

M. Satorres Nieto¹
E. Delgado Molina²
L. Berini Aytés³
C. Gay Escoda⁴

Cirugía bucal ambulatoria. Presentación de la actividad clínica del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona durante el año 1998

- 1 Odontóloga. Alumna del Máster de Cirugía e Implantología Bucal.
- 2 Odontóloga. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología Bucal.
- 3 Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal.
- 4 Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Cirujano Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona.

Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona.

Correspondencia:

Cosme Gay Escoda
Ganduxer 140, 4º
08022 Barcelona
E-mail: cgay@bell.ub.es
<http://www.gayescoda.com>

RESUMEN

En este trabajo se pretende valorar y mostrar la actividad clínica del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona durante el año 1998. Se realizaron un total de 3588 intervenciones quirúrgicas sin incluir la actividad de la Unidad de Implantología del Servicio. Mayoritariamente se realizaron extracciones de terceros molares (78,85%) de los que el 93,53% fueron exodonciados quirúrgicamente y el 6,47% de forma convencional. El resto de las intervenciones realizadas (21,15%) incluyen otras extracciones de dientes convencionales, restos radiculares, otras inclusiones dentarias, dientes supernumerarios, así como fenestraciones de dientes incluidos, biopsias, tratamientos realizados mediante láser de CO₂ y cirugía preprotésica. Se consideraron las complicaciones de las extracciones quirúrgicas de los terceros molares inferiores por ser la actividad más frecuente de nuestro servicio. Se eligieron al azar 320 cordales inferiores extraídos

quirúrgicamente, observándose complicaciones en 59 casos (18,4%). Las complicaciones más frecuentes fueron la tumefacción (23,8%), el trismo (22,1%) y el hematoma (15,2%).

PALABRAS CLAVE

Cirugía bucal; Cirugía ambulatoria; Complicaciones.

ABSTRACT

The aim of this work was to show the clinic activity in postgraduated surgery and implantology at the University of Barcelona during all 1998. In total, 3588 surgical procedures were performed. 93.53% were third molar extractions. All other surgical operations done (21.15%) included conventional extraction of other teeth, root removal, other impacted or partially erupted teeth, biopsies, fenestrations, endodontic surgery, preprosthetic surgery and CO₂ laser treatment. From all lower

84 *third molar extractions we choose randomly 320. We had 59 complications (18.4%) being, the most frequent swelling (23.8%), limitation of mandibular movement (22.1%) and bruise (15.2%).*

KEY WORDS

Oral surgery; Ambulatory surgery; Complications.

INTRODUCCIÓN

La cirugía ambulatoria se define como un modelo organizativo óptimo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a determinados pacientes de una forma segura y efectiva sin necesidad de contar con la cama de hospitalización tradicional⁽¹⁾. Este tipo de asistencia aumenta día a día debido a los siguientes factores:

- El alto costo de la cirugía hospitalaria con ingreso y la necesidad político-social de contención del gasto sanitario. Además, de esta forma, se reduce la lista de espera de los pacientes que deben ser intervenidos quirúrgicamente en los hospitales.
- Los avances tecnológicos de los últimos años como la fibra óptica, que ha permitido el uso de la endoscopia, el láser y la criocirugía, que facilitan la realización de intervenciones quirúrgicas de forma ambulatoria.
- El progreso de la farmacología anestésica con la aparición de medicamentos más seguros que se eliminan más rápidamente. Éstos posibilitan efectuar una sedación o una anestesia general de rápida recuperación sin efectos secundarios⁽²⁾.
- La gran aceptación social de la cirugía ambulatoria debido a que se mejora la calidad asistencial y permite una recuperación postoperatoria más rápida y, por lo tanto, una mejor reintegración a la vida cotidiana y laboral del paciente.

Por éstas y otras razones, la cirugía ambulatoria tiene un gran predicamento en la mayoría de países desarrollados, siendo ya el 50% de toda la cirugía realiza-

da en Estados Unidos de Norteamérica y en el Reino Unido. Sin embargo, en nuestro país, el número global de intervenciones quirúrgicas ambulatorias no supera el 10% del total de las intervenciones realizadas, aunque se observa una clara tendencia al aumento de esta cifra⁽³⁾.

Diferentes especialidades son susceptibles de beneficiarse de esta modalidad terapéutica como la ginecología, la oftalmología, la otorrinolaringología, la cirugía plástica, la cirugía maxilofacial, cirugía vascular y la cirugía bucal, entre otras⁽³⁾.

