



Derivaciones, procedimientos y complicaciones en servicios de cirugía bucal. Revisión de la literatura

Referrals, procedures and complications in oral surgery services. Literature review

María Jesús Pacheco-Vergara,* Ricardo Andrés Cartes-Velásquez[§]

RESUMEN

Varios estudios han descrito y analizado el funcionamiento de los servicios quirúrgicos orales/bucales en miras a introducir mejoras de calidad y disponibilidad de la atención. El objetivo del presente artículo es revisar los patrones de derivación, procedimentales y de complicaciones descritos en la literatura de corriente principal. En estudios realizados principalmente en Inglaterra y África, se determinó que los procedimientos más frecuentes son de baja complejidad, principalmente exodoncias, y dentro de las exodoncias, principalmente terceros molares. En la mayoría de los procedimientos se utilizó anestesia local y el motivo más común de derivación fue por extracciones múltiples, quirúrgicas o complicadas. La derivación fue dada principalmente por el odontólogo general, y en menor cantidad por odontólogo especialista, médico general y médico especialista. Son pocos los procedimientos que generan complicaciones postquirúrgicas, dentro de las cuales está alvéolo seco, infección, inflamación y dolor alrededor de las suturas y hemorragias.

Palabras clave: Remisión y consulta, cirugía bucal, centro secundario, complicaciones postoperatorias.

Key words: Referral and consultation, oral surgery, secondary center, post-operative complications.

ABSTRACT

Several studies have described and analyzed performance of oral surgical services with the aim of introducing improvement in care quality and availability. The aim of the present article was to review referral, procedure and complication patterns described in scientific literature. In studies mainly conducted in the United Kingdom and Africa, it was determined that most frequent procedures are of low complexity, mainly extractions, and within extractions, those of third molars. Local anesthesia was used in most procedures, the most common reasons for referral were multiple, surgical or complicated extractions. Referral was mainly executed by the general dentist, and in lesser amounts by the specialist dentist, general physician and specialist physician. Few procedures cause post-surgical complications. Among these we can count dry socket, infection, inflammation, pain around sutures and hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

Existen diversos tipos de servicios donde se realizan cirugías bucales y maxilofaciales en el mundo; desde centros de atención primaria a terciaria.¹⁻⁹ Los procedimientos quirúrgicos a nivel bucal y maxilofacial han mostrado un gran desarrollo; sin embargo, los requerimientos de la población siguen mostrando un patrón similar al de décadas anteriores.⁴⁻¹⁰

En la literatura, principalmente anglosajona, se reportan diversos estudios que describen y analizan la forma de funcionamiento de los servicios de cirugía bucal,¹⁻¹⁰ estos datos permiten diseñar y planificar políticas de atención quirúrgica de mejor calidad y pertinencia según las necesidades de cada localidad.⁶

El objetivo del presente artículo es revisar los patrones de derivación, procedimentales y de complicaciones descritos en la literatura de corriente principal en los servicios de cirugía bucal alrededor del mundo.

SERVICIOS DE CIRUGÍA BUCAL Y SIMILARES ALREDEDOR DEL MUNDO

El Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido ha decidido realizar derivaciones a centros de atención primaria (trabajan odontólogos generales) para obtener un sistema de salud que pueda atender con mayor rapidez a la población, mejorar su accesibilidad y disminuir el costo. Pacientes con compromisos de salud mayor son derivados a centros de

* Alumna de pregrado en la Facultad de Odontología, Universidad de Concepción, Chile.

§ Profesor Asistente en la Facultad de Odontología, Universidad de Concepción, Chile.

Recibido: enero 2015.

Aceptado: junio 2015.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>

atención secundaria o terciaria donde hay especialistas.¹⁻⁵

Para realizar cirugías que sobrepasen las capacidades de un Centro de Atención Primaria, pero que no son urgentes ni de alta complejidad, se creó un Servicio de Cirugía Menor Oral Intermedio en Croydon, Londres.⁶ A diferencia de otros países, en el Reino Unido aún se realiza gran cantidad de cirugías orales en hospitales en vez de realizarse en Servicios de Atención Primaria, aumentando los gastos del Servicio Nacional de Salud.³

El sistema de salud dental de Croacia es parte del sistema de salud, y se divide en atención primaria (sólo odontólogos generales), secundaria (especialistas) y terciaria (cuando se requiere hospitalización del paciente), y los pacientes son derivados a partir de centros de atención primaria.^{7,8}

En España, la mayoría de las cirugías orales y maxilofaciales son realizadas en Servicios de Cirugía Maxilofacial del sistema de hospitales públicos, lo que genera largas listas de espera y carga excesiva, tanto económica como social.⁹

En Sarajevo, Bosnia-Herzegovina la atención dental se clasifica en primaria (odontólogos generales), secundaria (cirujanos orales en el Departamento de cirugía oral de hospitales) y terciaria (en el Departamento de cirugía oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sarajevo por cirujanos orales), donde los pacientes son atendidos de acuerdo con la complejidad del caso.¹⁰

En Dar es Salaam, Tanzania, las cirugías orales y maxilofaciales, tanto mayores como menores, son realizadas en el Hospital Nacional Muhimbili, ya que es el mayor centro del país que presta servicio de cirugía bucal y maxilofacial. Existen otros tres servicios menores de esta índole en Tanzania.¹¹ En Kano, Nigeria, el Departamento de cirugía Dental y Maxilofacial del Hospital Docente Aminu Kano es un hospital de atención terciaria que atiende pacientes provenientes de 4 de los 8 estados del noroeste de Nigeria.¹²

