



La preparación y el postoperatorio del paciente fisurado de labio o paladar

Danitza Meneses de Bardales
Elvira Mulanovich de Navarro

Cirugía Plástica Peruana
Vol I Num 3
Enero - Diciembre 1997
Págs 101-103



Resumen

Todos los pacientes de fisura labiopalatina requieren una adecuada preparación antes de ser sometidos a cirugía reparadora. Un óptimo estado de salud es necesario para la intervención.

Los pacientes reciben un soporte nutricional adecuado y se evalúan sus exámenes de laboratorio. El postoperatorio inmediato es manejado cuidadosamente al lado materno con vigilancia de enfermería. La alimentación oral es restituida apenas el paciente se encuentre despierto, mediante lactancia materna o biberón en niños pequeños y alimentación blanda en niños mayores. Los resultados obtenidos en los pacientes evaluados entre agosto de 1995 y marzo de 1997 fueron satisfactorios.

Palabras claves: Fisura labial, cuidados post-operatorios, alimentación precoz.

Pre and post operative care of cleft lip and palate patients

Abstract

All cases of cleft lip and palate are required to be in good health and have normal laboratory studies prior to surgery. In order to obtain the best possible results, patients must have nutritional supplementation before and after surgery. During the early postoperative care under the supervision of the nursing staff, mothers are integrated and oral feeding is started as soon as the patient is fully reactive from anesthesia, including breast or bottle feeding. Evaluation of the patient treated between August 1995 and March 1997 showed good results.

Key Words: Cleft lip, early feeding, postoperative care.

INTRODUCCION

Según algunas de las teorías de la etiología de la fisura labiopalatina, el stress asociado a una nutrición inadecuada parecen ser los factores más importantes en la población que sufre esta malformación, sobre todo en pacientes como los provenientes de las zonas andinas de nuestro país. La regla conocida como la de los «10» aún es válida como referencia para programar una cirugía de fisura labial con algunas variaciones, 10 semanas de edad, 10 libras de peso, y 10 g. de hemoglobina. (Millard 1980) (Grabb 1971).

Durante la intervención a los niños más pequeños, es indispensable proporcionarles calor, una buena vía Endovenosa, vigilar la diuresis, sus funciones vitales, la saturación de O₂ con el oxímetro de pulso, entre otros.

En el postoperatorio se han utilizado muchas formas de vigilancia, como la aplicación de férulas en los miembros superiores para evitar que el niño se lleve la mano u objetos duros a la boca y produzca eventualmente una deshiscencia de la herida. (Randall 1990). La restitución

alimenticia también se ha realizado mediante goteros, jeringas o cucharas, cuyo objetivo es evitar todo esfuerzo para movilizar los labios y evitar daños en el campo operatorio. (Jolleys 1963).

En el presente trabajo describimos el seguimiento realizado a niños lactantes y menores de 3 años operados de fisura labial o palatina, en el Centro Universitario «Pedro P. Díaz» de Arequipa, Clínica Ortega de Huancayo, Municipalidad de Tarma, Clínica San Felipe de Lima, (Consultorio del Dr. Navarro) dentro de las actividades de CIRPLAST desde agosto de 1995 a marzo de 1997.

METODOLOGIA

En la preparación de los pacientes fisurados de labio y paladar se realiza el siguiente esquema:

PREOPERATORIO

1. Registro general de pacientes en las ciudades donde se desarrolla el programa.
2. Evaluación de los parámetros antropométricos, como talla, peso, superficie corporal.
3. Evaluación médica inicial, valoración del estado general integral de los pacientes.
4. Solicitud de análisis de laboratorio preoperatorio, establecer sobretodo el nivel de hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, Rh.
5. Evaluación con resultados y solicitud de riesgo quirúrgico por el Pediatra o Cardiólogo.
6. Indicación de alimentación de acuerdo a su edad, si es lactante continuar con lactancia materna, dependiendo del grado de compromiso que tenga. Si sólo la patología compromete el labio y no el paladar, la alimentación no tendrá mayores inconvenientes. Si hay compromiso de paladar, la recomendación es la administración de leche materna mediante biberón utilizando una tetina con un agujero más grande que el habitual, a fin de dejar fluir la leche en forma continua colocando al niño en posición más inclinada y semisentada, evitando que llegue a la cavidad nasal.
7. En niños mayores: la administración de proteínas y hierro en dosis de acuerdo a su peso, aun si los controles de laboratorio fueran normales.
8. Establecido el estado general, se consignan los datos en una ficha clínica y se coordina con Servicio Social a fin de establecer su condición social y sugerir las recomendaciones del caso.

INTRAOPERATORIO

Una vez que el niño o paciente ha sido evaluado por el equipo de médicos, se inicia la preparación operatoria siguiendo el esquema.

1. Limpieza o baño antes de la cirugía.
2. Colocación de ropa adecuada.
3. Colocación de una vía endovenosa con abocath.
4. Administrar la premedicación indicada por el anesthesiólogo.
5. Proporcionar calor durante la cirugía sobretod en niños pequeños.
6. Colocar un rodete debajo de la cabeza para evitar los movimientos laterales y otro debajo de los hombros para hiperextender el cuello en la cirugía de paladar.
7. Preparación del campo operatorio, limpieza y aislamiento de la zona.
8. Al finalizar la intervención, vigilar constantemente sus

funciones vitales con el apoyo del monitor y del oxímetro de pulso.

POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez que el paciente se encuentra en la sala de recuperación, es necesario continuar la vigilancia hasta que el niño logre despertar totalmente y pueda ver a su madre, es importante destacar esto último debido a que el niño estará más tranquilo si ve a alguien de su entorno familiar, con lo que evitamos el llanto excesivo y las reacciones adversas propias de los medicamentos anestésicos.

La enfermera vigila permanentemente en esta etapa las funciones vitales, sobretodo la respiración y el sangrado que pudiera presentarse. Cuando haya logrado despertar completamente, se inicia la administración de la alimentación, inicialmente con líquidos claros y luego con sus alimentos normales, mediante la lactancia materna en niños lactantes o por biberón en los niños mayores, (figura 1). Los medicamentos analgésicos son administrados por vía endovenosa cuando todavía no están totalmente despiertos. Es importante recordar a los cirujanos el infiltrar anestésico local al finalizar la intervención, con lo que se le evita el dolor postoperatorio inmediato. En la herida se aplica solución de Benjui y un esparadrapo microporoso en cirugía de labio.

RESULTADOS

Los pacientes evaluados han sido seguidos mediante una ficha control en los siguientes procedimientos: Corrección de fisura labial unilateral, bilateral, de fisura de paladar y corrección secundaria de labio o paladar.

No se han observado complicaciones importantes como deshiscencia o sangrado en el post-operatorio inmediato. Tres pacientes presentaron deshiscencia parcial en la reparación labial en la primera semana del postoperatorio debido todas ellas a traumatismo directo por caídas o golpes con muebles en sus domicilios.

DISCUSION

En la cirugía de fisura labial, la prioridad ha sido siempre evitar las deshiscencias de las heridas en el post-operatorio inmediato, se deben tomar las debidas precauciones. Algunos autores aconsejan proporcionar la

alimentación mediante cucharitas o jeringa, evitando el biberón. Otros autores han restituido la alimentación mediante biberón sin encontrar efectos adversos significativos sobre las heridas. Consideramos que, darle alimentación súbitamente con cucharitas o jeringas al que no está habituado, genera en el niño un stress asociado a la presencia de personal extraño que lo cuida, desencadenando inmediatamente el llanto que puede llevar a producir algún grado de daño en esta etapa del post-operatorio. La experiencia del grupo CIRPLAST ha sido vigilar el post-operatorio al lado materno, proporcionarle su alimentación en la forma en que está habituado el niño, ya sea mediante la lactancia materna (en los niños más pequeños) y biberón en los mayores.

Si bien es cierto que puede ser controversial el uso de biberón o lactancia materna, el mecanismo de alimentación es por succión, la misma que se produce en el paladar y no en el labio.

Este último participa en forma pasiva, por lo tanto el peligro de deshiscencia es nulo, si consideramos además que la reparación labial es con sutura muscular y sin tensión (O'Riain 1977).

Los casos de cirugía de paladar se presentan generalmente en niños mayores que están habituados al biberón o a alimentarse con

cucharas; en este caso se sigue el mismo procedimiento que el preoperatorio, con un agujero mayor en la tetina y haciendo que el líquido fluya en forma continua, evitando el esfuerzo propio de la succión. Así, no hay peligro de producir daño en la sutura.

En ambos casos de cirugía de labio o paladar, el estado nutricional es muy importante para el proceso de cicatrización, por lo que hay que proporcionarle al paciente los nutrientes adecuados en el preoperatorio.

3. Iniciar el proceso de recuperación el lado de la madre, bajo vigilancia de enfermería.

4. Restituir la alimentación lo más pronto posible, mediante lactancia materna en niños más pequeños y con biberón en niños mayores.

5. Evitar el uso de férulas en los brazos y todo aquello que genere discomfort y stress durante el post-operatorio inmediato en los niños.

6. Aplicar anestesia local en el área operada también al finalizar la intervención, así como analgésicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Millard, R. M. D. Cleft Craft: The Evolution of its surgery. Voll III. Boston: Little Brown and Company. 1980: 159-63.

2. Grabb, WC. M. D. General aspects of cleft palate surgery. Boston: Little Brown and Company 1971: 373-392.

3. Randall, P. M.D. La Rossa, D. Cleft Palate. In: Mc Carthy JG de Plastic Surgery, Philadelphia: WB Saunders Company. 1990. 2723-51.

4. Jolleys, A. Savage, JP. Healing defects in cleft palate surgery: the role of infection. Br. J. Plas. Surg. 1963, 13: 134-9.

5. O'Riain S. Cleft lip surgery without postoperative restraints. Br. J. Plast. Surg. 1977 30:140-1.



Figura 1 / Figure 1

Niño recibiendo biberón en el postoperatorio inmediato
Child receiving bottle in the immediate postoperative state

CONCLUSIONES

1. Evaluar el estado nutricional del paciente y proporcionarle los elementos proteicos necesarios para permitir una evaluación y cicatrización adecuadas.

2. En niños pequeños, proporcionarle además de los otros cuidados, calor local durante la intervención.