



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

**Título de la investigación: Evaluación de la Profilaxis antibiótica
en cirugía de Hendidura Labio-Palatina, Fundación Pablo
Jaramillo. Cuenca 2014.**

Título a Obtener: Especialista en Pediatría

Autora: Carola Katherine Cedillo Villamagua

Directora: Gabriela Serrano Arias

CUENCA – ECUADOR 2015

Dedicatoria:

A mi familia, por el apoyo incondicional en todas mis metas y sueños.

A mis queridos pacientes, motor de mi esfuerzo de cada día.

Agradecimiento:

A la Fundación Pablo Jaramillo que me permitió realizar mi preparación personal, espiritual y científica y a su director Dr. Marcelo Aguilar, amigo incondicional y promotor del avance diario de la fundación.

A los pacientes y el gran equipo de la Fundación “Más que una sonrisa-Mashna Asirinki”, que con su constancia y labor altruista, me enseñaron el verdadero valor de la solidaridad.

RESUMEN

La Hendidura Labio-Palatina es una malformación congénita que afecta a 1 de cada 750 niños en Latinoamérica, requiere intervenciones quirúrgicas reconstructivas, hospitalizaciones y uso de antibióticos en cada una de ellas. Se realizó un estudio descriptivo en pacientes con hendidura labio palatina que fueron intervenidos quirúrgicamente en la Fundación Pablo Jaramillo durante el año 2014. El objetivo fue evaluar el uso de antibiótico profiláctico (3 dosis) en estas cirugías. Se incluyeron 24 cirugías, en las que se consideró infección del sitio quirúrgico en 1 caso, con cultivo positivo para Enterobacterias. La profilaxis antibiótica fue efectiva en el 96% de los casos.

PALABRAS CLAVE

Profilaxis antibiótica, labio y paladar hendido, infección, herida quirúrgica.

ABSTRACT

The Cleft Lip and Palate is a congenital malformation that affects 1 in every 750 children in Latin America, and requires reconstructive surgery, hospitalization and antibiotics. A descriptive study was conducted in patients with cleft lip palate who were operated on *Pablo Jaramillo* Foundation in 2014. The objective was to evaluate the use of prophylactic antibiotic (3 doses) in these surgeries. Twenty four surgeries were included in the study. Surgical site infection with positive culture for *Enterobacteriaceae* was observed in 1 patient. Antibiotic prophylaxis was effective in 96% of cases.

KEYWORDS: Antibiotic prophylaxis, cleft lip and palate, infection, surgical wound.




Translated by
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria:.....	II
Agradecimiento:	III
Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	1
Capitulo 1: Materiales y Métodos.....	2
Capitulo 2: Resultados	3
Capitulo 3: Discusión.....	7
Conclusiones	10
Referencias Bibliográficas	11
Anexos.....	13

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico #1. Estado nutricional de pacientes con Hendidura Labio Palatina. Clínica Humanitaria. 2014	4
Gráfico #2. Antibiótico profiláctico de pacientes con hendidura labio palatina. Clínica Humanitaria. 2014.....	5
Gráfico #3. Infección de herida quirúrgica de pacientes que recibieron profilaxis en cirugía de Hendidura Labio Palatina. Clínica Humanitaria. 2014	6

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.2 Edad promedio de pacientes con Hendidura Labio Palatina según procedimiento quirúrgico. Clínica Humanitaria. 2014	3
Tabla 3.1 Procedimiento quirúrgico actual de pacientes con Hendidura Labio Palatina. Clínica Humanitaria. 2014.....	4
TABLA 6.4 Infección de herida quirúrgica de pacientes que recibieron profilaxis en cirugía de Hendidura Labio Palatina según cirugía. Clínica Humanitaria. 2014.....	6

Autora: Carola Katherine Cedillo Villamagua

Trabajo de Graduación

Directora: Gabriela Serrano Arias

Febrero 2015

**“Evaluación de la Profilaxis antibiótica en cirugía de Hendidura Labio-Palatina,
Fundación Pablo Jaramillo. Cuenca 2014”**

INTRODUCCIÓN

La Hendidura Labio Palatina es una malformación congénita producida por la falta de cierre en la línea media del labio y/o el paladar durante la vida embrionaria, se estima que en el Ecuador la incidencia es de 0.42%.

Los pacientes con esta malformación deben someterse a diferentes intervenciones quirúrgicas al menos durante los primeros 15 años de vida (queiloplastia, palatoplastia, septorinoplastia, plastia alveolar con injerto óseo, avance maxilar, corrección de la insuficiencia velofaríngea, etc.) entre otras dependiendo del caso.

La incidencia de infección de la herida posoperatoria varía entre 1 – 15%, por lo que en la práctica médica hay un uso generalizado de antibióticos postoperatorios en un esfuerzo para prevenir las infecciones⁴.

