

## Estancia hospitalaria en cirugía de fisura labio maxilo palatina

J. Cortés Araya<sup>1</sup>, A. González Rocabado<sup>2</sup>, H.H Sung Hsieh<sup>3</sup>

**Resumen:** La Unidad de Fisurados del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda de Santiago de Chile ha adoptado en los casos de reconstrucción primaria de fisuras labio máxilo palatinas (FL/M/P), el sistema de ingreso el mismo día operatorio con 24 horas de observación post-quirúrgica.

Se revisó las historias clínicas de 146 pacientes operados de fisura labio/máxilo/palatina entre los años 1997 y 2002. Después de excluir los pacientes sindrómicos y de reconstrucción secundaria quedaron 50 casos de reconstrucción primaria que fueron analizados para este estudio.

Se estudió la edad del paciente en el momento de la operación, tipo de cirugía realizada, duración de la intervención, tiempo de estancia postoperatoria y morbilidad a corto plazo.

La estancia hospitalaria promedio fue de 26,4 horas (1,10 días), con un rango de 24-72 horas. El 90,47% (76 intervenciones) tuvieron un período postoperatorio hospitalario de 24 horas, el 8,33% (7 intervenciones) de 48 horas y el 1,19% (1 intervención) de 72 horas.

La tasa de complicaciones fue de 10,18%, la cual incluyó 4 dehiscencias totales y 3 dehiscencias parciales velopalatinas y 4 dehiscencias parciales en paladar duro.

No se requirieron transfusiones sanguíneas ni se produjeron infecciones en el postoperatorio. Los pacientes no debieron ser reingresados por sangrado, compromiso respiratorio o inadecuada alimentación por vía bucal.

Los autores sostienen que un postoperatorio de 24 horas permite optimizar los recursos existentes en las instituciones de salud sin olvidar el bienestar y seguridad del paciente. La decisión del alta hospitalaria debe permanecer a criterio del cirujano tratante.

**Palabras claves:** Hospitalización pediátrica; Fisuras labio máxilo palatina.

**Abstract:** The pediatric surgery service at Dr. Félix Bulnes Cerda Hospital from Santiago, Chile uses same-day admission with 24 hours observation postoperatively.

The records of 146 patient with cleft lip/palate repair from 1997 through 2002 were studied. After excluding syndromic patients and secondary surgical cases 50 patients remained in this study.

Age at the time of operation, operation performed, length of stay, length of operations and short-time morbidity were studied.

Mean hospital stay was 26.4 hours, with a range of 24-72 hours. The 90.47% (76 operations) of patients stayed 24 hours postoperatively, 8.33% (7 operations) stayed 48 hours and 1.19% (1 operation) stayed 72 hours.

The overall complication rate was 10.18%, which included 4 total and 3 partial velar dehiscences and 4 partial palate dehiscences.

No blood transfusions were needed, and no infections were noted postoperatively. No patients required readmission postoperatively for bleeding, respiratory compromise or inadequate oral intake.

The authors advocate a 24 hours observation postoperatively for improving the resources but taking account patients wealthy. The decision to discharge a patient must always be left to the treating surgeon.

**Key words:** Hospital stay; Cleft lip/palate.

1 Profesor Asociado de Cirugía Máxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile.

2 Cirujano de la Unidad de Fisurados, Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda. Santiago de Chile, Chile.

3 Instructora ad-honorem, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile.

**Correspondencia:**

Juan Cortés Araya

C/ Cruz del Sur 24 depto 201

Las Condes, Santiago de Chile

e-mail: jcortes@uchile.cl

### Introducción

La fisura labial y/o palatina (FL/P) corresponde a una malformación maxilofacial congénita que se produce entre la cuarta y duodécima semana de vida intrauterina.<sup>1</sup>

En Chile la tasa de incidencia es de 1,20 por 1.000 recién nacidos vivos,<sup>2</sup> siendo lo más prevalente la fisura unilateral izquierda con compromiso de paladar duro, blando y reborde alveolar.<sup>3</sup>

El tratamiento primario de niños fisurados en nuestro medio comprende una evaluación pediátrica, exámenes preoperatorios, la corrección quirúrgica apropiadamente tal y los cuidados postoperatorios.<sup>4</sup>

Hasta mediados de los años '80 el tiempo de hospitalización postoperatorio para la cirugía correctora de la FL/P fue decisión del cirujano, oscilando entre 3 y 7 días.<sup>3,6</sup>

