

Carranza Pelegrina D. (1)

Bellorbí Malet I. (2)

Brescó Salinas M. (3)

Berini Aytés L. (4)

Gay Escoda C. (5).

(1) LICENCIADA EN ODONTOLOGÍA. MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA BUCAL. UIB

(2) JEFE CLÍNICO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN. COORDINADOR MÉDICO DEL ÁREA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT. CONSORCIO SANITARIO INTEGRAL.

(3) MÉDICO-ESTOMATÓLOGO. PROFESOR ASOCIADO DE CIRUGÍA BUCAL. PROFESOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA BUCAL. UIB.

(4) PROFESOR TITULAR DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA BUCAL Y MAXILOFACIAL. PROFESOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA BUCAL. UIB.

(5) CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA BUCAL Y MAXILOFACIAL. DIRECTOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA BUCAL. UIB.

Barcelona

RESUMEN

La Cirugía Bucal Mayor Ambulatoria (CBMA) se define como un modelo organizativo óptimo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a determinados pacientes de una forma segura y efectiva sin necesidad de contar con la cama de hospitalización tradicional. De esta manera se llevan a cabo distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mediana complejidad en los que el enfermo regresa a su domicilio después de un periodo de observación y control.

Entre las ventajas de la CBMA debe destacarse el trato personalizado, la desramatización de la cirugía, la reincorporación precoz del paciente al trabajo, la disminución de la burocracia hospitalaria, la disminución del costo asistencial y la disminución de la lista de espera.

El objetivo de este trabajo es demostrar y justificar la viabilidad de un programa de Cirugía Bucal Mayor Ambulatoria realizada por odontólogos o estomatólogos con formación reglada

en Cirugía Bucal, así como valorar y exponer la actividad quirúrgica de las Unidades de Cirugía Bucal e Implantología del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona durante un periodo de tiempo comprendido entre noviembre de 2001 y julio de 2003. Se pretende estudiar el espectro de las patologías bucales tratadas quirúrgicamente, el número de intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo, las técnicas anestésicas realizadas, la duración de los procedimientos quirúrgicos efectuados y los datos epidemiológicos referidos a la edad y el sexo de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Cirugía ambulatoria, sedación endovenosa, cirugía bucal.

ABSTRACT

The Mayor Ambulatory Oral Surgery (MAOS) is defined as an optimum organizational model for the multidisciplinary surgery assistance that allows to do several treatments in a safe and effective

way without the need of hospitalization. In this way, different diagnostics and therapeutic procedures are carried out and the patient return to home after an observation and control period.

The advantages of MAOS are the personal treatment, decrease of the hospital civil service, decrease of the assistential costs and the diminution of the stay list.

The aim of this work is to show and justify the viability of an MAOS program carried out by dentist with a regulated training in Oral Surgery.

This work pretends also to assess and expose the activity in postgraduated surgery and implantology at the University of Barcelona between the period of time from November 2001 to July 2003.

We tried to achieved the bucal pathology that have been treated, the number and the duration of surgical procedures and the epidemiologic data about the age and sex of the patients.

KEY WORDS

Ambulatory surgery, endovenose sedation, oral surgery.

Cirugía bucal mayor ambulatoria



Figura 1. Secretaria del área de recepción

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Bucal Ambulatoria se define como un modelo organizativo óptimo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a determinados tipos de pacientes de una forma segura y efectiva sin necesidad de contar con la cama de hospitalización tradicional. De esta manera se llevan a cabo distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mediana complejidad en los que el enfermo regresa a su domicilio después de un periodo de observación y control.

En Estados Unidos, la Health Care Financing Administration (HCFA), considera que para poder hablar de Cirugía Ambulatoria, en general, sin precisar especialidad quirúrgica, la estancia hospitalaria debe ser siempre inferior a las 24 horas, siendo éste el principal criterio.

Por otro lado, es conveniente precisar, dentro de la terminología ambulatoria, los conceptos de Cirugía Mayor y Cirugía Menor. La calificación de Cirugía Mayor se daría en aquellos casos en los que por el proceder anestésico se necesita un periodo de observación o de recuperación en ambiente hospitalario sin llegar por ello a ocasionar el ingreso. El término de Cirugía Menor se reservaría para aquellos casos en los que la anestesia utilizada es de tipo locorreional y el paciente es dado de alta precozmente, sin mediar observación de recuperación del procedimiento anestésico, pudiendo dirigirse a su domicilio de un modo inmediato.

La Cirugía Mayor Ambulatoria es concebida como la cirugía que evita el ingreso hospitalario, que agiliza tratamientos quirúrgicos, que



Figura 2. Sala de espera

está diseñada de forma que participe en su realización un personal sanitario y administrativo entrenado y motivado, que exige una infraestructura arquitectónica y funcional específica y en donde todas las actitudes, criterios de selección, técnicas anestésicas y quirúrgicas, criterios de alta o ingreso y consideraciones postoperatorias, están previstas y acordadas en protocolos.

La Cirugía Bucal y la Cirugía Maxilofacial Ambulatoria debe ser diferenciada de la modalidad de Cirugía de Corta Estancia, que se caracteriza porque el paciente pernocta al menos una noche, por lo que debe ser considerada como un ingreso rutinario.

Otra definición necesaria es la Cirugía Mínimamente Invasiva y su relación con la Cirugía Bucal y la Cirugía Maxilofacial. Ésta consiste

en intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo mediante incisiones pequeñas y en especial, las mediadas por sistemas endoscópicos ópticos e instrumentos introducidos en las cavidades, tal como la Artroscopia de la ATM o la Sinusocopia. Su aplicación en régimen ambulatorio es hoy en día una realidad.

Este tipo de intervenciones quirúrgicas comenzaron a realizarse en 1909 en Glasgow de la mano de Nicoll. Las primeras se efectuaron en pacientes pediátricos gracias a las innovaciones técnicas de aquellos momentos en lo que se refiere a anestesia y analgesia, revisándose 8.988 intervenciones realizadas en ambiente ambulatorio y con el mismo resultado que en pacientes hospitalizados de forma clásica.

No fue hasta los años cincuenta e inicios de los sesenta cuando comenzó a impo-

nerse el concepto actual de la Cirugía Ambulatoria. En esta época los hospitales de día y la cirugía ambulatoria ganan adeptos, determinando importantes transformaciones en la prestación de la asistencia médica y hospitalaria. A esto contribuye un rápido desarrollo de las nuevas tecnologías, junto con la constatación de las limitaciones de los recursos y la necesidad de mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, dando lugar a la aparición y difusión de nuevas formas de atención, entre las que no sólo se incluyen las áreas en que tradicionalmente se ha dividido la actividad hospitalaria (ingresos, consultas, urgencias), sino también nuevas formas, entre ellas el Hospital de Día, la hospitalización a domicilio o la cirugía ambulatoria, cuyo afianzamiento en los sistemas sanitarios públicos y privados parece imparable.

En 1969, Dean y Wilkinson examinaron las incidencias y complicaciones de una serie de intervenciones quirúrgicas ambulatorias concluyendo que los pacientes deben ser seleccionados tanto por la patología como por la actitud del paciente, el entorno social y la patología asociada.

Posteriormente, en 1974 se creó en los EE.UU. la Federated Ambulatory Surgery Association, instaurándose la cirugía sin ingreso como uno de los pilares básicos del sistema sanitario americano. En 1984 se crea la Sociedad de Anestesia en Cirugía Ambulatoria. En este país, el 30 por ciento de las intervenciones quirúrgicas que se efectuaron durante el año 1985 fueron en régimen ambulatorio; actualmente el 50 por ciento de los casos se llevan a cabo de esta forma.

En 1989 se le concede



Figura 3. Unidad de recepción de pacientes

representación en la Sociedad Americana de Anestesiología.

Sin embargo, la cirugía sin ingreso no ha tenido un desarrollo tan marcado en Europa, aunque últimamente sea considerada esta opción como una posible forma de reducir las listas de espera de pacientes. En España el interés por la cirugía ambulatoria se iniciaba en los años noventa y se limitaba a procesos menores, considerados como cirugía local de baja complejidad. Actualmente este tipo de asistencia aumenta día a día como consecuencia de distintos factores:

- El elevado coste de la cirugía hospitalaria con ingreso y la necesidad político-social de contención del gasto sanitario. Además, de esta forma se reducen las listas de espera de los pacientes que deben ser intervenidos quirúrgicamente en los hospitales.