Actualmente existen controversias acerca del uso del esquema antibiótico postquirúrgico en las mencionadas cirugías, con una amplia variedad de esquemas y duración de los mismos, que van desde el uso de antibiótico profiláctico (3 dosis IV), hasta esquemas completos durante 7 días (3 dosis IV y 6 días VO)².

La razón principal de muchos cirujanos para administrar los antibióticos es el riesgo de la infección postquirúrgica dando lugar a dehiscencia de heridas o formación de fístulas, sin embargo en la actualidad la literatura no ha demostrado que los antibióticos prolongados de rutina reduzcan su incidencia¹⁰. Por lo que este uso del esquema prolongado se cuestiona cada vez más, especialmente en el contexto de la creciente aparición de resistencia bacteriana, los efectos secundarios de los antibióticos, y el aumento de costos en la salud.

El objetivo en la realización de este estudio fue, que al utilizar un esquema profiláctico de 3 dosis intravenosas de antibióticos (1 en la inducción de la anestesia y 2 posteriores a la cirugía), evaluar si actuaría de manera efectiva en la prevención de infecciones de heridas quirúrgicas en cirugías de Labio y Paladar Hendido.

CAPITULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, que involucró a los pacientes portadores de Labio y Paladar Hendido sometidos a procedimientos quirúrgicos reconstructivos en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, practicados durante el período enero-diciembre del año 2014, con el objetivo de evaluar el uso de la profilaxis antibiótica y su influencia en los eventos adversos.

Se revisaron las historias clínicas aplicando los criterios de inclusión de utilización de profilaxis antibiótica venosa en tres dosis, una en la inducción anestésica y dos posteriores al procedimiento, y, se excluyeron las fichas que no contenían la información completa. Las variables a estudiarse se describen de la siguiente manera: tipo de procedimiento quirúrgico, técnica quirúrgica utilizada, número de cirugías previamente realizadas y empleo de esquemas antibióticos en las mismas, profilaxis empleada, edad, estado nutricional y condición socioeconómica del paciente, signos y síntomas sugerentes de infección de herida quirúrgica, dehiscencia de esta e identificación del agente causal.

Los datos obtenidos se ingresaron en un formulario electrónico diseñado para el caso y se analizaron sus variables con el Paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows basados en técnicas de estadística descriptiva.

CAPITULO 2: RESULTADOS

Los resultados se refieren a: condiciones generales de los pacientes, antecedentes prequirúrgicos, cirugía actual, infección de herida quirúrgica a las 24 horas de cirugía, infección de herida quirúrgica a la semana de cirugía, profilaxis antibiótica.

1. Condiciones generales

Se incluyeron 22 pacientes en quienes se realizaron 24 intervenciones quirúrgicas, 50% de los cuales correspondieron al sexo masculino.

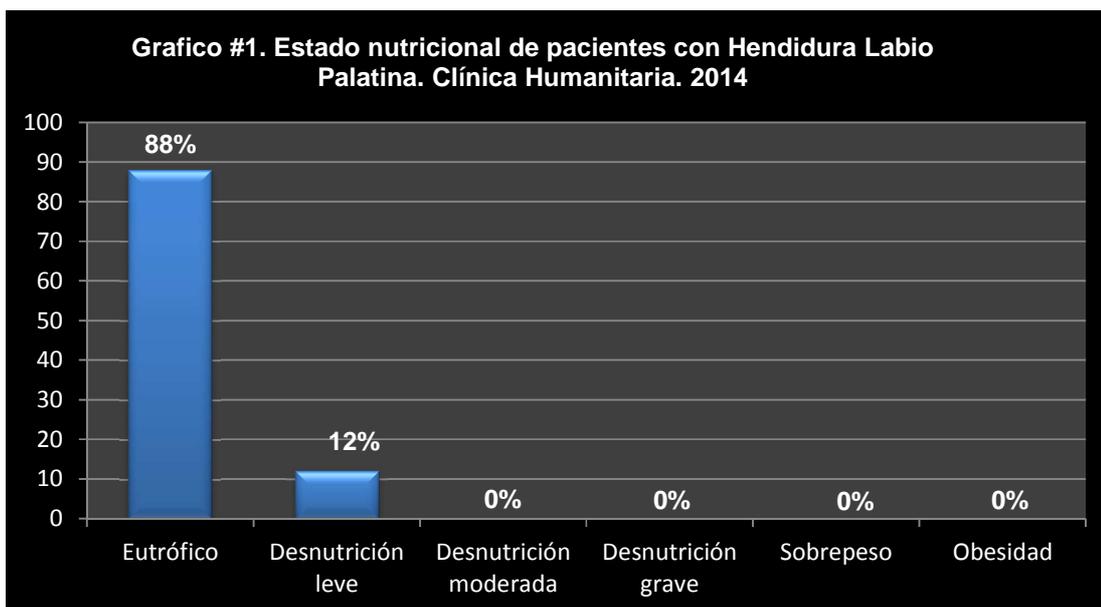
La edad promedio para queiloplastia fue 3.5 meses, para palatoplastia primaria 1 año 1 mes, para palatoplastia secundaria 1 año 11 meses, y Rinoseptoplastia 15 años.