Según Davies y cols.⁽⁴⁾, todo programa de cirugía bucal ambulatoria debe cumplir una serie de criterios; entre ellos destaca la adecuada selección de los casos a tratar como uno de los pilares básicos para conseguir resultados óptimos en este tipo de cirugía. El resto de criterios se muestran en la tabla 1.

La cirugía bucal ha ocupado un papel preponderante en los países en los que se ha producido un mayor desarrollo de la cirugía ambulatoria, siendo éstas las intervenciones más frecuentemente realizadas en el Reino Unido. Prueba de ello es que en 1990 representaban el 18,59% de toda la cirugía ambulatoria efectuada y que en 1996 esta cifra había superado ya el 50%^(3,5). La demanda y el desarrollo de la cirugía bucal en este país ha llevado a la confección de un listado de los tratamientos quirúrgicos bucales que, según el Colegio de Cirujanos del Reino Unido⁽⁶⁾, es posible efectuar como cirugía bucal ambulatoria (Tabla 2). En España, la situación actual de la cirugía bucal ambulatoria se encuentra en fase de desarrollo respecto a la del Reino Unido. De hecho, solamente hemos encontrado tres estudios que aporten datos al respecto^(1,3,5).

El objetivo de este trabajo es demostrar y justificar la viabilidad de un programa de cirugía bucal ambulatoria realizado por odontólogos o estomatólogos con formación reglada en Cirugía Bucal, así como valorar y mostrar la actividad quirúrgica de las Unidades de Cirugía Bucal y de Láser del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona durante el año 1998.

Tabla 1 Criterios de Davies y cols. sobre los requisitos que debe cumplir todo servicio de cirugía bucal⁽³⁾

<i>Criterios</i>	<i>Estándar establecido</i>
1. Realización de una primera visita en consultas externas.	1. El 95% en menos de tres meses.
2. Realización de la intervención quirúrgica lo antes posible, teniendo en cuenta las listas de espera.	2. El 95% en menos de tres meses.
3. Deben incluirse procesos realizables mediante Cirugía Bucal Ambulatoria.	3. El 95% en una lista predefinida.
4. Pacientes sin complicaciones para la realización de anestesia locorregional.	4. El 99% debe ser grado ASA I ó II.
5. Cirugía no excesivamente larga.	5. El 95% no debe exceder los 30 minutos.
6. Los pacientes deben volver a su residencia habitual después de la cirugía.	6. Debe cumplirse este criterio en un mínimo del 95% de los casos.
7. Los pacientes no deben necesitar atención de urgencia posterior a la intervención.	7. Debe cumplirse este criterio en un mínimo del 95% de los casos.
8. Los pacientes no deben presentar complicaciones después de la cirugía.	8. Debe cumplirse este criterio en un mínimo del 95% de los casos.
9. Los pacientes sólo deben necesitar atenciones de un día siguiente al tratamiento.	9. El 95% de los pacientes no deberían requerir ir al hospital al día siguiente de la cirugía o ser remitidos más tarde.
10. Los cirujanos deben tener un alto grado de experiencia profesional.	10. El 99% de los procedimientos deben ser juzgados por el paciente superando el 50% de una escala analógica visual.
11. Los anestelistas deben tener un alto grado de experiencia profesional.	11. El 99% de los procedimientos deben ser juzgados por el paciente superando el 50% de una escala analógica visual.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo se ha contabilizado la actividad del Máster de Cirugía e Implantología Bucal desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 1998. Este servicio consta de cuatro unidades: cirugía bucal, láser, implantología bucofacial, y patología y cirugía periodontal. Este trabajo pretende mostrar y valorar la labor quirúrgica de las unidades de cirugía bucal y de láser. Para evaluar estas unidades se han organizado subapartados según la naturaleza de la actividad realizada utilizando como base la clasificación propuesta en la tabla 3.

En la mayoría de los casos, los pacientes atendidos procedían de los Centros de Atención Primaria situados en los municipios de la zona sur del Área Metropolitana de Barcelona (Área de Ponent). Una vez

Tabla 2 Listado de las técnicas de cirugía bucal aceptadas para realizarlas como Cirugía Ambulatoria según el Colegio de Cirujanos del Reino Unido⁽⁵⁾

- Extracción de dientes y restos radiculares.
- Fenestración de dientes para tratamiento ortodóncico.
- Enucleación de quistes maxilares de pequeño tamaño.
- Biopsias de tejidos duros y blandos.
- Cirugía de los frenillos bucales.
- Extracción de alambres y placas de osteosíntesis maxilares.
- Cirugía menor de tejidos blandos.
- Crioanestesia de nervios periféricos.
- Láser y criocirugía de pequeñas lesiones de tejidos blandos.
- Artroscopia y artrocentesis témporomandibular.
- Exéresis de cálculos salivares.