- Los avances tecnológicos de los últimos años como la fibra óptica, que ha permitido el uso de la endoscopia, el láser y la criocirugía, que facilitan la realización de intervenciones quirúrgicas de forma ambulatoria.

- El progreso de la farmacología anestésica con la aparición de medicamentos más seguros que se eliminan más rápidamente. Éstos posibilitan efectuar una sedación o una anestesia general de rápida recuperación sin efectos secundarios.

- La gran aceptación social de la cirugía ambulatoria debido a que mejora la calidad asistencial y permite una recuperación postoperatoria más rápida y, por tanto, una mejor reintegración a la vida cotidiana.

Debido a estas y otras razones, la cirugía ambulatoria tiene un gran predica-

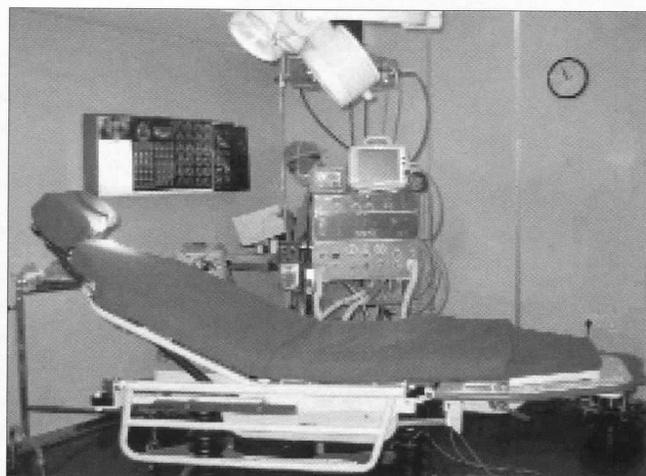


Figura 4. Quirófano

mento en la mayoría de los países desarrollados constituyendo el 50 por ciento de toda la cirugía realizada en Estados Unidos y en el Reino Unido. Por el contrario, en España el número global de intervenciones quirúrgicas ambulatorias no supera el 10 por ciento de todas las intervenciones llevadas a cabo, aunque se aprecia una tendencia al aumento de esta cifra.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA CIRUGÍA BUCAL MAYOR AMBULATORIA

Entre las ventajas de la Cirugía Bucal Mayor Ambulatoria (CBMA) debe destacarse

el trato personalizado, la desdramatización de la cirugía, la reincorporación precoz del paciente al trabajo, la disminución de la burocracia hospitalaria, la disminución del costo asistencial y la disminución de las listas de espera. Seguidamente analizaremos cada ventaja una a una.

Gracias a este tipo de servicio asistencial se dispone de más tiempo para poder informar al paciente de todo el proceder quirúrgico. De esta forma, el paciente se encuentra mejor atendido y todo ello puede contribuir a que se sienta más confiado y psicológicamente más apoyado lo que facilita la disminución de la ansiedad.

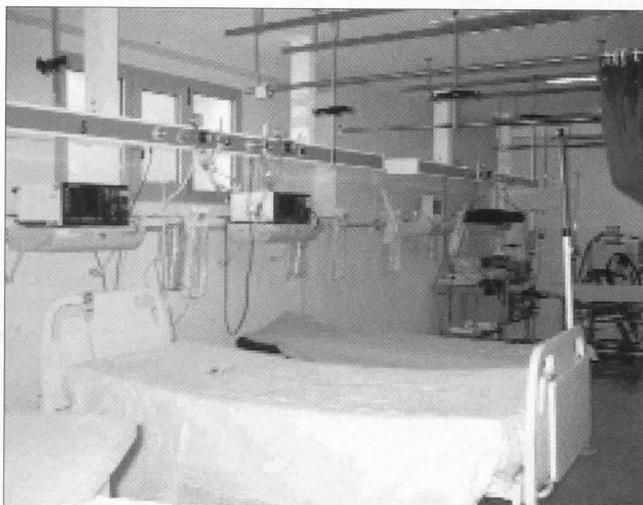


Figura 5. Sala de recuperación postquirúrgica (RPQ)

Cualquier acto quirúrgico del área bucofacial reviste una especial importancia y requiere una serie de cuidados y atenciones especiales. Existe dentro de esta especialidad gran cantidad de procesos patológicos que pueden ser tratados en régimen ambulatorio, con las mismas garantías que si se hicieran con el paciente hospitalizado. Al enviar al enfermo de modo precoz a su domicilio, tras ser intervenido quirúrgicamente, puede reducirse la sensación de tragedia familiar que en ocasiones representa una intervención quirúrgica con ingreso hospitalario en la vida de una persona.

Este hecho adquiere aún más relevancia en el paciente pediátrico que suele experimentar auténtico miedo ante la separación familiar.

Existe una asociación psicológica entre el retorno precoz al domicilio y el no haber sufrido una intervención importante, lo cual hace que los pacientes se reincorporen más rápidamente a su vida normal. Además este regreso a su domicilio sirve de estímulo para que el enfermo se sienta con ánimos para reincorporarse al trabajo.

La burocracia hospitalaria que rige el ingreso hospitalario es cada vez más compleja. Es necesario dar gran cantidad de pasos en los que participan muchas personas de diversas áreas. En la cirugía ambulatoria, el especialista conserva el control sobre el paciente, y además, se agiliza el proceso, se evitan demoras en el ingreso, papeleo, normativas, dispersión de facultativos que tratan al paciente, etc.

Aunque no se han encontrado los suficientes estudios que analicen los costes de la Cirugía Bucal Ambulatoria,

existen otros que consideran que, de forma global, la Cirugía Ambulatoria reduce los costes de los procedimientos quirúrgicos entre un 25 por ciento y un 30 por ciento en relación con la cirugía efectuada con el paciente ingresado. En principio es razonable estimar que la cirugía sin ingreso resulte más económica que la cirugía con ingreso del paciente ya que a los gastos derivados de la propia intervención quirúrgica (personal, ocupación de quirófano, medicación, etc.) hay que añadir la ocupación de camas y la estancia hospitalaria, entre otros.

Por último, se sabe que la CBMA permite acelerar el ritmo de una serie de intervenciones quirúrgicas de patologías concretas lo que reduce la presión asistencial a la que se ven sometidos algunos Servicios de Cirugía Maxilofacial de hospitales de máximo nivel, permitiendo dejar las camas hospitalarias para patologías más complejas o que sean urgentes. En la actualidad se comienza a hablar de nuevas listas de espera en el seno de la propia cirugía ambulatoria, situación que resulta preocupante.

Sin embargo la CBMA tiene algunos inconvenientes. El regreso precoz al domicilio, puede generar en algunos pacientes una preocupación ante la posible aparición de complicaciones postoperatorias y al no disponer de una infraestructura hospitalaria para su solución, provocan en el paciente una sensación de desamparo. Esta situación puede prevenirse mediante una información adecuada, argumentándole que la presencia de complicaciones suele ser escasa y que siempre existe la posibilidad de retornar al hospital, en caso de que éstas



Figura 6. Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI)

surgieran. También es imprescindible que el paciente conviva con alguna persona adulta y responsable que atienda las necesidades mínimas tras la intervención quirúrgica. La ausencia de ayuda familiar es considerada como un criterio de exclusión a la hora de seleccionar al paciente para CBMA.

El personal sanitario es necesario que esté familiarizado con este tipo de cirugía, que conozca los criterios de inclusión y exclusión de pacientes, y que siga el protocolo de actuación preestablecido. Los médicos anestelistas deberán seguir mejorando las técnicas de anestesia con el fin de conseguir sedaciones o anestésicos de calidad con mínimos efectos secundarios. La anestesia

ambulatoria ya ha sido reconocida como una subespecialidad, con programas de formación postgraduada.

Por otro lado, es fundamental ofrecer al paciente una información detallada de todo el proceder quirúrgico. Una buena información evitará temores innecesarios. La CBMA permite dedicar un tiempo importante a la información, aportando al paciente un documento escrito en el que se explica de forma minuciosa las medidas pre y postoperatorias que debe seguir.