Actualmente, la tendencia es reducir la estancia hospitalaria postoperatoria con el propósito de optimizar los recursos, tanto de hospitales e instituciones de salud como de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.<sup>5</sup> Esto ha determinado la supresión del día de ingreso preoperatorio, la reducción del postoperatorio hospitalario y el aumento de la cirugía ambulatoria. Los estudios demuestran que no existe diferencias significativas en cuanto a morbilidad, mortalidad, número y tipo de complicaciones postoperatorias si se disminuye el tiempo de hospitalización e inclusive estos mismos estudios respaldan la seguridad de la práctica de la cirugía ambulatoria de labio y paladar fisurado.<sup>4,6,8</sup> Sumado al beneficio económico se debe considerar el bienestar psicológico que proporciona al paciente y a sus padres el permanecer durante el período postoperatorio inmediato en el ambiente familiar de su hogar, que a pesar de no ser factible de definir con exactitud científica, no debe ni puede desestimarse.<sup>4,7</sup>

El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia de la Unidad de Fisurados del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda de Santiago, Chile, donde se ha adoptado el sistema de ingreso en el mismo día operatorio con 24 horas de permanencia postoperatoria hospitalaria.

## Material y método

Se revisaron las historias clínicas de 146 pacientes operados de FL/P en la Unidad de Fisurados del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda de Santiago de Chile, entre los años 1997 y 2002. Se excluyeron los pacientes sindrómicos y los casos de reconstrucción secundaria quedando 50 casos de reconstrucción primaria que fueron analizados para este estudio. En estos 50 casos se efectuaron 108 intervenciones en total, todas realizadas bajo anestesia general, operados por el mismo cirujano y la colaboración de residentes de Cirugía Maxilofacial. Las técnicas quirúrgicas utilizadas estuvieron basadas en los principios funcionales de Delaire. De acuerdo a estos principios el protocolo para la corrección quirúrgica en los casos de fisura labio máximo palatina o velo maxilar comprendió dos etapas. En la primera se realizó el cierre labial y velopalatino a los 6 meses y en la segunda el cierre maxilar y/o gingivoperiostiotomía a los 18 meses. Para los casos de fisura labial sola y/o fisura palatina se realizó el cierre primario a los 6 meses.

Se realizó una evaluación preoperatoria veinte días antes de la intervención y otra 24 horas previo, identificando los factores de riesgo que podría comprometer el resultado quirúrgico. Tales factores incluyeron anemia, desnutrición, malformaciones cardíacas, infecciones respiratorias, otitis media, entre otros. El adulto responsable fue instruido para acompañar al niño durante la totalidad del postoperatorio hospitalario. La antibioterapia profiláctica (betalactámicos) fue utilizada sólo en aquellos pacientes portadores de cardiopatías congénitas.<sup>10</sup>

Todos los pacientes fueron ingresados el mismo día de la cirugía. El criterio para dar el alta hospitalaria a las 24 horas posquirúrgica fue la comprobación de estabilidad hemodinámica, ausencia de fiebre y de sangrado, adecuada alimentación por vía bucal de acuerdo a la edad y la evaluación del cirujano.

Se estudió la edad del paciente en el momento de la operación, el tipo de cirugía realizada, la duración de la intervención quirúrgica, el tiempo de estancia postoperatoria y la morbilidad a corto plazo.

Se elaboró un registro que incluyó el número y tipo de complicaciones postoperatorias inmediatas, clasificándolas según afectaban al labio (infecciones y dehiscencias) y/o paladar (infecciones y dehiscencias).

## Resultados

En los 50 pacientes se llevaron a cabo 108 intervenciones, de las cuales 31 correspondieron a queiloinoplastia funcional primaria (QRPF), 44 a veloplastia funcional primaria (VFP), 20 a cierre maxilar funcional primario (CMFP) y 13 a gingivoperiostiotomía (GPP).

El promedio del tiempo operatorio fue de 89,4 minutos para la VFP, 3 horas 20 minutos para la VFP y QRPF en conjunto, 1 hora 58 minutos para la QRPF, 1 hora 39 minutos para el CMFP y 1 hora 54 minutos para la GPP.