Tabla 3 Clasificación de las intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestro Servicio

1. Cirugía convencional

- Extracción de dientes incluidos:
 - Terceros molares superiores.
 - Terceros molares inferiores.
 - Caninos.
 - Dientes supernumerarios.
 - Otras inclusiones dentarias.
- Cirugía periapical.
- Cirugía preprotésica:
 - Hiperplasias fibrosas.
 - Exóstosis óseas - Torus.
- Tratamientos ortodóncico-quirúrgicos:
 - Fenestraciones.
 - Frenectomías.
- Extirpación-biopsia de tumoraciones de los maxilares (odontomas, osteomas, etc.)
- Extirpación-biopsia de tumoraciones localizadas en las mucosas (epulis, fibromas, etc.)

2. Cirugía con láser de CO₂

- Frenectomías.
- Vestibuloplastias.
- Biopsias.
- Vaporización de leucoplasias (previo análisis anatomopatológico de la lesión).

en nuestro servicio todos los pacientes fueron atendidos siguiendo la misma sistemática:

1. Una primera visita en la que se les realizó la anamnesis, exploración bucal, regional y general y la petición de pruebas complementarias, siendo imprescindible la ortopantomografía⁽⁷⁾. Posteriormente, el paciente era informado de su patología así como del plan de tratamiento de la misma y sus posibles complicaciones.
2. En el caso en el que el tratamiento elegido fuese el quirúrgico, el paciente era informado del tipo de intervención a realizar y de las instrucciones preoperatorias pertinentes. En esta visita también se le explicaba que debería firmar un consentimiento para la realización del acto quirúrgico el mismo día de la intervención. Este día, los pacientes eran intervenidos con la preparación de un campo quirúrgico estéril.
3. Una vez concluida la intervención, el paciente reci-

Tabla 4 Listado de los datos obtenidos en la realización de las extracciones quirúrgicas de los terceros molares inferiores

1. Filiación

2. Estudio preoperatorio

- Tercer molar intervenido.
- Posición del diente.
- Grado de erupción.
- Exploración radiológica efectuada.
- Relación radiológica con el nervio dentario inferior.
- Distancia de los ápices a la cortical superior del conducto dentario inferior.
- Justificación de la exodoncia.
- Compromiso del segundo molar.
- Higiene bucal.

3. Antecedentes de interés

- Enfermedades del paciente.
- Medicación habitual.

4. Datos de la intervención quirúrgica

- Fecha.
- Datos del cirujano.
- Técnica anestésica.
- Técnica quirúrgica.
 - Tipo de incisión.
 - Ostectomía.
 - Odontosección.
 - Tipo de sutura.
 - Duración de la intervención.
 - Complicaciones intraoperatorias.
- Medicación postoperatoria.

5. Control postoperatorio

- Fecha.
- ¿Ha fumado durante el postoperatorio?
- ¿Ha tenido la menstruación?
- ¿La herida está completamente cerrada?
- ¿Se ha tomado la medicación como la pautamos?
- Grado de higiene bucal.
- Complicaciones:
 - Hematoma.
 - Hemorragia secundaria.
 - Alveolitis seca.
 - Infección (flemón, absceso o fistula).
 - Trismo.
 - Tumefacción.
 - Complicaciones neurológicas.

bía las instrucciones postoperatorias pertinentes y se le citaba a los 7 días para retirar la sutura y rea-

Tabla 5 Actividad quirúrgica de las Unidades de Cirugía Bucal y Láser durante 1998