En Australia existen servicios con especialistas en Medicina y Patología Oral, donde los pacientes atendidos fueron derivados por odontólogos o médicos, tanto generales como especialistas. Esto se debe a que la mayor parte de la población ante un problema oral, busca una solución con un médico en vez de un odontólogo; razón por la cual la gran mayoría de los pacientes llegan a estos centros especializados con previa derivación, y no por propia iniciativa.¹³

En Estados Unidos, los odontólogos generales prestan atención primaria, siendo la base del sistema de salud dental, desde donde los pacientes son derivados a Servicios de Cirugía Oral de mayor complejidad.¹⁴

PROCEDIMIENTOS EN SERVICIOS DE CIRUGÍA BUCAL

En la siguiente sección se presentan los tipos de procedimientos realizados en servicios de cirugía oral y/o maxilofacial, tanto en establecimientos de atención primaria como secundaria y terciaria de diversos países.

En el periodo abril 2007-marzo 2008, en un servicio de cirugía menor oral del Reino Unido, la cirugía más común fue exodoncia quirúrgica (no incluye terceros molares), segundo exodoncia quirúrgica de terceros molares y luego endodoncias quirúrgicas. La prescripción de antibióticos se realizó en un 96% de las endodoncias quirúrgicas, mientras que en los otros procedimientos la prescripción fue considerablemente menor (menos del 20%).⁴

Durante el periodo diciembre 2011-mayo 2012, en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Dental de la Universidad de Manchester (Servicio de Atención Secundaria), Reino Unido, la mitad de los procedimientos fue realizado sólo con anestesia local, mientras que el 36% fue realizado con anestesia general o sedación del paciente y el porcentaje restante de los pacientes fue re-derivado o no se le realizó la intervención. El 51% de los pacientes estaba bajo tratamiento con medicamentos y en cuanto a la historia médica las condiciones más comunes de los pacientes fueron asma, hipertensión e hipercolesterolemia.¹⁵

En el Servicio de Cirugía Menor Oral Intermedio en Croydon, Londres entre enero 2008-diciembre 2009, aproximadamente el 68% de los pacientes fue derivado para un único procedimiento, mientras que el restante 32% fue derivado para procedimientos múltiples. Los procedimientos realizados fueron extracciones complicadas (31%), extracciones simples (13%) extracción de terceros molares (39%), raíz retenida (14%), y otros (3%). Los procedimientos fueron realizados sin sedación.⁶

En un Servicio de Cirugía Oral de Atención Primaria en el Reino Unido, los procedimientos realizados por un determinado dentista especializado en cirugía oral, de mayor a menor frecuencia, fueron exodoncias (85.2%), cirugía endodóntica (10.6%), biopsia de lesión oral (2.4%), remoción de quistes (0.6%), cirugía periodontal (0.3%), otros.¹

En la Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Chris Hani Baragwanath, Johannesburgo, en 1987 (primer semestre), la anestesia general se utilizó más que la local (87.4% y 12.6%, respectivamente), mientras que en el primer semestre del 2007 se revertió la situación y la anestesia local fue utilizada en

un 54.7% de las cirugías. Los diagnósticos para realizar la cirugía fueron trauma, tumor, diente impactado, diente móvil o cariado, absceso/celulitis, complicaciones postquirúrgicas, trastornos temporomandibulares y deformidad facial. Los diagnósticos más frecuentes en ambos periodos fueron trauma, luego tumores en 1987 y dientes impactados en 2007. Se debe tener en consideración que estos datos son de Sudáfrica, en donde hay violencia y asaltos constantemente; por esta razón un gran porcentaje de las cirugías son por traumas, especialmente fracturas mandibulares.¹⁶

En el Hospital Nacional Muhimbili de Tanzania, durante enero 2003-enero 2009, las patologías mayores más frecuentes fueron tumores benignos (56.2%), fracturas (12.8%), quistes (10.1%), tumores malignos (7.9%), infecciones crónicas (3.7%), y otros. Los procedimientos de cirugía mayor realizados fueron excisión de tumor con o sin reconstrucción (45.8%) reducción abierta con fijación y fijación intermaxilar (11.2%), enucleación del tumor (9.9%), fistulectomía (9.9%), excisión quirúrgica amplia (5.9%), sinusectomía (3.5%), secuestrectomía (3.3%), condilectomía y/o coronoidectomía (5.3%), y otros procedimientos quirúrgicos en menos del 1% de los casos.¹¹

Los procedimientos realizados en una clínica privada y hospital de Medicina y Patología Oral de Brisbane, Australia entre 1997 y 2001 fueron prescripción de medicamentos (50.81 y 36.6%, respectivamente), biopsia (19.3 y 18.4%), muestra de sangre (12.13 y 14.4%), imagenología (9.42 y 13%), crioterapia (1.72 y 6.2%, principalmente para mucocelos). La mayoría (62.3%) de las biopsias en la clínica privada fue excisional, mientras que en el hospital la mayoría (60.7%) fue incisional. En ambos establecimientos un porcentaje bajo de las biopsias (1.36% en la clínica, 9.35% en el hospital) fue por punción.¹³

