L. J. E., Vílchez, J. J. R., Midence, C. D. G., & Díaz, H. J. R. (2018). Frecuencia de quistes y tumores odontogénicos en población nicaragüense. Estudio retrospectivo a siete años. *Universitas Odontológica*, 37(78), 10.
- Shellenberger, T. D., Madero-Visbal, R., & Weber, R. S. (2011). Quality indicators in head and neck operations: a comparison with published benchmarks. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 137(11), 1086-1093. doi:10.1001/archoto.2011.177

Woo, S.-b. (2016). *Oral Pathology E-Book: A Comprehensive Atlas and Text*: Elsevier Health Sciences.

XIII. ANEXOS

Ficha de recolección

Indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 a Octubre 2019.

FICHA DE RECOLECCIÓN

A. Datos de identificación

Número de ficha	
Número de expediente	
Nombre del paciente	
Fecha de primera consulta	

B. Características sociodemográficas

Sexo del paciente	Masculino
	Femenino
Grupo de edad	<30
	30 a 39
	40 a 49
	50 a 59
	60 a 69
	70 o más
Departamento	No reportado en el expediente
	Nueva Segovia
	Madriz
	León
	Matagalpa
	Boaco
	Managua
	Masaya
Granada	

	Carazo
	RAAN
Área de Residencia	Urbano
	Rural
Escolaridad	Primaria
	Secundaria
	Universitario
	Iletrado
	Analfabeto
	Ignorado
Ocupación	Ama de casa
	Comerciante
	Estudiante
	Ninguna
	Obrero
	Profesional
	Otros

C. Antecedentes patológicos y no patológicos

APP	Enfermedades Cardíacas	
	Diabetes M. tipo 2	
	HTA	
	Artritis Reumatoide	
	Negado	
APNP	Tabaco	
	Alcohol	
	Drogas ilegales	
	Fármacos	

D. Caracterización clínica

Motivo de consulta	Aumento de volumen	
	Dolor	
	Dolor y Aumento de volumen	
	Úlcera	
Manifestaciones clínicas al diagnóstico	Dolor	

	Sangrado	
	Asimetría	
	Aumento de volumen	
	Pérdida de peso	
	Movilidad dentaria	
	Lesión del nervio facial	
	Material purulento	
	Trismo	
Tiempo de evolución (días)		
Localización anatómica de la lesión		
Tamaño (diámetro mayor) de la lesión		
Naturaleza de la lesión confirmada por patología	Benigno Maligno Sin diagnóstico histológico	
Tipo histológico		

E. Abordaje diagnóstico

Área de primer contacto a nivel hospitalario	Emergencia	
	Consulta Externa	
Estudios disponibles (portados por el paciente al momento del primer contacto)	Ultrasonido	
	Radiografía	
	TAC	
	Biopsia	
	Labor oratorio de rutina	
	Otros	

Exámenes auxiliares indicados durante el proceso de estudio diagnóstico		
Exámenes complementarios indicados en emergencia en pacientes cuyo primer contacto fue el servicio de emergencia	Exámenes de Laboratorio	
	Ultrasonido	
	Radiografía	
Portador de resultados de exámenes de laboratorio realizados en emergencia en la primera cita en consulta externa	Exámenes de Laboratorio	
	Exámenes de imagen	

Medios Auxiliares diagnósticos indicados en la primera cita de consulta externa	Exámenes de Laboratorio	
	Ultrasonido	
	TAC	
	Radiografía	
	BAAF	
	Biopsia incisional Local	
Medios auxiliares diagnósticos indicados en cita subsecuente de consulta externa	TAC	
	Radiografía	
	BAAF	
	Biopsia incisional local	
	Biopsia incisional quirúrgica	
	Nasofibrolaringoscopia	
	Biopsia TRUCUT	

Momento de realización de diagnóstico por cito-histopatología		
Tipo de diagnóstico	No se realiza diagnóstico pre-quirúrgico cito-histológico	
	Se cuenta con diagnóstico histopatológico previo al primer contacto	
	Diagnóstico cito-histológico realizado en el hospital	

Abordaje diagnóstico por cito-histopatología	Solo biopsia previa	
	Biopsia previa + BAAF	
	Biopsia previa + Biopsia incisional quirúrgica	
	SOLO BAAF	
	Biopsia incisional local	
	Biopsia incisional local Biopsia incisional quirúrgica	
	TRUCUT	
	Biopsia incisional quirúrgica	
	Sin diagnóstico cito histológico pre quirúrgico	
Tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico cito histológico pre quirúrgico		

F. Abordaje terapéutico

Tipo de abordaje terapéutico	Intervenido quirúrgicamente	
	Se indicó e implementó manejo médico	

	Abandono	
	Indicado manejo quirúrgico pero no se han operado a la fecha	

Planificación quirúrgica documentada	Planificación quirúrgica documentada en primera cita de consulta externa	
	Planificación quirúrgica documentada en citas subsecuentes de consulta externa	
	Planificación quirúrgica documentada – sin intervención quirúrgica	
	Planificación quirúrgica no documentada	

Hospitalizados en algún momento	Sí__ No__	
Razones de hospitalizaciones	Patología de base descompensada	
	Tratamiento quirúrgico	
	Infección aguda concomitante	
	Traslado	
	Estudio y exámenes complementarios	
Momento de hospitalización	Hospitalizado el mismo día del contacto inicial	
	Hospitalizado posterior al contacto inicial	