Procedimiento	Numero	Porcentaje	Promedio Meses/Años
Queiloplastia	8	33	3.5 meses
Palatoplastia primaria	9	38	1 año 1 mes
Palatoplastia secundaria	6	25	1 año 11 meses
Rinoseptoplastia	1	4	15 años
Total	24	100	

Fuente formulario recolección de datos

La procedencia de los pacientes fue de la provincia del Azuay 68%, 14% de la provincia del Cañar, 9% de la provincia del Oro y 9% de la provincia de Loja. De los cuales el 73% viven en el área urbana.

El mayor porcentaje de pacientes son eutróficos, únicamente el 12% tienen desnutrición leve, no hubieron pacientes con desnutrición moderada, grave, ni sobrepeso y obesidad.



Fuente tabla 1.5

La categorización de acuerdo a la condición socioeconómica de los pacientes fue 0% categoría A, 55% categoría B, 18% categoría C, 27% categoría I, 0% categoría D.

2. Antecedentes pre-quirúrgicos

10 pacientes que corresponden al 42% no presentaron cirugías previas, 25% refirió una cirugía previa, 25% dos cirugías previas, 4% tres cirugías previas y 4% cuatro cirugías previas. 86% de estas estuvieron relacionadas con el tratamiento de la hendidura labio palatina. En las mismas el 93% recibieron antibiótico terapia prolongada.

3. Cirugía Actual

El 33% de cirugías fueron queiloplastias, el 38% palatoplastias primarias, el 25% palatoplastias secundarias, el 4% rinoseptoplastia

Tipo cirugía	Número	Porcentaje
Queiloplastia	8	33
Palatoplastia primaria	9	38
Palatoplastia secundaria	6	25
Rinoseptoplastia	1	4
Total	24	100

Fuente formulario recolección de datos

33% de estas se realizaron con las técnicas de Millard tipo I y II, 42% correspondieron a VeauWardillKilner, 21% fueron con colgajos tipo buccinador, alveolar y lingual, rinoseptumplastias en 4%. Dentro de estas se presentó un 4% de casos de flebitis, 4% de laringitis post extubación y depresión anestésica en 4% de los pacientes.

4. Infección de herida quirúrgica a las 24 horas de cirugía

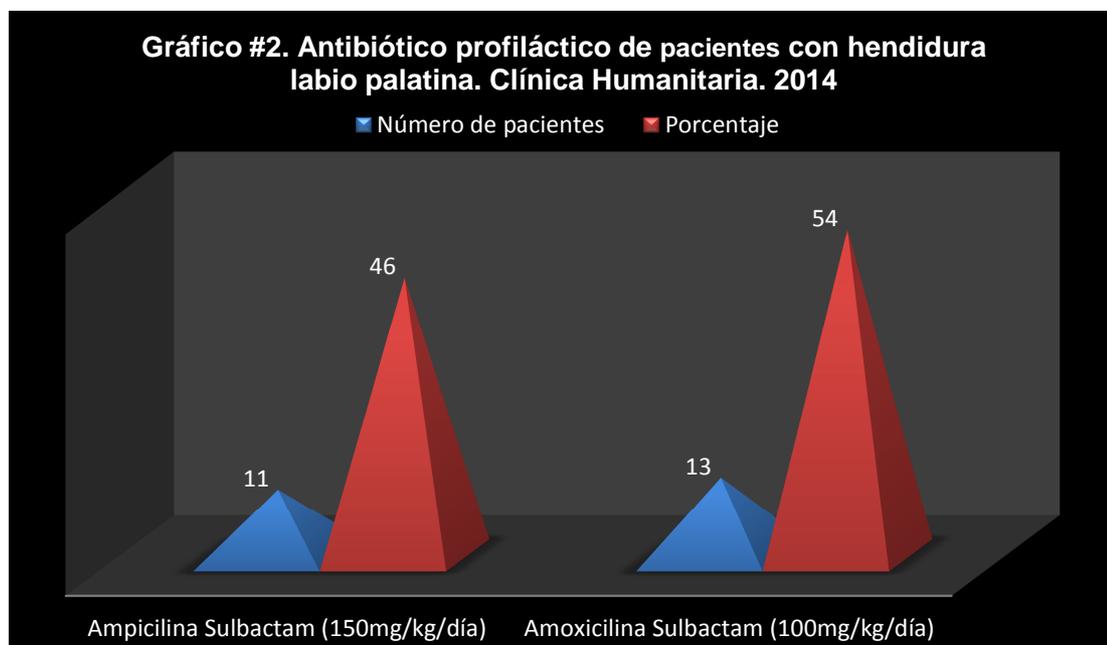
Durante las 24 horas postquirúrgicas se presentó fiebre en 4%, 0% de secreción a nivel de la herida quirúrgica, 0% de dehiscencia de herida quirúrgica, y en el 100% no se solicitaron exámenes complementarios.