En el Departamento de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sarajevo entre enero 2011 y diciembre 2012, los pacientes fueron derivados por odontólogos generales, y en todos los procedimientos se utilizó anestesia local. Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron dientes impactados o semiimpactados (35%), lesiones periapicales (15.7%) y raíces retenidas (13%). Dentro de los dientes impactados, los terceros molares fueron los más frecuentes (85%). Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron extracción quirúrgica (49.8%), quistectomía (17.4%), apicectomía (15.7%), excisión (4.9%), alveoloplastia (4%) y frenectomía (1.6%).¹⁰

En el Departamento de Cirugía Oral, Hospital de la Universidad de Dubrava en Zagreb, Croacia durante el año 2011 se realizaron los siguientes procedimientos en la clínica ambulatoria: extracción den-

tal (37.67%), examen y programación para cirugía (29.51%), examen con o sin seguimiento (29.71%), incisión intraoral (1.36%) y otros (1.74%). Los procedimientos realizados en la sala de operaciones ambulatoria fueron alveolectomía (57.25%), apicectomía (16.72%), quistectomía (6.68%), excisión (5.13%), frenulectomía (3.04%), exploración (2.68%) y otros (8.50%). Los diagnósticos más frecuentes para la clínica ambulatoria fueron raíces retenidas, lesiones periapicales crónicas y caries penetrantes, mientras que para la sala de operaciones los diagnósticos más frecuentes fueron dientes impactados, lesiones periapicales crónicas y raíces retenidas.⁷

En el Departamento de Cirugía Oral del Centro Clínico Hospitalario Rijeka, Croacia durante un periodo de un año entre 1998-1999, las razones más comunes de derivación fueron lesión periapical crónica (33.3%), raíz retenida (26.7%), diente impactado (12.7%), quiste radicular (8.3%). Los procedimientos más frecuentes fueron apicectomía (30.6%), exodoncia (27.5%), alveolectomía (25.9%), quistectomía (7.8%) y frenulectomía (3.8%).⁸

Durante el periodo enero 2000-diciembre 2005, el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de San Lucas de la Pontificia Universidad Católica de Río Grande do Sul, Brazil realizó con mayor frecuencia cirugías dentoalveolares (22.9%), cirugía ortognática (21.4%), fracturas faciales (18%), cirugías por condiciones patológicas (16.7%), implantes dentales e injertos (13.7%). Otras cirugías realizadas fueron debido a labio leporino y/o paladar hendido (3.4%), tratamiento de infecciones maxilofaciales (2.95%) y cirugías temporomandibulares (1%). En cuanto al número de cirugías realizadas, se observó un descenso a través de los años en estudio.¹⁷

En el Departamento de Cirugía Dental y Maxilofacial del Hospital Docente Aminu Kano (hospital de atención terciaria), Nigeria, entre 2001 y 2003 se realizaron procedimientos quirúrgicos primarios (92.8%) y secundarios (9.2%). En un 88.5% de los pacientes se utilizó anestesia general y en el 11.5% restante se utilizó anestesia local. Los procedimientos de cirugía primaria fueron reducción e inmovilización (23.3%), alambrado transóseo (13.3%), reparación (8.8%), resección y desarticulación (7.7%), sutura (7.7%), excisión (6.6%), parotidectomía (5.5%) y otros. Los procedimientos quirúrgicos secundarios fueron canulación del conducto parotídeo (25%), reparación de fístula oronasal (un paciente, que representa el 12.5% de los procedimientos quirúrgicos secundarios), refractura con alambrado transóseo (12.5%), injerto de piel (12.5%), sutura secundaria (12.5%), inserción de clavos de Steinmann por pérdida de segmentos man-

dibulares (12.5%) e injerto de cresta ilíaca autógena por pérdida de segmentos mandibulares (12.5%). Se debe considerar el bajo estado socioeconómico de los pacientes y la alta frecuencia de trauma facial en Nigeria dentro de las características de los procedimientos.¹²

En el Hospital Universitario 12 de Octubre de la Universidad Complutense de Madrid, España, durante dos años académicos del Colegio Dental, la mayoría de las intervenciones realizadas fueron exodoncias, constituyendo el 91% del total de los procedimientos. Otros procedimientos realizados fueron cirugía periapical (0.5%), tracción ortodóncica (0.2%), quistectomías (0.6%), alisado de hueso y torus (0.2%), intervención de tejidos blandos (0.5%) y consultas/controles (7%). Dentro de las exodoncias, los terceros molares inferiores involucran el 52.5% de los casos, terceros molares superiores el 31%, caninos impactados el 1.2%, premolares impactados el 0.3%, supernumerarios el 0.5% y otros un 5.5%.⁹

En el Hospital Provincial Universitario «Capitán Roberto Rodríguez Fernández», Municipio de Morón, provincia de Ciego de Ávila, Cuba, en el periodo enero-diciembre 2011, el 95.6% de los procedimientos realizados por un cirujano maxilofacial fue con anestesia local y el 4.37% fue con anestesia general, de los cuales el 0.93% de los pacientes fue internado. El 30.6% de las cirugías fueron menores y el 69.4% fueron cirugías mayores. Las patologías de tejidos blandos más comunes diagnosticadas clínicamente fueron carcinoma basocelular en primer lugar, segundo nevus, tercero quiste sebáceo. Las patologías en tejidos duros más frecuentes fueron terceros molares retenidos, luego reborde irregular y tercero dientes incurables. En el caso de extracción de terceros molares, algunas fueron cirugías simples que podrían haberse realizado en Centros de Atención Primaria, pero los pacientes fueron derivados al hospital por otras causas.¹⁸

