

ARTÍCULOS ORIGINALES

Cirugía mayor ambulatoria de glándulas salivales

Major outpatient surgery of salivary glands

Dr. Oscar García-Roco Pérez; Dr. Armando Quintana Proenza; Dr. Alfredo Correa Moreno; Dr. José Quintana Marrero

Hospital General Docente Martín Chang Puga. Nuevitas. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo a 27 pacientes con afecciones en las glándulas salivales, seleccionados para cirugía ambulatoria con el objetivo de valorar los resultados de este procedimiento en el Hospital General Docente Martín Chang Puga de Nuevitas, Camagüey, desde marzo de 2000 a septiembre de 2002. Los pacientes siguieron el mecanismo hospitalario instituido para el tratamiento quirúrgico de su enfermedad. La edad media de los pacientes tratados fue 49, 3 años, prevaleció el sexo masculino (59, 2 %). Las afecciones más frecuentes fueron la sialoadenitis submaxilar crónica (25, 9 %) y el adenoma pleomorfo de parótida (48, 1 %). La mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones (88, 9 %), no existió hospitalización imprevista y el proceder proporcionó un alto grado de satisfacción al paciente. El ahorro económico a la institución fue de \$ 11362,98 MN.

DeCS: GLÁNDULAS SALIVALES/cirugía; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

ABSTRACT

An observational, descriptive and cross-sectional study to 27 patients with salivary glands affection was carried out they selected for out-patient surgery with the aim of evaluating the results of this method at Martin Chang Puga General Teaching Hospital of Nuevitas, Camagüey, from March 2000 to Sept 2002. Patients followed the hospital mechanism instituted for the treatment of their surgical pathology. The mean age was 49, 3 years and masculine sex prevailed (59, 2 %). The most frequent affections were chronic submaxillary sialoadenitis (25, 9 %) and pleomorpho adenoma of parotid (48, 1 %). The great majority of patients did not present complications (88, 9 %). There was not unexpected hospitalisation. The procedure offered a high grade of satisfaction to the patient. The economic saving to the institution was 11362, 98 in national money (NM).

DeCS: SALIVARY GLANDS/surgery; AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES

INTRODUCCIÓN

La cirugía ambulatoria es uno de los procedimientos más importantes en la asistencia médica en los últimos 25 años como método para disminuir las largas listas de esperas quirúrgicas y el costo hospitalario por pacientes, así como para mejorar la calidad de vida de la población.^{1, 2} Gran relevancia han tenido los numerosos avances en las técnicas quirúrgicas, cada vez menos cruentas y en el terreno de la anestesiología para brindar atención anestésica adaptada a las necesidades quirúrgicas fuera del hospital, modificación que sólo ocurre cuando el pronóstico y los resultados postquirúrgicos son similares a los logrados intrahospitalariamente.^{1, 3}

Actualmente los centros de atención quirúrgica ambulatoria se dedican a la superespecialización, cirugía de mano, cirugía plástica, cirugía de cataratas, etc. En Estados Unidos se pronostica que el 85 % del volumen quirúrgico, incluyendo los avances de la cirugía laparoscópica y la endoscópica, será ambulatorio en el presente siglo.^{3, 4}

En Cuba aún no se ha establecido como una forma sólida de asistencia quirúrgica a pesar de existir las posibilidades materiales para su desarrollo.

⁵

La cirugía ambulatoria es conveniente para las afecciones de cabeza y cuello y se han encontrado en este proceder las bases necesarias para resolver con agilidad un significativo número de problemas de salud que por su complejidad tenían una solución más prolongada.^{3, 5} Hoy es aplicable hasta en el 75 % de los procedimientos, donde se incluyen traumatismos faciales, cirugía nasal y sinusal, algunas afecciones de la cavidad bucal, glándulas salivales, laringe y cirugía cosmética facial, etc.^{3, 5, 7}

El presente trabajo muestra los resultados de este método en las afecciones quirúrgicas de glándulas salivales a través de la experiencia en nuestra institución.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo del desarrollo de la cirugía ambulatoria de glándulas salivales en el Hospital General Docente Martín Chang Puga de Nuevititas, Camagüey, desde marzo de 2000 a septiembre de 2002. Se incluyeron 27 pacientes que reunieron las condiciones biopsicosociales adecuadas, así como el riesgo quirúrgico bueno o regular, afecciones de glándulas salivales Grupo I (adenomas) y VII (lesiones afines) según clasificación de Seifert,⁸ tratamiento quirúrgico electivo y principio de voluntariedad (consentimiento informado). Los pacientes siguieron el mecanismo hospitalario instituido para el tratamiento de su enfermedad quirúrgica con la confección del expediente clínico, consulta de anestesia 24 h antes de la intervención, internamiento en sala de recuperación por un período de 4 a 24 h, egreso y seguimiento por consulta externa a las 72 h, siete días y dos semanas y al mes con entrega del informe anatomopatológico. El seguimiento se realizó en coordinación con el médico de la familia previamente informado. Para el estudio se tuvieron en cuenta solamente las complicaciones inherentes al proceder en evaluación.