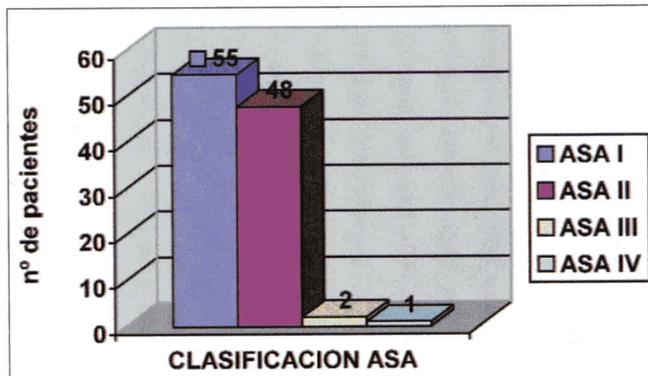
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES SUBSIDIARIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Davies y cols. proponen una serie de criterios que deben cumplirse en todo programa de CBMA. Entre ellos desta-

can la adecuada selección de casos como uno de los pilares básicos para conseguir resultados óptimos en este tipo de cirugía. El resto de criterios quedan reflejados en la tabla 1. El disponer de los candidatos idóneos para este tipo de cirugía, permite minimizar la aparición de complicaciones inesperadas.

Los factores que influyen en la selección de los enfermos candidatos a CBMA se describen en la Tabla 2. Blanco Samper, en su tesis doctoral, considera tres factores destacables a la hora de valorar a los pacientes: la actitud del individuo, el entorno socio-cultural y la patología médico-quirúrgica que presenta.

En cuanto a la actitud del paciente, serán seleccionados aquellos enfermos que, una vez informados de que la intervención quirúrgica se efectuara bajo sedación endovenosa o anestesia general, aceptan que se realice con carácter ambulatorio. En el caso de pacientes pediátricos, la decisión es tomada conjuntamente con los padres o responsables legales. No es habitual que el factor edad sea limitante a la hora de hacer este tipo de tratamiento. Sin embargo, puede surgir algún tipo de controversia en el caso de pacientes que presentan edades extremas. Los niños menores de tres años y los pacientes mayores de 82 años no son incluidos en los programas de CBMA. Aunque no hay unanimidad para determinar los límites de edad, Blanco Samper y White coinciden en que los pacientes ancianos presentan factores sociales que dificultan su inclusión en los protocolos de CBMA, contemplando además que con la edad disminuye la capacidad de recuperación de las fun-



Figuras 7. Clasificación ASA de los pacientes tratados por la Unidad de CBMA

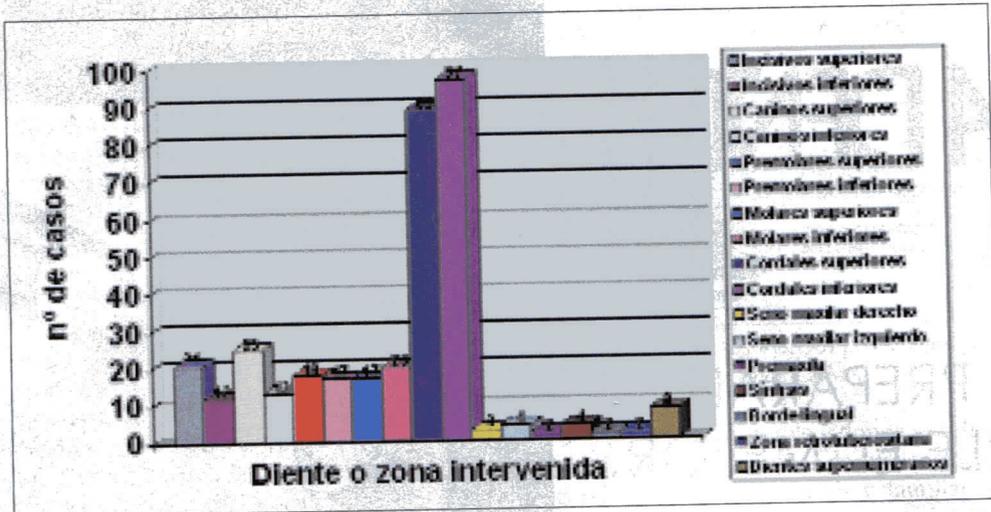


Figura 10. Distribución de dientes y zonas tratadas quirúrgicamente

1. Área de recepción. Destinada a la admisión y atención de los pacientes y familiares (figura 1).
2. Sala de espera. Esta dependencia está orientada al descanso y espera de pacientes y acompañantes (Figura 2).
3. Unidad de recepción del paciente (URP) (Figura 3).
4. Quirófano. El Servicio cuenta con un quirófano dotado de toda la aparatología necesaria para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas bajo sedación endovenosa o anestesia general y cuenta con el apoyo de personal sanitario cualificado: anestesiólogos, enfermeras, ayudante de

campo y camilleros. El material e instrumental quirúrgico requirieron una ampliación para poder efectuar estas actividades de Cirugía e Implantología Bucal (Figura 4).

5. Zona de recuperación postquirúrgica (RPQ).

Es el área donde se ubica al paciente una vez finalizada la intervención quirúrgica. Allí se monitorizan sus funciones vitales hasta que el individuo esté totalmente consciente y con las constantes vitales controladas. Tras ser estabilizado, el paciente es trasladado a la Unidad de Cirugía sin ingreso (Figura 5).

6. Sala de Recuperación o

Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI).

Se trata de una sala de integración al medio que está situada en la primera planta. Una vez reestablecidas las funciones vitales, el paciente es trasladado a la UCSI donde permanece durante una o dos horas acompañado de un familiar y una vez evaluado por el anestesiólogo y el cirujano es dado de alta. La Unidad permanece abierta de 07,30 horas a 21,30 horas (Figura 6).

RECURSOS HUMANOS

El equipo de profesionales que integran la Unidad de Cirugía Bucal Mayor Ambu-

latoria está formado por:

- Un responsable del equipo especialista en Cirugía Bucal y Cirugía Maxilofacial (Prof. Dr. Cosme Gay Escoda).
- Un jefe clínico especialista en Cirugía Bucal y Cirugía Maxilofacial (Prof. Dr. Leonardo Berini Aytés).
- Un Médico-Estomatólogo. Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal (Dr. Miguel Bresco Salinas).
- Odontólogos residentes del Máster de Cirugía e Implantología Bucal.
- Un Médico Anestesiólogo (Dr. Ignasi Bellorbi Malet).
- Una enfermera instrumentista entrenada en Cirugía Bucal (Sra. María Jesús Navarro).
- Una enfermera de campo.
- Un celador.
- Enfermeras de la UCSI.
- Auxiliares de enfermería.
- Secretaria.

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

Los enfermos que se atienden en esta Unidad son privados, de mutuas o son remitidos por el Servei Català de la Salut (SCS) por ser tributarios de la aplicación de técnicas de sedación endovenosa o anestesia general, bien por el tipo de intervención quirúrgica que precisan o por su patología de base. Estos pacientes son valorados y estudiados conjuntamente por el profesor doctor Cosme Gay Escoda, los residentes de tercer curso del Máster y los responsables del Servicio de Anestesiología y Reanimación, la doctora Lidia Buisan y el doctor Ignasi Bellorbi Malet.