Planificación y cumplimiento del abordaje quirúrgico	No se indica manejo quirúrgico	
	Se indica manejo quirúrgico, se realiza la cirugía sin hospitalización previa	
	Se indica manejo quirúrgico sin hospitalización previa pero no se realiza la cirugía	
	Se indica manejo quirúrgico, se realiza la cirugía con hospitalización previa	
	Se indica manejo quirúrgico con hospitalización previa pero no se realiza cirugía	

Procedimientos pre quirúrgicos realizados	Valoración cardiológica pre quirúrgica	
	Valoración pre anestésica	
Procedimiento quirúrgico realizado		

Recuperación post-anestésica	Estable	
	Traslado a unidad de cuidados intensivos	
Complicaciones postquirúrgicas	Si __ No __	
Tipo de complicaciones postquirúrgicas		

Terapia neo adyuvante	Quimioterapia	
	Radioterapia	
	Ninguna	
Terapia adyuvante	Quimioterapia	
	Radioterapia	
	Ninguna	

Condición final del paciente	Alta	
	Traslado	
	Abandono	
	Controles Subsecuente	

Tiempos claves	
Tiempo desde primer contacto hasta planificación quirúrgica (días)	
Tiempo desde planificación quirúrgica hasta cirugía (días)	
Tiempo desde primer contacto hasta cirugía	
Tiempo desde diagnóstico histopatológico hasta cirugía (días)	
Estancia pre-quirúrgica (días)	
Estancia post-quirúrgica (días)	
Total de estancia hospitalaria (días)	
Tiempo desde primer contacto hasta planificación quirúrgica (días)	

G. Indicadores de calidad de atención

Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes del tratamiento realizados previo al primer contacto	
Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes del tratamiento, realizadas en el hospital	
Total Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico	
Total Pacientes intervenidos quirúrgicamente que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes de la cirugía	
Pacientes con diagnóstico cito-histológicos antes de las dos semanas posterior al primer contacto	
Pacientes que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax	
Pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente y que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de los ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax antes de la cirugía	
Pacientes con diagnóstico pre quirúrgico de cáncer que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de los ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax antes del inicio del tratamiento	
Pacientes discutidos en el MDT antes del tratamiento definitivo	
Pacientes evaluación odontológica preoperatoria antes del inicio del tratamiento	
Pacientes que se someten a evaluación nutricional antes del inicio del tratamiento	
Pacientes que se someten a evaluación psicológica antes del inicio del tratamiento	
Pacientes c que son atendidos y evaluados por un especialista logopedas antes del tratamiento	
Paciente con diagnóstico pre quirúrgico de cáncer que fue estadiado (TNM) (n=21)	
Pacientes con tiempo entre el diagnóstico patológico y la cirugía <1 mes	

Operacionalizacion

Operacionalizacion de las variables

Objetivos general: Establecer el comportamiento de indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón durante el periodo Octubre 2015 a Octubre 2019.

Objetivo	Variable conceptual	Dimensión o subvariable	Indicador (variable operativa)	Técnicas de Recolección de Datos e Información	Tipo de Variable Estadística	Categoría estadística
1- Identificar las principales características sociodemográficas de los pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio	Características sociodemográficas	Sexo del paciente	Conjunto de seres que tiene uno o varios caracteres comunes.	Revisión expediente clínico	Cualitativa dicotómica nominal	Masculino
						Femenino
		Grupo de edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento.	Revisión expediente clínico	Cualitativa ordinal	<30
						30 a 39
						40 a 49
						50 a 59
						60 a 69
		70 o más				
		Departamento	Tipo de entidad subnacional superior a la de un municipio.	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	No reportado en expediente
						Nueva Segovia
						Matagalpa
						León
Matagalpa						
Boaco						
Managua						

de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.						Masaya
						Granada
						Carazo
						RAAN
	Área de Residencia	Urbano: Asentamiento que son capitales, cabeceras o municipio según la división política y administrativa del país. Rural: Centro poblados, periferia de los núcleos urbanos y la población dispersa.	Revisión expediente clínico	Cualitativa dicotómica nominal	Urbano	
					Rural	
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.	Revisión expediente clínico	Cualitativa ordinal	Primaria	
					Secundaria	
					Universitario	
					Iltrado	
				Analfabeto		
				Ignorado		

		Ocupación	Trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que demanda cierto tiempo parcial o completa.	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Ama de casa
						Comerciante
						Estudiante
						Ninguna
						Obrero
						Profesional
						Otros

Objetivos general: Establecer el comportamiento de indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón durante el periodo Octubre 2015 a Octubre 2019.