5. Infección de herida quirúrgica a la semana de cirugía

En la primera semana postquirúrgica 4% de casos presentaron fiebre, 0% secreción en la herida quirúrgica, en 4% de los pacientes se solicitaron exámenes complementarios de los cuales el 100% se reportan con reactantes de fase aguda normales. Se solicitó cultivo de herida quirúrgica en 4% de los casos con resultado de Enterobacter Especies en el 100%. La dehiscencia de herida quirúrgica se reporta en 0%.

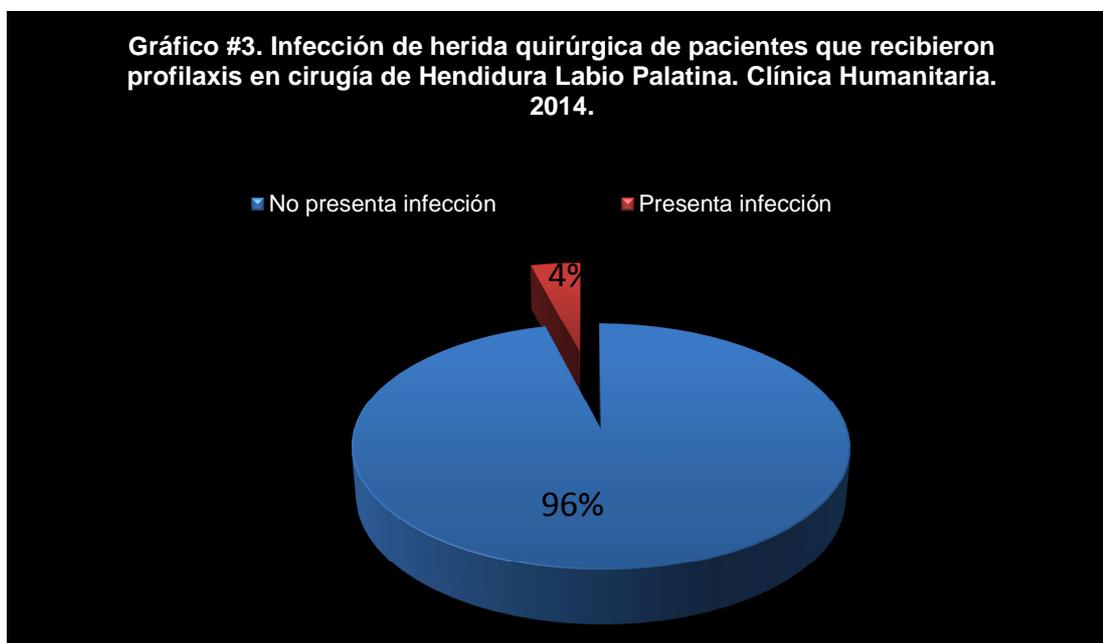
6. Profilaxis Antibiótica

El 54% de pacientes recibieron Amoxicilina Sulbactam en dosis de 100mg/kg/día, el otro 46% recibió Ampicilina Sulbactam en dosis de 150mg/kg/día.



Fuente tabla 6.1 y 6.2

El 4% de pacientes que recibió antibioticoterapia profiláctica presentó infección de herida quirúrgica.



Fuente Tabla 6.3

La infección de herida quirúrgica se encontró únicamente en 1 paciente sometido a Palatoplastia, en Queiloplastia y Rinoseptoplastia no hubo infección de herida quirúrgica

TABLA 6.4 Infección de herida quirúrgica de pacientes que recibieron profilaxis en cirugía de Hendidura Labio Palatina según cirugía. Clínica Humanitaria. 2014

Procedimiento	Número realizados	Porcentaje	Número infecciones
Queiloplastia	8	33	0
Palatoplastia primaria	9	38	1
Palatoplastia secundaria	6	25	0
Rinoseptoplastia	1	4	0
Total	24	100	1

Fuente formulario recolección de datos

CAPITULO 3: DISCUSIÓN

Los acontecimientos socioeconómicos que aquejan a una población, frecuentemente reproducen sus efectos en el desarrollo del ser humano, y siendo de esta manera la salud una meta de toda política actual, no podemos hacer a un lado el campo de las malformaciones cráneo faciales. Su prevención y tratamiento continúan siendo temas de desarrollo científico que en la actualidad toman mayor importancia por la aparición de agentes agresivos que interfieren en su expectante desarrollo.