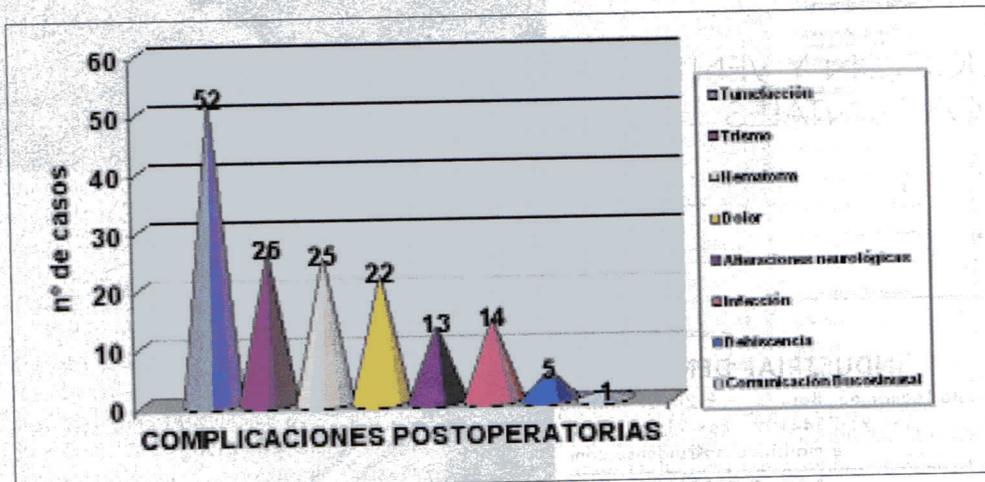


Figura 11. Complicaciones postoperatorias más frecuentes

EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Los pacientes son visitados en primer lugar en la Unidad de Cirugía Bucal del Máster en la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona. Los residentes de tercer curso se encargan de efectuar una historia clínica completa (anamnesis, historia general y odontológica exploración física general y específica, exámenes radiológicos, etc.) así como de la petición de las pruebas complementarias necesarias: analítica, hemograma completo, pruebas de hemostasia, glicemia, creatinina y perfil hepático. Los pacientes mayores de 40 años de edad precisarán además un electrocardiograma informado (ECG) y a partir de los 60 años de edad se pedirá también una radiografía de tórax anteroposterior informada. En función del estado de salud del individuo se podrán solicitar otros tipos de pruebas complementarias

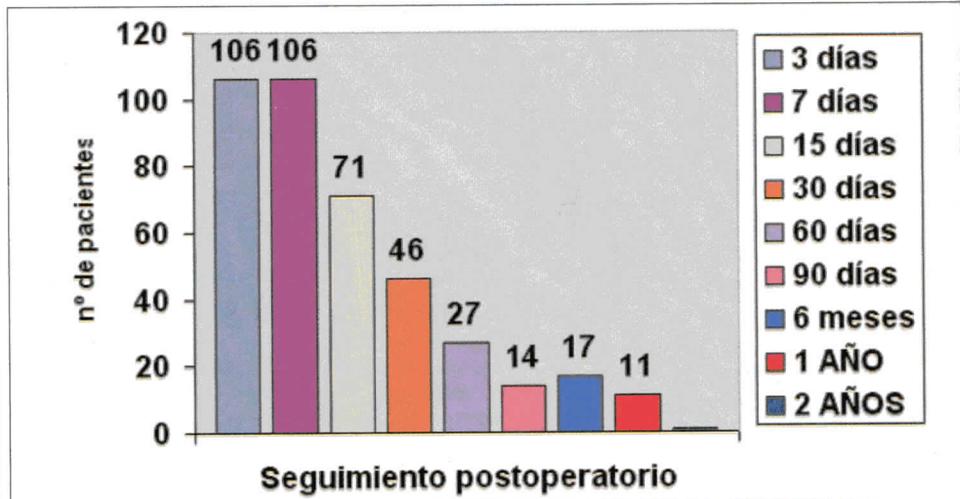


Figura 12. Seguimiento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en la Unidad de CBMA

y prescribir, si fuera necesario, una premedicación antibiótica o de cualquier otro tipo. Una vez recopilada toda la documentación el paciente es estudiado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital de L'Hospitalet de Llobregat donde se decide el tipo de técnica anestésica que se aplicará.

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

Los pacientes subsidiarios de Cirugía Bucal Mayor Ambulatoria son visitados en este servicio con un tiempo de antelación de 15 días aproximadamente. Allí se confirma la inclusión del paciente en el programa y se valoran las pruebas complementarias que aporta el

enfermo, prescribiendo otras en los casos en los que fueran necesarias.

La Unidad de Anestesiología y Reanimación abre una historia clínica específica de anestesia, donde se detallan la tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, talla, información referente a la vacunación antitetánica y otras vacunaciones si preci-

TABLA I. CRITERIOS QUE DEBEN CUMPLIRSE EN TODO PROGRAMA DE CBMA

CRITERIOS:

1. Realización de una primera visita en consultas externas.
2. Realización de la intervención quirúrgica lo antes posible, teniendo en cuenta las listas de espera.
3. Deben incluirse procesos realizables mediante Cirugía Bucal Ambulatoria.
4. Pacientes sin complicaciones para la realización de anestesia locoregional.
5. Cirugía no excesivamente larga.
6. Los pacientes deben volver a su residencia habitual después de la cirugía.
7. Los pacientes no deben necesitar atención de urgencia posterior a la intervención.
8. Los pacientes no deben presentar complicaciones después de la cirugía.
9. Los pacientes sólo deben necesitar atenciones durante el día siguiente al tratamiento.
10. Los cirujanos deben tener un alto grado de experiencia profesional.
11. Los anestesiólogos deben tener un alto grado de experiencia profesional.

ESTÁNDAR ESTABLECIDO:

12. El 95 por ciento en menos de tres meses.
13. El 95 por ciento en menos de tres meses.
14. El 95 por ciento en una lista predefinida.
15. El 99 por ciento debe ser grado ASA I o II.
16. El 95 por ciento no debe exceder los 30 minutos.
17. Debe cumplirse este criterio en un mínimo del 95 por ciento de los casos.
18. Debe cumplirse este criterio en un mínimo del 95 por ciento de los casos.
19. Debe cumplirse este criterio en un mínimo del 95 por ciento de los casos.
20. El 95 por ciento de los pacientes no deberían requerir ir al hospital al día siguiente de la cirugía o ser remitidos más tarde.
21. El 99 por ciento de los procedimientos deben ser juzgados positivamente por el paciente superando el 50 por ciento de una escala analógica visual.
22. El 99 por ciento de los procedimientos deben ser juzgados positivamente por el paciente superando el 50 por ciento de una escala analógica visual.

sa. Se efectúan las extracciones de sangre (urgentes) si son necesarias. Por último se ofrece la información pre y postoperatoria al paciente con un refuerzo escrito.

SELECCIÓN DE PACIENTES

La selección de los pacientes para la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) ha de ser valorada en función de cuatro parámetros:

- Aceptación del enfermo.
- Entorno familiar.
- Procedimiento quirúrgico.
- Patología asociada.

Aceptación del enfermo

- Serán incluidos aquellos individuos que, una vez informados de la posibilidad de ser intervenidos quirúrgicamente sin ingreso hospitalario, acepten la intervención en régimen ambulatorio.
- Actitud activa y positiva frente a la enfermedad.

- Habrá de valorarse la actitud del paciente frente al dolor y la intervención quirúrgica. En caso de ser negativa es aconsejable no incluirlo en el programa.

Entorno familiar y teléfono cercano

- El enfermo ha de tener un teléfono cercano y accesible las 24 horas del día.

- Se valorará, en el caso de que viva en un bloque de pisos, la existencia de barreras arquitectónicas (ascensor, etc.).

- Un adulto ha de responsabilizarse del regreso del paciente a su domicilio y durante las 24-48 horas del postoperatorio.

- Es importante tener en cuenta la facilidad de comunicación entre el domicilio del enfermo y el hospital.

Procedimientos quirúrgicos

Se incluyen dentro del programa todos aquellos tratamientos quirúrgicos que:

- No precisen una preparación preoperatoria compleja.

- Originen un dolor postoperatorio previsiblemente controlable con analgésicos por vía oral (EAV<3).

- No necesiten antibióticos por vía endovenosa en el postoperatorio.

- Procedimientos quirúrgicos que conlleven una escasa pérdida hemática.

- No superen los 30 minutos, si se realiza una anestesia general y en el caso de que se efectúen otras técnicas anestésicas, este tiempo es el aconsejable pero no es determinante.

- Procedimientos exentos de focos sépticos.

Patología asociada

La Tabla 5 expone los criterios de inclusión y de exclu-

ción y la obligatoriedad de obtener el consentimiento informado previo por escrito para llevar a cabo cualquier intervención quirúrgica.

Nuestro Servicio dispone de un modelo de consentimiento informado que se adapta a cada tipo de patología y de intervención quirúrgica. Es requisito imprescindible que el paciente o persona responsable firme este documento sanitario.

A todos los pacientes se les hace una llamada telefónica el día antes de la intervención quirúrgica, recordando las indicaciones prequirúrgicas. Estas llamadas corren a cargo de la enfermera responsable de la UCSI.