Se establecieron los costos directos a la intervención realizada en cada caso según el tiempo quirúrgico (incluye agua, electricidad, salones, etc.),

método anestésico, material gastable y estadía hospitalaria promedio por vía convencional.

La información se extrajo de los expedientes clínicos de los pacientes, las variables estudiadas fueron edad, sexo, glándula salival afectada y tipo de afección, intervención quirúrgica, complicaciones, estadía hospitalaria, grado de satisfacción del paciente y costos, las cuales se registraron en un formulario. El análisis económico se efectuó en coordinación con el Departamento de Contabilidad del hospital y se comparó con la vía tradicional. Se realizó estadística descriptiva con distribuciones de frecuencia. Los resultados se expresaron en números absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

En los 16 pacientes tratados (59, 2 %) predominó el sexo masculino, las edades fluctuaron entre 20 y 72, con una media de 49, 3 años. Se operaron 27 glándulas salivales, de ellas 14 parótidas (ocho derechas y seis izquierdas), 13 submandibulares (cinco derechas y ocho izquierdas).

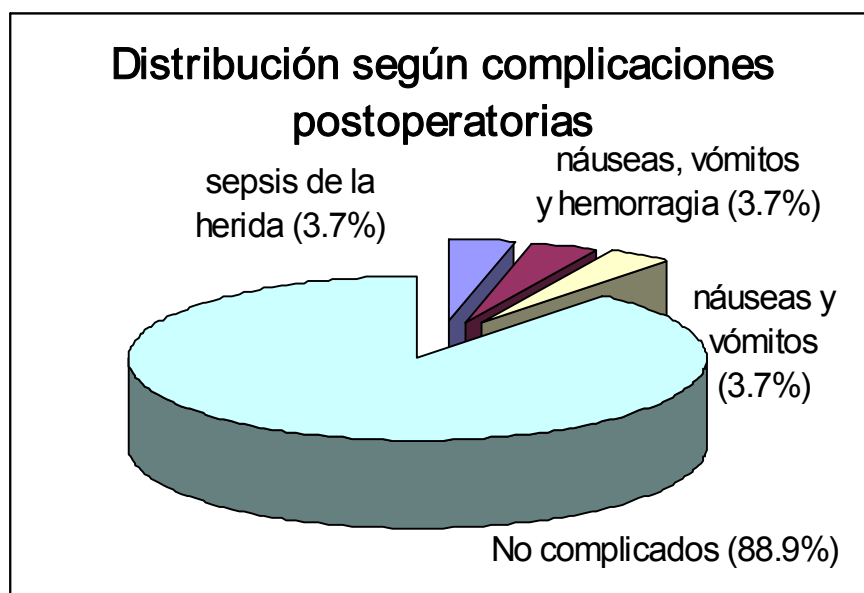
Fueron intervenidos 16 pacientes (59, 3 %) por enfermedades neoplásicas; 13 (48, 1 %) adenomas pleomorfos, dos tumores de Whartin y un oncocitoma. A la glándula parótida correspondió el 100 % de los tumores y el 51, 9 % de todas las enfermedades. El 48, 1 % restante se localizó en la glándula submandibular con lesiones afines representadas por procesos inflamatorios crónicos, simples (25, 9 %) o por sialolitiasis (18, 5 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según glándulas salivales y afecciones tratadas

Afección	G. Parótida	G. Submandibular	Total	
	No.	No.	No.	%
Sialadenitis crónica	-	7	7	25,9
Sialolitiasis	-	5	5	18,5
Quistes	-	1	1	3,7
Adenoma pleomorfo	13	-	13	48,1
Tumor de Whartin	2	-	2	7,4
Oncocitoma	1	-	1	3,7
Total (%)	14 (51,9)	13 (48,1)	1	0,8

Fuente: Formulario.

A los enfermos con afecciones neoplásicas en parótida se les realizó parotidectomía subtotal por tratarse de tumores benignos localizados en el lóbulo superficial. En la glándula submandibular se realizó submaxilectomía. Se presentaron complicaciones postoperatorias en tres pacientes para un 11, 1 % (Fig. 1), de ellos uno con náuseas y vómitos no persistentes y otro con náuseas y vómitos asociados a hemorragia (3, 7 %), respectivamente. Aparecieron de forma inmediata y se solucionaron en la institución antes del alta hospitalaria. Como complicación mediata se presentó en un paciente sepsis de la herida quirúrgica, ésta fue tratada en las consultas evolutivas establecidas, en coordinación con el médico de familia.