La hendidura labio palatina como expresión máxima de estas malformaciones, acecha a una población indefensa, que en varias ocasiones su mejor recurso protector es el aislamiento. Para esto han surgido programas multidisciplinarios que en defensa de la idiosincrasia poblacional, se encuentran en desarrollo de esquemas eficaces para contribuir con metas saludables.

La incidencia de hendidura labio palatina en nuestro país se reporta en 0,42% (registro oficial de población 1993 – 1998), siendo muy cercana a la de nuestros vecinos países. La distribución racial y socioeconómica influye de manera directa¹³, así la podemos confirmar con los datos obtenidos en nuestra demarcación socio demográfica. En la población estudiada el sexo masculino y femenino es afectado en el mismo porcentaje. Por razones geográficas nuestro grupo poblacional esta instaurado en la provincia del Azuay con el mayor porcentaje 68%, sin dejar de lado a provincias vecinas como Cañar, El Oro y Loja. Sin embargo es muy importante recalcar que la mayoría radican en el área urbana 73%, debido posiblemente a la migración en busca de sustento económico, datos que concuerdan con los reportes a nivel mundial^{8,13,11}.

El consenso de todos los grupos científicos que mantienen programas quirúrgicos para pacientes con hendidura labio palatina, esquematizan rangos de edades para cada una de las cirugías, proponen que la reparación del labio o queiloplastía se desarrolle entre los 3 a 5 meses de edad, la restructuración del paladar o palatoplastía entre los 10 meses y el año y medio de edad, el manejo alveolar sea con injertos óseos lo recomiendan a partir de los 4 años, y la armonización del esqueleto facial conjuntamente con la corrección funcional nasoseptal a partir de los 14 años de edad. Cabe mencionar que también existen procedimientos de las secuelas que se van a presentar durante todo el desarrollo del paciente.^{1,17,20} Concordancia que se presenta en nuestro estudio ya que la queiloplastía se realizó en una edad promedio de 3.5 meses, la palatoplastía primaria con un promedio de un año un mes, la septorinoplastia en una edad promedio de 15 años y las cirugías de secuelas o palatoplastía secundaria a la edad promedio de un año 11 meses, pacientes que representan el 25% y que fueron intervenidos previamente en otras instituciones del país.

Los pacientes con hendidura labio palatina presentan por lo general dificultades para su alimentación, infecciones recurrentes de vías respiratorias altas, infecciones del oído medio,

disminución en la agudeza auditiva y patología dental, lo que conlleva a bajo peso y desnutrición crónica^{14,20}. De esta manera también son afectados nuestros pacientes, quienes únicamente en el 12% presentan desnutrición leve, manteniéndose la mayoría en estado eutrófico 88%, lo que se traduce en un adecuado control pre-quirúrgico por parte del servicio de pediatría, estimulación temprana y odontología, ya que lograr una buena alimentación es la meta más importante contra la que nos vamos a enfrentar, pues el paciente no ejerce la suficiente presión negativa para succionar, y es donde la placa de contención, las técnicas de lactancia y la orientación nutricional actúan.

Las categorías son asignadas por el servicio de trabajo social, según la condición socio-económica de los pacientes, la categoría A 0% corresponde a las personas indigentes y van en ascenso hasta la categoría D 0% que corresponde a las personas de clase media alta en adelante. En este estudio la mayor parte de pacientes les fue asignada categoría B 55%, es decir son de escasos recursos económicos. Categoría C 18% y categoría I 27%, lo que refleja perfectamente nuestro campo de acción.

Los antecedentes pre quirúrgicos juegan un rol muy importante en la planificación de la estrategia terapéutica para los pacientes con labio y paladar hendido. Para realizar un adecuado procedimiento, el equipo quirúrgico debe identificar si existen alteraciones anatómicas o secuelas quirúrgicas de procedimientos previos que repercutan alterando la flora microbiana orofaríngea, la fuerza de integridad de los tejidos, la capacidad de cicatrización adecuada, provocada por procedimientos repetitivos y utilización de antibióticos en esquemas no adecuados o de manera prologada, que finalmente alterarían un resultado quirúrgico esperado, como lo recomiendan Zbar y Canady en su estudio basado en evidencia sobre cirugías secundarias en deformidades nasolabiales²². 58% de los pacientes de nuestro estudio presentaron algún tipo de cirugía previa, del 100% de estas el 86% se relacionó directamente con hendidura labio palatina, distribuyéndose 6 pacientes con una cirugía previa, 6 con dos cirugías previas, 1 con tres cirugías previas y 1 con cuatro cirugías previas, además el 93% de esta totalidad recibió algún tipo de esquema prolongado antimicrobiano. Considerando así estas variables de mucha importancia para el planteamiento terapéutico y cuidados postquirúrgicos sobre todo en caso de eventos adversos inesperados.