En el año 2003, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario «Dr. Miguel Enríquez» el 61% de los procedimientos fueron cirugías mayores ambulatorias. Los procedimientos realizados fueron extracciones múltiples con alveoloplastias (48.02%), exéresis de dientes retenidos (38.60%), cirugía preprotésica (9.68%), neoplasias benignas (1.23%), cirugía oncológica (1.05%), cirugía cosmética (0.86%) y otros (0.55%). Del total de las intervenciones, solamente el 0.25% fue de urgencia y el 99.75% fue electiva, y todas las intervenciones se realizaron con anestesia local.¹⁹

Durante una semana en 1990 y 2000, en Australia, los procedimientos realizados por cirujanos orales y

maxilofaciales fueron servicio dentoalveolar (mayor al 60% ambos años), trauma (menor al 10% ambos años), patología (menor al 10% en 1990 y mayor al 10% el 2000), cirugía ortognática (menor al 10% ambos años), cirugía reconstructiva (menor al 10% ambos años), y otros (menor al 5% ambos años).²⁰

En el periodo septiembre 2008-agosto 2010 en Urgencia Pediátrica del Hospital 12 de Octubre, España, bajo un nuevo protocolo de atención de trauma dental, el 60% de los pacientes fue atendido solamente por pediatras y a los pacientes derivados a un cirujano maxilofacial se les realizó sutura de laceraciones gingivales (6.4%), exodoncias (3%) y ferulización dental (1.3%).²¹

En Gales del Sur, Inglaterra en el periodo 1999-2007 de 11,325 pacientes, 287 recibieron anestesia general dental, de los cuales 30.7% fueron niños de cinco años o menores. Las razones más frecuentes fueron tratamiento de caries dental con un promedio de 4 exodoncias (87.1%), ansiedad en adultos (6.6%), tratamiento ortodóncico (3.5%) y cirugía menor oral (2.8%).²²

En un hospital docente de Inglaterra en el año 1997, los niños (1-16 años) que recibieron anestesia general para atención dental tenían historia médica complicada, estaban muy ansiosos, o eran niños de cinco años o menores con caries rampante. Los procedimientos más comunes realizados fueron exodoncias y tratamientos restaurativos (55.5%), sólo exodoncias (57/263) y sólo tratamientos restaurativos (38/263).²³

PATRONES DE DERIVACIÓN A SERVICIOS DE CIRUGÍA BUCAL

El tiempo de espera promedio entre la derivación y la primera cita para la cirugía/realización del tratamiento fue de 3-6 semanas en un Servicio de Atención Primaria en Croydon en los periodos abril 2004-abril 2006 y enero 2008-junio 2010,^{5,24} 6.8 semanas en un Servicio de Cirugía Menor Oral en el Reino Unido en el periodo abril 2007-marzo 2008,⁴ máximo ocho semanas en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de la Universidad de Mayday entre abril 2004-abril 2006, casi 10 semanas en un Servicio de Cirugía Menor Oral Intermedio en Croydon, Londres entre enero 2008-diciembre 2009,⁶ entre 4 semanas (79% de los casos) y casi 10 semanas (97% de los casos; el 3% restante fue aplazado por razones personales de los pacientes) en un centro de atención primaria del Reino Unido, en el año 2004.¹

Durante el periodo enero 2008-junio 2010, sólo un 0.5% de los pacientes no fue atendido, y fue derivado a un servicio de atención secundaria; principalmen-

te por la mayor complejidad de la cirugía o porque el paciente deseaba anestesia general. Otros pacientes fueron redireccionados a su odontólogo general por derivación inapropiada.⁵ El límite de tiempo de espera desde el día de la derivación hasta el inicio de la cirugía o tratamiento en Inglaterra es de 18 semanas, pero a veces la sobrecarga de pacientes que requieren de los servicios, causa una demora mayor a las 18 semanas, como ocurrió en abril del año 2007 en el Hospital Universitario Mayday.²⁴

Por otro lado, el tiempo de espera promedio desde la cita previa a la cirugía al procedimiento en un hospital docente de Inglaterra en 1997 fue 4.8 meses, con un máximo de seis meses para el 75% de los niños que recibieron anestesia general para atención dental. La diferencia en el tiempo de espera fue significativa entre niños con historia médica compleja —que fueron atendidos antes— y niños sanos.²³

En un periodo de tres años, abril 2004-abril 2006, en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de la Universidad de Mayday se realizó un *triage* de las derivaciones para reducir el tiempo de espera, y se obtuvo un 36% de derivaciones para centros de atención secundaria, y un 59% para centros de atención primaria donde fueron atendidos por cirujanos orales y se utilizó sólo anestesia local. Las derivaciones fueron dadas principalmente por odontólogos generales, pero también por médicos generales, consultores del departamento de accidentes y emergencias y fuera de él, otros pacientes se auto-derivaron, y en otros casos fue posterior a una admisión de emergencia.²⁴

La derivación a cirujanos orales y maxilofaciales fue dada por: odontólogo general (64.6% el año 1990, 61.2% el 2002), odontólogo especialista (21.3 y 22.7%, respectivamente), médico general (9.4 y 11.2%, respectivamente) y médico especialista (4.7 y 5.0%, respectivamente) en Australia durante el periodo de una semana en 1990 y 2000.²⁰ En el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Dental de la Universidad de Manchester durante diciembre 2011-mayo 2012, la derivación fue realizada por dentistas generales en un 97.7% y el resto de los pacientes fue derivado de otros hospitales, médico general o centro odontológico.¹⁵

