

Hospital General Docente «Ciro Redondo»
Artemisa, La Habana

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA MAXILOFACIAL. APOYO DEL MÉDICO DE FAMILIA

Dr. Juan Carlos Quintana Díaz¹ y Dra. Caridad Ceja Amate²

RESUMEN: Se realiza un estudio en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa en los años 1995-1996, a partir de la experiencia planteada por diferentes autores que han incursionado en la cirugía mayor ambulatoria y mediante nuestra experiencia. Se contó con el apoyo del médico de familia de cada paciente. Se demostró la eficacia de este método en un total de 646 intervenciones quirúrgicas donde se operaron variadas afecciones con anestesia local y general. Todos los pacientes fueron dados de alta antes de las 24 horas y sólo se encontró algún tipo de complicación en el 1,8 % de los casos, lo que asegura un buen futuro a este método, el cual recomendamos a otros cirujanos.

Descriptor DeCS: PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS; CIRUGIA BUCAL; MEDICOS DE FAMILIA.

La idea de la deambulacion temprana de los pacientes quirúrgicos fue preconizada desde 1899 por *Reis*,¹ desde entonces está ganando adeptos y los estudios realizados demuestran que no aumentan las complicaciones en relación con los pacientes hospitalizados.^{2,3}

En la actualidad un gran número de países realiza alrededor del 40 % de las operaciones mayores de forma ambulatoria, con períodos de observación de menos de 24 horas.³

En nuestro país desde hace algunos años se ha estado realizando este proceder con buenos resultados en algunos hospitales.^{4,7} En nuestro municipio existe un amplio plan del médico de familia, y dado las dificultades económicas y la poca capacidad hospitalaria de nuestro hospital, decidimos realizar este trabajo, desde que se crea el Servicio de Cirugía Maxilofacial. Nos planteamos como objetivo determinar la eficacia de la cirugía mayor ambulatoria en el paciente maxilofacial con el apoyo del médico de la familia.

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor del ISCM-H.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

Métodos

Se realizó un estudio acerca del apoyo del médico de la familia con un grupo de 646 pacientes a los cuales se les practicaron intervenciones quirúrgicas mayores maxilofaciales en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del municipio de Artemisa, en los años 1995-1996.

Se realizó una coordinación previa con los médicos de familia explicándoles las características fundamentales de los pacientes atendidos en nuestra especialidad, las enfermedades más frecuentes tratadas y sus posibles complicaciones.

Se confeccionó un modelo de historia clínica ambulatoria para estos pacientes que consta de:

- Datos generales del paciente.
- Enfermedad.
- Tratamiento quirúrgico.
- Tratamiento posoperatorio.
- Evaluación por el médico de familia.

La primera consulta posoperatoria se realizó a las 24 horas, después a las 72 horas, a los 7 días y se siguió la evaluación del paciente semanalmente hasta su alta definitiva.

CRITERIOS UTILIZADOS

- En la exéresis de dientes retenidos se consideraron a las operaciones en que se realizó ostectomía a 2 o más de éstos en un mismo tiempo quirúrgico.
- La cirugía preprotética a todas aquellas operaciones extensas para preparar los maxilares para recibir prótesis.
- A todas las operaciones que requieran plastias de los defectos.

- A todos los realizados bajo anestesia general endovenosa (GEV) o bajo anestesia bucotraqueal (BT) o nasotraqueal (NT).
- El método estadístico empleado fue el cálculo porcentual, que se realizó con la ayuda de un bioestadístico, después de analizar los datos recogidos en planillas y resúmenes, de donde se confeccionaron las tablas de salida para el análisis de los resultados.

Resultados

El total de pacientes intervenidos por cirugía mayor ambulatoria fue de 646, de los cuales 340 fueron femeninos, para el 52,6 % y 306 del sexo masculino, para el 47,4 %. Además en la tabla 1 se recoge la distribución porcentual por edades, donde se observa que hubo una distribución que osciló entre el 3 % en el grupo de más de 70 años de edad hasta el 23,4 % y 27,7 % encontrados en los grupos de edades de 15 a 20 años y de 21 a 29 años, como los de mayor cantidad de pacientes tratados por este método tan difundido en el mundo actualmente.