Los pacientes acuden al hospital el día de la interven-

arterial y colocación de unas gafas nasales de oxígeno.

La sedación endovenosa es efectuada por el anestesiólogo, con la administración de un sedante tipo midazolam y un analgésico tipo fentanilo, en dosis según las características de los pacientes y según el tipo de intervención quirúrgica a realizar, repitiendo dosis según respuesta y duración del procedimiento quirúrgico. También puede utilizarse el Propofol por su acción ansiolítica y porque produce amnesia retrógrada.

La anestesia locorregional es aplicada por el cirujano bucal. Se utilizan distintos anestésicos locales según las condiciones de salud del individuo, entre los más empleados destacan la articaína al 4 por ciento con

TABLA 2. FACTORES QUE INFLUYEN A LA HORA DE SELECCIONAR PACIENTES CANDIDATOS A CBMA

PACIENTE	PATOLOGÍA PROPIA	SOCIOAMBIENTALES
Nivel cultural	Tipo de intervención	Distancia a domicilio
Edad	Duración de intervención	Medios de comunicación
Factores psicológicos	Riesgo quirúrgico	
Patología asociada	Clasificación ASA	Entorno familiar

sión de pacientes por los que se rige la UCSI del Hospital de LHospitalet de Llobregat.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

En el apartado 5 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad se expone el derecho del usuario a que se le ofrezca una información completa y continuada sobre su patología, incluyendo un diagnóstico, un pronóstico y las alternativas de tratamiento. En el apartado 6 de este artículo se establece además el derecho del usuario a la Libre Elección, entre las opciones que le presente el facultativo responsable de su

intervención quirúrgica, en ayunas (6 a 8 horas), una hora antes de la hora prevista para la cirugía. En la Unidad de recepción de pacientes (URP) se le facilita una indumentaria quirúrgica y se le administra un sedante por vía oral (Diacepam sublingual de 5 a 10 mg) como premedicación ansiolítica.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Una vez en el área quirúrgica, se coloca un acceso venoso y se prepara la monitorización. En el quirófano se monitoriza al paciente con ECG continuo, pletismografía con saturación de oxígeno, control de la tensión

adrenalina 1:100.000 o 1:200.000, Mepivacaína 3 por ciento y la prilocaína 3 por ciento con felipresina 1:1.850.000.

CONTROL POSTOPERATORIO INMEDIATO

A la salida del quirófano los pacientes son trasladados a la zona de reanimación postquirúrgica (RPQ) donde se les administra un analgésico endovenoso. La estancia en la RPQ es de aproximadamente una hora, para la recuperación de los efectos residuales de los fármacos administrados en quirófano. En esta área el paciente permanece monitorizado hasta

la recuperación de las constantes vitales. Después de salir del Área Quirúrgica los pacientes pasan a la Unidad de Cirugía Sin Ingreso donde permanecen hasta la recuperación total, ya en sillones y en compañía de sus familiares. Allí se les administra la analgesia, si se precisa complementar la administrada en la RPQ, se retira el acceso venoso, se inicia la alimentación oral y se comprueba la normalidad de la diuresis y la deambulación

ALTA HOSPITALARIA

El alta hospitalaria corre a cargo del anestesiólogo. Antes de ser dado de alta, el paciente y sus familiares reciben una información detallada, comprensiva y por escrito de las instrucciones postoperatorias generales y específicas en función de la cirugía efectuada, se da el informe de alta y se prescribe la medicación anti-biótica, analgésica y antiinflamatoria que pudiera precisar.

La enfermera responsable se asegurará de que el enfermo y su acompañante hayan recibido y comprendido las instrucciones referentes a la organización de la vuelta a casa con un adulto responsable, que no puede ingerir alcohol hasta 24 horas después de la anestesia, no puede conducir ningún vehículo hasta las 24-48 horas después de la anestesia, notificar a la UCSI (anestesiólogo de guardia, cirujano o enfermera) la posible aparición de una situación anormal en el periodo de recuperación así como aconsejar al paciente que no adquiera responsabilidades legales hasta pasadas las 48 horas de la anestesia.

El paciente dispone de un número de teléfono de contacto que funciona las 24 horas del día para contactar con el equipo facultativo en caso de presentarse alguna

incidencia. La Tabla 6 refleja los criterios de alta y de ingreso hospitalario que se siguen en la UCSI

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

La enfermera responsable de la UCSI hace una llamada telefónica a las 24 horas de la intervención quirúrgica. Existe una línea telefónica directa que comunicará al enfermo con la Unidad de 7,30 a 21,30 horas y con la recepción del Servicio de Urgencias de 21,30 a 7,30 horas. Los sábados, domingos y días festivos las llamadas se pasarán al anestesiólogo o cirujano de guardia.

Todos los pacientes son controlados a los 3 días en la Clínica Odontológica Universitaria de manera rutinaria con el fin de valorar su evolución postoperatoria. Si el curso postoperatorio es correcto, se retira la sutura a los 7 días, valorándose la presencia de trismo, tumefacción, supuración, dolor, dehiscencia de la herida, parestesias u otras alteraciones neurológicas, etc. Se cita al paciente a controles periódicos según la evolución o las complicaciones del caso.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es

demostrar y justificar la viabilidad de un programa de Cirugía Bucal Mayor Ambulatoria realizada por odontólogos o estomatólogos con formación reglada en Cirugía Bucal, así como valorar y exponer la actividad quirúrgica de la Unidad de CBMA del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona durante el periodo de tiempo comprendido entre noviembre de 2001 y julio de 2003. Se pretende estudiar el espectro de las patologías bucales asistidas quirúrgicamente, el número de intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo, las técnicas anestésicas realizadas, la duración de los procedimientos quirúrgicos efectuados y los datos epidemiológicos referidos a la edad y el sexo de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL

La recopilación de los datos se ha llevado cabo a través de la base de datos Accses del sistema informático del Hospital de L'Hospitalet de Llobregat (Consortio Sanitario Integral) y mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el perio-

do de tiempo transcurrido desde noviembre de 2001 hasta julio de 2003.

MÉTODO

A partir de la información recogida se efectúa un análisis descriptivo mediante el programa Spss en el que se exponen el número de pacientes asistidos, el número y el tipo de intervenciones de Cirugía Bucal realizadas, la estancia hospitalaria, las técnicas anestésicas llevadas a cabo y los datos epidemiológicos referentes a la edad y el sexo de los pacientes.

RESULTADOS

En el periodo de tiempo transcurrido desde noviembre de 2001 a julio de 2003, se realizaron un total de 366 intervenciones de Cirugía Bucal. Fueron asistidos 106 pacientes con una edad media de 38 + 17,6 años de edad y con una distribución en cuanto al sexo del 62,3 por ciento para el sexo femenino y del 37,7 por ciento para el sexo masculino.

La Figura 7 refleja la clasificación ASA de los individuos tratados. Sólo 6 casos precisaron la realización de una técnica de anestesia general. Uno por petición del paciente, dos por padecer Síndrome de Down y tres por

TABLA 3. LISTADO DE PATOLOGÍAS BUCOFACIALES ADMITIDAS PARA CBMA POR EL ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

- Extracción de dientes incluidos y restos radiculares.
- Fenestración dentaria para tratamiento ortodóncico.
- Exéresis de quistes maxilares.
- Biopsias de tejidos duros y blandos.
- Cirugía de los frenillos bucales.
- Extracción de alambres y placas de osteosíntesis de los maxilares.
- Cirugía de tejidos blandos.
- Criobloqueo de nervios periféricos.
- Láser y criocirugía de lesiones bucofaciales.
- Artrocentesis y artroscopia temporomandibular.
- Extracción de cálculos salivales y plastias de los conductos salivales.

el tipo de intervención realizada (implantes con el Sistema Novum). El resto de los casos se llevaron a cabo mediante sedación consciente por vía endovenosa (Figura 8).

Entre los motivos principales a la hora de elegir el tratamiento quirúrgico ambulatorio destacaron el tipo o duración de la intervención quirúrgica (46,2 por ciento), la actitud del paciente (24,5 por ciento), los factores psicológicos (21,7 por ciento) y la patología asociada (7,7 por ciento) (Figura 9).

El 26,2 por ciento de las intervenciones quirúrgicas fueron efectuadas en el maxilar superior y el 16,8 por ciento en la mandíbula, mientras que en el 57 por ciento de los casos se operaron simultáneamente ambos maxilares.