Objetivo	Variable conceptual	Dimensión o subvariable	Indicador (variable operativa)	Técnicas de Recolección de Datos e Información	Tipo de Variable Estadística	Categoría estadística				
2- Determinar las características clínicas de las lesiones neoplásicas o quísticas del aparato estomatognático, en los pacientes en estudio.	Características clínicas de las lesiones neoplásicas o quísticas	Motivo de consulta	Expresión del paciente por lo que solicita atención	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Aumento de volumen				
						Dolor				
						Dolor y Aumento de volumen				
						Úlcera				
		Manifestaciones clínicas al diagnóstico	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observadas en la exploración médica.	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Dolor				
						Sangrado				
						Asimetría				
						Aumento de volumen				
						Pérdida de peso				
		Tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas	Tiempo transcurrido desde primer síntoma hasta la progresión	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Expresada en media (DE) y Mediana (rango)				
						Localización anatómica	Terminos descriptivos que ayudan a identificar posiciones	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Angulo mandibular
										Cara ventral de lengua
										Cavidad oral vestíbulo superior
Cuerpo mandibular derecho										
Cuerpo mandibular izquierdo										
Glándula parótida derecha										

			relativas y direcciones de una especie.			Glándula parótida izquierda
						Glándula submandibular derecha
						Glándula submandibular
						Hemimandíbula derecha
						Hemimandíbula izquierda
						Masa parótida izquierda ulcerada
						Maxilar izquierdo
						Paladar
						Paladar duro y blando
						Parótida izquierda + hemicuello
						Piso bucal
						Reborde alveolar anterior
						Reborde alveolar inferior
						Reborde alveolar inferior bilateral
						Reborde alveolar inferior derecho
						Reborde alveolar izquierdo
						Región dorsal en lengua
						Región geniana y malar derecha
						Región nasal
						Región parótida y submandibular
						Región pre auricular izquierda
						Región retro mandibular derecho
						Seno maxilar derecho
						Submandibular derecho
						Submandibular izquierdo
		Tamaño	Conjunto de dimensiones físicas de la	Revisión expediente clínico	Cuantitativa continua	Expresada en media (DE) y Mediana (rango)
		Resultado	Benigno: No canceroso,	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal dicotómica	Maligno Benigno
		Tipo histológico	Resultado de muestra de	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Adenoma pleomorfo de parótida Ameloblastoma mandibular Carcinoma escamoso

			tejido bajo un microscopio.			Carcinoma adenoides
						Carcinoma epidermoide / muco
						Carcinoma verrugoso
						Hemangioma cavernoso intraóseo
						Lesión fibrosa benigna
						Osteosarcoma
						Sialoadenitis crónica
						Tumor odontogénico
						Tumor Warthin
						Lesión linfoepitelial benigna
						Linfadenitis crónica parótida
						Diagnóstico de patología

Objetivos general: Establecer el comportamiento de indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón durante el periodo Octubre 2015 a Octubre 2019.

Objetivo	Variable conceptual	Dimensión o subvariable	Indicador (variable operativa)	Técnicas de Recolección de Datos e Información	Tipo de Variable Estadística	Categoría estadística
3-Identificar las principales características del proceso diagnóstico y el comportamiento de los indicadores de calidad en el abordaje diagnóstico, de los pacientes en estudio.	Características del proceso diagnóstico	Área de primer contacto	Área de primer contacto a nivel hospitalario, de los pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Emergencia Consulta Externa
		Exámenes disponibles en el primer contacto en emergencia	Proporción de pacientes que tenían estudios de imagen y/o cito-histo-patología al momento de su primer contacto con el hospital	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Ultrasonido TAC Biopsia

		Exámenes disponibles en el primer contacto en consulta externa				Ultrasonido Radiografía TAC Biopsia
		Exámenes complementarios indicados en emergencia	Exámenes complementarios indicados en emergencia en pacientes cuyo primer contacto fue el servicio de emergencia	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Exámenes de Laboratorio Ultrasonido Radiografía
		Portador de resultados de exámenes de laboratorio realizados en emergencia	Portador de resultados de exámenes de laboratorio realizados en emergencia en la primera cita en consulta externa	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Exámenes de Laboratorio Exámenes de imagen
		Exámenes indicados en la primera cita de consulta externa	Medios Auxiliares diagnósticos indicados en la primera cita de consulta externa	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Exámenes de Laboratorio Ultrasonido TAC Radiografía BAAF Biopsia incisional Local

		Exámenes indicados en citas subsecuentes	Medios auxiliares diagnósticos indicados en cita subsecuente de consulta externa	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	TAC Radiografía BAAF Biopsia incisional local Biopsia incisional quirúrgica Nasofibrolaringoscopia Biopsia TRUCUT
		Tipo diagnóstico	Realización de diagnóstico por cito-histopatología	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	No se realiza diagnóstico pre-quirúrgico cito-histológico Se cuenta con diagnóstico histopatológico previo al primer contacto Diagnóstico cito-histológico realizado en el hospital
		Abordaje diagnóstico	Abordaje diagnóstico por cito-histopatología, de los pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Solo biopsia previa Biopsia previa + BAAF Biopsia previa + Biopsia insicional quirúrgica SOLO BAAF Biopsia insicional local

						Biopsia insicional local Biopsia insicional quirúrgica TRUCUT Biopsia insicional quirúrgica Sin diagnóstico cito histológico pre quirúrgico
		Tiempo hasta el diagnóstico	Tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico cito histológico pre quirúrgico Abordaje diagnóstico por cito-histopatología, de los pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognatico, cuyo diagnóstico fue realizado en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media (D Mediana (Rango)

			Dr. Roberto Calderón			
		Indicadores de calidad	Indicadores de calidad de atención diagnóstica de los pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, entre abril del 2015 y Octubre del 2019.	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	<p>Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes del tratamiento realizados previo al primer contacto</p> <p>Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes del tratamiento, realizadas en el hospital</p> <p>Total Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico</p> <p>Total Pacientes intervenidos quirúrgicamente que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes de la cirugía</p> <p>Pacientes con diagnóstico cito-histológicos antes de las dos semanas posterior al primer contacto</p> <p>Pacientes que se someten a tomografía</p>