Debido a la complejidad de las intervenciones quirúrgicas realizadas el 85, 2 % de los pacientes permanecieron 24 h en la institución para su observación. No existió hospitalización imprevista (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según estadía hospitalaria

Estadía hospitalaria	No. de pacientes	%
4 a 11 h	4	14,8
12 a 24 h	23	85,2
Total	27	100,0

Fuente: Formulario.

En la encuesta de satisfacción practicada al alta definitiva, el 92, 6 % de los pacientes refirió una opinión favorable sobre el método ambulatorio y el 77.8 % estuvo satisfecho con el seguimiento recibido por la interrelación de la atención primaria y secundaria (Tabla 3).

Tabla 3. Opinión sobre el método y el seguimiento

	Bueno		Regular		Malo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Opinión del método	25	92,6	1	3,7	1	3,7
Opinión del seguimiento	21	77,8	5	18,5	1	3,7

Fuente: Formulario.

El costo (MN) por intervenciones ambulatorias fue de \$ 239, 58 para la submaxilectomía y \$ 248, 56 para la parotidectomía. Las diferencias entre ellas están en relación con el tipo de fármacos anestésicos utilizados y por la técnica anestésica, tiempo quirúrgico, material quirúrgico gastable, exámenes clínicos y estadía hospitalaria postoperatoria. Se utilizó el indicador d/ cama según estadía promedio por vía convencional para determinar los costos hospitalarios y compararlos con la vía ambulatoria. En el caso de la parotidectomía subtotal (tiempo promedio de 6, 5 d) y la submaxilectomía (5.9 d) fue de \$682, 46 y \$646, 40, respectivamente. En los 27 pacientes intervenidos ambulatoriamente se produjo un ahorro económico a la institución de \$ 11362, 98 pesos en MN (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución del costo por intervención quirúrgica

Intervención quirúrgica	Costo promedio (\$)		Ahorro
	Amb.	Hosp.	
Submaxilectomía	239,56	646,40	5288,66 en 13 ptes.
Parotidectomía subtotal	248,58	682,46	6074,32 en 14 ptes.
Ahorro institucional			11362,98

Fuente: Dpto. de Contabilidad.

DISCUSIÓN

Con respecto a las edades más frecuentes, los autores consultados reportan edades medias similares o superiores a la nuestra.^{3, 6} Se destaca que la edad no constituye un factor excluyente como elemento único, sino la combinación de factores personales de salud anterior.^{1, 2} El factor esencial es una acertada valoración preoperatoria de los mismos. El sexo más afectado varía de una serie a otra y está estrechamente relacionado con las enfermedades y poblaciones tratadas.

Dann,³ Paredes,⁵ Stecckler,⁶ y Martínez Subías⁷ encuentran en la cirugía ambulatoria una importante opción de tratamiento para las afecciones de glándulas salivales en pacientes seleccionados, siempre y cuando se logre minimizar el tiempo quirúrgico y por inferencia la morbilidad, controlando factores como la estandarización de la instrumentación y secuencia quirúrgica, cuidadosa planificación preoperatoria, mínima manipulación de los tejidos, hemostasia perfecta con hipotensión controlada, uso de vasoconstrictores en el campo operatorio e incluye una vía aérea estable.

La afección quirúrgica de las glándulas salivales varía considerablemente de continente a continente; aunque los principales pilares de tratamiento no han variado hasta la fecha significativamente, se reconocen ampliamente las posibilidades de su realización ambulatoria o como cirugía de corta estadía. Se han introducido nuevas técnicas o modalidades terapéuticas como el empleo de la endoscopia o la litotricia extracorpórea para la exéresis de los cálculos salivales, etc.⁸⁻¹¹

Sólo se presentaron tres pacientes complicados, para el 11, 1 %, estos valores coinciden con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud

(OMS), la cual plantea que el rango de complicaciones se encuentra entre el 2, 5 y el 12 %; además consideramos que este aspecto se vio favorecido por el cuidado que se tuvo en cuanto a la asepsia, antisepsia, hemostasia y técnicas quirúrgicas. En la literatura revisada los porcentajes de complicaciones son similares a los nuestros.¹⁰⁻¹⁴

El tiempo mínimo de vigilancia oscila entre cuatro a ocho horas en función de la intervención quirúrgica, proceder anestésico y del paciente.⁴

El porcentaje de aceptación de este método a escala mundial se encuentra por encima del 89 % en la literatura médica revisada, independientemente de la afección tratada,^{7, 12} este hecho se repite en todos los estudios, que incluyen grupos poblacionales de múltiples países con variados grados de desarrollo socioeconómico y diferentes culturas. En nuestro trabajo el 92, 6 % consideró bueno el método y el 77, 8 % el seguimiento, acorde con los aspectos encuestados. Cuba, con la existencia del programa del médico y enfermera de la familia cuenta con una posibilidad única en el mundo para garantizar la atención continuada a través del ingreso domiciliario a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma ambulatoria.