La mayoría de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario 12 de Octubre de la Universidad Complutense de Madrid fue derivada del Instituto de Seguridad Social de Madrid y de Centros de Atención Primaria (84%). El 13.5% de los pacientes se presentó sin previa derivación y un 2.5% era estudiante o parte del personal del Colegio Dental de la Universidad.⁹

En una clínica privada de Medicina y Patología Oral de Brisbane, Australia, durante un periodo de cinco años, 1997-2001, el 82% de los pacientes fue derivado por dentistas (71.47% dentistas generales, 10.87% dentistas especializados) y 18% por médicos (11.05% por médicos generales, 6.61% por médicos especializados). En un Hospital de Medicina y Patología Oral en Brisbane, Australia durante el mismo periodo de tiempo, el 48.4% de las derivaciones fue de clínicas del mismo hospital, un 45.8% de odontólogos generales, 3.4% de médicos generales y 2.4% de médicos especializados.¹³

Las razones de las derivaciones en la clínica privada fueron abultamiento de tejidos blandos (19.58%), úlcera (10.8%), leucoplasia (9.9%), lesión pigmentada (5.27%) y xerostomía (3.51%), mientras que en el hospital las razones fueron leucoplasia (11.5%), úlcera (9.31%), lesión pigmentada (6.43%), candidiasis (5.24%) y liquen plano (3.21%). Algunos pacientes fueron derivados por más de una causa. En ciertos casos los pacientes necesitaron otro tratamiento, por lo que fueron derivados desde la clínica privada (20.5% de los pacientes) u hospital (30.8% de los pacientes) a un médico subespecialista (19.3% hospital, 20% clínica privada) o dentista subespecialista (71.8% hospital, 65.5% clínica privada), generalmente un subespecialista en particular. Dentro de las derivaciones para dentistas subespecializados, el 23.4% de las derivaciones del hospital y el 21.7% de la clínica privada fue para cirujanos orales, ya sea para extracción, excisión, exploración quirúrgica o consulta.¹³

Las razones para derivar en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Dental de la Universidad de Manchester durante diciembre 2011-mayo 2012 fueron variadas; las más frecuentes fueron extracciones quirúrgicas, múltiples o complicadas. Luego en un menor número de casos, de mayor a menor, la causa fue indicación de sedación intravenosa, apicectomía, biopsia, dolor atípico, quiste, fracaso de extracción, historia médica compleja, desfocación profiláctica, indicación de anestesia general, implantes, segunda opinión, sospecha de cáncer, frenectomía y otros (elección del paciente, complicación postoperatoria, exposición quirúrgica, test de alergia).¹⁵

En un servicio intermedio de cirugía oral menor de Londres en el periodo enero 2008-diciembre 2009 los motivos de derivación fueron extracciones complicadas (40%), extracción de terceros molares inferiores (26%), extracción de terceros molares superiores (15%), raíz retenida (15%) y otros (4%). Los pacientes no tratados fueron re-derivados a servicios de mayor complejidad, de atención secundaria, debido a la historia médica del paciente. Ninguna de las derivacio-

nes fue inapropiada, pero algunas exodoncias que se creían serían complejas terminaron siendo simples.⁶

En una encuesta en Estados Unidos, 128 odontólogos graduados de la Universidad de Boston sin estudios posteriores respondieron si derivarían o no a pacientes de casos clínicos. La respuesta para cirugía dentoalveolar simple fue: 75.5% de los dentistas atendería al paciente, 16.6% derivaría a un cirujano dental, 0.3% a un periodoncista y 7.3% a otros especialistas; para la colocación de un implante solamente un 10.3% lo realizaría, la mayoría (50.1%) derivaría al paciente a un cirujano oral y el resto (31.0%) derivaría a un periodoncista; para cirugía simple en pacientes médicamente comprometidos el 46.9% realizaría la cirugía, 39.1% derivaría a cirujanos orales y 11.7% a periodoncistas; para cirugía compleja, en pacientes médicamente comprometidos tan sólo el 22.6% realizaría el procedimiento y el 75.4% derivaría a un cirujano oral.¹⁴

La mayor razón de derivación fue falta de experiencia quirúrgica; otras razones fueron falta de equipo quirúrgico necesario, fácil acceso a especialistas, «cirugía muy consumidora de tiempo» y habilidades limitadas en el manejo de pacientes médicamente comprometidos. Es importante mencionar que las mujeres odontólogas decidieron derivar más que los hombres para cirugías simples e implantes, mientras que para cirugías más complejas la diferencia no fue estadísticamente significativa.¹⁴

En Gran Manchester, Reino Unido, 74 odontólogos generales respondieron una encuesta sobre las derivaciones realizadas durante dos meses el año 1998. El 76% realizó cirugías orales menores en su práctica. Dentro de los odontólogos que realizaron cirugías, el 95% utilizó anestesia local, 21% sedación intravenosa, 5% sedación inhalatoria y 14% anestesia general. Las razones para derivar pacientes fueron dificultad anticipada de la cirugía (93%), historia médica complicada (91%), falta de equipo para anestesia general (77%), necesidad de una segunda opinión (66%), falta de cooperación del paciente (50%), falta de equipo para sedación inhalatoria (46%), desagrado de realizar cirugías orales (36%), y otros. Los procedimientos que prefirieron derivar fueron desórdenes temporomandibulares (92%), extracción de terceros molares (89%), colocación de un implante (85%), biopsias (84%), apicectomías (72%), frenectomía u otra cirugía de tejidos blandos (69%), trauma dental (65%), dolor facial (62%), extracción de restos radiculares (39%), extracción de diente con fórceps (7%). Los lugares donde derivaron a sus pacientes fueron principalmente hospitales, también a servicios de cirugía dental y otros dentistas generales.²