						<p>computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax</p> <p>Pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente y que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de los ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax antes de la cirugía</p> <p>Pacientes con diagnóstico pre quirúrgico de cáncer que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de los ganglios</p>
--	--	--	--	--	--	---

						linfáticos con tomografía computarizada del tórax antes del inicio del tratamiento Pacientes discutidos en el MDT antes del tratamiento definitivo Pacientes evaluación odontológica preoperatoria antes del inicio del tratamiento Pacientes que se someten a evaluación nutricional antes del inicio del tratamiento Pacientes que se someten a evaluación psicológica antes del inicio del tratamiento Pacientes c que son atendidos y evaluados por un especialista logopedas antes del tratamiento Paciente con diagnostico pre quirúrgico de cáncer que fue estadiado (TNM) (n=21)
--	--	--	--	--	--	---

Objetivos general: Establecer el comportamiento de indicadores de calidad de atención a pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón durante el periodo Octubre 2015 a Octubre 2019.

Objetivo	Variable conceptual	Dimensión subvariable	Indicador (variable operativa)	Técnicas de Recolección de Datos e Información	Tipo de Variable Estadística	Categoría estadística
4- Examinar las características del proceso terapéutico y cómo se comportan los indicadores de calidad de dicho proceso, en los pacientes en estudio	Características del proceso terapéutico	Abordaje terapéutico	Tipo de abordaje terapéutico de los pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Intervenido quirúrgicamente Se indicó e implementó manejo médico Abandono Indicado manejo quirúrgico pero no se han operado a la fecha
		Planificación quirúrgica	Planificación quirúrgica documentada en pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Planificación quirúrgica documentada en primera cita de consulta externa Planificación quirúrgica documentada en citas

						subsecuentes de consulta externa Planificación quirúrgica documentada – sin intervención quirúrgica Planificación quirúrgica no documentada
		Hospitalización	Momento y área de primera hospitalización	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Nunca hospitalizado Hospitalizado el mismo día del contacto inicial Hospitalizado posterior al contacto inicial
		Razones de hospitalización	Motivo o razones de hospitalización registradas en el expediente	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Razones de hospitalizaciones Patología de base descompensada Tratamiento quirúrgico Infección aguda concomitante Traslado Estudio y exámenes complementarios
		Planificación y cumplimiento del abordaje quirúrgico	Momento, forma y cumplimiento de la decisión terapéutico en relación al	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	No se indica manejo quirúrgico Se indica manejo quirúrgico, se realiza la

			abordaje de la lesión neoplásica y quística			<p>cirugía sin hospitalización previa Se indica manejo quirúrgico sin hospitalización previa pero no se realiza la cirugía Se indica manejo quirúrgico, se realiza la cirugía con hospitalización previa Se indica manejo quirúrgico con hospitalización previa pero no se realiza cirugía</p>
		Estancia preoperatoria	Tiempo de estancia hospitalaria preoperatoria de los pacientes en que se decide manejo quirúrgico con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, atendidos en el Servicio de	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	<p>Media (DE) Mediana (rango)</p>

			Cirugía Oral y Maxilofacial			
		Procedimientos pre quirúrgicos	Procedimientos pre quirúrgicos realizados en los casos intervenidos quirúrgicamente, con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	casos con indicación quirúrgica Valoración cardiológica pre quirúrgica Valoración pre anestésica Casos intervenidos quirúrgicamente
		Procedimientos quirúrgicos	Procedimientos quirúrgicos realizados en los casos intervenidos quirúrgicamente, con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Disección cervical Excéresis + Biopsia Glosectomía parcia cara ventral de lengua + disección selectiva de cuello nivel I, II, III, IV Hemimandibulectomia Hemimandibulectomia y disección I, II y II Hemimandibulectomia + injerto cresta iliaca + colocación de placas

			Dr. Roberto Calderón			Hemimandibulectomía + colocación de injerto de la cresta iliaca Hemimandibulectomía retro mandibular - cuerpo mandibular derecho Mandibulectomía + disección en cuello + colocación de placa Mandibulectomía segmentaria Maxilectomía total derecha Maxilotomía y recesión tumoral Palactectomía Parotidectomía superficial Parotidectomía superficial + Conservación del nervio facial Submaxilotomía Tumorectomía y toma de biopsia
		Recuperación postanestésica	Condición clínica durante la recuperación postanestésica	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Estable Traslado a unidad de cuidados intensivos

		Complicaciones postquirúrgicos	Ocurrencia de complicaciones asociadas a la cirugía ocurridas en el postoperatorio	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
		Terapia adyuvante y neoadyuvante	Quimioterapia o radioterapia administrada como terapia adyuvante y neoadyuvante	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	<p>Terapia neo adyuvante</p> <p>Quimioterapia pre quirúrgica - pacientes intervenidos</p> <p>Quimioterapia pre quirúrgica - pacientes con intervención planificada pero que no se realizó</p> <p>Terapia adyuvante en pacientes con patología maligna intervenidos quirúrgicamente (n=11)</p> <p>Quimioterapia postquirúrgica</p> <p>Quimio más radioterapia postquirúrgica</p> <p>Radioterapia postquirúrgica</p>