En la mayor parte de los artículos revisados se aborda el tema económico como un aspecto esencial relacionado con este tipo de atención. Se señala que al evitarse la hospitalización se altera el factor más importante del coste en los servicios médicos. La reducción de los costos de la atención en el 50 % con respecto al ingreso hospitalario ha sido la causa principal del aumento de los servicios de cirugía mayor ambulatoria en el mundo.^{6, 11} Otros autores consultados consideran que esta es una de las ventajas fundamentales del método.^{7, 12}

Nuestros resultados, así como los de los autores citados, muestran las ventajas económicas que se derivan de su empleo sin detrimento de la calidad de la atención brindada, a pesar de la complejidad de los procedimientos, por lo que constituye uno de los motivos más importantes para extender el método en nuestro país.¹⁵⁻¹⁷

CONCLUSIONES

La cirugía mayor ambulatoria es un procedimiento seguro, eficaz y económico. La cirugía de glándulas salivales, especialmente en afecciones tumorales benignas e inflamatorias crónicas, tiene grandes opciones para ser realizada ambulatoriamente. Predominaron los pacientes no complicados. El proceder proporcionó un alto grado de satisfacción a los pacientes y contribuyó a la reducción de los gastos hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. White PF, Smith I. Ambulatory anaesthesia: past, present and future. *Int Anaesth Clin* 1996; 32:1-16.
2. Duffy SQ, Farley DE. Patterns of decline among inpatient procedures. *Public Health Rpe* 1995;110(6):682-3.
3. Dann JJ. Outpatient oral and maxillofacial surgery: transition to a surgicenter setting and outcomes of the first 200 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56(5):572-7.
4. Ship JA. Diagnosing, managing and preventing salivary gland disorders. *Oral Dis* 2002;8:77-89.
5. Paredes Díaz JC, Hernández Pérez R, Fernández Lastres D. Cirugía mayor ambulatoria del paciente maxilofacial. II Parte. *Rev Cubana Estomatol* 1991;28(2):112-7.
6. Steckler RM. Outpatient parotidectomy. *Am J Surg* 1999;162(3):303-5.
7. Martínez Subías J. Cirugía ambulatoria en ORL. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1998;49(4):301-4.
8. Pérez Abreus E, González Domínguez N. Patología quirúrgica de glándulas salivales: reporte de 79 casos. *Rev Cubana Estomatol* 1999;37(3):212-6.
9. Katz P, Fritsch MH. Salivary stones: innovative techniques in diagnosis and treatment. *Current otolaryngol & head neck surg.* 2003;11(3):173-78.

10. Ziegler CM, Hedemark A, Brevik B, Idris M, Isaksen R. Endoscopy as minimal invasive routine treatment for sialolithiasis. *Acta Odontol Scand* 2003;61(3):137-40.
11. Aguayo JL. Cirugía mayor ambulatoria: un éxito del sistema. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18(5): 261-3.
12. Illana F. La organización centrada en la satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(5):259-60.
13. Palacios Ortega JI, Lozano Orella JA, Ayala Gutiérrez A. Tumores de glándulas salivales. En: Castro Mo J. *Cirugía Plástica*. Madrid: Ergón; 2002. p. 406-72.
14. Chen IH, Tu H. Pleomorphin adenoma of the parotid gland metastasizing to the ernial limphode Otolaryn. *Hlad Neks Surg* 2001;122(3):445-7.
15. Izquierdo M. Patología de las glándulas salivales. En: Martín-Granizo, López R. *Cirugía Oral y Maxilofacial* Madrid: Smitkline Seesliam;1999.p. 1000-43.
16. Frade González C, Lozano Ramírez A. Epidemiological study of salivary glands tumor. *Rev Laringol Otol Rhinol* 1999;120(5):331-6.
17. García-Roco Pérez O, Arredondo López M, Correa Moreno A, Siré Gómez A. Algunas tendencias en la cirugía maxilofacial mayor ambulatoria. *Rev Cubana Estomatol* 2000;39(2) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/est>

Recibido: 25 de febrero de 2003

Aceptado: 20 de febrero de 2004

Dr. Oscar García-Roco Pérez. Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Salud Pública. Profesor Instructor del ISCM. Hospital General Docente Martín Chang Puga. Nuevitas. Camagüey. Cuba.
ogarcia@finlay.cmw.sld.cu