TABLA 1. Distribución de pacientes por edad y sexo

| Edades (años) | Masculino | | Femenino | | Total | |
|---------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Menos de 15 | 14 | 2,2 | 12 | 1,9 | 26 | 4,1 |
| De 15 a 20 | 80 | 12,4 | 99 | 15,3 | 179 | 27,7 |
| De 21 a 29 | 74 | 11,5 | 77 | 11,9 | 151 | 23,4 |
| De 30 a 39 | 50 | 7,7 | 56 | 8,7 | 106 | 16,4 |
| De 40 a 49 | 44 | 6,8 | 39 | 6,0 | 83 | 12,8 |
| De 50 a 59 | 22 | 3,4 | 29 | 4,5 | 51 | 7,9 |
| De 60 a 69 | 12 | 1,9 | 18 | 2,8 | 30 | 4,7 |
| 70 y más | 10 | 1,5 | 10 | 1,5 | 20 | 3,0 |
| Total | 306 | 47,4 | 340 | 52,6 | 646 | 100 |

En la tabla 2 se recogió la distribución de pacientes según sus antecedentes patológicos personales, de los cuales el 96,6 % no presentó ningún tipo de afección de base, a no ser la afección por la que recibirían tratamiento quirúrgico; solamente el 3,4 % presentó alguna afección de base (hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma bronquial), las cuales no fueron contraindicaciones de las intervenciones quirúrgicas.

TABLA 2. Distribución de antecedentes patológicos personales

| Afección | No. | % |
|-----------------------|------------|------------|
| Hipertensión arterial | 10 | 1,5 |
| Diabetes mellitus | 5 | 0,8 |
| Asma bronquial | 7 | 1,1 |
| Sin antecedentes | 624 | 96,6 |
| Total | 646 | 100 |

En la tabla 3 se expone la distribución de pacientes según la intervención quirúrgica

TABLA 3. Distribución de pacientes según intervención quirúrgica y tipo de anestesia

| Intervención quirúrgica | Local | General | | Total | |
|--|------------|----------|-----------|------------|------------|
| | | GEV | BT y NT | No. | % |
| Exéresis de dientes retenidos | 272 | - | 1 | 373 | 42,3 |
| Cirugía preprotética | 200 | - | 1 | 201 | 31,1 |
| Reducción fracturas nasales | 33 | 4 | 4 | 41 | 6,3 |
| Enucleación quistes de los maxilares | 30 | - | - | 30 | 4,7 |
| Exéresis y plastia de carcinomas basales | 30 | - | - | 30 | 4,7 |
| Otoplastias | 10 | 2 | 3 | 15 | 2,3 |
| Rinoplastias | 2 | - | 12 | 14 | 2,2 |
| Reducción fracturas maxilomales | 3 | 3 | 8 | 14 | 2,2 |
| Exéresis y plastia de carcinomas epidermoides de piel y labios | 10 | - | - | 10 | 1,5 |
| Reducción fracturas mandibulares | 5 | - | 1 | 6 | 0,9 |
| Exéresis de quistes y tumores de piel y de los maxilares | 4 | - | 2 | 6 | 0,9 |
| Cierre de comunicación bucosinusal | 3 | - | - | 3 | 0,5 |
| Blefaroplastias | 2 | - | - | 2 | 0,3 |
| Fistulectomía preauricular | - | - | 1 | 1 | 0,1 |
| Total | 604 | 9 | 33 | 646 | 100 |

gica realizada y el tipo de anestesia empleada. La exéresis de dientes retenidos y la cirugía preprotética ocuparon los 2 primeros lugares, con el 42,3 % y 31,1 %, respectivamente, siguiéndole en orden la reducción de fracturas nasales con el 6,3 %, la enucleación de quistes de los maxilares y la exéresis y plastia de carcinomas basales con 4,7 % cada una, las otoplastias con el 2,3 % y las rinoplastias y reducción de fracturas maxilomales con el 2,2 %. El tipo de anestesia más empleado fue el local y en 42 pacientes se empleó anestesia general, ya sea por vía endovenosa, nasotraqueal o bucotraqueal.

En la tabla 4 se exponen las principales complicaciones posoperatorias encontradas, las cuales fueron mínimas, si tenemos en cuenta que sólo el 1,8 % de los casos presentó alguna alteración y el 98,2 % no presentó complicaciones, sólo las atribuidas al trauma quirúrgico de los primeros días posoperatorios como dolor, edema discreto y eritema; ninguna complicación encontrada llegó al 1 % de los casos tratados.