Entre los tratamientos, por orden de frecuencia destacan las extracciones dentarias quirúrgicas (44,3 por ciento). En cuanto al tratamiento implantológico se llevaron a cabo cuatro elevaciones sinusales con técnica diferida, se trataron cinco pacientes con cinco implantes estándar tipo Brånemark, a dos pacientes se les colocaron dos implantes zigomáticos y a tres pacientes implantes con el Sistema Novum. La extracción quirúrgica del tercer molar inferior fue la intervención quirúrgica más frecuente (26,5 por ciento). El resto de las intervenciones efectuadas incluyen: exodoncias convencionales (18 por ciento), extracción de restos radiculares (14,5 por ciento), germenectomías (4,9 por ciento), cirugías periapicales, biopsias, elevaciones sinusales, extracción de dientes supernumerarios, fenestración de dientes incluidos (Figura 10). En la Figura 11

se exponen los dientes y zonas anatómicas tratadas con mayor frecuencia.

En este periodo de tiempo se hizo la exéresis de 42 lesiones quísticas o tumorales (Tabla 8).

En 16 pacientes se aplicaron técnicas regenerativas, 9 defectos fueron tratados con membranas reabsorbibles, 4 con relleno óseo y otros 3 combinando membrana y material de relleno (Tabla 9).

Se detectaron sólo dos casos de complicaciones intraoperatorias derivadas de la cirugía (dos perforaciones de membrana sinusal tras la extracción de dos cordales superiores). Una paciente sufrió una crisis de angor durante el periodo de recuperación postquirúrgica en la URP que fue solucionado satisfactoriamente sin secuelas.

Las complicaciones postoperatorias más habituales a los 7 días de la intervención quirúrgica, por orden de frecuencia, fueron la tumefacción (48,6 por ciento), trismo (24,3 por ciento), hematoma o equimosis (23,4 por ciento), dolor (20,6 por ciento). Menos frecuentes fueron las complicaciones neurológicas (12,1 por ciento), infecciones (13,1 por ciento), dehiscencia de la herida (4,7 por ciento) y comunicaciones bucosinusales (0,9 por ciento) (Figura 12).

La medicación básica que se prescribió durante el postoperatorio fue: un antibiótico (amoxicilina, amoxicilina con ácido clavulánico o clindamicina), un analgésico (paracetamol, metamizol) y un antiinflamatorio (ibuprofeno, dexketoprofeno, diclofenaco, etc.), también se recomendaron los enjuagues con colutorios de clorhexidina al 0,20 por ciento durante 15 días. Todo los pacientes fueron informados de manera verbal y escrita de los cuidados postoperatorios que debían seguir.

Todos los pacientes fueron controlados como mínimo el tercer y séptimo día tras la intervención quirúrgica. El resto de controles dependió del tipo de tratamiento realizado y de la evolución del caso. La Figura 16 representa el seguimiento postoperatorio efectuado a los pacientes intervenidos quirúrgicamente en CBMA.

DISCUSIÓN

La mayoría de las intervenciones de Cirugía Bucal aceptadas por Colegio de Cirujanos del Reino Unido que se hacen en España, son llevadas a cabo en los Servicios de Cirugía Maxilofacial de los hospitales de tercer nivel de la Red Sanitaria Pública. Esta circunstancia provoca un aumento continuo de las listas de espera y un costo económico-social

excesivo para las distintas Administraciones públicas.

Si bien no existe un análisis de los costes de la cirugía ambulatoria en nuestra especialidad, parece obvio que los gastos de una intervención quirúrgica no son los mismos si se produce o no el ingreso hospitalario del paciente. El uso de la anestesia locorregional evita el ingreso hospitalario, con una media de 2 días por enfermo, que es lo que realmente aumenta el coste final del tratamiento.

Ottavi y cols., exponen que el coste de la estancia ambulatoria (12 horas de media) es un 17 por ciento menor que el coste de un tiempo de hospitalización completo de 2 días. Considerando que la mayoría de las técnicas de Cirugía Bucal requieren un tiempo de utilización de quirófano de 30 a 60 minutos y el paciente no precisa un ingreso posterior, los costes se reducen sustancialmente.

Por otro lado, el control del miedo y la ansiedad del paciente subsidiario de tratamiento de Cirugía Bucal es un factor prioritario que concierne al cirujano bucal. Asimismo existe un gran número de pacientes médicamente comprometidos que deben ser tratados contando con la monitorización de sus constantes vitales durante todo el acto quirúrgico.

TABLA 4. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGÍA (ASA)

CATEGORÍA I	Paciente sano.	Mortalidad: 1
CATEGORÍA II	Enfermedad sistémica leve, ningún límite funcional.	(de referencia) Mortalidad: 6,5
CATEGORÍA III	Enfermedad sistémica grave; limitación funcional	Mortalidad: 70
CATEGORÍA IV	Enfermedad sistémica grave; amenaza vital.	Mortalidad: 420
CATEGORÍA V	Paciente moribundo.	Mortalidad: 900

Desde que en 1800 se comenzó a utilizar el óxido nitroso, se han desarrollado diferentes estrategias farmacológicas con el fin de conseguir una sedación efectiva de los pacientes. Debido a las limitaciones del óxido nitroso y al potencial de mortalidad y morbilidad asociadas a la anestesia general, se han buscado alternativas en forma de fármacos sedantes que son capaces de mantener consciente al paciente y controlar el dolor mediante la aplicación conjunta de anestésico local.

En la actualidad, un gran número de procedimientos quirúrgicos del área bucofacial son efectuados bajo anestesia local y sedación endovenosa. Entre ellos destacan las extracciones dentarias, cirugía periapical, biopsias, elevaciones sinusales, exéresis de quistes de los maxilares o de lesiones de tejidos blandos bucofaciales, técnicas de regeneración tisular y tratamientos implantológicos, entre otros.

Raffaini y cols. proponen esta posibilidad para tratamientos algo más complejos como la osteotomía sagital de la rama ascendente mandibular en el tratamiento de pacientes con maloclusión Clase II esquelética. Los autores llevan a cabo un estudio multicéntrico de 35 pacientes con maloclusión esquelética Clase II en los que realizaron la cirugía ortognática bajo sedación endovenosa y anestesia local, destacando que la principal ventaja de esta técnica es el control funcional de la articulación temporomandibular (ATM) que evita los desplazamientos originados por la gravedad y la relajación de la musculatura propios de este tipo de cirugía efectuada bajo anestesia general. Asimismo este protocolo permi-

te reducir costes, la duración de la intervención quirúrgica, la morbilidad y el tiempo de convalecencia del paciente.

Los tratamientos de Cirugía Bucal y en especial los tratamientos implantológicos efectuados bajo anestesia local implican la participación de cirujanos bucales y otros colaboradores altamente experimentados y cualificados. Aunque la anestesia local ofrece una analgesia adecuada, muchas veces se trata de tratamientos compli-

cados y/o de larga duración. En otras ocasiones nos enfrentamos a pacientes con un alto grado de ansiedad o médicamente comprometidos que precisan un control muy minucioso durante el tratamiento quirúrgico.

Durante el procedimiento quirúrgico bajo anestesia local el paciente es plenamente consciente, pudiendo padecer gran disconfort, ansiedad y ser poco colaborador. La sedación endovenosa permite llevar a cabo

los tratamientos quirúrgicos en un paciente que se encuentra "relajado", pero que es capaz de responder a las órdenes del cirujano y del anestesista en cada momento reduciendo así el nivel de ansiedad durante la intervención quirúrgica y las posibles complicaciones.