		Condición final	Condición de los pacientes al final del seguimiento	Revisión expediente clínico	Cualitativa nominal	Alta Traslado Abandono Controles Subsecuente
		Tiempo hasta planificación quirúrgica	Tiempo desde primer contacto hasta planificación quirúrgica (días)	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media (DE) Mediana (rango)
		Tiempo desde planificación hasta la cirugía	Tiempo desde planificación quirúrgica hasta cirugía (días)	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media (DE) Mediana (rango)
		Tiempo total hasta la cirugía	Tiempo desde primer contacto hasta cirugía (días)	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media (DE) Mediana (rango)
		Tiempo del diagnóstico a la cirugía	Tiempo desde diagnóstico histopatológico hasta cirugía (días)	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media (DE)
		Estancia prequirúrgica	Estancia prequirúrgica hospitalaria posterior al primer contacto	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Mediana (rango)
		Estancia postquirúrgica	Estancia postquirúrgica	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media (DE)

			hospitalaria posterior al primer contacto			
		Tiempo óptico de intervención quirúrgica	Pacientes con tiempo entre el diagnóstico patológico y la cirugía <1 mes	Revisión expediente clínico	Cuantitativa discreta	Media (DE)

Cuadros

Cuadro N° 1: Pacientes con Diagnostico de Neoplasia y quistes del Aparato estomatognático según Características Sociodemográficas. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015- Octubre 2019.

		n	%
Sexo del paciente	Masculino	28	54.9%
	Femenino	23	45.1%
	Total	51	100%
Grupo de edad	<30	10	19.6%
	30 a 39	6	11.8%
	40 a 49	9	17.6%
	50 a 59	8	15.7%
	60 a 69	11	21.6%
	70 o más	7	13.7%
	Total	51	100%
Departamento	No reportado en expediente	3	5.9%
	Nueva Segovia	3	5.9%
	Madriz	1	2.0%
	León	4	7.8%
	Matagalpa	2	3.9%
	Boaco	2	3.9%
	Managua	24	47.1%
	Masaya	3	5.9%
	Granada	1	2.0%
	Carazo	1	2.0%
	RAAN	7	13.7%
	Total	51	100%
Área de Residencia	Urbano	39	76.5%
	Rural	12	23.5%
	Total	51	100%
Escolaridad	Primaria	27	52.9%
	Secundaria	10	19.6%
	Universitario	1	2.0%
	Iletrado	7	13.7%
	Analfabeto	4	7.8%
	Ignorado	2	3.9%

	Total	51	100%
Ocupación	Ama de casa	17	33.3%
	Comerciante	1	2%
	Estudiante	2	3.9%
	Ninguna	11	21.6%
	Obrero	17	33.3%
	Profesional	1	2%
	Otros	2	3.9%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 2: Pacientes con Diagnostico de Neoplasia y quistes del Aparato estomatognático según Antecedentes Patológicos (APP) y No Patológicos (APNP). Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Octubre 2015- Octubre del 2019.

		n	%
APP	Enfermedades Cardíacas	1	2.0%
	Diabetes M. tipo 2	5	9.8%
	HTA	10	19.6%
	Artritis Reumatoide	1	2.0%
	Negado	36	70.6%
APNP	Tabaco	11	21.6%
	Alcohol	12	23.5%
	Drogas ilegales	1	2.0%
	Fármacos	4	7.8%
Total de casos		51	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 3: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Motivo de Consulta y Manifestaciones Clínicas al diagnóstico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Octubre 2015- Octubre 2019.

		n	%
Motivo de consulta	Aumento de volumen local	43	84.3%
	Dolor	2	3.9%
	Dolor y Aumento de volumen	5	9.8%
	Úlcera	1	2.0%
Manifestaciones clínicas al diagnóstico	Dolor	17	33.3%
	Sangrado	2	3.9%
	Asimetría	23	45.1%
	Aumento de volumen	48	94.1%
	Pérdida de peso	8	15.7%
	Movilidad dentaria	6	11.8%
	Lesión del nervio facial	1	2.0%
	Material purulento	2	3.9%
Trismo	1	2.0%	
Total		51	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 4: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas al diagnóstico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

Tiempo de evolución de las manifestaciones clínicas al diagnóstico (días)		
Casos con tiempo de evolución consignado		44
Casos con tiempo de evolución no consignado		7
Media		774
Mediana		365
Desviación estándar		947
Mínimo		8.0
Máximo		3650
Percentiles	5	20.3
	10	45.0
	25	157.5
	50	365.0
	75	1003.8
	90	2372.5
	95	3467.5

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 5: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Localización Anatómica de la lesión. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

Localización Anatómica de la lesión	N	%
Angulo mandibular	1	2.0
Cara ventral de lengua	1	2.0
Cavidad oral vestíbulo superior	1	2.0
Cuerpo mandibular derecho	1	2.0
Cuerpo mandibular izquierdo	2	3.9
Glándula parótida derecha	5	9.8
Glándula parótida izquierda	7	13.7
Glándula submandibular derecha	1	2.0
Glándula submandibular izquierda	1	2.0
Hemimandíbula derecha	4	7.8
Hemimandíbula izquierda	3	5.9
Masa parótida izquierda ulcerada	1	2.0
Maxilar izquierdo	1	2.0
Paladar	1	2.0
Paladar duro y blando	1	2.0
Parótida izquierda + hemicuello izquierdo	1	2.0
Piso bucal	2	3.9
Reborde alveolar anterior	1	2.0
Reborde alveolar inferior	2	3.9
Reborde alveolar inferior bilateral	1	2.0
Reborde alveolar inferior derecho	1	2.0
Reborde alveolar izquierdo	1	2.0
Región dorsal en lengua	1	2.0
Región geniana y malar derecha	1	2.0
Región nasal	1	2.0
Región parótida y submandibular derecha	1	2.0
Región pre auricular izquierda	2	4.0
Región retro mandibular derecho	1	2.0
Seno maxilar derecho	1	2.0
Submandibular derecho	1	2.0
Submandibular izquierdo	2	3.9
Total	51	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 6: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Tamaño (Diámetro mayor) Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Octubre 2015 y Octubre del 2019.