<i>Tipo de intervención quirúrgica</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
1.8 convencional	37	1,4%
1.8 quirúrgico	329	9,2%
2.8 convencional	60	1,7%
2.8 quirúrgico	317	8,9%
3.8 convencional	52	1,5%
3.8 quirúrgico	988	27,7%
4.8 convencional	34	1,40%
4.8 quirúrgico	1012	28,31%
Otras inclusiones dentarias	114	3,20%
Extracciones convencionales	134	3,70%
Restos radiculares	221	6,21%
Cirugía periapical	62	1,70%
Dientes supernumerarios	20	0,61%
Cirugía preprotésica - Frenectomía	15	0,40%
Cirugía preprotésica - Exóstosis óseas	19	0,51%
Tratamientos ortodóncico- quirúrgicos (fenestraciones)	38	1,10%
Biopsias	75	2,10%
Tratamientos (exéresis de lesiones benignas, vestibuloplastias, etc.) con láser de CO ₂	43	1,22%
Frenectomías con láser de CO ₂	6	0,20%
Reintervenciones (complicaciones en la cirugía de un tercer molar)	11	0,31%
Cálculos salivares	1	0,03%
Total	3588	100%

lizar un control. Si en esta visita el control postoperatorio era normal, el paciente recibía el alta clínica. Si existía alguna complicación, el paciente era visitado de nuevo para comprobar su evolución.

A todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de la extracción de un tercer molar se les cumplimentó un protocolo que recogía una serie de datos relacionados con la patología que presentaban, las características del propio tercer molar y los hechos acaecidos durante la intervención, entre otros (Tabla 4).

En este protocolo también constan la medicación prescrita y los datos del control postoperatorio efectuado a los 7 días. En este apartado se incluyeron las posibles complicaciones de la cirugía del tercer molar inferior incluido. Fueron consideradas como complicaciones las siguientes: trismo, tumefacción, hematoma, alveolitis, dolor, infección, mordisqueo de la zona operatoria, trastornos de la sensibilidad (tanto del nervio lingual como del nervio dentario inferior), equimosis y fractura o fisura de la mandíbula.

De todos los protocolos realizados, se escogieron 400 al azar para valorar la incidencia de complicaciones en nuestra actividad quirúrgica. De éstos, 80 fueron de extracciones quirúrgicas de cordales superiores y 320 de inferiores.

Se realizó el estudio estadístico descriptivo de los datos obtenidos mediante el sistema informático SSPS (versión 6.0.1. con licencia nº64430).

RESULTADOS

En 1998 se realizaron en nuestro servicio un total de 3588 intervenciones de cirugía bucal, distribuidas según los datos expuestos en la tabla 5. Los resultados muestran que las extracciones dentarias, ya sean de dientes incluidos o no, supera el 92% de las mismas. La extracción quirúrgica del tercer molar inferior fue la más frecuente (56%). El resto de las intervenciones efectuadas (21,2%) incluyen: restos radiculares

Tabla 6 Incidencia de las complicaciones según el tercer molar extraído

Cordal extraído	Número de intervenciones	Protocolos revisados	Complicaciones
1.8	329 (9,2%)	40 (12,2%)	5 (12,5%)
2.8	317 (8,9%)	40 (12,6%)	5 (12,5%)
3.8	988 (27,7%)	160 (16,2%)	29 (18,12%)
4.8	1012 (28,3%)	160 (15,8%)	30 (18,7%)

(6,2%), exodoncias convencionales (3,7%), extracciones de inclusiones dentarias exceptuando los cordales (3,2%), biopsias (2,1%), cirugía periapical (1,7%), vestibuloplastias y frenectomías (1,4%), tratamientos realizados mediante láser de CO₂ (exéresis de lesiones benignas) (1,2%), fenestración de dientes incluidos (1,1%), cirugía preprotésica (0,9%), extracción de dientes supernumerarios (0,6%), reintervenciones (0,3%) y exéresis de cálculos salivares (0,03%).

En los 80 cordales superiores protocolizados que fueron revisados se observaron 10 complicaciones postoperatorias (12,5%), y en los 320 protocolos de terceros molares inferiores 59 (18,3%) (Tabla 6). Las más frecuentes en la extracción de los terceros molares inferiores fueron la tumefacción (23,8%), el trismo (22,1%) y el hematoma (15,2%). Menos frecuentes fueron las complicaciones neurológicas [parestias, hipostesias o disestesias del nervio dentario inferior (8,5%) y del nervio lingual (3,4%)] y la alveolitis (3,4%). La tabla 7 muestra los tipos e incidencia de las complicaciones tras la extracción quirúrgica de los 320 terceros molares inferiores.