Craig y cols. remarcan la utilidad de la sedación endovenosa efectuada con midazolam y propofol como alternativa a la anestesia general durante el tratamiento

TABLA 5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL HOSPITAL DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT

ASA I, ASA II y ASA III compensados, sin episodios de descompensación en los últimos tres meses.	ASA IV, excepto intervenciones quirúrgicas bajo anestesia local y cataratas.
EPOC. Diabetes I-II en procedimientos que no necesiten anestesia general.	EPOC. Diabetes I, si precisan anestesia general.
Obesidad: valorar patología asociada	Enfermos bajo tratamiento psiquiátrico con IMAOs. Se valora cada caso de forma individualizada.
-----	Drogodependencia: se valora cada caso de forma individualizada.
-----	Tratamientos con anticoagulantes (excepto cataratas).
-----	Epilepsia no controlada: episodios recientes.
-----	Riesgo de presentar hipertermia maligna.
-----	Antecedentes de complicaciones anestésicas graves en intervenciones quirúrgicas anteriores según el tipo de cirugía y anestesia indicada.
-----	Coronariopatías que han presentado clínica en los últimos 6 meses: excepto cataratas.
-----	Antecedentes personales de coagulopatía: según valoración del Servicio de Hematología.

implantológico en pacientes ansiosos o cuando estos tratamientos exceden los 30 minutos de duración. Resaltan que las principales ventajas de esta técnica son la corta vida media de distribución y eliminación de estos fármacos lo que permite un buen nivel de sedación y una recuperación aceptable en un corto periodo de tiempo.

Grainger y cols. señalan que la sedación endovenosa es una técnica muy útil en la práctica odontológica, especialmente en el paciente ansioso y en tratamientos largos, principalmente en los procedimientos de Cirugía Bucal. Destacan que la Universidad de Sydney (Australia) exige a los dentistas que quieran aplicar esta técnica, una formación especializada y deben conseguir el diploma en Odontología clínica (sedación consciente y control del dolor).

Peterson en un editorial describe la aparición de "anestesiólogos dentales". Se trata de odontólogos que han realizado un programa de entrenamiento de 2 años de duración que los convierte en expertos en sedación ambulatoria y anestesia general. Estos profesionales también son denominados "anestesiólogos itinerantes" ya que también efectúan su actividad profesional en las clínicas privadas de los odontólogos o de los cirujanos bucales. Utilizan una aparatología muy moderna y son altamente solicitados por los cirujanos bucales, los cirujanos maxilofaciales, odontopediatras, periodoncistas, endodoncistas e incluso los odontólogos generalistas. En España las técnicas de sedación endovenosa deben ser efectuadas por un médico especialista en anestesiología que además conozca bien estas técnicas y tenga una amplia experiencia.

Por otro lado, Leitch y cols.

publicaron recientemente un estudio piloto en el que presentan un sistema de control de infusión de propofol (TCI) que es activado por el propio paciente. Veinte pacientes incluidos dentro de la clasificación ASA I y II fueron sometidos a distintos tratamientos de cirugía bucal (extracción de terceros molares incluidos, extracciones múltiples, extracción de caninos incluidos y cirugía periapical). Durante

excepto uno terminaron los tratamientos de manera satisfactoria manteniendo un nivel de sedación óptimo para el control de la ansiedad y la finalización del procedimiento quirúrgico.

Entre los fármacos más utilizados en la sedación consciente en Cirugía Bucal destacan el midazolam, el fentanilo, el remifentanilo, el alfentanilo, la ketamina, el metohexital y el propofol, entre otros.

extracciones fueron efectuadas bajo sedación con remifentanilo mientras que en el otro grupo las extracciones se llevaron a cabo bajo sedación con meperidina. Se apreció un gran nivel de satisfacción del cirujano en cuanto al grado de sedación del paciente cuando esta se había efectuado con remifentanilo aunque las diferencias no eran estadísticamente significativas. Los valores de presión sanguínea sistólica y

TABLA 6. CRITERIOS DE ALTA Y DE INGRESO DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL HOSPITAL DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT

CRITERIOS DE ALTA	CRITERIOS DE INGRESO
Test de Aldrete = 10.	No cumplir los criterios de alta.
Ausencia de signos de ortostatismo. Sin signos de sangrado de la herida quirúrgica.	Reacción adversa a fármacos y/o técnica que precise tratamiento.
Aceptación expresa del enfermo de regresar al domicilio.	Signos de sangrado de la herida quirúrgica.
Tolerancia a la ingesta de líquidos.	Negativa del enfermo a regresar a su domicilio.
Ausencia de dolor.	Pacientes que a las 22 horas no cumplen los criterios de alta.
Capacidad de caminar sin ayuda.	Presencia de dolor que no responda al protocolo analgésico de la Unidad.
Diuresis espontánea (aconsejable pero no imprescindible).	-----
Consciente y buena orientación temporoespacial.	-----

estas intervenciones quirúrgicas el paciente estaba monitorizado y mantenía un activador manual, de modo que podía iniciar la inyección de propofol presionando dos veces el botón del activador hasta alcanzar el grado de sedación deseada. El nivel máximo de propofol en sangre estaba limitado a 3.0µg/ml. Todos los pacientes

Ganzberg y cols. hicieron un estudio con el propósito de comparar la eficacia sedante del remifentanilo frente a la meperidina en la extracción de terceros molares incluidos. Se trataba de un estudio a doble ciego en el que participaron 40 pacientes que fueron divididos de manera randomizada en dos grupos. En un grupo, las

ritmo cardíaco fueron inferiores en las extracciones llevadas a cabo con remifentanilo lo que, según los autores, podría ser de interés a la hora de tratar pacientes con compromisos cardiovasculares.

Goh y cols. estudiaron la capacidad sedante del alfentanilo. Hicieron un estudio en 20 pacientes subsidiarios de la

extracción quirúrgica de terceros molares en régimen ambulatorio. La sedación se efectuó con PCA-alfentanilo, que fue complementada con un anestésico local (lidocaína 2 por ciento con adrenalina al 1:80.000). Los autores concluyen que la sedación conseguida con este fármaco fue óptima, siendo las complicaciones postoperatorias más frecuentes las náuseas, los vómitos y el prurito. El gran confort y el elevado nivel de aceptación por parte del paciente sugieren que el uso de PCA-alfentanil puede ser de utilidad junto con el anestésico local para la extracción quirúrgica del tercer molar incluido de manera ambulatoria.

Dionne y cols. efectuaron un estudio a largo plazo en el que compararon la efectividad y seguridad de distintos fármacos sedantes (midazolam, fentanilo, metohexital) utilizados con el propósito de controlar la ansiedad durante el tratamiento odontológico. Los autores concluyen que la sedación endovenosa realizada con alguno de estos fármacos o sus combinaciones aporta la suficiente seguridad y efectividad siempre y cuando sean administrados de manera progresiva en las dosis adecuadas.

Los pacientes que atendemos en nuestro Servicio suelen ser remitidos por su odontólogo de cupo desde su Centro de Atención Primaria (CAP). Por lo general, el tiempo de espera para la primera visita es de aproximadamente 6 meses y, si tras la primera visita se indica algún tipo de intervención quirúrgica, existe una lista de espera de unos 4 meses. Toda esta problemática ha mejorado desde que muchas de las intervenciones quirúrgicas citadas en la Figura 12 son derivadas a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Hospital de L'Hospitalet de Llobregat. En él, odontólogos o estomatólo-

TABLA 7. HISTOLOGÍA DE LAS LESIONES TRATADAS EN LA UNIDAD DE CBMA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA BUCAL EN EL HOSPITAL DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE DE 2001 Y JULIO DE 2003

Carcinoma de células escamosas	1
Fibroma amelobástico	1
Fibroma osificante	1
Granuloma apical	2
Quiste folicular	4
Quiste radicular	18
Quiste óseo traumático	2
Quiste residual	4
Quiste paradental	3
Odontoma compuesto	1
Granuloma de células gigantes	1
Leucoplasia verrucosa	1
Úlcera lingual	1
Ectasia vascular	1
Osteomielitis	1
TOTAL	42

gos con formación quirúrgica adecuada (especialistas en Cirugía Bucal de acuerdo con la normativa de la Unión Europea), llevan a cabo estas intervenciones bajo anestesia general o con sedación consciente endovenosa. En este Servicio son atendidos también los pacientes de alto riesgo, como por ejemplo los pacientes ASA III y IV o cuando se prevén intervenciones quirúrgicas de larga duración.

Además de las razones ya reseñadas, existen dos criterios de gran importancia que justifican la creciente demanda

actual de la Cirugía Bucal Mayor Ambulatoria: el grado de satisfacción de los pacientes respecto al acto quirúrgico, ya que se efectúa con anestesia locorregional y sedación endovenosa, y la mayor comodidad para el paciente puesto que no precisa un ingreso hospitalario pudiendo volver a su domicilio el mismo día de la intervención.