En el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Dental de Manchester, Reino Unido, durante un periodo de seis meses entre 2011 y 2012, las derivaciones de odontólogos generales del Servicio Nacional de Salud en Manchester fueron evaluadas, y se decidió derivar a centros de atención secundaria a los pacientes con las siguientes condiciones: necesidad de anestesia general, complejidad de la cirugía (la razón más frecuente), inseguridad en el diagnóstico de lesiones de tejidos blandos, falta de equipos para el diagnóstico, historia médica compleja, razones psicosociales (pacientes con fobia severa al dentista, alcohólicos, con discapacidad física o mental) y pacientes sin complicaciones pero escogidos para la práctica y enseñanza de estudiantes de pregrado y posgrado.³

Se realizó un estudio acerca de 100 interconsultas en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital y Colegio Dental Dublin, de las cuales ninguna contenía todos los datos necesarios. Los datos incluidos acerca del paciente fueron nombre (100%) y en menor porcentaje la dirección, fecha de nacimiento, género y número de teléfono. En relación con los datos del odontólogo, se indicó nombre, dirección y número de teléfono en la mayoría de las interconsultas, y el E-mail en un pequeño porcentaje. Ninguna indicaba detalles del médico general del paciente importante en casos de pacientes con historia médica compleja. La información clínica dada en más de la mitad de las interconsultas fue motivo, hallazgos clínicos, tratamiento específico pedido, y en menos de la mitad se mencionó la urgencia de la derivación, historia médica pasada, medicamentos actuales o pasados y advertencias médicas.²⁵

En Surrey, Inglaterra, entre septiembre 2011 y febrero 2012 un 2% de las interconsultas para cirugías orales fueron rechazadas por el Servicio de Derivación dentoalveolar, porcentaje menor a periodos anteriores, donde el 4% (mayo-diciembre 2011) y el 7% (mayo-diciembre 2010) de las derivaciones fueron rechazadas. Los pacientes cuyas derivaciones fueron rechazadas, fueron atendidos por el mismo odontólogo general, otro odontólogo general o se realizó un tratamiento alternativo. Los dientes derivados para extracción más rechazados fueron los terceros molares superiores y luego terceros molares inferiores.²⁶

En un estudio de consultores de cuatro hospitales dentales universitarios de Nigeria se obtuvo sólo un 6.23% de derivaciones excelentes, 28.25% buenas, 42.63% adecuadas y 22.90% pobres. Con relación en el contenido de la carta de derivación, sobre el 60% de los encuestados opinó que son esenciales los siguientes datos: nombre del paciente, fecha de la de-

rivación, dirección del paciente, tratamiento realizado hasta el momento, sospecha de malignidad o premalignidad, razón de la derivación, estado de tejidos duros, historia médica relevante, historia de reclamos, descripción adecuada de reclamos y nombre del profesional.²⁷

El cirujano oral y maxilofacial debe cumplir con ciertas condiciones para obtener a los pacientes, las cuales son, además de las propias habilidades y personalidad del cirujano, la primera impresión en recepción y primer contacto telefónico, apariencia de la consulta y calidad del material impreso.²⁸

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN SERVICIOS DE CIRUGÍA BUCAL

Un bajo porcentaje de los procedimientos tuvo complicaciones posteriores a la cirugía. En distintos servicios de Reino Unido la complicación más frecuente fue alvéolo seco con una incidencia del 1 al 2.3%.^{4,6,7} Dentro de éstos el 77% fue posterior a la extracción de terceros molares inferiores y 1.6% de los pacientes tuvo una infección luego del tratamiento. Otras complicaciones postquirúrgicas fueron inflamación y dolor alrededor de las suturas (2.4%), 4 pacientes presentaron hemorragias luego de la cirugía, un paciente requirió ser internado en un hospital por infección grave, a causa de pericoronaritis y otro presentó parálisis temporal del nervio facial.¹

DISCUSIÓN

La mayor parte de los procedimientos realizados en servicios de cirugía bucal son de baja complejidad, tales como exodoncias, principalmente de terceros molares, en menor cantidad cirugías dentoalveolares y endodoncias quirúrgicas y luego biopsia, quistectomía y alveolectomía, donde comienza a aumentar la dificultad del procedimiento.

Para enfrentar estas necesidades se han implementado esta clase de servicios tanto en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Con lo anterior se busca entregar atenciones de calidad de la forma más eficiente de acuerdo a las necesidades propias de cada población.