DISCUSIÓN

En España, la mayoría de las intervenciones de Cirugía Bucal que son aceptadas por el Colegio de Cirujanos del Reino Unido⁽⁶⁾ como realizables con cirugía ambulatoria se practican en los Servicios de Cirugía Maxilofacial de los hospitales de la Red Sanitaria Pública, circunstancia que provoca el aumento continuo de las listas de espera y un costo social y eco-

Tabla 7 Tipos e incidencia de las complicaciones tras la extracción de 320 terceros molares inferiores

Complicaciones	Frecuencia
Tumefacción	23,8%
Trismo	22,1%
Hematoma	15,2%
Neurológicas	11,9%
n. dentario inferior	8,5%
n. lingual	3,4%
Dolor	10,3%
Infección	6,9%
Alveolitis	3,4%
Mordisqueo de la zona	1,7%
Equimosis	1,7%
Fisura mandibular	1,7%
Total	100%

nómico excesivo para las Administraciones Públicas. Si bien no existe un análisis de los costes de la cirugía ambulatoria en nuestra especialidad, parece obvio que los gastos de la intervención quirúrgica son prácticamente los mismos tanto si existe un ingreso del paciente como sin él. La utilización de la anestesia locorregional evita el ingreso hospitalario, con una media de 2 días por enfermo, que es lo que, en realidad, aumenta el coste del tratamiento⁽⁵⁾. Según Ottavi y cols.⁽⁸⁾, el coste de la estancia ambulatoria (12 horas de media) es un 17% menor que el coste de un tiempo de hospitalización completo de 2 días. Teniendo en cuenta que la mayoría de las técnicas de cirugía bucal conllevan la utilización de un quirófano de 30 a 60 minutos y el paciente no necesita un ingreso posterior, esta reducción de costes económicos aumentaría de una manera muy considerable.

La zona sur del Área Metropolitana de Barcelona, donde estamos ubicados, comprende 11 municipios con un censo total de población, en 1996, de 731.247 habitantes⁽⁹⁾. Este hecho, junto a la insuficiente oferta actual disponible por el sistema sanitario público según la necesidad asistencial de la población, hace que se produzcan largas listas de espera, tanto para que los pacientes sean atendidos por primera vez como para que, en caso necesario, sean intervenidos qui-

rúrgicamente. En nuestro servicio, los pacientes suelen ser remitidos por su odontólogo de cupo desde su Centro de Atención Primaria. El tiempo transcurrido hasta la primera visita es, aproximadamente de 5 meses y, si tras la primera visita se indica algún tipo de intervención quirúrgica, existe una lista de espera de alrededor de 6 meses. Toda esta problemática podría mejorar de manera espectacular si las intervenciones anteriormente citadas en la tabla 5 se pudieran realizar por odontólogos o estomatólogos con la formación quirúrgica adecuada (especialistas en Cirugía Bucal de acuerdo con la normativa de la Unión Europea), en las consultas de los Centros de Atención Primaria o en centros periféricos, derivándose a los hospitales aquellos pacientes en los que son realmente necesarias técnicas de sedación o de anestesia general. También serían remitidos a los grandes hospitales o a los centros de referencia aquellos casos que no cumplan los criterios generales de todo programa de cirugía ambulatoria, como por ejemplo los pacientes ASA III y IV, cuando se prevé de una duración excesiva de la intervención quirúrgica, etc. Para conseguir esta organización es necesario el impulso de las Administraciones Públicas en este tipo de programas de Atención Primaria, dotándola de personal cualificado y de los medios técnicos necesarios.

De acuerdo con Junquera y cols.⁽⁵⁾, los objetivos principales y esenciales que hacen que sea necesaria la organización de un sistema que promueva la cirugía ambulatoria son la reducción de los costes sanitarios y la reducción de las listas de espera. Independientemente de los criterios políticos y económicos ya reseñados, en nuestra opinión existen otras dos razones de importancia capital que justifican la creciente demanda actual de la cirugía ambulatoria: el grado de satisfacción de los pacientes respecto al acto quirúrgico, ya que se realiza con anestesia locorreional, y la mayor comodidad para el paciente puesto que no se necesita un ingreso hospitalario y puede volver a su domicilio el mismo día de la intervención.

La cirugía bucal ambulatoria debe garantizar la seguridad del paciente siendo imprescindible que no haya complicaciones que comprometan la vida del pacien-

te en el postoperatorio inmediato (las primeras 24-48 horas postintervención). Éste es el tiempo que el paciente suele estar hospitalizado si se realiza la misma intervención quirúrgica en un hospital. En este sentido, es necesario tener en cuenta que el riesgo inherente al tipo de anestesia utilizada (anestesia locorreional y en algunos casos con premedicación ansiolítica) hace que las complicaciones postoperatorias inmediatas sean prácticamente nulas. En ninguno de nuestros casos se requirió la hospitalización del paciente durante este período de tiempo.