Las principales complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica, revisadas en este trabajo, se presentaron durante los primeros días pos-

tintervención, es decir, ya en el postoperatorio tardío. El seguimiento del paciente es exhaustivo (al tercer y séptimo día tras la intervención quirúrgica así como el control por vía telefónica). Por todo esto, consideramos que Cirugía Bucal Mayor Ambulatoria aporta la seguridad adecuada sin que se den complicaciones que comprometan la vida del paciente en el postoperatorio inmediato.

La mayoría de las complicaciones encontradas (tumefacción, trismo, hematoma, entre otras) son, por otra parte, las alteraciones más frecuentes tras una exodoncia quirúrgica, que fue la actividad más común durante este periodo de tiempo. Por lo tanto, este alto porcentaje de complicaciones no debe ser considerado como un porcentaje real. Además, estas alteraciones aparecen durante las primeras 24 horas postoperatorias, es decir, que se producirían de igual manera si la intervención quirúrgica fuera o no realizada de manera ambulatoria.

CONCLUSIÓN

Como conclusión, creemos que la Cirugía Mayor Ambulatoria es perfectamente adaptable a la mayor parte de la Cirugía Bucal. Que puede efectuarse de forma segura y eficaz siempre y cuando esté a cargo de profesionales cualificados y formados para esta actividad. Consiguiendo con ello una reducción de los costes económicos-sociales ya que ofrece un servicio que permite una mejor calidad asistencial con la mínima alteración de la actividad laboral y de la vida cotidiana del paciente.

CORRESPONDENCIA

Prof. Dr. Cosme Gay Escoda
 Centro Médico Teknon
 C/ Vilana,12
 08022 Barcelona
 E-mail:cgay@bell.ub.es
 Http://www.gayescoda.com

TABLA 8. TÉCNICAS REGENERATIVAS APLICADAS POR LA UNIDAD DE CBMA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA BUCAL EN EL HOSPITAL DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE DE 2001 Y JULIO DE 2003

Membrana	9
Relleno	4
Membrana y relleno	3
TOTAL	16

BIBLIOGRAFÍA

1. **Martín Morales J.** Cirugía mayor ambulatoria: una transformación necesaria (Editorial). *Cir May Amb* 1996;1:0.
2. **Daura Sáez A, Aguilar Lizarralde Y, Valiente Álvarez A, Bermudo Aníño L.** Organización de una unidad de cirugía mayor ambulatoria en cirugía maxilofacial. *Patología Bucal y Maxilofacial*. 2001; 2: 11-6.
3. **Bellot P.** Ambulatory pacemaker procedures. *Mayo Clin. Proc.* 1988; 63: 301-4.
4. **Sierra E.** Cirugía ambulatoria. ¿Una solución? *Med Clí (Barcelona)* 1992; 98: 579-81.
5. **Blanco Samper S.** Cirugía Bucal Mayor Ambulatoria. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2000.
6. **Dann J.** Outpatient oral and maxillofacial surgery: transition to a Surgicenter setting and outcome of the first 200 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56: 572-7.
7. **Rodríguez-Armijo A, Romero M, Gallardo P, Marín Morales J.** Cirugía bucal ambulatoria. *Arch Odontostomatol* 1998; 14: 224-8.
8. **Nicoll J.** The surgery of infancy. *Br Med J* 1909; 2: 823.
9. **Matson T.** Hospital strategy in the 1990's National Congress of Ambulatory Surgery. Barcelona, 1992.
10. **Berini Aytés L, Gay Escoda C.** Anestesia odontológica. 2.^a ed. Madrid: Avances Médico-Dentales, 2000.
11. **Herzfeld G.** Hernia in infancy. *Am J Surg* 1938; 39: 422-8.
12. **O'Sullivan E.** The Efficacy of comprehensive dental case for children under general anaesthesia. *Br Dent J* 1991; 171: 56-8.
13. **Otte D.** Patients perspectives and experiences of day case surgery. *Jadu Nurs* 1996; 23: 1228-37.
14. **Flanagan L.** Herniorrhaphies performed upon outpatients under local anesthesia. *Surg Gynecol Obstet.* 1981; 153: 557-60.
15. **Gasco García M, López Timone-da F, González Ruiz F.** Anestesia Ambulatoria en Odontología. En *Bascones A.* (ed.). *Tratado de Odontología*. Madrid: Smithkline Beecham; 1998. pp. 1691-99.
16. **Sabiano M.** Evaluation of cost in surgery of inguinal hernia. Day surgery and one day surgery versus ordinary admission. *Amn Ital Chir* 1996; 67: 615-9.
17. **Way J.** Establishment and cost analysis of an office surgical suite. *Con J Surg* 1996; 39: 379-83.
18. **Gay Escoda C, Berini Aytés L.** *Tratado de Cirugía Bucal*. Tomo I. Madrid: Ergon; 2004.
19. **Heneghaw C.** Morbidity after outpatient anaesthesia. A composition of two techniques endotracheal anaesthesia for dental surgery. *Anaesthesia* 1981; 38: 4-9.
20. **Ogg T.** Implications of day-case surgery and anaesthesia. *Br Med J* 1980; 19: 212-4.
21. **Routh H.** Day case surgery under general anaesthesia in a purpose built unit. *Anesthesia* 1979; 34: 809-11.
22. **Smith B.** Day stay anaesthesia. A follow of day patients undergoing dental operations under general anaesthesia with tracheal intubation. *Anaesthesia* 1976; 31: 181-9.
23. **Davies P, Lamb W, Adlam D, Ogg T, Mitchel A, Galloway D.** Audit of day case maxillofacial surgery: a pilot assessment. *Ambulatory Surgery* 1993; 1: 179-82.
24. **White P.** Outpatient Anaesthesia. An overview. En *White P.* (ed.). *Outpatient Anaesthesia*. New York, Churchill. Livingstone, 1990. p. 1-3.
25. **American College of Surgeons.** Statement on ambulatory surgery. *Bulletin*. 1981. p. 65-66.
26. **Unitat de Cirurgia sense ingrés.** Pla funcional. L'Hopitalet de Llobregat. Setembre 2001: 1-10.
27. **Guidelines for Day Surgery. Royal College of Surgeons of England.** Report of a Working Party. 1992.
28. **Junquera L, López Arranz J, De Vicente J, Calvo N, Albertos J.** Cirugía ambulatoria maxilofacial. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 1994; 16: 173-8.
29. **Ottavi P, Hermenault D, Courboulin J, Delauney P, Baroin J, Ben-Moha C y cols.** Chirurgie ambulatoire et stomatologie. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1998; 99: 99-108.
30. **Dionne RA, Yagiela JA, Moore PA, Gonty A, Zuniga J, Beirne OR.** Comparing efficacy and safety of four intravenous sedation regimens in dental outpatients. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 740-51.
31. **Raffaini M, Hernandez F, Ghilardi R, García López A.** The sagittal mandibular osteotomy under local anesthesia and intravenous sedation: four years of multicenter experience. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 2002; 17: 267-71.
32. **Craig DC, Boyle CA, Fleming GJ, Palmer P.** A sedation technique for implant and periodontal surgery. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 955-9.
33. **Grainger JK.** Intravenous sedation- can you practise with it? Can you practise without it? *Ann R Austral Coll Dent Surg* 2000; 15: 316-8.
34. **Peterson LJ.** Anesthesiology and oral and maxillofacial surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91: 131-2.
35. **Leitch JA, Sutcliffe N, Kenny GN.** Patient-maintained sedation for oral surgery using a target-controlled infusion of propofol : a pilot study. *Br Dent J* 2003; 194: 43-5.
36. **Ganzberg S, Pape RA, Beck FM.** Remifentanyl for use during conscious sedation in outpatient oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 244-51.
37. **Goh BT, Sim KM, Marzella ML.** Outpatient third molar surgery under local anaesthesia and conscious sedation using patient-controlled analgesia with alfentanil. *Singapore Dent J* 2000; 23: 23-8.
38. **Satorres Nieto M, Delgado Molina E, Berini Aytés L, Gay Escoda C.** Cirugía bucal ambulatoria. Presentación de la actividad clínica del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona durante el año 1998. *Arch Odontostomatol* 2000; 16: 83-90.