Tamaño (diámetro mayor)		
N	Reportado	26
	No reportado	25
Media		6.3 Cm
Mediana		4.5 Cm
Desviación estándar		5.9 Cm
Mínimo		0.5 Cm
Máximo		30.0 Cm
Percentiles	25	3.0
	50	4.5
	75	8.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 7: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Naturaleza de la lesión confirmada por patología en pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognatico, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, entre abril del 2015 y Octubre del 2019.

		n	%
Naturaleza de la lesión Confirmada por Patología	Benigno	25	49.0%
	Maligno	19	37.3%
	Sin diagnóstico histológico	7	13.7%
	Total	51	100%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 8: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Tipo histológico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre 2019.

		n	%
Tipo histológico	Adenoma pleomorfo de parótida	11	21.6
	Ameloblastoma mandibular	4	7.8
	Carcinoma escamoso	9	17.6
	Carcinoma adenoides	3	5.9
	Carcinoma epidermoide / muco epidermoide	3	5.9
	Carcinoma verrugoso	1	2.0
	Hemangioma cavernoso intraóseo	1	2.0
	Lesión fibrosa benigna	3	5.9
	Osteosarcoma	3	5.9
	Sialoadenitis crónica	2	3.9
	Tumor odontogénico	1	2.0
	Tumor Warthin	1	2.0
	Lesión Infoepitelial benigna glándula parótida	1	2.0
	Linfadenitis crónica parótida	1	2.0
	Diagnóstico de patología definitivo no disponible	7	13.7
	Total	51	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 9: Pacientes con Neoplasia y Quistes del Aparato Estomatognatico según Área de primer contacto a nivel hospitalario. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

Área de primer Contacto a nivel hospitalario	n	%
Emergencia	15	29.4%
Consulta Externa	36	70.6%
Total	51	100%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 10: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Proporción de pacientes que tenían estudios de imagen y/o cito-histo-patología al momento en su primer contacto al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015- Octubre del 2019.

		N	%
Emergencia (n=15)	Ultrasonido	2	13.3
	TAC	3	20.0
	Biopsia	1	6.7
Consulta externa (n=36)	Ultrasonido	7	19.4
	Radiografía	1	2.8
	TAC	8	22.2
	Biopsia	11	30.6
Total (n=51)	Ultrasonido	9	17.6
	Radiografía	1	2.0
	TAC	11	21.6
	Biopsia	12	23.5

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 11: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Exámenes auxiliares indicados durante el proceso de estudio diagnóstico a nivel hospitalario. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, entre abril del 2015 y Octubre del 2019.

Exámenes auxiliares indicados durante el proceso de estudio diagnóstico a nivel hospitalario.		N	%
Exámenes complementarios indicados en emergencia (n=15) en pacientes cuyo primer contacto fue dicha área	Exámenes de Laboratorio	10	66.67%
	Ultrasonido	9	60%
	Radiografía	2	13.33%
Portador de resultados de exámenes complementarios en la primera cita de consulta externa realizados en emergencia (n=15)	Exámenes de Laboratorio	5	33,3%
	Exámenes de imagen	4	26,7%
Medios Auxiliares diagnósticos indicados en la primera cita de consulta externa (n=51)	Exámenes de Laboratorio	49	96%
	Ultrasonido	23	45%
	TAC	2	4%
	Radiografía	9	18%
	BAAF	10	20%
	Biopsia incisional Local	2	4%
Medios auxiliares diagnósticos indicados en cita subsecuente de consulta externa (n=51)	TAC	2	4%
	Radiografía	3	6%
	BAAF	2	4%
	Biopsia incisional local	1	2%
	Biopsia incisional quirúrgica	4	8%
	Nasofibrolaringoscopia	1	2%
	Biopsia TRUCUT	1	2%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 12: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Realización de diagnóstico por cito-histopatología. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

Realización de diagnóstico por Cito-histopatología.	n	%
No se realiza diagnóstico pre-quirúrgico cito-histológico	22	43.1
Se cuenta con diagnóstico histopatológico previo al primer contacto	9	17.6
Diagnóstico cito-histológico realizado en el hospital	20	39.2
Total	51	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 13: Paciente con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Abordaje diagnóstico por cito-histopatología. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

	n	%
Abordaje diagnóstico por cito-histopatología		
Solo biopsia previa	9	17.6
Biopsia previa + BAAF	2	3.9
Biopsia previa + Biopsia insicional quirúrgica	1	2.0
SOLO BAAF	7	13.7
Biopsia insicional local	1	2.0
Biopsia insicional local Biopsia insicional quirúrgica	1	2.0
TRUCUT	1	2.0
Biopsia insicional quirúrgica	7	13.7
Sin diagnóstico cito histológico pre quirúrgico	22	43.1
Total	51	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 14: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Tiempo desde la primera consulta externa hasta el diagnóstico cito histológico pre-quirúrgico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

Media		126
Mediana		18
Desviación estándar		256.69
Mínimo		1.00
Máximo		1099.00
Percentiles	25	5.50
	50	18.00
	75	155.00

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 15: Pacientes con Neoplasia y quistes del aparato Estomatognatico según Indicadores de calidad en la atención diagnóstica. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 y Octubre del 2019.