TABLA 4. Distribución de complicaciones encontradas

| Complicación | Intervención quirúrgica | No. | % |
|-----------------------|-------------------------------|-----|------|
| Hematoma de la herida | Exéresis de carcinoma basal | 1 | 0,15 |
| | Exéresis de lipoma | 1 | 0,15 |
| Sepsis de la herida | Exéresis de carcinoma basal | 1 | 0,15 |
| | Fractura mandibular | 1 | 0,15 |
| | Otoplastia | 1 | 0,15 |
| Alveolitis | Exéresis de dientes retenidos | 4 | 0,60 |
| Necrosis mucosa bucal | Exéresis de torus palatino | 1 | 0,15 |
| Dehiscencia de herida | Exéresis de carcinoma basal | 2 | 0,30 |
| Total | | 646 | 100 |

Discusión

Como se puede observar, al analizar los resultados encontrados coincidimos con varios autores consultados^{4,6,8,9} en que la edad y el sexo no son factores a considerar como una contraindicación en este tipo de intervención, siempre que se realice una buena selección del paciente y se sigan correctamente las indicaciones posoperatorias.

Otro aspecto importante que se consideró en nuestro estudio es que siempre que las afecciones de base estén bien controladas, no son contraindicaciones para tratar por cirugía mayor ambulatoria en pacientes con hipertensión arterial, asma bronquial o diabetes mellitus y que más importante aún es el seguimiento posoperatorio de estos casos en su domicilio por nosotros, en coordinación con el médico de familia. Fue muy variado el tipo de intervención quirúrgica realizado con este método, teniendo en con-

sideración la muestra estudiada, ya que ningún paciente pasó de 24 horas en el hospital, todos fueron dados de alta el mismo día de la operación, lo cual aporta mucho más para la economía del país si se tiene en cuenta que en un buen número de casos se empleó anestesia general, lo que hace muy importante el futuro de la cirugía mayor ambulatoria.¹⁰

En nuestro municipio fue implantado el importante plan de Medicina General Integral¹¹ desde 1986, el cual ha sido de mucha ayuda para nuestro trabajo en el apoyo al paciente intervenido quirúrgicamente por cirugía mayor ambulatoria. Esto se manifiesta en el mínimo de complicaciones posoperatorias encontradas; similares resultados fueron planteados por varios autores^{2,4,10} que emplearon este método, lo que evidencia que siempre que se controlen bien los casos operados en su domicilio, deben evolucionar satisfactoriamente.

SUMMARY: In Maxillofacial Surgery Service, authors carried out an study (1995-96), from experience stated by others in ambulatory major surgery and also, our own experience. We had support to Family Physician of each patient. Effectiveness of this method was proved in a total of 646 surgical interventions for any affections, using general and local anesthesia. All patients were

discharged from hospital within 24 hours and only there was a certain type of complication in 1,8 % of cases, assuring a good future to this method, which is advisable to others surgeons.

Subject headings: AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES; SURGERY, ORAL; PHYSICIANS, FAMILY.

Referencias bibliográficas

1. Reis E. Early ambulation. J Am Med Assoc 1989;33(1):454.
2. Paredes JC, Hernández RS. El tratamiento quirúrgico ambulatorio en terceros molares retenidos. Rev Cubana Estomatol 1991; 28(1):34-8.
3. Davis JE. Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria y su Desarrollo. Clin Quirur Norteam 1987;4:685-91.
4. Mederos O, Pargás A, Ruiz J, Gutiérrez A, Peraza E, Castillo AG del. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de familia. Estudio de 254 enfermos. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(3):243-7.
5. Cabrera R, Zamora O, Domínguez JC, Alonso E, Cabrera JC, Cárdenas I de. Cirugía ambulatoria mayor. Estado de satisfacción. Rev Cubana Med Gen Integr 1991;7(3):210-4.
6. Paredes JC, Hernández R, Castañeda H, Rodríguez AT. Cirugía mayor ambulatoria del paciente mayor ambulatorio. I Parte. Rev Cubana Estomatol 1991;28(2):106-11.
7. Paredes JC, Hernández R, Fernández D. Cirugía mayor ambulatoria del paciente maxilofacial. II Parte. Rev Cubana Estomatol 1991;28(2):112-7.
8. Placoch E. Cirugía plástica mayor del paciente ambulatorio. Clin Quirur Norteam 1987;4:891-5.
9. Davis JE. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria. Evaluaciones quirúrgicas y anestésicas. Clin Quirur Norteam 1987;4:137-47.
10. Davis JE. Futuro de la cirugía mayor ambulatoria. Clin Quirur Norteam 1984;4:921-30.
11. Joya R, Padrón R. El médico de la familia. Estudio preliminar en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública 1989;(3):128-37.

Recibido: 26 de febrero de 1998. Aprobado: 10 de septiembre de 1998.

Dr. *Juan Carlos Quintana Díaz*. Ave. 41, edif. 73, apto. 13, entre 34 y 40, Artemisa, La Habana, Cuba.