Aunque prácticamente toda la literatura coincide en los patrones de derivación y atención, estos difieren en países africanos. En Sudáfrica y Nigeria la mayoría de los procedimientos son reparación de fracturas, por ejemplo reducción e inmovilización y tratamiento de dientes impactados. En el caso de Nigeria, su causa radica en la alta violencia, que genera frecuentes fracturas.¹² A pesar de estar más desarrollado Sudá-

frica con respecto al resto del continente, es alarmante la cantidad de lesiones provocadas por violencia interpersonal y violencia de género, además de los accidentes de tránsito, lesiones auto inflingidas y desastres naturales. Aproximadamente 3.5 millones de personas buscan atención médica cada año, de las cuales la mitad es por violencia. De hecho, la tasa de mortalidad por lesiones en este país es casi el doble de la tasa mundial promedio.²⁹ Otro posible factor es el económico; por la pobreza se recurre a un servicio de salud sólo cuando es absolutamente necesario, por lo que no se realizarían los procedimientos preventivos, extracciones dentales, etc. lo que explicaría por qué no se realizan muchas extracciones.

Se debe mencionar que en Tanzania también hay muchos accidentes, causa por la cual llegan a servicios de salud a atenderse, especialmente por accidentes en motocicletas y caminos en mal estado, pero no se observan en los datos encontrados.¹¹ En cuanto a las cirugías, la mayoría éstas fue realizada con anestesia local, a excepción del Hospital en Nigeria, donde fue considerablemente mayor la cantidad de cirugías realizadas con anestesia general.¹²

En el Área de Medicina General, de los procedimientos realizados en dos centros de atención primaria del área de SantCugat del Valles y Valldoreix, España, durante un periodo de cinco años- noviembre 2002- diciembre 2007- la mayoría de las lesiones fueron benignas, ya que las lesiones malignas fueron derivadas a otros centros. Además, se utilizó anestesia con y sin vasoconstrictor, y anestesia tópica de acuerdo con el tipo de cirugía y paciente.³⁰ Es posible evidenciar que esta misma tendencia se da en odontología, donde los procedimientos se realizan mayormente con anestesia local, y hay pocas lesiones malignas intervenidas. Un factor que pueda causar que estas lesiones sean derivadas a otros centros es el temor asociado a tratar lesiones de este tipo y el mayor cuidado al realizar la cirugía.

Cuando se analiza el tiempo de espera por la derivación a los servicios de cirugía bucal se observa un rango de 3 semanas a 6 meses, pero en la mayoría de los servicios éste no superó las 10 semanas, siendo menor en servicios de atención primaria o secundaria, que en hospitales y centros de alta complejidad. En Inglaterra, especialmente, se ha logrado reducir notablemente el tiempo de espera, realizando cirugías orales de baja complejidad en centros de atención primaria, y derivando a los distintos niveles (primario, secundario, terciario) de servicio de acuerdo con la complejidad de cada caso e historia médica del paciente.

En los centros de SantCugat del Valles y Valldoreix mencionados previamente, el tiempo de espera pro-

medio fue de 28 días, a diferencia de los 5-7 años de espera en un hospital para realizarse cirugías menores.³⁰ Aquí se observa la marcada diferencia entre una lista de espera en centros de atención primaria y en un hospital, lo que apoya la iniciativa de Inglaterra en realizar la máxima cantidad de cirugías menores en servicios de salud primarios o secundarios.

Si bien la mayor parte de las derivaciones provienen de odontólogos generales, los pacientes también son derivados para la cirugía por odontólogos especialistas, médicos generales y médicos especialistas. También hay pacientes que han llegado sin previa derivación. Esto puede indicar que los pacientes ahora están más informados en temas de salud, y por otro lado, que hay trabajo interdisciplinario en donde el médico, ya sea especialista o general, incluye al odontólogo.

Nuevamente tomando como referencia los centros de SantCugat del Valles y Valdoreix se observa que el 97% de los pacientes fue derivado por un médico general, 2% por su dermatólogo, 1% por su pediatra, y 1 paciente por el cirujano.³⁰ Estos datos se asemejan a lo que ocurre en odontología, en donde gran parte de los pacientes es derivado por médico/odontólogo general.

Del total de los procedimientos realizados en dos centros de atención primaria del área de SantCugat del Valles y Valdoreix, un 5% presentó complicaciones (1% intraoperatorias, 4% postoperatorias),³⁰ y en el sur de Inglaterra, tanto en atención primaria como secundaria, durante los años 2000-2002, las complicaciones postquirúrgicas para cirugías menores fueron poco menos del 50%, entre las que se encontraban infección de la herida, incomodidad, sangrado y alergia.³¹

Las complicaciones postquirúrgicas en procedimientos de cirugía bucal fueron menores al 5%; cuya causa más común fue alvéolo seco. En comparación con las complicaciones de cirugías menores mencionadas anteriormente, éste es muy bajo, por lo que se asemeja a los datos obtenidos en el área de medicina.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los procedimientos realizados en servicios de cirugía bucal alrededor del mundo son de baja complejidad y tasa de complicaciones. Sin embargo, están asociados a largos tiempos de espera y derivaciones muchas veces innecesarias.

Un método eficaz para reducir los tiempos de espera y costos de los servicios parece ser su traslado a los centros de atención primaria. Este sistema está bien implementado en medicina general, pero en odontología sólo se realiza en algunos países.