Indicadores de calidad en la atención diagnóstica	N	%
Total Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico (n=51)	28	55%
Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes del tratamiento, realizadas en el hospital (n=51)	17	33%
Pacientes que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes del tratamiento realizados previo al primer contacto (n=51)	11	22%
Total Pacientes intervenidos quirúrgicamente que tienen un diagnóstico citológico o histológico antes de la cirugía (n=38)	22	58%
Pacientes con diagnostico cito-histológicos antes de las dos semanas posterior al primer contacto (51)	10	20%
Pacientes que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax (n=51)	15	29%
Pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente y que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de los ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax antes de la cirugía (n=38)	14	37%
Pacientes con diagnóstico pre quirúrgico de cáncer que se someten a tomografía computarizada y / o resonancia magnética del sitio primario y drenaje de los ganglios linfáticos con tomografía computarizada del tórax antes del inicio del tratamiento (n=21)	6	29%
Pacientes discutidos en el MDT antes del tratamiento definitivo (n=51)	0	0%
Pacientes evaluación odontológica preoperatoria antes del inicio del tratamiento (n=51)	0	0%
Pacientes que se someten a evaluación nutricional antes del inicio del tratamiento (n=51)	0	0%
Pacientes que se someten a evaluación psicológica antes del inicio del tratamiento (n=51)	0	0%
Pacientes c que son atendidos y evaluados por un especialista logopedas antes del tratamiento (n=49)	0	0%
	0	0%
Paciente con diagnostico pre quirúrgico de cáncer que fue estadiado (TNM) (n=21)	0	0%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 16: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Tipo de abordaje terapéutico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

	n	%
Intervenido quirúrgicamente	38	74.0%
Se indicó e implementó manejo médico	1	1.9%
Abandono	4	7.8%
Indicado manejo quirúrgico pero no se han operado a la fecha	8	15.6%
Total	51	100%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 17: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Planificación quirúrgica documentada en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

	n	%
Planificación quirúrgica documentada en primera cita de consulta externa	11	22%
Planificación quirúrgica documentada en citas subsecuentes de consulta externa	27	54%
Planificación quirúrgica documentada – sin intervención quirúrgica	5	10%
Planificación quirúrgica no documentada	7	14%
Total de casos con indicación quirúrgica	50	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 18: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Hospitalización y Motivo de Hospitalización. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

	n	%
Hospitalizados	37	74%
Razones de hospitalizaciones		
Patología de base descompensada	1	2.7%
Tratamiento quirúrgico	25	67.6%
Infección aguda concomitante	1	2.7%
Traslado	1	2.7%
Estudio y exámenes complementarios	9	24.3%
Total de casos con indicación quirúrgica	50	100%

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 19: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Hospitalización y Área del primer contacto de atención en pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, entre abril del 2015 y Octubre del 2019.

		Área del primer contacto de atención				Total	
		Emergencia		Consulta Externa			
		n	%	n	%	n	%
Hospitalizados en algún momento	Nunca hospitalizado	4	26.7	10	27.8	14	27.5
	Hospitalizado el mismo día del contacto inicial	4	26.7	4	11.1	8	15.7
	Hospitalizado posterior al contacto inicial	7	46.7	22	61.1	29	56.9
Total		15	100.0	36	100.0	51	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 20: Pacientes con Neoplasia y Quistes del Aparato Estomatognático según Cumplimiento del abordaje quirúrgico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

		n	%
Planificación y cumplimiento del abordaje quirúrgico	No se indica manejo quirúrgico	1	2.0
	Se indica manejo quirúrgico, se realiza la cirugía sin hospitalización previa	10	19.6
	Se indica manejo quirúrgico sin hospitalización previa pero no se realiza la cirugía	3	5.9
	Se indica manejo quirúrgico, se realiza la cirugía con hospitalización previa	28	54.9
	Se indica manejo quirúrgico con hospitalización previa pero no se realiza cirugía	9	17.6
Total		51	100.0

Fuente: expediente clínico

Cuadro 21: Paciente con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Planificación quirúrgica Tiempo de estancia hospitalaria preoperatoria de los pacientes en que se decide manejo quirúrgico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, entre abril del 2015 y Octubre del 2019.

	n	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentiles		
						25	50	75
Se planifica manejo quirúrgico, se realiza la cirugía con hospitalización previa	28	6	2.0	1.0	36.0	1.0	2.0	4.5
Se planifica manejo quirúrgico con hospitalización previa pero no se realiza cirugía	9	10	5.0	3.0	25.0	4.0	5.0	16.5

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 22: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según valoraciones pre quirúrgicas. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, entre abril del 2015 y Octubre del 2019.

