



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. Agosto 2008; 12(2):

ARTICULO ORIGINAL

Cirugía ambulatoria con anestesia local en el tratamiento de la comunicación buco sinusal mediata y tardía

Ambulatory Surgery using local anaesthesia in the treatment of the mediate and late sinusal oral communication

María E. Marimón Torres¹, María T. Corbo Rodríguez², Hidelfonso Cabeza Alonso³, Alfredo Ferro Rodríguez⁴.

¹ Dra. Especialista de II grado en Cirugía Máxilo-facial. Profesor auxiliar. Máster en Urgencias Estomatológicas. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

² Dra. Especialista de II grado en Cirugía Máxilo-facial. Profesor auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³ DrC. Doctor en Ciencias Médicas. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴ Dr. Especialista de II grado en Cirugía Máxilo-facial. Asistente. Máster en Urgencias Estomatológicas. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo sobre el tratamiento quirúrgico de la comunicación bucosinusal (CBS) mediata o tardía de modo ambulatorio y con anestesia local en el período comprendido entre septiembre del año 2002 y agosto del 2006 cuya muestra estuvo constituida por los 41 pacientes que con ese diagnóstico fueron tratados en el Hospital general docente "Abel Santamaría Cuadrado" (muestreo no probabilístico) en el lapso antes mencionado con el propósito de demostrar que la cirugía de la CBS mediata y tardía se puede realizar de modo satisfactorio con anestesia local y de forma ambulatoria. El trabajo se realizó cumpliendo con los principios de Bioética establecidos. Los resultados fueron procesados estadísticamente utilizando el test de comparación para los estudios comparativos sin la corrección de Yates, trabajando con un nivel de confiabilidad de alfa igual o menor que 0.05. Esto permitió concluir que es posible realizar el tratamiento de la CBS mediata o tardía consistente en la antrotomía radical con técnica de Caldwell Lock de modo totalmente satisfactorio, sin complicaciones adicionales a las descritas en esta técnica, utilizando el modo ambulatorio y la anestesia local, que el transoperatorio cursó de forma satisfactoria, teniendo los pacientes una evolución post quirúrgica favorable con las múltiples ventajas que ofrece esta modalidad de tratamiento para el paciente, los familiares, la institución, la sociedad y la economía. El impacto económico es considerable con un ahorro para el hospital tanto por el tipo de anestesia, como por la cirugía ambulatoria de \$30 961.174.

Palabras clave: Cirugía., Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios/Métodos, Anestesia Local/Métodos, Sinusitis Maxilar/Cirugía.

ABSTRACT

A longitudinal prospective study on the surgical ambulatory treatment of the mediate or late oral sinusitis communication was carried out using local anaesthesia in September 2002 and August 2006. Sample was comprised of 41 patients treated in "Abel Santamaría Cuadrado General Hospital" (non-probabilistic sample). The present study was aimed at proving that the mediate or late surgery of the OCS is able to be ambulatory and performed under local anaesthesia. The bioethical principles were followed. Results were statistically processed using the comparative test for the comparative studies without the Yates correction and working with a confidence level of $\alpha = 0.05$. It allowed concluding that is possible to prescribe the mediate or late OCS using the radical antrotomy with Caldwell Lock technique successfully. The transoperative period was also successfully using the ambulatory surgery and local anaesthesia, having many advantages for the patient, family and the facility as well as the society and economy. The economical impact is great saving \$30 961.174 to the hospital

Key words: Surgery, Ambulatory Surgical Procedures/Methods, Local Anaesthesia/Methods, Maxillary Sinusitis/Surgery.

INTRODUCCIÓN

La comunicación bucosinusal (CBS) es la condición patológica que ocurre por pérdida de la integridad de tejidos blandos y duros, que separan al seno de la cavidad bucal, permitiendo éste quede expuesto al medio bucal, y por tanto, a su flora bacteriana que encuentra una vía expedita para entrar y provocar una infección con su proceso inflamatorio concomitante y cuadro clínico correspondiente.^{1,2}

Hay distintos criterios en cuanto a la frecuencia con que se presenta.

La anatomía del seno maxilar y su proximidad con los dientes superiores hacen que esta región sea particularmente sensible a procesos odontógenos como: quistes, infecciones, fracturas de tuberosidad, desplazamiento de raíces al interior del seno, etc.^{3,4}

Inervado por la segunda rama del V par.