Reportes científicos a nivel mundial han registrado casos de labio y paladar hendido desde la antigüedad, múltiples cirujanos han diseñado técnicas que han sufrido modificaciones con el tiempo. Desde China en el año 390 a.c., pasando por las descripciones del alemán Graefe y el francés Roux y actualmente Millard, las técnicas quirúrgicas se han integrado en protocolos o planes de manejo para obtener mejores resultados estéticos, funcionales y con menor número de secuelas y eventos adversos. Indudablemente Millard presenta las series más completas y efectivas a nivel de la corrección del labio, de igual manera los cirujanos Veau Wardill y Kilner a

nivel de paladar, Guerrerosantos con su colgajo lingual y Ortiz Monasterio a nivel óseo nasal^{5,12,15,17,20,21}. En esta revisión se realizaron un 33% de queiloplastías, 38% de palatoplastías primarias, 4% de rinoseptumplastías y 25% de cirugías de secuelas o palatoplastías secundarias. El equipo quirúrgico que intervino a los pacientes de esta evaluación eligió la técnica de Millard tipo I y II en 33% para corrección de labio fisurado, VeauWardillKilner en 42% para reconstrucción del paladar hendido, rinoseptumplastía funcional y estética en el 4%, y diferentes colgajos según el caso Buccinador, alveolar, lingual para palatoplastías secundarias, apegados a las recomendaciones internacionales. El 88% de los casos no presentaron eventos adversos, sin embargo cabe mencionar la existencia de 3 casos que realizaron flebitis, laringitis postextubación y depresión anestésica, lo que invita a reforzar el protocolo postquirúrgico inmediato por los servicios de enfermería y anestesiología.

Uno de los estudios multicéntricos prospectivos más importantes presentados en el año 2014 por Broyles, J y colaboradores, nos presenta un esquema profiláctico en cirugías cráneo máxilo faciales, basados en los cambios por exposición de la flora microbiana de la mucosa oral, y es así que dichos autores recomiendan enfocarse en organismos como especies de streptococcus, capnocytophagas, anaerobios y especies de cándida, recomendando ampliamente la utilización de ampicilina sulbactam en el esquema profiláctico quirúrgico⁴. La combinación ampicilina sulbactam está conformada por el antibiótico ampicilina, derivado de la penicilina, y sulbactam, un inhibidor de la enzima bacteriana betalactamasa, fármaco desarrollado en 1987 como presentación venosa, su dosis se estima en 50-150mg/kg/día. Así también la guía clínica para profilaxis antimicrobiana presentada en el año 2013 en pacientes sometidos a cirugías de cabeza y cuello recomienda la profilaxis con ampicilina sulbactam durante la inducción anestésica y ocho horas después de la cirugía para el grupo de procedimientos considerados limpios contaminados². Con estas pautas de profilaxis consideramos que el manejo presentado en nuestro grupo de estudio, se alinea de manera adecuada, ya que el 46% recibieron ampicilina sulbactam y el restante 54% amoxicilina sulbactam, cambio que se presentó por factores gubernamentales completamente ajenos a el protocolo quirúrgico.

No existe un consenso en cuanto al uso de profilaxis en cirugía de labio y paladar hendido, la incidencia de infección a nivel de la herida quirúrgica reportada hasta el año 2013 en este tipo de procedimientos es de 1.3% según Bratzler, D y colaboradores². Hay que considerar que los cuidados y la identificación oportuna de signos y síntomas durante el período postoperatorio inmediato y mediato, nos darán las pautas necesarias para iniciar la exhaustiva búsqueda de eventos adversos. Fiebre del paciente reportada por los familiares, alza térmica cuantificada, eliminación de secreción por heridas, dehiscencia de las mismas, deben ser estudiadas inmediatamente^{8,13,20}. De esta manera, determinamos que en las primeras 24 horas posteriores al procedimiento, existió un caso de alza térmica cuantificada en 38 grados centígrados que

corresponde al 4%, no se reportó eliminación de secreción a nivel de la herida, y fue el caso que presentó el evento adverso postquirúrgico de flebitis, por lo que no fue considerada la necesidad de solicitar estudios complementarios, y no se presentaron signos de dehiscencia de herida quirúrgica. Mientras que durante la primera semana postquirúrgica, encontramos que el mismo paciente correspondiente al 4% continúa con alza térmica por más de 72 horas, continuamos sin evidencia de eliminación de secreción ni dehiscencia en las heridas quirúrgicas, y el proceso de flebitis había sido ya resuelto, se les solicitaron exámenes complementarios con resultado de normalidad, y reactantes de fase aguda sin alteración, a pesar de no existir secreción de herida quirúrgica se solicitó cultivo de la misma, con resultado positivo y reporte Enterobacter Especies en el 100%. El cuadro fue resuelto con la administración de tratamiento antibiótico oral por 10 días. Importante recalcar que estas bacterias concuerdan exactamente con los datos reportados por Bratzler, D y colaboradores². Es así que reportamos la presencia de 4% de infecciones quirúrgicas en este grupo de estudio, las mismas que corresponde a cirugías realizadas de manera primaria en reconstrucción de paladar, manteniéndose dentro de los parámetros presentados en varias series científicas de cirugía intraoral.