La estancia hospitalaria promedio fue de 26,4 horas (1,10 días), con un rango de 24 a 72 horas. El 90,47% (76 intervenciones) tuvieron un período postoperatorio hospitalario de 24 horas, el 8,33% (7 intervenciones) de 48 horas y el 1,19% (una intervención) de 72 horas. Un paciente permaneció dos días, ya que desarrolló un cuadro de hipertermia maligna mientras se realizaba la reconstrucción funcional primaria de velo y labio. El mismo paciente fue intervenido posteriormente para el cierre maxilar. En ambas ocasiones fue internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, siguiendo el protocolo de tratamiento de la hipertermia maligna.<sup>11</sup>

El promedio de edad de los pacientes para la VFP fue de 7,1 meses, QRPF de 4,7 meses, VFP y QRPF en conjunto de 6,2 meses, CMFP de 18,9 meses y para la GPP fue 30,6 meses.

La tasa de complicaciones fue de 10,18%, la cual incluyó 4 dehiscencias totales y 3 dehiscencias parciales velopalatinas y 4 dehiscencias parciales en paladar duro.

No se requirieron transfusiones sanguíneas ni se produjeron infecciones en el postoperatorio. Ningún paciente debió ser reingresado ni por sangrado, compromiso respiratorio, inadecuada alimentación por vía bucal ni otras razones.

## Discusión

En el caso chileno se dan dos condiciones relevantes para el análisis de este tema. Por una parte nuestro país, y debido a razones étnica, presenta una alta tasa de incidencia de fisura labial y/o palatina, demandante de tratamiento institucional.

A esta razón se suma una demanda de atención quirúrgica pediátrica hospitalaria en el sistema público de salud siempre mayor a los recursos disponibles. A fin de intentar armonizar estas dos variables antagónicas se hace necesario optimizar los recursos humanos, físicos y económicos disponibles. En cirugía correctora de fisurados existen muchos y diversos protocolos de manejo quirúrgico de esta condición, sin embargo, no consideran la variable de estancia hospitalaria y es habitualmente el cirujano tratante quien determina el tiempo de hospitalización de los niños basado en su propia experiencia empírica y criterio clínico. Esta decisión creemos estará mejor sustentada por un conocimiento objetivo de la realidad tanto propia como la informada por demás centros similares.

Diversos autores han encarado estos tópicos y desde diferentes punto de vista. Lees y Pigott,<sup>9</sup> estudiaron complicaciones inmediatas de 133 pacientes sometidos a cirugía de FL/P. Ellos las describen mayoritariamente relacionadas al compromiso del sistema respiratorio y no a la cirugía propiamente dicha. Además se debe considerar que algunos pacientes en esta serie presentaban enfermedades cardiorespiratorias preexistentes, lo que ciertamente pudo influir en sus resultados. Basados en estas consideraciones sostienen que un postoperatorio hospitalario de 5 días es apropiado en los pacientes con fisura palatina.

Sin embargo, Eaton y cols,<sup>5</sup> en 1994 estudiaron complicaciones quirúrgicas en 248 pacientes con FL/P sometidos a 398 intervenciones. Sus resultados demostraron que no hubo diferencias significativas al reducir la estancia hospitalaria de estos pacientes. Informaron 2,4% de dehiscencias labiales, 8,8% de fístulas y 9% de dehiscencias palatinas. Lewis,<sup>10</sup> por su parte, en 1994 discute el estudio de Eaton y cols. basándose en el trabajo de Lees y Pigott,<sup>9</sup> y sugiere 2 días de hospitalización postoperatoria para el cierre de la fisura palatina, con el objeto de controlar las complicaciones mediatas.

Cronin y cols,<sup>8</sup> en un análisis de 104 intervenciones tampoco concuerdan con los resultados de Lees y Pigott,<sup>9</sup> y concluyen que sería seguro realizar un ingreso postoperatorio de 23 horas sin que esto incrementa las complicaciones de la estancia tradicional.

Nuestros resultados refuerzan la hipótesis que la reducción del tiempo de hospitalización no afecta la incidencia de complicaciones postoperatorias en los casos de corrección quirúrgica de la fisura labial o palatina no sindrómica, incluso si consideramos que las tasas de morbilidad y mortalidad publicadas para la cirugía de fisurados no son comparables debido a las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas y la ausencia de una clasificación uniforme de morbilidad.

En nuestra experiencia las condiciones respiratorias de muchos pacientes fisurados descritas por Lees y Pigott<sup>9</sup> resultan evidentes. Los niños afectados por fisura del velo del paladar asociada o no a otro tipo de fisuras y probablemente debido a las disfunciones respiratorias altas secundarias a la malformación presentan una susceptibilidad mayor a enfermedades respiratorias.