Es necesario recalcar que las complicaciones descritas en este trabajo se presentaron en los 7 primeros días postintervención, es decir, ya en el postoperatorio tardío. De los terceros molares inferiores protocolizados, intervención más frecuente en nuestra práctica diaria (56%), el porcentaje de complicaciones fue de un 18,4%. El hecho de aceptar como complicaciones el trismo, el hematoma y la tumefacción, situaciones que se dan con frecuencia después de la extracción quirúrgica del tercer molar inferior, aporta un porcentaje de complicaciones superior al real. Además, éstas no se producen dentro de las primeras 24 horas postoperatorias, por lo que se darían igual si la intervención quirúrgica no fuera ambulatoria. Las complicaciones importantes como las lesiones neurológicas y las alveolitis, suponen en nuestra revisión el 15,3% del total.

Gilthorpe y cols.^(10,11) evaluaron la actividad de la mayoría de los hospitales del Reino Unido entre 1989 y 1994. La cirugía bucal representó el 1,24% del total de las intervenciones realizadas. De éstas, la extracción del tercer molar supuso el 80,8%⁽¹⁰⁾. Este dato es equiparable al obtenido en nuestra actividad clínica del año 1998 (80,1%).

En nuestra opinión, como en la de algunos autores^(8,10), la cirugía ambulatoria es perfectamente adaptable a la mayor parte de la cirugía bucal porque se trata de técnicas quirúrgicas cortas que pueden ser programadas y realizadas con anestesia locorreional. Además, son normalmente requeridas por una población joven libre de patología sistémica asociada. Nuestra experiencia muestra que la cirugía bucal

M. Satorres Nieto
E. Delgado Molina
L. Berini Aytés
C. Gay Escoda

Cirugía bucal ambulatoria. Presentación de la actividad clínica del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona durante el año 1998

90 puede realizarse de forma segura y eficaz en centros no hospitalarios de manera ambulatoria siempre que se adopten unas condiciones de esterilidad y medios óptimos, y sea efectuada por personal sanitario cualificado y formado para esta función. Con ello se con-

sigue una reducción de los costes económicos-sociales ya que se ofrece un servicio que permite una mejor calidad asistencial con la mínima perturbación de la actividad laboral y de la vida cotidiana del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín Morales J. Cirugía mayor ambulatoria: una transformación necesaria (Editorial). *Cir May Amb* 1996;**1**:0.
2. Berini Aytés L, Gay Escoda C. *Anestesia odontológica*. Madrid: Avances Médico-Dentales, 1997.
3. Rodríguez-Armijo AM, Romero MJ, Gallardo PA, Marín Morales J. Cirugía bucal ambulatoria. *Arch Odontoestomatol* 1998;**14**: 224-228.
4. Davies PRF, Lamb WT; Adlam DM, Ogg TW, Mitchel AD, Galloway DB. Audit of day case maxillofacial surgery: a pilot assessment. *Ambulatory Surgery* 1993;**1**:179-182.
5. Junquera LM, López Arranz JS, De Vicente JC, Calvo N, Albertos JM. Cirugía ambulatoria maxilofacial. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilof* 1994;**16**:173-178.
6. *Guidelines for Day Surgery, Royal College of Surgeons of England*. Report of a Working Party, 1992.
7. Gay Escoda C, Berini Aytés L. *Cirugía bucal*. Madrid: Ergon, 1999.
8. Ottavi P, Hermenault D, Courboulín J, Delauney P, Baroin J, Ben-Moha C y cols. Chirurgie ambulatoire et stomatologie. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1998;**99**(suppl 1):99-108.
9. Regió Metropolitana de Barcelona. *30 Indicadors Estadístics Municipals*. Barcelona. Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona, 1998.
10. Gilthorpe MS, Bedi R. An exploratory study combining hospital episode statistics with socio-demographic variables, to examine the access and utilization of hospital oral surgery services. *Community Dental Health* 1997;**14**:209-213.
11. Gilthorpe MS, Wilson RC, Bedi R. A sociodemographic analysis of inpatient oral surgery: 1989-1994. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997;**35**:323-327.