CONCLUSIONES

Un apropiado control del estado nutricional, el enfoque oportuno y conveniente de los signos y síntomas de alarma en el posoperatorio y la elección precisa de la técnica quirúrgica son las premisas de éxito para un resultado reconstructivo efectivo.

La ausencia de marcadores virales como auxiliares diagnósticos, involucraría un uso indiscriminado de terapias antimicrobianas, así también, la falta de identificación de la microbiota de la mucosa oral en pacientes con labio y paladar hendido, podría llevarnos a errores terapéuticos.

Definitivamente, el esquema profiláctico mediante Ampicilina Sulbactam en tres dosis, continúa siendo hasta el momento el estándar de oro para cirugías en pacientes con hendidura labio palatina, según el estudio realizado, la Amoxicilina Sulbactam también es una alternativa eficiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta, M. Percastegi, D. Flores, B. Frecuencia y factores de riesgo en labio y paladar hendidos del Centro Médico Nacional "La Raza". Revista Mexicana de cirugía Bucal y Maxilofacial . 2013.9(3) pg. 109 – 112.
2. Am J Health-Syst Pharm, Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery, Feb2013; Vol70:195-283.
3. Astudillo, C., Muñoz, O., Agular, M. Cedillo, C. Programa De Labio y/o Paladar Hendido. 2014, Cuenca - Ecuador.
4. Broyles, J. and cols. Characterization, prophylaxis, and treatment of infectious complications in craniomaxillofacial and upper extremity allotransplantation—a multicenter perspective. Plast. Reconstr. Surg. April 2014 133(4). Pg. 543e–51e.
5. Byrd, H. Ha, R. Khosla, R. Gosman, A. Bilateral Cleft Lip and Nasal Repair. Plast. Reconstr. Surg. 2008 122(4). Pg. 1181–90.
6. Children's Health Care System. Cleft Lip and Palate Critical Elements Of Care. available <http://www.cleftadvocate.org/CLP5-03.pdf> (05/2003).
7. Cockell A, Lees M. Prenatal diagnosis and management of orofacial clefts. PrenatDiagn 2000; 20:49
8. Coiffman F., Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética 3ra Edición, Colombia, 2006.
9. Cruz Hernández Manuel, "Nuevo tratado de pediatría", Ergón, Barcelona. 2011.
10. Gilbert, David. The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy, 44 Edition, United States of America. 2014.
11. Hernández M, Prevalencia de hendiduras de labio y/o palatinas en los pacientes que acudieron al centro de investigación y atención a pacientes con malformaciones craneofaciale y prótesis maxilofacial durante los años 2000-2012, Acta odontológica, Volumen 51, N°3, 2013.
12. Kaufman, Y. and cols. Refinements of the Unilateral Millard Technique – The Texas Childrens Hospital Approach. Plast. Reconstr. Surg. 2009 124(2). Pg. 612–14.
13. Menegotto B, Salzano F. Epidemiology of Oral Cleft in a Large South American Simple. Cleft Palate Craneofacial J 2001: Octubre Vol. 28 n. 4

14. Milerad J, Larson O, PhD D, et al. Asociated malformations in infants with cleft lip and palate: a prospective, population-based study. *Pediatrics* 1997; 100: 180.
15. Muller, A. and cols. Intraoperative vascular anatomy, arterial blood flow velocity, and microcirculation in unilateral and bilateral cleft lip repair. *Plast. Reconstr. Surg.* 2012 130(5). Pg. 1120–30.
16. Nelson, John., Academia Americana de Pediatría, Terapéutica Antimicrobiana en Pediatría, 18 Edición, Panamericana, 2011.
17. Ortega J., Pitanguy I., Radwanski H., Guerrerosantos J. *Rinoplastia*. 1 Ed. Amolca 2012.
18. Ortiz Monasterio F, *Cirugía Estética del Esqueleto Facial*, Panamericana, México, 2005.
19. Parameters for the Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies. American Cleft Palate-Craniofacial association, March 2003.
20. Rozen Fuller I. "Labio y Paladar Hendido conceptos básicos". 2 Ed. IMSS 2005.
21. Sinno, H. and cols. Cleft lip and palate– an objective measure outcome study. *Plast. Reconstr. Surg.* 2012 130(2). Pg. 408–14.
22. Zbar,R. Canady, J. An evidence based approach to secondary cleft lip nasal deformity. *Plast. Reconstr. Surg.* 2011 127(2). Pg. 905–909.