Esta mayor susceptibilidad es motivo de un trabajo intenso en el período preoperatorio, que va desde el nacimiento hasta la edad quirúrgica e involucra indicaciones precisas a la madre, un seguimiento pediátrico acucioso y un manejo kinésico específico cuando es requerido. De todos modos, en el preoperatorio inmediato se practica una evaluación pediátrica que descarta las patologías y/o malformaciones asociadas que pudieran comprometer el resultado quirúrgico.

Sin embargo, en los pacientes con cardiopatías congénitas, creemos necesario una evaluación y pase cardiológico previo al acto anestésico-quirúrgico, además de la profilaxis antibiótica protocolar.

Otro factor a considerar es el vínculo emocional que une al paciente y su familia. El apego, proceso básico en el desarrollo de la relación del niño con su madre y en su desarrollo posterior, debe ser respetado. Si la madre está capacitada, como ocurre en la mayor parte de los casos, la hospitalización de 24 horas debe estar asociada a su compañía y en su defecto, a la del padre, abuela o tutor(a).

Suponemos que la recuperación en un ambiente conocido como lo es el propio hogar será más favorable para el niño y sus padres que en uno extraño como lo es una institución, con rutinas, ritmos, rostros y sabores diferentes, aunque para sustentar esta afirmación no contamos con evidencia original. Por otra parte, una reducción del período postoperatorio hospitalario es factible sólo si existe un adulto confiable que se haga responsable del cuidado del paciente. En caso contrario, es aconsejable prolongar la estancia hospitalaria el tiempo que sea necesario.

## Conclusiones

En conclusión podemos afirmar que un alta precoz en cirugía primaria de fisuras labio máxilo palatinas:

- Optimiza los recursos existentes, disminuyendo los gastos de las instituciones de salud.
- Es seguro para nuestro paciente. Un alta precoz no incide en la morbilidad postoperatoria.
- Promueve el apego materno-infantil y la relación familiar.

Igualmente afirmamos que la decisión de alta hospitalaria debe permanecer a criterio del cirujano tratante. Para ello debe tomar en cuenta los antecedentes del caso en particular y no sólo los intereses económicos o de otro tipo, diferentes del bienestar del paciente.

## Bibliografía

1. Infante P, Marín J, García A, Federero F, Mayorga F, Gutiérrez JL. Anestesia general en la fisura labiopalatina. Estudio retrospectivo de 90 pacientes. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2000;22:20-5.
2. Farral M, Holder S. Familial recurrence-pattern analysis of cleft lip with or without cleft palate. *Am J Hum Genet* 1992;50:270-7.
3. Nazer J, Díaz G, Díaz M. Malformaciones congénitas y craneofaciales. *Pediatría* 1979;22:220-6.
4. Kim TH, Rothkopf D. Ambulatory surgery for cleft lip repair. *Ann Plast Surg* 1999;42:442-4.
5. Eaton AC, Marsh JL, Pilgram TK. Does reduced hospital stay affect morbidity and mortality rates following cleft lip and palate repair in infancy? *Plast Reconstr Surg* 1994;94:911-5.
6. Canady JW, Glowacki R, Thompson SA, Morris HL. Complication outcomes based on preoperative admissions and length of stay for primary palatoplasty and cleft lip/palate revision in children aged 1 to 6 years. *Ann Plast Surg* 1994;33:576-80.
7. Cronin ED, Williams JL, Shayani P, Roesel JF. Short stay cleft palate surgery. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:838-40.
8. Weatherley-White RC, Kuehn DP, Mirrett P, Gilman JL, Weatherley-White CC. Early repair and breast-feeding for infants with cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1987;79:879-85.
9. Lees VC, Pigott RW. Early postoperative complications in primary cleft lip and palate surgery: How soon may we discharge patients from hospital? *Br J Surg* 1992;45:232.
10. Seto T, Kwiat D, Taira D, Douglas P, Manning W. Physicians' recommendations to patients for use of antibiotic prophylaxis to prevent endocarditis. *JAMA* 2000;284:68-71.
11. Cortés A, Sung HH, González A, Etérovic P. Hipertermia maligna: Revisión a propósito de un caso. *Rev Dental de Chile* (en prensa).
12. Lewis M. Discussion of Does reduced hospital stay affect morbidity and mortality rates following cleft lip and palate repair in infancy? *Plast Reconstr Surg* 1996;94:916-7.