La estrecha relación entre el piso del seno maxilar, el suelo de las fosas nasales y los ápices de los dientes superiores explica el por qué entre las causas más frecuentes de comunicación están las extracciones dentales, debido a una mala técnica, desplazamiento de instrumental, tener las raíces incluidas en el seno, por un legrado alveolar excesivo entre otras.^{3, 5} Pueden ser: inmediatas, cuando se diagnostican inmediatamente que se produce; mediatas pasadas 48 horas de provocada y tardías cuando han transcurrido más de 2 ó 3 meses.

El cuadro clínico depende del tipo de comunicación. Puede haber dolor espontáneo, neurálgico e irradiado a la órbita, dolor localizado a la zona malar y frontal que se acentúa con cambios posturales, cefalea, inflamación, halitosis, secreciones a través del alveolo, paso del aire y reflujo de líquidos bucales para la nariz, epistaxis, alteraciones de la voz, edema, linfadenopatías etc.⁶

Al examen intraoral: lecho no cicatrizado. Si se mantiene abierta o persiste la infección puede producir una inflamación crónica de la mucosa sinusal y epitelización permanente de la fístula, aumentando más el riesgo de sinusitis que puede ser aguda o crónica según el caso.²

El tratamiento difiere de acuerdo al momento en que se haga el diagnóstico en caso de que se establezca la comunicación y sea diagnosticada de inmediato. El objetivo es el cierre de esta y evitar la infección sinusal secundaria. Lo indicado es resolverla, cerrándola en el momento antes de que los gérmenes provenientes de la boca penetren al seno. El cierre se realiza de modo sencillo en el sillón dental, indicándole posteriormente el tratamiento complementario adecuado con antibióticos, analgésicos, termoterapia fría en las primeras 48 horas y posteriormente enjuagatorios ligeramente tibios de solución salina, gotas nasales e inhalaciones, así como mantener ciertos cuidados.⁶

Si esto no se realiza pasamos a una CBS mediata o tardía cuyo tratamiento es más complejo y se realiza mayoritariamente con el paciente ingresado y bajo anestesia general en casi todo el mundo, incluyendo nuestro país y provincia.

En dependencia principalmente del tiempo que lleve la comunicación y el grado de infección del seno muchas veces es pertinente la cirugía sinusal consistente en una antrostomía maxilar con técnica de Caldwell-Luc. Se puede realizar con anestesia locoregional, pero es más recomendable la anestesia general con intubación endotraqueal.⁶

La técnica consiste en la apertura del seno a través de una incisión en la encía por encima de los dientes llegando al seno por una ventana abierta a nivel de la fosa canina. Se legra toda la mucosa sinusal la cual está inflamada de forma crónica, infectada y poliposa, realizando una contrabectura nasal que permita el adecuado drenaje con la colocación muchas veces de sonda balón en el interior del seno; se realiza casi siempre con el paciente hospitalizado y bajo anestesia general.^{2, 4, 6, 7}

Pueden ocurrir complicaciones y secuelas diversas ya sean dentales, en tejidos blandos, oculares, nasales, meníngeas y las complicaciones inherentes a cualquier acto quirúrgico y a las derivadas de la anestesia cuyo riesgo es mayor si se trata de anestesia general, este aumenta con la edad y cuando hay antecedentes de otras enfermedades, etc. Se ha descrito que por cada 15 000 operaciones se produce una muerte inherente a la anestesia general.^{2, 4, 6, 7}

Otra complicación que puede producirse es una infección intrahospitalaria.⁸ Es aquella que se adquirió durante la hospitalización. Aparece como consecuencia de la interacción agente, huésped y medio, donde muchas circunstancias están en contra del huésped, como es la inmunodepresión por el estrés ya sea de la hospitalización como de la enfermedad.

La forma ambulatoria de cirugía se practica mucho antes de que surgieran los hospitales como instituciones sanitarias. Con el desarrollo de la medicina se crearon instalaciones que brindarían una asistencia médica de mayor calidad.

Se considera que la cirugía ambulatoria requiere que el paciente sea egresado antes de las primeras 24 horas.⁹ Actualmente un gran número de países realizan alrededor del 40 % de las operaciones mayores de forma ambulatoria. En nuestro país desde hace algunos años se ha estado realizando este proceder con buenos resultados.