ANEXOS

FORMULARIO

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA DE HENDIDURA LABIO PALATINA

1. Datos Demográficos

1.1 EDAD: (MESES/AÑOS)

1.2 SEXO

MASCULINO	<input type="checkbox"/>	FEMENINO	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	----------	--------------------------

1.3 RESIDENCIA

URBANA	<input type="checkbox"/>	RURAL	<input type="checkbox"/>	PROVINCIA									
				AZUAY	<input type="checkbox"/>	CAÑAR	<input type="checkbox"/>	LOJA	<input type="checkbox"/>	EL ORO	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="checkbox"/>
												

2. Condición del Paciente

2.1 PESO: KG

TALLA: CM

2.3 ESTADO NUTRICIONAL

EUTROFICO	<input type="checkbox"/>	DESNUTRICION LEVE	<input type="checkbox"/>	DESNUTRICION MODERADA	<input type="checkbox"/>	DESNUTRICION GRAVE	<input type="checkbox"/>	SOBREPESO	<input type="checkbox"/>	OBESIDAD	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------

2.4 CONDICIÓN SOCIO-ECONÓMICA

CATEGORÍA							
A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>

3. Antecedentes Pre quirúrgicos

3.1 TIENE EL PACIENTE CIRUGÍAS PREVIAS?

NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>								
NÚMERO DE CIRUGÍAS											
1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	> 5	<input type="checkbox"/>

TIPO DE CIRUGIAS			
RELACIONADAS CON LPH	<input type="checkbox"/>	OTRAS	<input type="checkbox"/>
.....		

LUGAR DONDE FUERON REALIZADAS LAS CIRUGÍAS PREVIAS					
FUNDACIÓN MQS	<input type="checkbox"/>	OTROS HOSPITALES	<input type="checkbox"/>	BRIGADAS INTERNACIONALES	<input type="checkbox"/>
		

3.2 RECIBIÓ EL PACIENTE ANTIBIÓTICO PROLONGADO POSTQUIRÚRGICO EN LAS CIRUGÍAS PREVIAS?

NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
		

4. Cirugía**4.1 ACTUALMENTE QUE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO FUE REALIZADO?**

QUEILOPLASTIA		PALATOPLASTIA		RINOSEPTOPLASTIA		OTRA
---------------	--	---------------	--	------------------	--	------	-------

4.2 QUE TÉCNICA QUIRÚRGICA FUE UTILIZADA?

Millard II		Veau Wardill Kilner		Colgajo lingual		OTRA
------------	--	---------------------	--	-----------------	--	------	-------

4.3 QUE ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO RECIBIÓ EL PACIENTE?

AMPICILINA		AMOXICILINA		OTRO
SULBACTAM		SULBACTAM			

4.4 DOSIS ANTIBIÓTICA: MG/KG/DIA**4.5 EXISTIERON HALLAZGOS QUIRÚRGICOS RELEVANTES?**

NO		SI		CUALES:
----	--	----	--	---------	-------

5. Infección De Herida Quirúrgica (24 HORAS POSQUIRÚRGICAS)**5.1 EL PACIENTE PRESENTÓ FIEBRE?**

NO		SI	
----	--	----	--

5.2 EL PACIENTE PRESENTÓ SECRECIÓN EN LA HERIDA QUIRÚRGICA?

NO		SI		CULTIVO					
				POSITIVO		NEGATIVO		GERMEN AISLADO

5.3 SE SOLICITARON EXÁMENES COMPLEMENTARIOS POSQUIRÚRGICOS?

NO		SI	
NORMAL		ALTERADOS	

5.4 EL PACIENTE PRESENTÓ DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA?

NO		SI	
----	--	----	--

6. Infección De Herida Quirúrgica (8 DÍAS POSQUIRÚRGICOS)**6.1 EL PACIENTE PRESENTÓ FIEBRE?**

NO		SI	
----	--	----	--

6.2 A LOS CUANTOS DÍAS DE LA CIRUGÍA REALIZÓ FIEBRE?

1		2		3		4		5		6		7		8	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

6.3 EL PACIENTE PRESENTÓ SECRECIÓN EN LA HERIDA QUIRÚRGICA?

NO		SI		CULTIVO					
				POSITIVO		NEGATIVO		GERMEN AISLADO

6.4 SE SOLICITARON EXÁMENES COMPLEMENTARIOS POSTERIORES?

NO		SI	
NORMAL		ALTERADOS	

6.5 EL PACIENTE PRESENTÓ DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA?

NO		SI	
----	--	----	--