REFERENCIAS

- Bell G. An audit of 600 referrals to a primary care based oral surgery service. *Br Dent J.* 2007; 203: E6.
- Coulthard P, Koron R, Kazakou I, Macfarlane TV. Patterns and appropriateness of referral from general dental practice to specialist oral and maxillofacial surgical services. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 38 (4): 320-325.
- Coulthard P, Bailey E, Bridgman CM. Introducing clinical triage for oral surgery referral management in England. *Oral Surg.* 2014; 7 (3): 143-151.
- Dyer TA, Dhamija AC. Evaluation of an NHS dental practice-based specialist minor oral surgery service. *Br Dent J.* 2009; 207 (12): 577-582.
- Kendall N. Development of oral surgery services in primary care. *Oral Surg.* 2011; 4 (2): 57-64.
- O'Neill E, Gallagher JE, Kendall N. A baseline audit of referral and treatment delivered to patients in the intermediate minor oral surgery service in Croydon PCT. *Prim Dent Care.* 2012; 19 (1): 23-28.
- Jokić D, Macan D, Perić B, Tadić M, Biočić J, Đanić P, Brajdić D et al. Ambulatory oral surgery: 1-year experience with 11,680 patients from Zagreb district, Croatia. *Croat Med J.* 2013; 54: 49-54.
- Cabov T, Filipović-Zore I, Kobler P, Dorčić D. Epidemiological analysis of oral surgery procedures. *Coll Antropol.* 2002; 26 (1): 303-309.
- Leco BMI, Martínez GJM, Donado RM. Social demand in ambulatory oral surgery. Experience in the Master of Oral Surgery of Madrid Complutense University (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13 (1): E39-42.
- Secic S, Prohic S, Komsic S. Oral surgical procedures and prevalence of oral diseases in Oral Surgery Department in Faculty of Dentistry Sarajevo. *J Health Sci.* 2013; 3 (3): 210-215.
- Moshiy J, Hamza O, Moshiro C. An audit of 6 years of Oral and Maxillofacial Surgical Conditions admitted for Interventional Treatment at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam-Tanzania. *East Cent. Afr. J. Surg.* 2012; 17 (2): 95-101.
- Ajike SO, Arotiba JT, Adebola RA, Ladehinde A, Amole IO. Spectrum of oral and maxillofacial surgical procedures in kano, nigeria. *West Indian Med J.* 2005; 54 (5): 325-328.
- Farah CS, Simanovic B, Savage NW. Scope of practice, referral patterns and lesion occurrence of an oral medicine service in Australia. *Oral Dis.* 2008; 14 (4): 367-375.
- Cottrell DA, Reebye UN, Blyer SM, Hunter MJ, Mehta N. Referral patterns of general dental practitioners for oral surgical procedures. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65 (4): 686-690.
- Halai T, Yates JM. Assessment of oral surgery referrals from primary care to a regional dental hospital. *Oral Surg.* 2014; 7 (3): 168-176.
- Mekonnen M. *Changing trends in maxillofacial and oral surgery at Chris Hani Baragwanath Hospital: a comparison between two time periods, 2009.*
- Ferraro BM, Avelar RL, de Oliveira RB, Studart-Soares EC, Pretto MS. Assessment of the oral and maxillofacial surgery service in a teaching hospital in Brazil. *J Craniofac Surg.* 2011; 22 (1): 50-53.
- Rodríguez RN, Álvarez BY, González AI, López RB. Comportamiento de la actividad quirúrgica de un cirujano maxilofacial en un año. *Mediciego.* 2013; 19 (2).
- Hernández PL, Ducasse OPA. Cirugía maxilofacial ambulatoria: una estrategia en difíciles condiciones. *Rev Cubana Estomatol.* 2006; 43 (1).
- Brennan DS, Spencer AJ, Singh KA, Teusner DN, Goss AN. Service provision by patient and visit characteristics in Australian oral and maxillofacial surgery: 1990 to 2000. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 33 (7): 700-708.

21. Núñez-Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Management of pediatric dental injury in the Emergency Department of a tertiary hospital. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013; 15 (60): 307-313.
22. Richards W, Razzaq K, Higgs G. An audit of dental general anaesthetic referral from a general dental practice in south wales. *Prim Dent Care*. 2009; 16 (4): 143-147.
23. Tahmassebi JF, Achol LT, Fayle SA. Analysis of dental care of children receiving comprehensive care under general anaesthesia at a teaching hospital in England. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014; 15 (5): 353-360.
24. Kendall N. Improving access to oral surgery services in primary care. *Prim Dent Care*. 2009; 16 (4): 137-142.
25. Moloney J, Stassen LF. An audit of the quality of referral letters received by the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Dublin Dental School and Hospital. *J Ir Dent Assoc*. 2010; 56 (5): 221-223.
26. Pepper JRE, Sowerbutts JD. An audit investigating outcomes of referrals rejected from Surrey PCT (now NHS England)'s oral surgery triage service. *Oral Surgery*. 2014; 7: 18-25.
27. Arigbede AO, Dosumu OO. Opinions of Nigerian Dental Consultants on ideal content current quality and attitudes to referrals. *Niger J Clin Pract*. 2010; 13 (1): 70-73.
28. Bell CS. The successful oral and maxillofacial surgery practice. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2008; 20: 101-107.
29. Seedat M, Van Niekerk A, Jewkes R, Suffla S, Ratele K. Violence and injury in South Africa: prioritising an agenda for prevention. *Lancet*. 2009; 374: 1011-1022.
30. Serra M, Arévalo A, Ortega C, Ripoll A, Giménez N. Minor surgery activity in primary care. *J R Soc Med Sh Rep*. 2010; 1-8.
31. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H et al. A prospective randomized comparison of minor surgery in primary and secondary care: The MiSTIC trial. *Health Technol Assess*. 2008; 12 (23): iii-iv, ix-38.

Dirección para correspondencia:
Dr. Ricardo Cartes-Velásquez
E-mail: cartesvelasquez@gmail.com