Las ventajas de este método incluyen reducción de los costos, aumenta la disponibilidad de camas, acortan las listas de espera quirúrgicas y evitan las complicaciones inherentes al paciente hospitalizado.^{9, 10}

La autora principal lleva 10 años trabajando en el tema de la comunicación bucosinusal, estudiando diversos aspectos, entre los que han recabado su interés, está el tratamiento quirúrgico de la comunicación bucosinusal mediata y tardía con anestesia local y con la modalidad de cirugía ambulatoria que se lleva a cabo en el Hospital "Abel Santamaría", con el fin de determinar su efectividad y demostrar que puede realizarse de forma totalmente satisfactoria, evaluando las manifestaciones trans operatorias, identificando los eventos post quirúrgicos que se produzcan en estos pacientes y comparar el beneficio económico que ofrece este método con respecto a la hospitalización y el uso de anestesia general en el tratamiento de los pacientes con CBS mediata y tardía.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo sobre cirugía ambulatoria, con anestesia local en el tratamiento de la CBS mediata y tardía en el hospital general docente "Abel Santamaría Cuadrado", en el período comprendido entre septiembre

del año 2002 hasta agosto del 2006; el universo y la muestra coinciden (41 pacientes) por seleccionarse todos los pacientes que fueron con ese diagnóstico, con la sola condición de inclusión que estuvieran de acuerdo en ser operados de modo ambulatorio y con anestesia local, como criterio de exclusión tener antecedentes de alergia a los anestésicos locales y alguna enfermedad que contraindique el uso de la anestesia local como el caso de pacientes psiquiátricos, encefalópatas, etc. Se llenó guía de observación con datos generales y las variables planteadas en el trans (dolor, tiempo quirúrgico y sangramiento) y post operatorio (dolor, edema y sepsis) y la escala para cada una de estas. Se llevó a una base de datos mediante Microsoft Excel y se procesó mediante programa estadístico SPSS versión 10.0 para Windows.

Se llevaron los datos a tablas estadísticas y utilizó el test de comparación para los estudios comparativos sin la corrección de Yates. Se trabajó con un nivel de confiabilidad de alfa igual o menor que 0.05. La discusión se basó en los objetivos propuestos y se realizó comparación con estudios encontrados en la bibliografía revisada.

El estudio de acuerdo a las buenas prácticas clínicas (BPC) contó con la aprobación del consejo científico del Hospital. Se explicó a cada uno de los pacientes las características de la modalidad del tratamiento y llenó el modelo de consentimiento informado. No se hará uso de ningún dato obtenido de ninguna manera que pueda lacerar a los pacientes ni tampoco a los profesionales que hayan tenido de alguna manera responsabilidad con la situación creada al paciente. Los resultados sólo se utilizarán con fines científicos en el marco de la salud.

RESULTADOS

En la modalidad de tratamiento se tiene en cuenta si el paciente fue hospitalizado o no para la cirugía y el tipo de anestesia utilizada. De los 41 pacientes fueron operados ambulatoriamente 36 para un 87.8 %, hubo 5 que requirieron ingreso lo cual no es significativo.

Con respecto al tipo de anestesia empleada para la cirugía, el 100% de los pacientes fueron operados con anestesia local solamente. La evaluación transoperatoria de los pacientes en cuanto a la manifestación de dolor, presencia de sangramiento profuso y prolongación del tiempo quirúrgico muestra que ningún paciente refirió dolor; sólo 7 de ellos, en algún momento de la intervención dijeron tener ligera molestia. En cuanto al sangramiento, ningún caso sangró más de lo normal en este tipo de cirugía. En relación con el tiempo quirúrgico, en dos pacientes se alargó. Con respecto a la evolución postoperatoria fue satisfactoria en 38 pacientes para un 92.68 % y no satisfactoria en 3 de ellos para un 7.3 %.

En la evaluación posquirúrgica de dolor, edema y sepsis, vemos que ningún paciente tuvo dolor ni edema severo, estando la mayoría en la categoría de leve y en los primeros 3 días. Con respecto a la infección en los primeros días un paciente refirió dolor moderado con signos de inflamación aguda, cuyo proceso no prosperó; a los 10 días; 2 pacientes mostraban secreciones, uno tenía una dehiscencia de la herida quirúrgica sumándose otro paciente a los 21 días que manifestaba dolor, febrícula, halitosis.

En la tabla 1 se observa el costo promedio de la antróstomía y cierre de CBS según tipo de anestesia empleada, si se utiliza anestesia general o algún tipo de sedación que se efectúa en la unidad quirúrgica central, según los datos aportados por el departamento de Economía del hospital, cada paciente costaría operarlo \$ 85.60, mientras en el salón de cirugía máxilofacial, con anestesia local el costo se reduce a

\$ 38.46, por lo que los 41 pacientes, si se operaran con anestesia general el tratamiento costaría \$3 509.60 mientras que en el salón de cirugía máxilofacial costaron \$1 576.86. Esto significa un ahorro de \$1 932.74.

Tabla 1. Costo promedio de antróstomía y cierre de CBS según tipo de anestesia empleada.

Pte operado Por CBS	Anestesia general Salón central	Anestesia local Salón Máximo Facial	Ahorro en pesos
1	\$ 85.60	\$ 38.46	\$ 47.14
41	\$3 509.60	\$1 576.86	\$1 932.74

P < 0.05

En la tabla 2 se analiza por separado el costo de un paciente quirúrgico ingresado electivamente en el hospital en que se llevó a cabo la investigación, asciende a \$ 262.60 el día cama, que al sumarle los \$ 6.15, que cuesta el tratamiento medicamentoso promedio, obtenemos \$ 268.75 por paciente cada día que esté en el hospital, por lo que si tomamos como estadía promedio 3 días, los 36 pacientes que dejaron de ingresarse hubieran costado \$ 29 029.00.

Tabla 2. Costo promedio de antróstomía y cierre de CBS por día/cama en paciente hospitalizado electivamente.

Pacientes Hospitalizados	1 paciente un día	1 paciente tres días	36 pacientes un día	36 pacientes tres días
Día/cama	\$ 262.60	\$787.80	\$9 453.60	\$28 360.80
Medicamentos	\$ 6.15	\$18.45	\$ 221.40	\$ 664.20
Total	\$ 268.75	\$ 806.25	\$ 9 675.00	\$ 29 029.00

P < 0.05

La figura 1 muestra el impacto desde el punto de vista económico que representó esta forma de tratamiento en los 41 pacientes, al sumar lo que se dejó de gastar por concepto de hospitalización y anestesia, ascendiendo a \$30 961. 174.

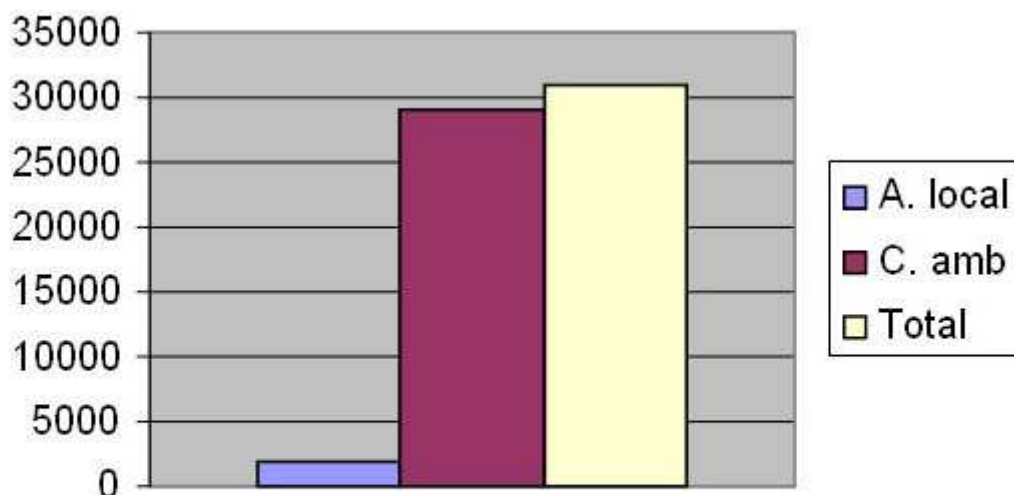


Figura 1. Ahorro obtenido en los pacientes operados con local y de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

De los ingresos 2 necesitaban antibióticos que son de uso intrahospitalario y 3 que tenían colocada sonda balón en el seno, vivían muy distantes y tenían dificultades para trasladarse.

La anestesia local se utilizó independientemente del grado de infección presente en el seno, ni el tiempo que llevaba con la afección. En un trabajo realizado en el Hospital "Ciro Redondo" de Artemisa sobre cirugía mayor ambulatoria en máxilofacial operaron en un año 3 pacientes con CBS mediante anestesia local. El estudio llevado a cabo en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "Manuel Azcunze Doménech" en Camaguey incluyó a 19 pacientes operados por el método ambulatorio; pero la anestesia empleada no fue local.^{11, 12}

Este trabajo difiere de otros, por ejemplo, el que se efectuó en el Hospital "Manuel Azcunze Doménech" acerca de sinusitis Maxilar por CBS donde atendieron en un año 11 pacientes que requirieron antrostomía con técnica de Caldwell-Luc, ésta fue realizada con anestesia general y el paciente ingresado, con un promedio de estadía de 8.8 días; también difiere de la variante en un Hospital de Lima, Perú, y Honduras donde utilizan la técnica con anestesia general e ingreso hospitalario.^{5,13,14} Autores como Sada García considera que este tipo de operación puede realizarse con carácter ambulatorio y cualquier tipo de anestesia ya sea local, con sedación o general, no obstante García García prefiere la anestesia general endotraqueal.^{6, 7}

Los 2 casos cuyas operaciones demoraron más tenían senos muy sépticos y poliposos, además fueron de los que aquejaron alguna molestia que obligaba a reforzar el bloqueo anestésico y esperar más tiempo. Aunque no encontramos trabajos donde se analizaran estos aspectos, con dichos resultados se pone de manifiesto las ventajas que proporciona a los pacientes esta modalidad de tratamiento, pues como se plantea la anestesia general a pesar de ser segura no está exenta de más complicaciones que la anestesia local.¹⁵

Los de evolución no satisfactoria tenían antecedentes de sinusitis crónica, además fueron pacientes cuyo diente causante de la comunicación fue un 3er molar en una arcada dentada.

Al revisar la literatura constatamos que se admite un rango de complicaciones postoperatorias entre el 2.5 y el 12 % según los parámetros aceptados por la OMS. También coincide con los resultados de García Rocó y colaboradores en que el rango de complicaciones presentado en su muestra fue de 6.4 %.^{16, 17}

En los 2 pacientes con sepsis habían antecedentes de sinusitis, sumándose otro paciente a los 21 días que manifestaba dolor, febrícula, halitosis y secreciones nasales concomitando con un proceso catarral; estas alteraciones se explican por los planteamientos de algunos autores cuando dicen que teniendo cuidados se pueden evitar accidentes y complicaciones post-quirúrgicas, pero que a pesar de ello algunos problemas post-operatorios pueden presentarse.¹⁸

No encontramos trabajos similares en los que valoren el costo de la antrostomía de acuerdo al tipo de anestesia.

Es un hecho incuestionable que el factor económico es un aspecto esencial en este tipo de cirugía lo que concuerda con todos los autores revisados que han trabajado en el tema^{10,12,16,17} a esto se le suma una mayor satisfacción para el paciente y sus familiares quienes se sienten más cómodos en su casa, además la exposición a las infecciones intrahospitalarias es mínima, ya que por el método empleado el paciente como se opera con anestesia local, si sale bien, va del salón para su casa, con una mínima permanencia en el hospital.

El impacto desde el punto de vista económico que representó esta forma de tratamiento en los 41 pacientes, al sumar lo que se dejó de gastar por concepto de hospitalización y de anestesia, ascendió a \$30 961. 174, que representó un significativo ahorro para el hospital; a ello se le debe añadir la supresión del riesgo por anestesia general que como refieren Cordero y colaboradores en su trabajo, siempre está presente a pesar de que tomando las medidas pertinentes éste se minimiza.¹⁸

A escala mundial la aceptación del método es de 89%, en el trabajo de García Rocó es del 95% y en el nuestro el grado de aceptación y satisfacción de los pacientes fue del 100%.^{9, 12}

Todo lo anterior permite concluir que el tratamiento de la comunicación bucosinusal mediata y tardía mediante cirugía ambulatoria con anestesia local es totalmente satisfactoria; no se produjeron durante la realización de la antrostomía radical manifestaciones de dolor ni sangramiento y el tiempo quirúrgico fue el adecuado para esta técnica. Fue favorable la evolución posquirúrgica con esta modalidad de tratamiento, las complicaciones post quirúrgicas de dolor, edema y sepsis están dentro de los rangos aceptados para este tipo de cirugía. Fueron múltiples las ventajas de esta forma de cirugía para el paciente, los familiares, la institución, la sociedad y la economía. El impacto económico es considerable, representando un ahorro muy significativo para el hospital por la disminución de sus costos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Rey Santamaría M, Balmaceda Castellón E, Berini Aytes L, Gay Escoda C. incidencia de la comunicación bucosinusal tras la extracción de 389 molares superiores. [Publicación seriada en línea] Med oral, Patol oral, cir Bucal. 2006; 11: (33). [5 Pantallas]. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com>
2. García Arocha R. Complicaciones de la exodoncia.[serie en Internet]. [Acceso el 3 de marzo del 2008]. Disponible en: <http://www.odont.ucv.ve>.
3. Arana B, Zelada L. Análisis de la relación de las piezas dentarias con el piso del seno maxilar y las complicaciones odontológicas consecuentes. Endod. Volvi 1996; 10(10); 39-42.
4. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Documento de información autorización para la realización de antrostomía maxilar. [Sitio en Internet] [Acceso el 7 de marzo del 2008] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_11_procedimiento_consentimiento_informado/orl/49_antrostomia_maxilar_def.doc
5. Sinusitis maxilar crónica por Comunicación bucosinusal. [Sitio en Internet]. [Acceso el 14 de abril del 2008] Disponible en: <http://www.fmcfajardo.sld.cu>.
6. García G. Sinusitis Odontógena. En Bascones A. Tratado de Odontología. 3ª. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales. 2000. p. 3715.
7. Sada García Lamas JM. Comunicación bucosinusales y buconasales. Cirugía Bucal. Madrid. 2da ed. Masson.; 2000 .p. 467-477.
8. López Tagle Daimilé, Ramis Andalia Rina, Bayarre Veá Héctor, Guanche Garcell Humberto. Incidencia de infección en heridas quirúrgicas en hospital de Ciudad de La Habana: Período enero-junio, 2004. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 23 de marzo del 2008]; 45(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300003&lng=es
9. Infante Carbonel MC, Rodríguez García R. Cirugía ambulatoria en el Servicio de Cirugía General Oncológica. [Publicación seriada en línea]. Rev. Cubana Cir. 2006; 45 (3) [5 pantallas].Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu>.
10. Medina Moreno A, Valero Sánchez R, Rodríguez Hernández M, Cañizares Baña F. Ventajas económicas de la Cirugía ambulatoria de Otorrinolaringología en dos Hospitales Pediátricos Provinciales. (Cienfuegos-Sancti Spíritus). [Publicación seriada en línea]Gaceta Médica Espirituana 2006; 8(3) [5 Pantallas]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu>.
11. Quintana Díaz JC, Ceja Amate C. Cirugía mayor ambulatoria maxilofacial. Apoyo del médico de familia. Rev Cubana Estomatol 1998; 35(3):92-6
12. García-Roco Pérez O, Arredondo López M, Correa Moreno A, Siré Gómez A. Algunas tendencias actuales en la cirugía maxilofacial mayor ambulatoria. Nuestra experiencia. Rev Cubana Estomatol 2002; 39(2).
13. Oré de La Cruz J, Bravo Montes de Oca M. Sinusitis maxilar odontógena. [Sitio en Internet]. [Acceso el 14 de abril del 2008] Disponible en: <http://www.visidental.net>.

14. Durón Martínez J, Fiallos Padilla S, Martínez, S. Pólipo antrocoanal. Reporte de dos casos. Revisión de la literatura. Rev. méd. hondur [revista en la Internet]; jul.-sept. 2003. [citado 23 de marzo del 2008]71(3):132-136. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2003/pdf/Vol71-3-2003-5.pdf>
15. Kellicker P. Anestesia General. [monografía en internet]; Disponible en: <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkid=121249#risk>. [Acceso el 14 de abril del 2008]
16. 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.
17. Mederos Curbelo ON, León Chiñón LJ, Romero Díaz C, Mustafá García R, Quesada L, Torres Hernández D. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Comandante Manuel Fajardo». Rev Cubana Cir 1999;38(1):41-5
18. Cordero Escobar I, Pérez Calleja L, Pérez Martínez G. Influencia del riesgo en las complicaciones post anestésicas. Revista sociedad cubana de anestesiología y reanimación. [revista en la Internet] Mayo - Agosto 2007, [citado 14 de abril del 2008], 6(2) Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol6/no2/scar4207.pdf>

Recibido: 30 de Mayo de 2008.

Aprobado: 26 de Enero de 2009.

Dra. María E. Marimón Torres. Especialista de II grado en Cirugía Máxilo-facial. Profesor auxiliar. Máster en Urgencias Estomatológicas. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Dirección: Rafael Morales #358. Pinar del Río. E-mail: carolina@princesa.pri.sld.cu