Valoraciones Pre- Quirúrgicas	
Total de casos con indicación quirúrgica	50
Valoración cardiológica pre quirúrgica	30
Valoración pre anestésica	42
Total de casos intervenidos quirúrgicamente	38

Fuente: expediente clínico

Cuadro 23: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Procedimientos quirúrgicos realizados en los casos intervenidos quirúrgicamente. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

	n	%
Disección cervical	1	2.6
Excéresis + Biopsia	5	13.2
Glosectomía parcia cara ventral de lengua + disección selectiva de cuello nivel I, II, III, IV	1	2.6
Hemimandibulectomia	5	13.2
Hemimandibulectomia y disección I, II y II	1	2.6
Hemimandibulectomia + injerto cresta iliaca + colocación de placas	1	2.6
Hemimandibulectomia + colocación de injerto de la cresta iliaca	1	2.6
Hemimandibulectomia retro mandibular - cuerpo mandicluar derecho	1	2.6
Mandibulectomia + disección en cuello + colocación de placa	1	2.6
Mandibulectomia segmentaria	1	2.6
Maxilectomia total derecha	1	2.6
Maxilotomia y recesión tumoral	1	2.6
Palactectomia	3	7.9
Parotidectomia superficial	8	21.1
Parotidectomia superficial + Conservación del nervio facial	5	13.2
Submaxilotomia	1	2.6
Tumurectomia y toma de biopsia	1	2.6
	38	100.0

Fuente: expediente clínico

Cuadro 24: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Recuperación post anestésica. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, entre abril del 2015 y Octubre del 2019.

	n	%
Recuperación post anestésica		
Estable	36	94.7
Traslado a unidad de cuidados intensivos	2	5.3
Total de casos intervenidos quirúrgicamente	38	100

Fuente: expediente clínico

Cuadro 25: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Complicaciones en los casos intervenidos quirúrgicamente. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 del 2015 y Octubre del 2019.

	F	%
Complicaciones	6	15.8
Infección del sitio quirúrgico	6	15.8
Total de casos intervenidos quirúrgicamente	38	100

Fuente: expediente clínico

Cuadro 26: C Paciente con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Malignidad y administración de terapia adyuvante y neo adyuvante. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

Paciente con patología maligna	21	100%
Casos con indicación quirúrgica	21	100%
Pacientes con patología maligna no intervenidos	10	47.6%
Pacientes con patología maligna intervenidos	11	52.4%
Terapia neo adyuvante	5	24%
Quimioterapia pre quirúrgica - pacientes intervenidos	2	9%
Quimioterapia pre quirúrgica - pacientes con intervención planificada pero que no se realizó	3	15%
Terapia adyuvante en pacientes con patología maligna intervenidos quirúrgicamente (n=11)	9	81%
Quimioterapia postquirúrgica	6	54%
Quimio más radioterapia postquirúrgica	2	18%
Radioterapia postquirúrgica	1	9%

Fuente: expediente clínico

Cuadro 27: Pacientes con Neoplasia y Quistes del Aparato Estomatognático según Condición final del Paciente. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

Condición final del paciente		
	n	%
Alta	8	15.7
Traslado	10	19.6
Abandono	4	7.8
Controles Subsecuente	29	56.9
Total	51	100.0

Fuente: expediente clínico

Cuadro 28 A: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Tiempos claves de atención del abordaje terapéutico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

N	Tiempo desde primer contacto hasta planificación quirúrgica (días)		Tiempo desde planificación quirúrgica hasta cirugía (días)	
	Válido			
	Válido	43		38
	No aplica	8		13
Media		76		56
Mediana		19.0		11.5
Desviación estándar		192.1		107.2
Mínimo		0.0		1.0
Máximo		1110.0		427.0
Percentiles	25	8.0		5.8
	50	19.0		11.5
	75	42.0		39.8

Cuadro 28B: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Tiempos claves de atención del abordaje terapéutico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

		Tiempo desde primer contacto hasta cirugía (días)	Tiempo desde diagnóstico histopatológico hasta cirugía (días)
N	Válido	38	17
	Perdidos	13	34
Media		131.2	96.2
Mediana		45.0	30.0
Desviación estándar		214.3	131.1
Mínimo		1.0	0.0
Máximo		1115.0	414.0
Percentiles	25	26.8	15.0
	50	45.0	30.0
	75	134.0	140.5

Fuente: expediente clínico

Cuadro 28C: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognático según Tiempos claves de atención del abordaje terapéutico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

		Estancia pre-quirúrgica	Estancia post-quirúrgica
N	Válido	37	38
Media		7	7
Mediana		2.0	2.0
Desviación estándar		9.5	11.9
Mínimo		1.0	0.0
Máximo		37.0	57.0
Percentiles	25	1.0	1.0
	50	2.0	2.0
	75	11.0	6.5

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 29: Pacientes con Neoplasia y Quiste del Aparato Estomatognatico según Indicador de atención factible de ser medido en el hospital, asociado al abordaje terapéutico. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón. Octubre 2015 - Octubre del 2019.

	Pacientes con indicación quirúrgica (n=50)		Pacientes con cirugía programada y se realizan procedimientos pre quirúrgicos (n=42)		Pacientes en quienes se realiza cirugía (n=38)	
	n	%	n	%	n	%
Pacientes con tiempo entre el diagnóstico patológico y la cirugía <1 mes	8	16%	8	19%	8	21%

Fuente: Expediente clínico

Algoritmo

Propuesta de algoritmo para el abordaje diagnóstico y terapéutico de en pacientes con neoplasia y quiste del aparato estomatognático, atendidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón

