UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACION

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MEDICO CIRUJANO

TEMA:

‘’RESULTADOS ESTETICOS Y RECONSTRUCTIVOS DE LA CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA Y SU RELACION CON EL IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR - BAHIA DE CARAQUEZ, MARZO 2014 – MARZO 2015’’

AUTORES:

MURILLO SÁNCHEZ ARNALDO ANDRÉS
GIRALDO PICO JOSÉ JULIÁN

DIRECTOR:

DR. ANGEL ZAMORA CEVALLOS

PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR

2015

TEMA**:**

‘’RESULTADOS ESTETICOS Y RECONSTRUCTIVOS DE LA CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA Y SU RELACION CON EL IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR - BAHIA DE CARAQUEZ, MARZO 2014 – MARZO 2015’’

DEDICATORIA

A la venerada memoria de mi Padre.

A mi amada Madre que, con su apoyo espiritual, me ayudo a culminar mi carrera.

Con especial devoción, a mi hermana Chinty Murillo Sánchez.

Arnaldo Andrés Murillo Sánchez.

DEDICATORIA

A los seres que confiaron en mis sueños, a los que inspiraron mis deseos de ayudar al prójimo, quienes me regalaron el calor de la enseñanza humana, desde mi alma a mis Padres.

A mi absoluto amor Marina Alcívar que estuvo ahí siempre ayudándome y apoyándome sin esperar nada a cambio.

A Ian que es la ola más perfecta de mi océano a quien sin duda alguna amo más que mi vida.

A mi mejor amigo quien vive dentro de mi alma a diario mi hermano Juan Carlos gracias por creer en mí siempre.

A quien me enseño que hay que luchar hasta el final y jamás perder la esencia, a quien surfea ahora en otros mares a Piquito.

Al que con el fuego y golpes forja el metal que se transformara en la espada, a mi maestro a mi amigo al que sin duda alguna no necesita presentación, a quien me ha inspirado reconstruir y devolver sonrisas a Papa Palacios.

José Julián Giraldo Pico.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos por sobre todas las cosas a Dios, por habernos permitido alcanzar lo tan anhelado.

A nuestros padres y hermanos por todo el apoyo infinito, tanto físico y emocional en esta ardua tarea.

Como prueba de nuestro amor, a Soledad Pablo y Marina Alcívar por toda la ayuda brindada.

A nuestro tutor el Dr. Jhon Ponce Alencastro, quien con su acostumbrada benevolencia y sus conocimientos profesionales, nos orientó magníficamente.

A la Fundación Rostros Felices, y de una manera muy especial a su Fundador y Director, Dr. Jorge Palacios Martínez, a quien no podemos dejar de expresar nuestro reconocimiento y ofrecer este modesto fruto de nuestros afanes.

José Julián Giraldo Pico

Arnaldo Andrés Murillo Sánchez

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION

Yo, DR. ANGEL ZAMORA CEVALLOS tengo a bien certificar que el trabajo de titulación: ‘’RESULTADOS ESTETICOS Y RECONSTRUCTIVOS DE LA CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA Y SU RELACION CON EL IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR - BAHIA DE CARAQUEZ, MARZO 2014 – MARZO 2015’’.

Ejecutado por: MURILLO SANCHEZ ARNALDO ANDRES Y GIRALDO PICO JOSE JULIAN se encuentra concluido en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

_____

DR. ANGEL ZAMORA CEVALLOS
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Yo, DR. JHON PONCE ALENCASTRO tengo a bien certificar que el presente trabajo de titulación ‘’RESULTADOS ESTETICOS Y RECONSTRUCTIVOS DE LA CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA Y SU RELACION CON EL IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR - BAHIA DE CARAQUEZ, MARZO 2014 – MARZO 2015’’. Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores MURILLO SANCHEZ ARNALDO ANDRES Y GIRALDO PICO JOSE JULIAN

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

_____

DR. JHON PONCE ALENCASTRO
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TITULACION

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

‘’RESULTADOS ESTETICOS Y RECONSTRUCTIVOS DE LA CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA Y SU RELACION CON EL IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR - BAHIA DE CARAQUEZ, MARZO 2014 – MARZO 2015’’.

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de MÉDICO CIRUJANO realizado por los egresados con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

_____ Ing. Karina Rocha Galecio, Mg. DECANA DE LA FCS (E)	_____ Dra. Ingerborg Veliz Zevallos, Mg. VICEDECANA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FCS (E)
_____ Ab. Abner Bello Molina ASESOR JURIDICO (E)	_____ Dr. Ángel Zamora Cevallos DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION
_____ Dr. Jhon Ponce Alencastro PRESIDENTE DE TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACION	_____ Dr. Jorge Cañarte Alcívar MIEMBRO DEL TRIBUNAL
	_____ Dr. José García Cano MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de titulación ‘’RESULTADOS ESTETICOS Y RECONSTRUCTIVOS DE LA CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA Y SU RELACION CON EL IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR - BAHIA DE CARAQUEZ, MARZO 2014 – MARZO 2015’’; cuyos autores son los egresados de la Escuela de Medicina: MURILLO SANCHEZ ARNALDO ANDRES Y GIRALDO PICO JOSE JULIAN, se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí..

Dr. JHON PONCE ALENCASTRO
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL.

Dr. ANGEL ZAMORA CEVALLOS.
DIRECTOR DEL TRIBUNAL

Dr. JORGE CAÑARTE ALCÍVAR
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. JOSE GARCÍA CANO
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Nosotros MURILLO SANCHEZ ARNALDO ANDRES Y GIRALDO PICO JOSE JULIAN, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de titulación ‘’RESULTADOS ESTETICOS Y RECONSTRUCTIVOS DE LA CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA Y SU RELACION CON EL IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCÍVAR - BAHIA DE CARAQUEZ, MARZO 2014 – MARZO 2015’’, es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director del Trabajo de Titulación, Dr. Ángel Zamora Cevallos.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a los autores.

MURILLO SÁNCHEZ ARNALDO ANDRÉS

GIRALDO PICO JOSE JULIAN

INDICE

TEMA: .....

DEDICATORIA II

DEDICATORIA III

AGRADECIMIENTO IV

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION V

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL VI

TRABAJO DE TITULACIÓN VII

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN VIII

DECLARACIÓN DE AUTORÍA IX

INDICE X

RESUMEN XII

SUMMARY XIII

CAPÍTULO I 1

INTRODUCCIÓN 1

JUSTIFICACIÓN 3

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 5

SUBPROBLEMAS 6

OBJETIVOS 7

CAPITULO II 8

MARCO TEÓRICO 8

VARIABLES 30

VARIABLE INDEPENDIENTE: CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA 31

VARIABLE DEPENDIENTE: RESULTADOS ESTETICOS EN LOS USUARIOS 33

VARIABLE INTERVINIENTE: IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR 35

CAPÍTULO III 37

DISEÑO METODOLÓGICO 37

MODALIDAD DE INVESTIGACION 39

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS 42

TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN: 42

PRESENTACION DE RESULTADOS 44
CAPÍTULO IV 68
CONCLUSIONES 68
RECOMENDACIONES 69
PRESUPUESTO 70
CRONOGRAMA 71
CAPITULO V 72
PROPUESTA: 72
JUSTIFICACION 72
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA 73
CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA 76
ANALISIS FODA 77
ARBOL DEL PROBLEMA 78
ARBOL DE OBJETIVOS 79
MATRIZ DE INVOLUCRADOS 80
MATRIZ DE MARCO LÓGICO 82
PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA. 85
ANEXOS 86
BIBLIOGRAFÍA 96

RESUMEN

La fisura Labiopalatina, es la anomalía congénita más común que causa un aspecto facial anómalo y defectos del habla. Ocurre alrededor de la octava semana de embriogénesis, y su causa parece ser multifactorial.

La investigación se desarrolló en el Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caraquez, durante el periodo Marzo 2014 – Marzo 2015, con una población de 50 padres y 50 niños intervenidos quirúrgicamente, fue de tipo descriptivo, transversal, prospectivo y propositivo.

El objetivo principal fue conocer los resultados estéticos y reconstructivos de la fisura labio palatina y su impacto psicológico en la dinámica familiar de los usuarios

Se logró conocer que Existe mayor incidencia de fisuras labio palatinas en el género masculino (62%), que residen en zonas rurales (54%), y con antecedentes prenatales de exposición paternas al uso de pesticidas antes y durante el embarazo (86%), mientras que predomino la carencia de antecedentes familiares (62%).Existe un alto nivel de adherencia al cumplimiento de los criterios para la elección de la técnica quirúrgica según compromiso anatómico (100%), el cual disminuye cuando se trata del oportuno tratamiento con respecto a la edad del paciente (30%). El impacto psicológico pre y postquirúrgico evidencio mejoría en la dinámica familiar de los padres, aunque debe trabajarse en el caso de Palatoplastias para disminuir el retraso en la edad de realización, y así disminuir las secuelas en el habla, que producen en los padres la persistencia de temor a futuro (56%).
Se recomienda la generalización e Implementación de la propuesta educativa destinada a los familiares para mejorar el impacto psicológico que las fisuras labio palatinas produce en la dinámica familiar.

PALABRAS CLAVES: fisura labio palatina, impacto psicológico, intervenciones quirúrgicas, usuarios.

SUMMARY

The cleft lip and palate is the most common birth defect that causes an abnormal facial appearance and speech defects. Occurs around the eighth week of embryogenesis, and its cause seems to be multifactorial.

The research was conducted at the Miguel H. Alcivar Hospital in Bahia de Caraquez, during the period March 2014 - March 2015, with a population of 50 parents and 50 children underwent surgery, and the study was descriptive, transversal, prospective and proactive.

The main objective was to determine the aesthetic and reconstructive results of cleft lip and palate and its psychological impact on family dynamics users.

Were able to confirm that there is increased incidence of cleft lip and palate in males (62%) living in rural areas (54%), and prenatal history of pesticide use parental exposure before and during pregnancy (86%) while I predominance lack of family history (62%). There is a high level of adherence to compliance with the criteria for the choice of surgical technique according to anatomic involvement (100%), which decreases when it comes to timely treatment regarding the age of the patient (30%). The pre and postoperative psychological impact evidenced improvement in family dynamics of the parents, but must be worked if Palatoplastias to decrease the delay in the age of realization, and thus reduce the sequelae of speech, which produce in the parent's persistence fear for the future (56%).

Generalization and implementation of educational proposal to the families to improve the psychological impact of cleft lip and palate occurs in family dynamics are recommended.

KEY WORDS: cleft lip and palate, psychological impact, surgeries users.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El labio leporino y la fisura palatina (o hendidura del paladar) son anomalías comunes que causan un aspecto facial anómalo y defectos del habla. ES la anomalía congénita más común, y se sabe que en caucásicos ocurre en 1 de cada 500 nacidos. La incidencia es menor en estadounidenses de raza negra y más altas en indios y personas de origen asiático. Al parecer el labio y el paladar hendidos ocurren alrededor de la octava semana de embriogénesis, ya sea por falta de fusión del proceso nasal medio y la prominencia maxilar o por falla en la migración mesodérmica y penetración entre la bicapa epitelial de la cara. La causa del labio y paladar hendido parece ser multifactorial, los factores que al parecer incrementan la incidencia de este trastorno incluyen edad avanzada de los padres, uso de fármacos e infecciones durante el embarazo, tabaquismo durante el embarazo y antecedentes familiares de fisuras labio palatinas. (Cirugía de Schwartz pag. 1660)

En términos generales el tratamiento deberá ser lo más precoz posible, teniendo en cuenta la factibilidad de realización del procedimiento con seguridad. La cirugía inicial deberá ser efectuada cuando las condiciones del recién nacido sean adecuadas, esto suele suceder al tercer mes de vida. Para los casos de hendidura los procedimientos utilizados más a menudo son variaciones de los procedimientos de rotación y avance de Millard. Las reparaciones bilaterales de hendiduras labiales y nasales a menudo son versiones de las reparaciones en la línea media, siendo la técnica más utilizada la de Mulliken. El resultado debe dejar la nariz simétrica, con su piso reconstruido, labio balanceado, continuo móvil y con una cicatriz ubicada de manera vertical en la columna del filtrum. La cirugía de paladar frecuentemente se realiza como procedimiento separado de la cirugía del labio, se debe de hacer desde los 4 meses de vida y de todas maneras antes de los 18 meses de vida para prevenir secuelas definitivas del habla que son la huella más temida de esta enfermedad. . (Villegas Alzate, F. J. 2012:333)\

De todas las malformaciones presentes, las fisuras labio palatinas es la más relevante por su alta incidencia y por las implicaciones que tiene no solo a nivel estético si no funcional y psicológico para el paciente fisurado. Dentro de los principales se encuentran problemas otorrinolaringólogos, fonoaudiológicos, a nivel de estructuras faciales y dentarias y por ultimo problemas psicológicos por lo cual es importante lograr la adaptación, satisfacción y bienestar del paciente. Es por ello que el tratamiento de fisuras labio palatinas debe ser realizado en equipo cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del niño fisurado. (Scielo, 2012)

JUSTIFICACIÓN

Se acepta que es una malformación de causa multifactorial, es decir tanto de origen genético como ambiental. Sus frecuencias son variables según el origen étnico de las poblaciones. Siendo más altas en las de origen mongoloide y amerindio y más bajas en las de origen negro. Labio leporino simple o con fisura palatina, tiene una frecuencia muy heterogénea en las diferentes regiones del mundo, variando desde 14,4 por 10.000 en Dinamarca y 13.3 en Suecia hasta 5,4 en España. (Nazer, M & et.al, 2001).

En un estudio colaborativo latinoamericano de malformaciones congénitas en el periodo 1982 – 1990 se encontró una tasa global fisuras labio palatinas 10,49 por 10.000, llamando la atención la alta frecuencia en Bolivia (23,7), Ecuador (14.96), y Paraguay (13,3), seguramente debido a que sus poblaciones tienen mezcla con raza india. (Corbo & M, 2001)

En nuestro país el índice de malformaciones es alarmante, en un estudio realizado en 12 hospitales de las provincias de: Manabí, Cañar, Loja, Imbabura y El Oro de 848.645 nacimientos hubo una incidencia de Fisuras labio palatinas de un 18%. (Hora, 2010).

El impacto y la factibilidad del estudio radica en que en nuestro País no existen investigaciones publicadas que describan el impacto psicológico que producen en la dinámica familiar las fisuras labio palatina, ni tampoco cual es la remisión de esta sintomatología posterior a la cirugía. En Manabí, en el Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez, la Fundación Rostros Felices realiza anualmente un aproximado de 80 intervenciones quirúrgicas gratuitas al año, destinadas al restablecimiento de la morfología de estructuras afectadas por su condición.

Al contar con la aprobación del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caraquez, de la provincia de Manabí, para obtener del departamento de estadística todos los datos necesarios para esta investigación, valiéndonos de las historias clínicas de los usuarios a los que se intervino quirúrgicamente; junto con el apoyo de la Fundación Rostros Felices, de la ciudad de Guayaquil, y al contar también con el amparo de los

miembros del protocolo que orienta día a día a la mejor forma de realización de este trabajo de titulación, ese cuenta con lo necesario para la realización de esta.

Mediante el presente trabajo investigativo se busca poder orientar sobre la condición en la que se encuentran los pacientes que padecen estas malformaciones, mediante el conocimiento exacto de su origen y sus principales repercusiones en su entorno familiar y social.

Se beneficiaran los padres y los usuarios a los que se les realizaron las cirugías, para poder aliviar mediante estas toda la angustia y ansiedad que produce esta condición. Incentivando una buena interrelación entre el ámbito familiar y social, para una adecuada integración del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El impacto que el nacimiento de un hijo con una malformación crónica como las fisuras labio palatinas tiene en la familia ha sido ampliamente estudiada, en un principio desde un punto de vista pediátrico, más tarde abarcando aspectos psicosociales complejos relacionados con la adaptación psicológica de la familia. La forma en que los padres se enfrentan a esta difícil situación suele estar medida tanto por los recursos sociales de su entorno, como por aspectos psicológicos personales. La investigación al respecto ha mostrado que la experiencia de la discapacidad de un hijo es una experiencia prolongada y a veces dolorosa, que puede producir en los padres un desajuste psicológico y un importante sufrimiento emocional. (Limiñama, J, & R. 2007).

Ante esta problemática planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los resultados estéticos y reconstructivos de la cirugía de fisura labio palatina y su cual es impacto psicológico en la dinámica familiar, en los usuarios atendidos en el Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez, Marzo 2014 – Marzo 2015?

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características generales de la población en relación al sexo, procedencia, antecedentes familiares de fisuras labio palatinas, antecedentes prenatales?

¿Cuáles son los tiempos quirúrgicos y criterios para la realización de una cirugía de fisuras labio palatinas según su compromiso anatómico y edad?

¿Cuál es la frecuencia de la realización de la cirugía de fisura labio palatina en presencia de contraindicaciones para la misma?

¿De qué manera se evidencia los resultados estéticos y reconstructivos en los usuarios a quienes se les realizo la cirugía de fisura labio palatina y su repercusión en la calidad de vida en los padres?

¿Cuál es el impacto psicológico en la dinámica familiar antes y después de la cirugía de fisura labio palatina?

¿Cuáles son los elementos estructurales y funcionales que contienen una propuesta educativa destinada a los familiares para mejorar el impacto psicológico previo a la intervención quirúrgica de fisuras labio palatinas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer los resultados estéticos y reconstructivos de la cirugía de fisura labio palatina y su impacto psicológico en la dinámica familiar, en los usuarios atendidos en el Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez, Marzo 2014 – Marzo 2015

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características generales de la población en relación al sexo procedencia, antecedentes familiares de fisuras labio palatinas y antecedentes prenatales de exposición a agentes teratógenos.

Identificar los tiempos quirúrgicos y criterios para la realización de una cirugía de fisuras labio palatinas según su compromiso anatómico y edad.

Conocer la frecuencia de realización de cirugía labio palatina en presencias de contraindicaciones para la misma.

Definir los resultados estéticos y funcionales en los usuarios a quienes se les realizo la cirugía de fisura labio palatina y su repercusión en la calidad de vida en los padres.

Determinar el impacto psicológico en la dinámica familiar antes y después de la cirugía de fisura labio palatina.

Establecer los elementos estructurales y funcionales que conforma una propuesta educativa destinada a los familiares para mejorar el impacto psicológico previo a la intervención quirúrgica de fisuras labio palatinas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Las células de la cresta neural migran para formar en las etapas tempranas los mamelones o procesos faciales característicos del desarrollo facial humano. Estos procesos son cinco y aparecen entre las semanas cuarta a octava, creciendo y migrando alrededor de la boca primitiva o estomodeo así: por arriba el proceso frontonasal, lateralmente los dos procesos maxilares y por debajo los dos procesos mandibulares formados principalmente por el primer arco branquial. (Villegas Alzate, F. J. 2012:333)

El paladar primario deriva del segmento intermaxilar, pero la parte principal del paladar definitivo está formada por las crestas palatinas, que proceden de las prominencias maxilares superiores, y que aparecen a la sexta semana en la sexta semana del desarrollo. Pero estas crestas palatinas ascienden durante la séptima semana por encima de la lengua y forman el paladar secundario. (Sadler, T. W. 2012:278)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), malformación congénita es aquella presente al nacimiento aunque pueda manifestarse más tarde, teniendo que ver con anomalías morfológicas o estructurales y funcionales o moleculares. Puede ser hereditaria o esporádica (familiar o al azar), interna o externa, única o múltiple. Su gama va desde deformidades leves hasta muy graves, estimándose que al menos el 3% de los recién nacidos presenta algún tipo de defecto. Villegas Alzate, F. J. (2012)

"El 70% de las malformaciones congénitas se manifiestan en la cara, de allí su efecto devastador para la apariencia y la vida de los afectados" Villegas Alzate, F. J. (2012).

Por lo menos la mitad (50% a 60%) de las malformaciones congénitas son de causa desconocida y hasta una cuarta parte (20% a 25%) se relacionan con factores hereditarios multifactoriales que no están claros por completo. Solo un 8% se produce por mutaciones genéticas conocidas, y un porcentaje parecido (6% a 7%) es causado por

factores de los cromosomas. Factores ambientales, como el tipo de nutrición, nivel socioeconómico y la exposición a tóxicos pueden provocar un 10% de las anomalías presentes al nacimiento. Villegas Alzate, F. J. (2012)

"El labio leporino y la fisura palatina (o hendidura del paladar) son anomalías comunes que causan un aspecto facial anómalo y defectos del habla. El agujero incisivo se considera la marca divisoria para las deformidades con hendidura anterior y posterior" (Sadler, T. W. 2012:279).

Las alteraciones congénitas que se sitúan delante del agujero incisivo, son primordialmente el labio leporino lateral, la fisura del maxilar superior y la fisura entre el paladar primario y el secundario. Las que se sitúan por detrás del agujero incisivo son la fisura palatina (secundario) y la fisura de la úvula. Sadler, T. W. (2012)

Las malformaciones de un recién nacido en la región cráneo-órbito-facial, son lo bastante evidentes para que el neonatólogo, la matona y los padres se percaten de su existencia, en especial cuando se trata de síndromes (labio leporino, comunicaciones oro-orbitarias, naso-orbitarias, meningoencefaloceles, disrafias craneofaciales y otras monstruosidades). (Romero Torres, R. 2012:368)

Romero Torres, R. (2012) refiere que "desde la antigüedad ya se habían descrito estas malformaciones congénitas, conocidas también como labio leporino y paladar hendido. Es así como Galeno (131 a. c.) menciona su ocurrencia" (p.370-371).

La fisura palatina es el resultado de la falta de fusión de las crestas palatinas, que puede estar causada por la pequeñez de las crestas, la ausencia de elevación de las crestas, la inhibición del mismo proceso de fusión o el hecho de que la lengua no caiga de entre las crestas debido a la micrognatia. (Sadler, T. W. 2012:279)

Sadler, T. W. (2012) distingue que los niños con fisuras en la línea media suelen presentar retraso mental y pueden tener alteraciones cerebrales, con ausencia variable de

las estructuras de la línea media. La pérdida de tejido de la línea media puede ser tan extensa que los ventrículos laterales se fusionan (holoprosencefalia). Estas anomalías se inducen en una fase muy temprana del desarrollo, al principio de la neurulación (días 19 a 21), cuando se establece la línea media del prosencéfalo. (p.282)

Sadler, T. W. (2012) opina que la frecuencia de la fisura palatina aislada es menor que la de labio palatino (1/1 500 nacimientos), y con más frecuencia en mujeres (55%) que en varones. En las mujeres, los procesos palatinos se fusionan alrededor de una semana después que en los varones, lo que podría relacionarse con la causa de su mayor frecuencia de fisura palatina aislada en varones. (p.282)

"La integridad del velo del paladar es de vital importancia durante el proceso de deglución que puede verse afectado en mayor o menor grado en el neonato con paladar hendido" Villegas Alzate, F. J. (2012).

Desde muy temprana edad se inicia el desarrollo del habla con sonidos guturales, que con el paso del tiempo se transforman en las primeras palabras, la ausencia de motilidad normal en el velo del paladar ocasiona incompetencia o insuficiencia velofaríngea permitiendo el escape nasal del chorro de voz característico. Villegas Alzate, F. J. (2012)

La presencia de incompetencia velofaríngea generará patrones anormales de habla que se grabarán de manera anormal en la corteza cerebral durante los primeros años de vida y serán muy difíciles de corregir una vez configurados de manera anormal. Por lo anterior es de vital importancia el restablecimiento de la competencia velofaríngea por medio de la reparación temprana del defecto del paladar entre los 4 a 18 meses de vida. Villegas Alzate, F. J. (2012)

Existen dos grandes causas de las fisuraciones labiopalatinas: a) afecciones del medio uterino o exógenas, que se atribuyen a diferentes factores que pueden producir malformaciones, especialmente si actúan durante el período de la organogénesis o

embrionario (desde la tercera a la cuarta semana), entre los cuales tenemos infecciones virales (rubéola, gripe), medicamentos (talidomida), irradiaciones, mal nutrición y avitaminosis en la madre gestante (vitamina A); y b) genéticas o endógenas, en lo que se considera que existe una predisposición familiar del orden del 8 al 10%, y aquí se incluyen los síndromes autosómicos dominantes que cursan con labio leporino o con paladar fisurado están el síndrome de Sticker, el síndrome de Wadenburg, síndrome notocordial y el síndrome de Van der Wende. Romero Torres, R. (2012)

El paladar primario se define como todo el tejido por delante del agujero incisivo, lo que incluye el paladar duro anterior (premaxilar), alvéolo, labio y nariz. El paladar secundario incluye todas las estructuras por detrás del agujero incisivo, lo que incluye la mayor parte del paladar duro y paladar blando (velo del paladar). La hendidura puede afectar el labio y nariz con o sin hendidura palatina. Brunicardi, F. Ch., Andersen, D. K., Billiar, T. R., Dunn, D. L., Hunter, J. G., Matthews, J. B. y Pollock, R. E. (2011)

Las hendiduras en el labio, paladar o ambos se clasifican como unilaterales o bilaterales y más tarde como completas o incompletas. La hendidura completa del labio afecta la totalidad del mismo y se extiende hacia la nariz. La hendidura incompleta afecta sólo una porción del labio y contiene un puente de tejido que conecta los elementos centrales y laterales del labio, lo que se conoce como banda de Simonart. Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011)

La forma más frecuente es la fisura de paladar primario y del secundario (labio leporino con complicación unilateral o bilateral), que determina comunicación oronasal. Este trastorno provoca en los padres una actitud de urgencia que determina la necesidad de llevar al niño a la normalidad con que ellos pensaban que naciera; al niño le dificulta la alimentación (confección de un chupete con un aditivo protésico que oblitere la comunicación) y lo predispone a contraer infecciones respiratorias, óticas o ambas, que a veces retardan la operación. (Romero Torres, R. 2012:371)

El sistema de clasificación del cirujano Víctor Spina se basa en el concepto morfológico, haciendo al mismo tiempo referencia a sus orígenes embriológicos. Este procedimiento, recoge como punto de referencia el foramen incisivo. El foramen incisivo representa un vestigio de lo que en la vida intrauterina dividía paladar primario y paladar secundario. De esta forma, todo lo que se encuentra por delante del foramen incisivo se origina del paladar primario y lo que está por detrás del foramen incisivo tiene su principio embriológico en el paladar secundario. Así, podemos catalogar las fisuras derivadas del paladar primario, como fisuras preforamen incisivo; las derivadas del paladar secundario fisuras de post-foramen incisivo; y aquellas que envuelven simultáneamente y por completo las estructuras del paladar primario y secundario, como fisuras transforamen incisivo. (Fernández Sánchez, J. y Magán Moya, A. 2010:384)

En las fisuras preforamen incisivo se incluyen las fisuras localizadas por delante del agujero incisivo pudiendo alcanzar labio y reborde alveolar. La gran diversidad de manifestaciones clínicas varía entre dos extremos, desde un ribete cutáneo del labio (cicatriz de Keith) hasta la ruptura de todo el paladar primario alcanzando el foramen incisivo. En relación al lado involucrado se clasifican en unilaterales, bilaterales o medianas, observándose que las unilaterales del lado izquierdo se presentan con más frecuencia. La característica más importante de este grupo es la integridad del paladar. Fernández Sánchez, J. y Magán Moya, A. (2010)

El grupo de las fisuras transforamen incisivo incluyen las fisuras totales abarcando paladar primario y secundario. Se pueden también manifestar uni o bilateralmente. Fernández Sánchez, J. y Magán Moya, A. (2010)

Comprometen el maxilar por completo, desde el labio hasta la úvula, dividiéndolo en dos partes en el caso de las unilaterales: el segmento mayor o no fisurado, que tiene contacto con el vómer, y el segmento menor o fisurado, que se encuentra desviado lateralmente y separado del segmento mayor. Este grupo de fisuras presenta un aspecto facial similar al grupo preforamen completo unilateral: división del labio con proyección anterior del segmento mayor, desviación del septo nasal y achatamiento del

cartílago alar del lado fisurado, existiendo una amplia comunicación de la cavidad bucal con la nasal. La manifestación anatómica de la fisura es variable, estableciéndose tanto en el lado derecho (11%) como del izquierdo (22%). (Fernández Sánchez, J. y Magán Moya, A. 2010:385-386)

Las fisuras postforamen incisivo afectan solamente al paladar secundario. La gravedad aumenta con la extensión de la fisura, comenzando en la úvula en dirección al foramen incisivo. Incluso en su forma completa el reborde alveolar permanece íntegro no provocando problemas estéticos en el paciente, aunque sí funcionales, ligados al cierre del esfínter velofaríngeo y la audición. Las secuelas quirúrgicas para este tipo de malformación son mucho menos expresivas que en las fisuras del grupo transforamen. Fernández Sánchez, J. y Magán Moya, A. (2010)

En este grupo se encuentran las fisuras aisladas del paladar, localizadas posteriormente al foramen incisivo. Constituyen un bloque clínico totalmente diferente de los dos grupos pre y transforamen al no involucrar aspectos estéticos que afecten a una estructura peribucal intacta. El principal problema de las fisuras postforamen se concentra en el aspecto funcional del mecanismo velofaríngeo, el cual se caracteriza por la resonancia nasal del habla, pudiendo alcanzar niveles ininteligibles por la sustitución de consonantes. Fernández Sánchez, J. y Magán Moya, A. (2010)

Kriens ha propuesto una clasificación para describir los grados lesionales del paladar primario o el secundario, en que se toma en cuenta como punto de referencia la línea media, y se coloca la fisuración paramedial asignando letras con respecto a su localización anatómica: «L» para el labio, «A» para el alvéolo, «H» para el paladar duro y «S» para el paladar blando. Entonces, si la lesión fisural es unilateral y afecta al labio, al alvéolo, al paladar duro y al blando se la denomina LAHS y si es bilateral LAHSHAL. Hay que conocer que el lado derecho del paciente está al lado izquierdo de la fórmula y viceversa. Romero Torres, R. (2012)

Merece mención especial la búsqueda activa durante el examen físico del neonato de una entidad conocida como paladar hendido submucoso, en estos casos hay continuidad anatómica de las capas superficiales del velo del paladar sin que haya continuidad muscular, lo que genera todo el cuadro clínico de incompetencia velofaríngea, se debe sospechar en todo paciente con paladar ojival o muy profundo y en especial si la úvula es bífida, o hay cierta transparencia a la luz en la línea media del paladar que se ve como de color azuloso lo cual ha sido descrito como "zona pelúcida". Villegas Alzate, F. J. (2012)

Si el diagnóstico de paladar hendido oculto es demorado, las consecuencias serán irreparables ya que no podrá realizar la reparación en el momento indicado. Es de gran importancia tener un índice alto de sospecha de la entidad durante el examen inicial del recién nacido, la inspección con iluminación y separación adecuada con bajalenguas, al igual que la palpación digital del paladar son de gran ayuda. (Villegas Alzate, F. J. 2012:336)

Villegas Alzate, F. J. (2012) distingue que la historia clínica personal, familiar, antecedentes del embarazo, parto y presencia de anomalías acompañantes, deberán ser anotados sin equivocaciones. El examen físico debe ser completo y exhaustivo; en ningún caso se dejará de realizar la inspección y palpación de la bóveda palatina para descartar paladar hendido oculto o submucoso y en algunos casos acompañados del examen físico de los familiares y de paraclínicos complementarios que ayuden en la determinación de la etiología y otras malformaciones. (P.336-337)

Antiguamente el diagnóstico prenatal de una fisura de labio se hacía casi siempre en asociación con otras anomalías fetales. Con la mejora de la técnica ecográfica, el diagnóstico prenatal de la fisura labial se ha incrementado. Sin embargo, sigue siendo fácil pasar por alto la fisura labial en la ecografía, particularmente en las rutinarias, de hecho, el American Institute of Ultrasound in Medicine no exige revisión ecográfica del labio en la ecografía de detección de malformaciones. González Landa, G. y Prado Fernández, M. C. (2011)

Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011) mencionan que a menudo los pacientes se diagnostican en etapa prenatal por el uso de ecografía prenatal. La consulta prenatal ha demostrado ser beneficiosa para los padres, pues sirve para desvanecer temores y falta de información y para asegurarles que existe tratamiento. Después del nacimiento del niño se lleva a cabo la valoración por el equipo especializado y se obtiene información del cirujano, especialista en tratamiento de lenguaje, trabajador social, ortodoncistas craneofaciales, genetista, otorrinolaringólogo y pediatra. (p.1658)

El diagnóstico ecográfico más preciso se obtiene a partir de la 20 semana de gestación. Sin embargo, a muchas pacientes se les realiza antes, especialmente si se plantea amniocentesis a las 15-17 semanas. Aunque es difícil detectar las fisuras labiales en ecografías tan tempranas, se puede realizar otra a posteriori si hay sospecha de que pueda existir una fisura (por ejemplo, si refiere historia familiar previa). El diagnóstico prenatal de fisura palatina es todavía más difícil hacer a menos que se asocie a una fisura labial amplia. (González Landa, G. y Prado Fernández, M. C. 2011:33)

Consignan a su vez que el 1/3 de los fetos con fisuras labiopalatinas detectadas intrauterinamente se pierden por aborto espontáneo (terathanasia). Este procedimiento de apoyo diagnóstico permite a su vez detectar en un 90% otras malformaciones craneofaciales tipo trisonomías 13 y 18 y holoprosencefalia, ambas de mal pronóstico vital para el feto. Romero Torres, R. (2012)

Cada 1/500 o 1/1000 de los niños nacidos pueden estar afectados por la existencia de una fisura labiopalatina con características no sindrómicas y que ocurren esporádica o aisladamente. El estadío genético de aquellos casos que tienen carácter familiar es complejo y deben estudiarse los genes conocidos que participan en la formación del paladar primario y secundario. La unión o fusión de ellos se ha relacionado a un locus del cromosoma 6 y 9. Romero Torres, R. (2012)

Una vez que la fisura labio palatina se diagnostica, se debe dirigir a la familia al equipo de fisurados para ser informados sobre la patología y el manejo del niño con fisura palatina. El diagnóstico de los defectos congénitos crea una crisis en la familia, por eso la atención psicológica y emocional es esencial en estos momentos. (González Landa, G. y Prado Fernández, M. C. 2011:33)

Para los niños que nacen con hendiduras orofaciales, las preocupaciones iniciales se relacionan con el éxito en la alimentación y en la respiración. Los recién nacidos con hendiduras palatinas no pueden generar presión negativa cuando succionan y por tanto debe suministrarse la leche en la boca con un biberón especializado cuando realizan movimientos de succión. Una vez que se ha asegurado una nutrición adecuada de la vía respiratoria permeable, se pone atención a la anomalía facial. Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011)

Existe controversia considerable con respeto a los detalles del momento oportuno, técnica y protocolo para el tratamiento de niños con labio y paladar hendidos. Todos los recién nacidos con anomalías craneofaciales del tipo de labio y paladar hendidos se benefician con la atención por equipos especializados, dedicados al tratamiento de anomalías congénitas. (Brunicardi, F. Ch. y cols. 2011:1658)

Para tratar estos niños hay que tener en cuenta dos prerrequisitos: 1) tener muy en cuenta que la lesión congénita afecta a zonas en desarrollo. Los procedimientos que los vulneran, por decolamientos subperiósticos externos y por cicatrización que alteren las fuerzas musculares del labio o del paladar, conllevan secuelas importantes; y 2) necesidad de categorizar los grados de lesión en forma multiespacial, para actuar en consecuencia; se valora el que hacer del equipo multiprofesional de acuerdo con las necesidades y prioridades que determine cada caso en particular. Romero Torres, R. (2012)

“Los intentos para reducir la deformidad y establecer las etapas para la reparación quirúrgica de labio y nariz empiezan con un proceso conocido como ortopedia infantil

prequirúrgica que incluye procedimientos como moldeamiento nasoalverolar (NAM)" (Brunicardi, F. Ch. y cols. 2011:1658).

Desde que McNeil, Psaume y Latham destacaron el rol de la ortopedia preoperatoria, que consiste en instalación de prótesis obturadoras e inductoras de reposición, expansión, o ambas, de los segmentos que tienden a colapsarse durante el desarrollo del maxilar, casi todos los centros de fisurados la han incorporado como procedimiento previo al tratamiento quirúrgico de las fisuras labiopalatinas. Estas se mantienen en el postoperatorio. Romero Torres, R. (2012)

Romero Torres, R. (2012) puntualiza sobre la importancia de la ortopedia prequirúrgica en lactantes, que los que la apoyan consideran que el aparato de Latham ayuda a la posición de la lengua, facilita la alimentación y la reparación del labio, estimula el crecimiento óseo, disminuye las infecciones del oído medio, previene el colapso del arco palatino y ayuda psicológicamente a los padres. (p.378)

Los que están en contra de la ortopedia prequirúrgica opinan que es un lujo que no es necesario y que puede provocar más bien altos costos innecesarios, y que el aparato de Latham que se utiliza en gingivo-periostioplastías en fisuras alveolares, interfiere con el crecimiento a nivel de la sutura de la premaxila con el vómer lo que puede producir una grave alteración tridimensional del crecimiento. (Romero Torres, R. 2012:378)

El procedimiento NAM reubica los segmentos alveolares neonatales, aproxima los elementos del labio, aplica tensión sobre los componentes nasales deficientes y cambia la morfología de hendiduras completas a hendiduras "incompletas" más estrechas. Después de los procedimientos de ortopedia infantil prequirúrgica y NAM la reparación definitiva del labio hendido y de la nariz en una sola reparación se realiza a los tres a seis meses de edad. (Brunicardi, F. Ch. y cols. 2011:1658)

Las técnicas de cierre de labio y paladar primario son diversas, y son muchas las disposiciones de los colgajos a tallar en el labio a fin de cerrar la fisura labiopalatina. Se

han dejado atrás el uso de cierres verticales, por el uso cada vez más frecuente de colgajos triangulares tipo Randall, Tenyson, Skoog y Malek, o la técnica de Millard, que es una zetoplastia de los bordes fisurales con un colgajo C que repara la base de la narina, y con el colgajo contralateral que avanza hasta cubrir el borde expuesto al crear el colgajo C. Romero Torres, R. (2012)

En las fisuraciones completas del labio uni o bilaterales la corrección quirúrgica no siempre consigue una buena definición de la punta de la nariz en relación a la columela. La asimetría de los cartílagos alares y del septum en los casos de fisuraciones labiopalatinas unilaterales ha pretendido ser corregido con técnicas que junto con el trazo de las incisiones parafisurales labiales se extienden a la narina para reordenar el tabique nasal y los cartílagos nasales, lo que ha permitido ampliar el procedimiento haciéndolo abierto para la nariz con la colocación de los cartílagos nasales a nivel de la línea media y del cierre sincrónico de las partes blandas fisurales del labio (músculo orbicular y planos mucosos y cutáneos). Romero Torres, R. (2012)

El labio hendido unilateral por lo común se asocia con deformidad nasal. La deformidad nasal del labio hendido incluye desplazamiento lateral, inferior y posterior del cartílago del ala de la nariz. Esto ocasiona deficiencia y creación de una hendidura en el esqueleto subyacente así como la acción sin oposición del músculo auricular de la boca que tiene inserción anormal en la base del ala de la nariz. Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011)

El objetivo de la operación es nivelar el arco de Cupido y reconstruir el filtrum central del labio, en forma ideal al colocar la incisión y cicatriz subsiguiente en la columna normal del filtrum, en la medida de lo posible. La reparación quirúrgica se lleva a cabo bajo anestesia general y anestesia local que contenga adrenalina. (Brunicardi, F. Ch. y cols. 2011:1660)

Se han propuesto diferentes técnicas para la reparación de las hendiduras de labio y nariz; sin embargo los procedimientos utilizados más a menudo son variaciones de los

procedimientos de “rotación-avance”. El procedimiento de rotación-avance difundido por Millard rota la subunidad del filtrum del labio central hasta el nivel del arco de Cupido conforme el elemento lateral del labio se hace avanzar hacia el defecto creado por la rotación caudal del filtrum. Algunos cirujanos eligen realizar cierre primario de la hendidura alveolar al momento de la reparación primaria de la nariz y labio, lo que se conoce como gingivoperiostioplastia. Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011)

Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011) distinguen que en el labio hendido bilateral completo con deformidad nasal, el elemento central del labio, conocido como prolabio está separado por completo del resto del labio superior. El prolabio se desplaza a la porción superior del segmento alveolar central, denominado premaxilar que contiene los cuatro incisivos centrales que aún no han presentado erupción. A menudo, el premaxilar y prolabio se encuentran desplazados hacia afuera. Esto se conoce como premaxilar suelto. (p.1660-1661)

Para el niño con hendidura labial y nasal y lateral completa, el procedimiento ortopédico infantil prequrúrgico es una etapa muy importante en su preparación para la cirugía definitiva de labio y nariz al separar el premaxilar en el arco maxilar, reubicar los elementos del labio y estirar la columela rudimentaria. (Brunicardi, F. Ch. y cols. 2011:1661)

Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011) opinan que las reparaciones bilaterales de de hendiduras labiales y nasales a menudo son versiones de las reparaciones en la línea media, siendo la técnica más realizada a menudo la de Mulliken. En la deformidad con hendidura labial bilateral, el filtrum nuevo se crea con el prolabio y se une a los elementos laterales en la porción superior del músculo orbicular de los labios, ya reparado. (p.1661)

Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011) mencionan que durante la octava y decimosegundas semanas de gestación, la mandíbula tiende al prognatismo, la lengua cae por debajo del proceso palatino lateral y las prominencias palatinas migran en dirección cefálica a una

posición más horizontal y ocurre la fusión. El paladar hendido es consecuencia de la falta en la fusión de los dos procesos palatinos. Al igual que con el labio hendido, las hendiduras aisladas del paladar son multifactoriales en cuanto a su causa; las hendiduras aisladas del paladar probablemente se asocien con otras anomalías. Casi 8 a 10% de las hendiduras palatinas aisladas se asocian con delección del cromosoma 22q e el síndrome velocardiofacial. (p.1661)

El objetivo principal de la cirugía de paladar hendido es ayudar al paciente a lograr un lenguaje normal, con competencia velofaríngea. Durante el habla, el paladar blando (o velo del paladar) se desplaza en sentido posterior y superior, principalmente por acción del músculo elevador del paladar que suspende el velo desde la base del cráneo. La competencia velofaríngea permite la creación de la presión intrabucal necesaria para la producción de los sonidos del habla. El paladar hendido evita que esto ocurra y ocasiona insuficiencia velofaríngea. Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011)

Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011) opinan que al igual que con la reparación del labio y la nariz hendida, el momento, la técnica y los protocolos para la reparación del paladar hendido son tema de controversia. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la reparación del paladar debe llevarse a cabo antes del desarrollo del habla. El paladar hendido por lo común se repara cuando el niño tiene entre seis y 18 meses de edad; también se lleva a cabo bajo anestesia general, con la cabeza ligeramente en hiperextensión y con la colocación de un abrebocas de Dingman para separar la lengua y la sonda endotraqueal. Se inyecta una solución de adrenalina en el paladar. (p.1661)

Las técnicas del cierre del paladar duro incluyen el uso de colgajos multiperiósticos unipediculados del paladar duro, como en la reparación de Wardill-Veau-Kilner o los colgajos mucoperiósticos bipediculados de von Langenbeck. Las técnicas de palatoplastia del paladar duro, unipediculado o bipediculado, dependen de un pedículo neurovascular palatino grande. Las técnicas de cierre del paladar blando se dividen en procedimientos en línea recta y zetoplastias. Con la reparación con cualquiera de estos

métodos, debe realizarse una reparación independiente del velo del paladar, lo que se conoce como veloplastia intravelar. (Brunicardi, F. Ch. y cols. 2011:1661)

La fonación correcta no sólo depende de la longitud y de la función del velo. Las cirugías que se realizan con el fin de cerrar la fisura del paladar secundario son bastantes; pero en la actualidad las más utilizadas son la técnica de Kriens, que olonga el paladar blando desinsertando el elevador y la aponeurosis del hueso palatino para luego reinsertarlo hacia la parte media; y, la técnica de Furlow, que consiste en una doble opuesta zetoplastia del paladar blando, que además de alargar el velo reconstruye el anillo del elevador sin necesidad de elevar el periostio del paladar duro con lo cual no se producen secuelas del maxilar. Romero Torres, R. (2012)

Romero Torres, R. (2012) sintetiza que las distintas técnicas quirúrgicas, se usan de acuerdo con el grado de lesión en labios, maxilar y paladar, y las finalidades de ellas son: 1) restaurar la función audiofoniátrica, para lo que es necesario complementarlas con apoyo del profesional a cargo; 2) conseguir ortomorfía en el maxilar superior y en su relación con el inferior, para lo cual es necesario el complemento ortodóncico que brinda un profesional experimentado; y 3) conseguir simetría de la nariz, el labio y todas las partes blandas que abarca la cirugía, para lo cual es necesario emplear técnicas operatorias plásticas perfeccionadas. (p.374)

"Estas finalidades no las alcanza tal o cual procedimiento o técnica. Son fruto del trabajo de un equipo multidisciplinario integrado por neonatólogos informados, pediatras, genetistas, nutricionistas, cirujanos plásticos, cirujanos máxilo-faciales, ortopedistas, odontopediatras, foniatras, protesistas, otorrinolaringólogos, psicólogos, asistentes sociales, consejero familiar" (Romero Torres, R. 2012:374).

"La no aplicación de estas premisas, determina secuela invalidantes que alteran la vida social, la integración a los medios de trabajo y la realización personal de estos enfermos, que los constituyen en verdaderos lisiados maxilofaciales" Romero Torres, R. (2012).

Los niños con paladar hendido tienen incremento en la incidencia de otitis media, lo que parece estar relacionado con anomalías de la musculatura del velo del paladar y función ineficaz de la trompa de Eustaquio. La mayor incidencia de otitis media ocasiona pérdida auditiva si no se trata de manera apropiada. Además, la insuficiencia velofaríngea y el escape de aire nasal durante el habla ocasionan lenguaje hipernasal. (Brunicardi, F. Ch. y cols. 2011:1661)

A pesar del proceso que alcanza la rehabilitación de pacientes adultos que padecen labio leporino, palatino o ambos, se observan a menudo deformidades características, tanto de partes blandas como el esqueleto máxilo-facial. Su origen es, con frecuencia, por influencias embrionarias y postoperatorias, como también trastornos nutritivos y cicatrizales. Romero Torres, R. (2012)

La existencia de secuelas está en relación directa al uso de procedimientos quirúrgicos con mala ejecución y a la falta de tratamiento auxiliar indispensable, como son el ortodóncico y el foniátrico. A ello se agrega, la falta en Latinoamérica de un número suficiente de centros de especialistas que dominen el problema y puedan dar soluciones con criterio de equipo. (Romero Torres, R. 2012:374)

Afortunadamente con el tratamiento apropiado y a tiempo se pueden esperar resultados bastante satisfactorios consistentes en apariencia normal y sin estigmas, desarrollo adecuado del habla, oclusión y apariencias dentales muy satisfactorias, desarrollo de la autoimagen y autoestima dentro de un contexto psicológico normal con integración social y familiar adecuadas. Villegas Alzate, F. J. (2012)

Los tipos de secuelas más comunes son: las deformaciones del esqueleto maxilofacial, las deformidades de las partes blandas, los trastornos de la función masticatoria, las alteraciones del lenguaje, las alteraciones estéticas y los trastornos psíquicos.

Las publicaciones médicas reportan tasas de fístula que varían de 1 a 20%. El tratamiento de la fístula palatina es en particular difícil, porque las tasas de recurrencia son cercanas a 96%. La segunda complicación más común de la palatoplastia es la corrección incompleta del habla y el desarrollo de insuficiencia velofaríngea posoperatoria. Las publicaciones médicas reportan insuficiencia velofaríngea posoperatoria que varía de 10 a 40%. Algunas de las mejores tasas de insuficiencia velofaríngea se han reportado con la técnica de palatoplastia con zetoplastias de doble oposición de Furlow. La insuficiencia velofaríngea posoperatoria se trata con faringoplastia; ya sea con faringoplastia de colgajo faríngeo posterior o faringoplastia del esfínter. Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011)

Las deformidades del esqueleto maxilofacial, al exterior se manifiesta más en las formas bilaterales, como consecuencia de la mayor falta de desarrollo del maxilar superior. En una vista frontal se comprueba de manera característica asimetría en ambos segmentos maxilares, con desviación medial del lateral. Al examen intrabucal, además de rotaciones y versiones de piezas dentarias, se aprecia sobremordida, que se invierte en el plano frontal, y compresión lateral con falta de desarrollo vertical a nivel de caninos y premolares en el lado con fisura. Romero Torres, R. (2012)

Las deformaciones de las partes blandas, en el labio leporino unilateral, por lo general en el lado con fisura, se encuentra un labio superior corto y con retracción, a menudo con bastante fibrosis cicatrizal. En las formas bilaterales, las deformaciones labiales son más notables que en las unilaterales, ya que la reparación en el cierre primario es con frecuencia difícil. Romero Torres, R. (2012)

En fisuras unilaterales por lo general se encuentran nariz con deformación por escoliosis del esqueleto nasal, ensanchamiento de la punta y separación de los cartílagos alares. La parte lateral del cartílago alar del lado con fisura se deprime y ensancha, lo que determina asimetría de las fosas nasales. (Romero Torres, R. 2012:374)

En fisuras bilaterales, la nariz se achata con una columela muy corta y diastasis de los cartílagos alares a nivel de la punta, particularmente pronunciada. En el paladar, la deformidad más frecuente es un velo demasiado corto, a menudo con notoria fibrosis cicatrizal. En la zona anterior del paladar duro se presenta con frecuencia fístulas residuales. Romero Torres, R. (2012)

Romero Torres, R. (2012) determinó que "los trastornos oclusales que se observan en pacientes con fisura pueden influir sobre la función masticatoria. Por otra parte, la ingestión de alimentos, sobre todo líquidos, se dificulta en presencia de defectos palatinos" (p.374).

El trastorno más frecuente del lenguaje en estos pacientes es la rinolalia abierta. La etiología de una rinolalia abierta es una fisura submucosa o un defecto de las partes blandas palatinas, sea por fístula residual o por velo muy corto o poco funcionante. Esto impide el cierre a nivel de la pared posterior de la faringe y distorsiona la formación y modulación de la voz. Romero Torres, R. (2012)

Las deformidades maxilares y de partes blandas, en casos de fisura, determinan un tipo de cara en que predomina la desarmonía del tercio medio; se caracteriza por hipoplasia del maxilar superior debida a progenia real o relativa; anomalías de aposición dentarias típicas; cicatriz labial y deformidad nasal. Romero Torres, R. (2012)

Las fisuras labiopalatinas, al determinar anomalía física significativa, llaman la atención del medio ambiente. Su intensificación por el trastorno del lenguaje lleva en ocasiones a graves trastornos psíquicos, que inducen al paciente, desde niño, a aislarse por completo de la sociedad. Ello representa una circunstancia de desventaja para su vida de adulto, en especial para la elección de un oficio o profesión. Romero Torres, R. (2012)

Una parte importante del trabajo de regulación dentomaxilar lo asume la ortodoncia, que para el tratamiento de fisuras debe considerarse tan importante como la cirugía; sin

embargo, al alcanzar la edad adulta, el tratamiento ortopédico maxilar puede tener limitaciones en lo que se refiere a dirigir el crecimiento o expansión del maxilar, a pesar de dicho tratamiento, es posible que resulte hipoplasia del maxilar superior. Romero Torres, R. 2012:374-375)

La corrección protésica se utiliza en casos de falta total de oclusión, en pacientes con operaciones previas y múltiples. Sobre los restos de piezas dentarias existentes se confeccionan coronas telescópicas, a las cuales se fija la prótesis; no obstante, con ello se produce sobrecarga de la dentadura residual, que lleva más tarde a la pérdida prematura de esos dientes y hace necesaria la confección de una prótesis total. Romero Torres, R. (2012)

Tanto en fisuras unilaterales como bilaterales se observan desviaciones de las piezas dentarias, sobre todo en regiones de caninos y premolares. Para acelerar el resultado de un tratamiento ortodóncico se idearon corticotomías y pequeñas osteotomías para la inmovilización individual de piezas dentarias.

Romero Torres, R. (2012) menciona que tanto en fisuras unilaterales como bilaterales es frecuente observar compresión lateral hacia la línea media de ambos segmentos maxilares. Para la corrección de estas anomalías se recurre a osteotomía tipo Le Fort I, mediante la cual es posible no sólo el avance, sino también la expansión del maxilar superior. La fijación se asegura por medio de arcos en ambas arcadas, fijación intermaxilar y suspensión craneofacial (como la realiza Adams), circumcigomática bilateral. La inmovilización se mantiene durante seis a ocho semanas. (p.375)

Con la incorporación de las placas rígidas de fijación interna, la osteotomía de Le Fort I ha sido contenida con estos nuevos métodos de fijación, los que junto con las osteoplastias complementarias (cresta ilíaca, calota) y fijación elástica interdentaria por tres semanas permiten una estabilidad mejor que las simples osteosíntesis con alambre y menores recidivas. El factor de recidiva para ambas técnicas podría ser la presencia de una faringoplastia previa. Romero Torres, R. (2012)

En retromaxilismo severo con hipoplasia, disminución del diámetro vertical o transversal del maxilar superior, como en secuelas de labio leporino, la reposición del tercio medio mediante osteotomías de LF-I, osteosíntesis con alambre y fijación intermaxilar ha sido reemplazada por la distracción ósea ontogénica del maxilar, lo que se consigue con una corticotomía y tracción elástica sobre una máscara apoyada en el cráneo, […] o sobre un aparato externo cuyas agujas se implantan en los bordes osteomizados (…). Romero Torres, R. (2012)

Romero Torres, R. (2012) destaca que en fisuras del reborde alveolar lo esencial es la pérdida de la sustancia ósea y no la dislocación de fragmento, llevó a concebir su reconstrucción mediante injertos óseos. Al practicar este procedimiento durante la lactancia, con queiloplastia primaria, se llama osteoplastia primaria; se reservó la denominación de osteoplastia secundaria a la misma intervención en adultos. (p.375)

En fisurados, la sobremordida anterior invertida rara vez es signo de progenia verdadera. Casi siempre se trata de seudoprogenia a consecuencia de la falta de desarrollo del maxilar superior. Para mejorar la oclusión se propone en forma teórica, tanto la movilización de la mandíbula hacia atrás como la del maxilar hacia adelante. Romero Torres, R. (2012)

El cierre de una fístula residual en el paladar es bastante fácil si las condiciones de la mucosa palatina son favorables. En estos casos, lo mejor es la reoperación completa de la fisura palatina. Para el cierre de una fístula del paladar blando, se recalcan las exigencias que estableció Veau para el cierre en tres planos. Sin embargo, aquí las fístulas son raras. Es aconsejable el cierre de estos defectos mediante la movilización hacia atrás de los colgajos mucoperiósticos del paladar duro, en combinación con velofaringoplastia para mejorar la formación. (Romero Torres, R. 2012:375)

En casos de grandes defectos del paladar duro, en que a consecuencia de intervenciones previas se pierde material de partes blandas, el problema se resuelve mediante la instalación de prótesis obturadora o con material extrabucal; se utilizan

colgajos tubulares tipo Gillies, de preferencia acromiopectorales. Romero Torres, R. (2012)

Romero Torres, R. (2012) sintetiza que cuando se produce un incompetencia velopalatina faríngea por dislalia "aperta" y nasalidad manifiesta se han ideado procedimientos para mejorar la capacidad de resonancia de las funciones nasales estrechando el esfínter nasofaríngeo con colgajos faríngeos laterales tipo Orticochea y Jackson o elevando colgajos de la pared posterior de base superior (Sanvenero-Roselli o inferior, Rosenthal) de la faringe para suturarlos al velo deficitario. (p.376)

La finalidad posterior del tratamiento de las fisuraciones labiopalatinas es obtener correcciones morfológicas, funcionales y psíquicas que llevan a la normalidad. Esto se obtiene con la integración de un equipo multidisciplinario que atienda las necesidades por las etapas que cursa la malformación, sin olvidar jamás que el primer intento diagnóstico y terapéutico puede marcar para bien o para mal el resultado final, en la medida que gestos correctos o incorrectos potencian el curso evolutivo de la malformación. Romero Torres, R. (2012)

A raíz del éxito logrado por Harrison entre otros, al reducir intrauterinamente las hernias diafragmáticas con paso de víscera al tórax que conllevan peligro de muerte en la fase expulsiva, se ha pretendido extender su indicación al cierre de fisuras labiopalatinas, aduciendo que al realizarlas en este período de la vida intrauterina no dejarían cicatrices. Romero Torres, R. 2012:376)

La extensión de este procedimiento en humanos ha sugerido que diagnosticada si existencia por ecotomografía sería a la 22 semana del embarazo la mejor época para su realización. Esto significa un dilema moral en su ejecución pues la fisura labiopalatina no implica riesgo de muerte, en cambio la cirugía intrauterina la tiene, tanto para el feto como para la madre. Romero Torres, R. (2012)

En los países del Tercer Mundo, organizaciones voluntarias multidisciplinarias (Rotoplast e Interplast, entre otras) se han interesado en organizar misiones de buena voluntad para el tratamiento inicial de los niños con fisuras labiopalatinas. Sus objetivos son claros: actitud de servicio en la cirugía de niños con fisuras labiopalatinas; enseñanza de los procedimientos a los cirujanos locales que participan; organización de programas locales para el mejor manejo de estas lesiones; estimular la investigación para establecer la epidemiología y determinar el crecimiento craneofacial; documentar los hallazgos y resultados; elevar las relaciones humanas a fin de establecer una verdadera amistad entre los componentes extranjeros y nacionales e implementar la organización local para coordinar repeticiones de las visitas. Romero Torres, R. (2012)

Los contactos del médico con la familia y paciente con labio y paladar hendidos desde el inicio son de gran importancia en el resultado final del caso. Una educación esencial dirigida en medidas de puericultura será de ayuda al normal desarrollo del niño. Aclaraciones tan simples como que la causa de la entidad es en la mayoría de los casos desconocida debida al azar generará la liberación de la sensación de culpa de algunos padres y dará tranquilidad con respecto a su futuro reproductivo ya que es generalmente ya no se presentan futuros embarazos. (Villegas Alzate, F. J. 2012:337-338)

Algunas veces, será necesaria la remisión a un equipo de dismorfología y consejería genética, que después de análisis cuidadoso y estudios complementarios como cariotipo, genes anormales, ADN y otros, explicaran los riesgos genéticos para los futuros embarazos y posibilidades reproductivas del mismo paciente, sus hermanos y sus progenitores. (Villegas Alzate, F. J. 2012:338)

Aunque hay rechazo inicial a la lactancia por parte de la madre, se debe recomendar fuertemente la lactancia materna, dado que las características de los tejidos mamarios se adaptan perfectamente al defecto labio-palatino permitiendo la succión y la deglución de manera normal. (Villegas Alzate, F. J. 2012:338)

El médico deberá brindar desde las primeras consultas la mejor orientación sobre el tipo de tratamiento, cirugía y terapias que serán necesarias e irá formando una idea general del tratamiento complejo multidisciplinario que requiere la patología. La ubicación y remisión del paciente a un equipo cooperativo generalmente liderado por un cirujano plástico deberá de realizarse inmediatamente. (Villegas Alzate, F. J. 2012:338)

El papel del médico general y del personal de salud es primordial en la orientación del paciente y de la familia para que el acceso y oportunidad de tratamientos sean apropiados, adicionalmente la búsqueda activa de pacientes con incompetencia velofaríngea debida a paladar hendido oculto evitará secuelas definitivas. Villegas Alzate, F. J. (2012)

Orientar a la familia hacia a los expertos en trabajo social y en leyes que favorecen la atención a discapacitados y menores como derecho constitucional en la mayoría de países latinoamericanos, dando la oportunidad de recuperación sin paternalismo o sobreprotección castrante y a la vez evitando la negación de la prestación del servicio por algunas entidades o empresas de salud. Villegas Alzate, F. J. (2012)

Fernández Sánchez, J. y Magán Moya, A. (2010) indican que la afectación de la estética como denominador común y los factores emocionales que rodean al paciente fisurado ya desde el nacimiento inducen desde los primeros momentos de vida, emociones negativas causadas en gran parte por el impacto psicológico que esta malformación provoca en los padres. A este hecho fácilmente comprensible hay que añadir el trauma psicológico que constantemente el paciente afectado de fisura recibe cada día de su vida. La inhibición de su comportamiento unido al grado de ansiedad estética o de insatisfacción por su dificultad para comunicarse crea en él una barrera muchas veces infranqueable que le hace aislarse de un mundo que no comprende ni interpreta su alteración morfológica y funcional. (p.391)

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Cirugía De Fisura Labio Palatina

VARIABLE DEPENDIENTE

Resultados Estéticos y reconstructivos en los Usuarios

VARIABLE INTERVINIENTE

Impacto Psicológico En La Dinámica Familiar

VARIABLE INDEPENDIENTE: CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA				
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	
El labio hundido con sin paladar hundido, es uno de los problemas congénitos más frecuentes; también es uno de los más visibles y causa una paraciencia facial anormal y habla imprecisa.	GRADO DE AFECTACION ANATOMICA LABIO PALATINA AL NACER	Labio leporino unilateral izquierdo	SI ( )	NO ( )
		Labio leporino unilateral derecho	SI ( )	NO ( )
		Labio hendido bilateral	SI ( )	NO ( )
		Paladar hendido	SI ( )	NO ( )
		labio hendido asociado a paladar hendido	SI ( )	NO ( )
	TECNICAS QUIRURGICAS	Queiloplastia de Millard	SI ( )	NO ( )
		Queiloplastia de Mulliken	SI ( )	NO ( )
		Palatoplastia de Furlow	SI ( )	NO ( )
	INDICACIONES	Fisura de Labio unilateral	SI ( )	NO ( )
		Fisura de Labio bilateral	SI ( )	NO ( )
		Fisura palatina	SI ( )	NO ( )

VARIABLE INDEPENDIENTE: CIRUGIA DE FISURA LABIO PALATINA				
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	
El labio hundido con sin paladar hundido, es uno de los problemas congénitos más frecuentes; también es uno de los más visibles y causa una paraciencia facial anormal y habla imprecisa.	CONTRAINDICACIONES	peso menor de 10 libras	SI ( )	NO ( )
		hemoglobina menor a 10 mg/dl	SI ( )	NO ( )
		menos de 3 meses de vida	SI ( )	NO ( )
	TIEMPOS QUIRURGICOS	3 - 6 meses	SI ( )	NO ( )
		7 - 12 meses	SI ( )	NO ( )
		1 - 2 años	SI ( )	NO ( )
		2 años – 4 años	SI ( )	NO ( )

VARIABLE DEPENDIENTE: RESULTADOS ESTETICOS EN LOS USUARIOS			
CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
LOS RESULTADOS ESTÉTICOS SON MODIFICACIONES QUE TIENEN EFECTOS POSITIVOS NO SOLO EN LA FIGURA SINO EN LA MENTE Y ÁMBITO SOCIAL DE CADA PACIENTE.	CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS USUARIOS	EDAD	3 - 6 MESES
			7 - 12 MESES
			1 - 2 ANOS
			2 - 4 ANOS
		SEXO	MASCULINO
			FEMENINO
		PROCEDENCIA	URBANO
			RURAL
			URBANO MARGINAL
		ANTECEDENTES FAMILIARES DE FISURAS LABIO PALATINAS	SI ( ) NO ( )
		ANTECEDENTES PRENATALES	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, DROGAS
			MEDICACION ADMINISTRADA EN EL EMBARAZO (AINES, ANT. ORALES, OTROS)
			CONTACTO CON PESTICIDAS.

Los resultados estéticos son modificaciones que tienen efectos positivos no solo en la figura sino en la mente y ámbito social de cada paciente.	OBJETIVOS	Lograr simetría de nariz y lograr su reconstrucción.	SI ( ) NO ( )
		Lograr simetría y balanceo de labio.	SI ( ) NO ( )
		Cicatriz quirúrgica ubicada en la columna del filtrum para mayor resultados estéticos.	SI ( ) NO ( )
		Prevenir secuelas definitivas del habla.	SI ( ) NO ( )
		Corregir incompetencias velofaringeas.	SI ( ) NO ( )
	SUBJETIVOS	ESCALA GENCAT	¿Se muestra satisfecho con el aspecto físico actual de su hijo?
			¿Se muestra motivado a la hora de realizar una actividad con su hijo?
			¿Esta alegre y de buen humor?
			¿Muestra sentimientos de inseguridad por el aspecto actual de su hijo?
			¿Se siente rechazado o discriminado por los demás por el aspecto de su hijo actualmente?

VARIABLE INTERVINIENTE: IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Es el proceso mediante el cual el individuo cambia su propia perspectiva debido ah: La mirada que el individuo dirige hacia su propio cuerpo (si le agrada o no) La comparación que hace con respecto al cuerpo de los demás (mejor o peor que yo) La confrontación por los ideales generados por los medios de comunicación, y finalmente, por la conciencia de la mirada del otro.	PREQUIRURGICO	ESCALA DE HAMILTON	¿Me siento triste, Me encuentro pesimista?
			¿Me siento culpable por la condición de mi hijo?
			¿Me siento incapaz de realizar mi trabajo?
			¿Me encuentro tenso, irritable?
			¿Tengo dificultad para conciliar el sueño?
			¿Me siento cansado, fatigado?
			¿Me siento más nervioso de lo normal?
			¿Siento miedo sin ver razón para ello?
			¿Me canso con facilidad?
			¿Me siento preocupado por el futuro de mi hijo?
			¿Puedo respirar con facilidad?

VARIABLE INTERVINIENTE: IMPACTO PSICOLOGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Es el proceso mediante el cual el individuo cambia su propia perspectiva debido ah: La mirada que el individuo dirige hacia su propio cuerpo (si le agrada o no) La comparación que hace con respecto al cuerpo de los demás (mejor o peor que yo) La confrontación por los ideales generados por los medios de comunicación, y finalmente, por la conciencia de la mirada del otro.	POSTQUIRURGICO	ESCALA DE HAMILTON	¿Me siento triste, Me encuentro pesimista?
			¿Me siento culpable por la condición de mi hijo?
			¿Me siento incapaz de realizar mi trabajo?
			¿Me encuentro tenso, irritable?
			¿Tengo dificultad para conciliar el sueno
			¿Me siento cansado, fatigado?
			¿Me siento más nervioso de lo normal?
			¿Siento miedo sin ver razón para ello?
			¿Me canso con facilidad?
			¿Me siento preocupado por el futuro de mi hijo?
			¿Puedo respirar con facilidad?

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo Descriptivo, prospectivo, transversal y propositiva.

LÍNEA DE LA INVESTIGACIÓN

Congénitas, genéticas y cromosómicas y dentro de estas específicamente Labio y Paladar Hendido.

UNIVERSO

Está constituido por todos los niños con fisuras labio palatinas que fueron atendidos en el Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez, periodo Marzo 2014 a Marzo 2015.

MUESTRA

El esquema de selección de la muestra fue a través de un muestreo intencional inducido, no probabilístico donde se encontró presente la intención del investigador, la muestra estuvo constituida por: 50 padres y 50 niños hasta 4 años de edad, con fisuras labio palatinas que fueron operados en el Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez, periodo Marzo 2014 a Marzo 2015.

n: Muestra
N: Población
P: Nivel de ocurrencia o probabilidad a favor
Q: Nivel de no ocurrencia o probabilidad en contra
e: Margen de error
Z: Nivel de confiabilidad o confianza

$$\text{n} = \frac{Z^2.P.Q.N}{(Z)^2\,.P.Q + N.e^2}$$

$$\text{n} = \frac{(1.96)^2 0.5x0.5x50}{(1.96)^2\ \ 0.5x0.5 + 50(0.05)^2}$$

$$\text{n} = \frac{(3.84)12.5}{(3.84)50.25(0.0025)}$$

$$\text{n} = \frac{48}{0.48}$$

$$\text{n} = 100$$

MODALIDAD DE INVESTIGACION

CRITERIOS

DE INCLUSIÓN

Padres y pacientes a los que se les realizaron: Queiloplastias, Palatoplastias por primera vez, por presentar fisuras labio palatinas.

DE EXCLUSIÓN

Padres y pacientes a los que ya se les habían realizado Palatoplastias
Padres y pacientes mayores a 4 años.

METODOS E INSTRUMENTOS Y TECNICAS

Métodos de Investigación:

En el criterio de selección de los métodos utilizados en este trabajo se tuvo en cuenta la compleja problemática del objeto de investigación, y para ello se consideran los siguientes factores:

La contribución que podía hacer cada método al estudio de la esencia del problema y su evolución histórica.

Los puntos fuertes y débiles de cada uno de los métodos.

La medida en que podían complementar las informaciones que brindaban unos y otros.

La necesidad de economizar recursos materiales y humanos evitando estudios innecesarios

Previa autorización de las autoridades del Hospital Miguel H. Alcivar de Bahía de Caraquez; se usó una ficha de recolección de datos de los usuarios en la cual valoramos el impacto psicológico que se produce en los padres posteriores a la restauración quirúrgica de los usuarios.

Previa autorización de las autoridades del Hospital Miguel H. Alcivar de Bahía de Caraquez; se usó una ficha de recolección de datos de los usuarios en la cual recogemos el sexo, procedencia, antecedentes familiares de fisura labio palatina, antecedentes prenatales, tiempos e indicación quirúrgica según compromiso anatómico e indicación, contraindicaciones para llevar a cabo una cirugía de fisura labiopalatina, resultados estéticos y su repercusión en la calidad de vida de los padres (Escala Gencat para la valoración de la calidad de vida de los padres después de la cirugía, modificada y avalada por el Dr. Robert Loor Marquinez para su utilización en este estudio) impacto psicológico prequirurgico y por último el impacto psicológico que se produce en los padres posterior a la restauración quirúrgica de los usuarios (Escala de Hamilton para la valoración de la dinámica familiar, antes y después de la cirugía, modificada y avalada por el Dr. Robert Loor Marquinez para su utilización en este estudio).

Plan de análisis y tabulaciones

A partir de asumir todos los elementos esbozados anteriormente fue posible concretar este trabajo, que se basa en los principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y el método del estudio aplicado a la realidad social.

Triangulación de toda la información teórica y empírica analizada.

La información obtenida fue procesada con ayuda del programa de Excel, Windows 7, empleo de una PC Personal Toshiba. Los textos se procesaron con Word, La misma que se calificara en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearan grafitablas y cuadros estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados. Además se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación.

La recolección de los datos se realizó bajo el consentimiento de los participantes, para lo cual firmaron el documento de ‘’CONSENTIMIENTO INFORMADO’’ que se encuentra anexado.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

RECURSOS INSTITUCIONALES

Universidad técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud
Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez

RECURSOS HUMANOS:
Investigadores
Tribunal de trabajo de titulación
Usuarios
Personal de Salud.

RECURSOS MATERIALES:
Computadora
Impresora
Materiales de escritorio
Internet
Libros
Papel bond
Bolígrafos

TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN:

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación en el Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez se utilizaron:
Revisión documentada
Ficha de recolección de datos
Historias clínicas
Referencias bibliográficas
Webgrafía
Consentimiento informado

Cámara fotográfica

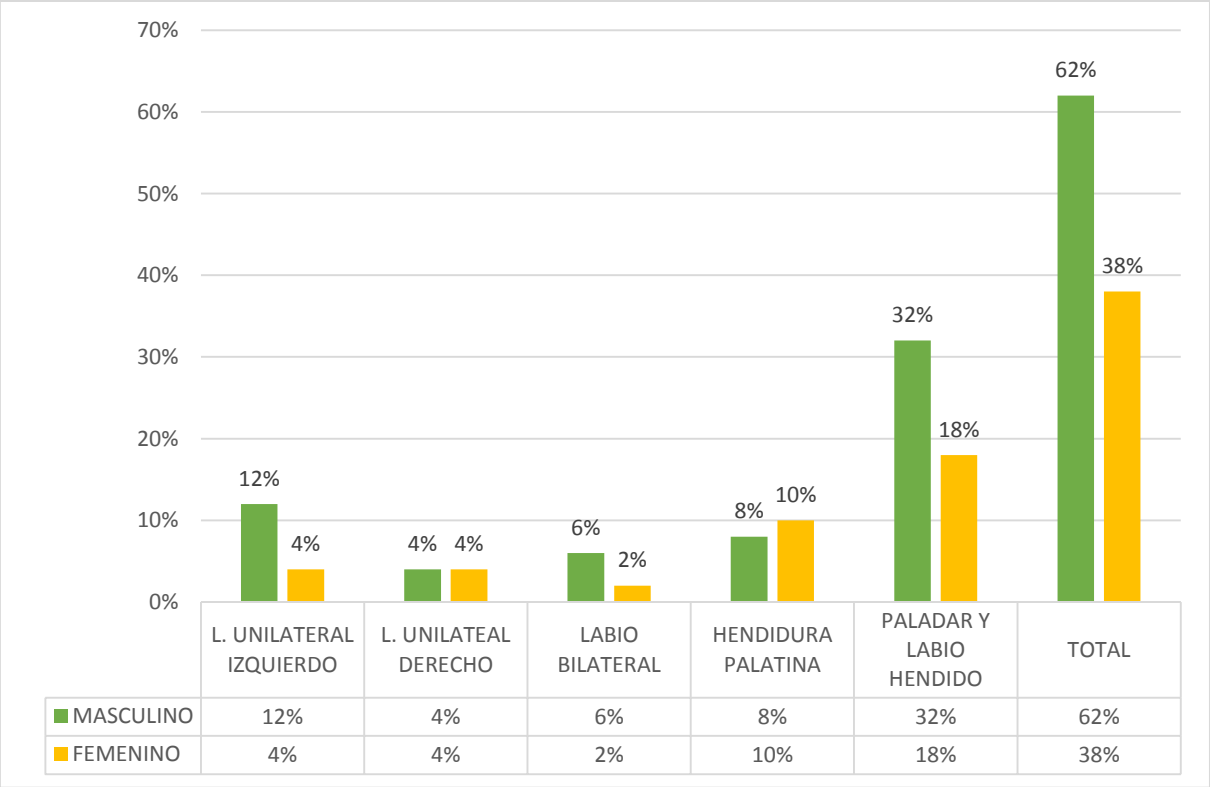
Programa Excel

Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la Investigación.

PRESENTACION DE RESULTADOS

GRAFITABLA 1.

USUARIOS CON FISURA LABIO PALATINA SOMETIDOS A CIRUGIA, SEGÚN GÉNERO Y GRADOS DE AFECTACCION. HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



	L. UNILATERAL IZQUIERDO	L. UNILATEAL DERECHO	LABIO BILATERAL	HENDIDURA PALATINA	PALADAR Y LABIO HENDIDO	TOTAL
MASCULINO	12%	4%	6%	8%	32%	62%
FEMENINO	4%	4%	2%	10%	18%	38%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En esta grafitabla se busca establecer cuál es la incidencia según el género en cada uno de los grados de afectación anatómica establecidos en esta investigación, determinándose que la mayor parte de los usuarios (25) que representan el 50 % presento fisura labiopalatina, observándose mayor frecuencia en el sexo masculino 16 usuarios que representan el 32%, mientras que en el sexo femenino se encontró una cantidad de 9 pacientes que representan el 18%.

Así mismo, Villegas Alzate, F. J. (2012), manifiesta que el grado de deformidad que compromete el paladar en asociación con el labio es la que presenta mayor incidencia, pudiendo llegar a un 50%, representando una proporción masculino: femenino de 7: 3.

En lo que respecta a incidencia de fisuras aisladas en la grafitabla se puede evidenciar que las fisuras de labio (labio leporino con complicación unilateral o bilateral) tuvieron mayor frecuencia en los usuarios (16) que representan el 32 %, siendo estas más comunes en el sexo masculino que en el femenino con un porcentaje de 22% y 10 % respectivamente; en comparación con las fisuras de paladar que obtuvieron un porcentaje de apenas un 18% afectando más al género femenino representando un 10%, mientras que el género masculino obtuvo un 8%.

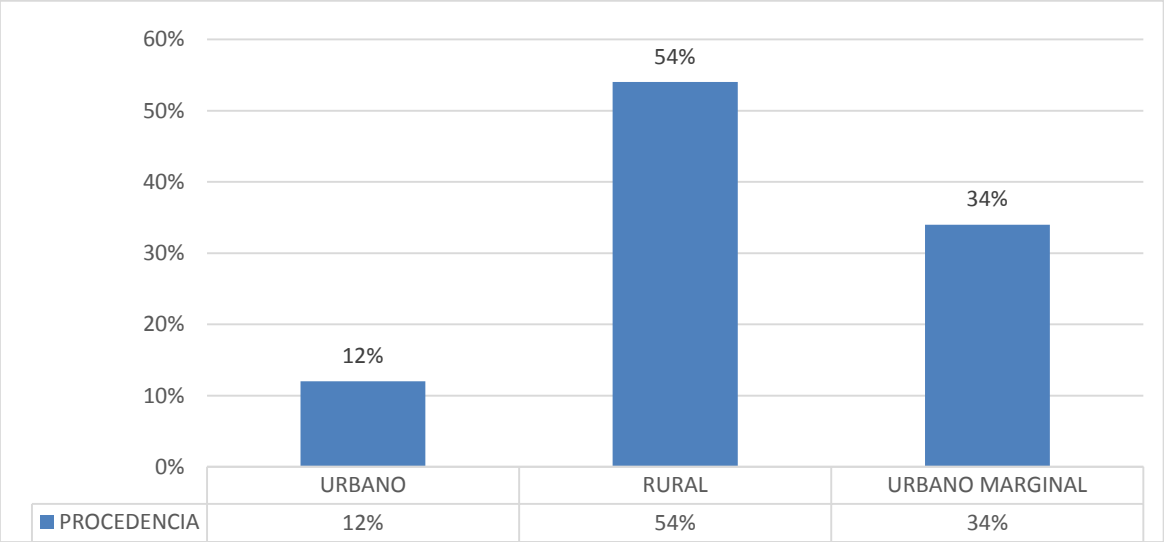
Sadler, T. W. (2012) opina que la frecuencia de fisura palatina aislada es menor que la de labio palatino aislado (1/1 500 nacimientos), y con más frecuencia en mujeres que varones.

En la grafitabla se demuestra además que tienen una mayor incidencia las fisuras de labio del lado izquierdo, en las cuales se encuentran incidencia del 12% en el sexo masculino y 4% en el sexo femenino en comparación con el 4% y 4% para el sexo maculino y femenino respectivamente en las fisuras de labio del lado derecho.

Villegas Alzate, F. J. (2012), en su distribución de hendiduras labiales manifiesta una mayor proporción en casos de labio hendido unilateral izquierdo, que en las fisura de labio derecho.

GRAFITABLA 2.

PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS CON DIAGNOSTICO DE FISURA LABIOPALATINA, SOMETIDOS A CIRUGIA, EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

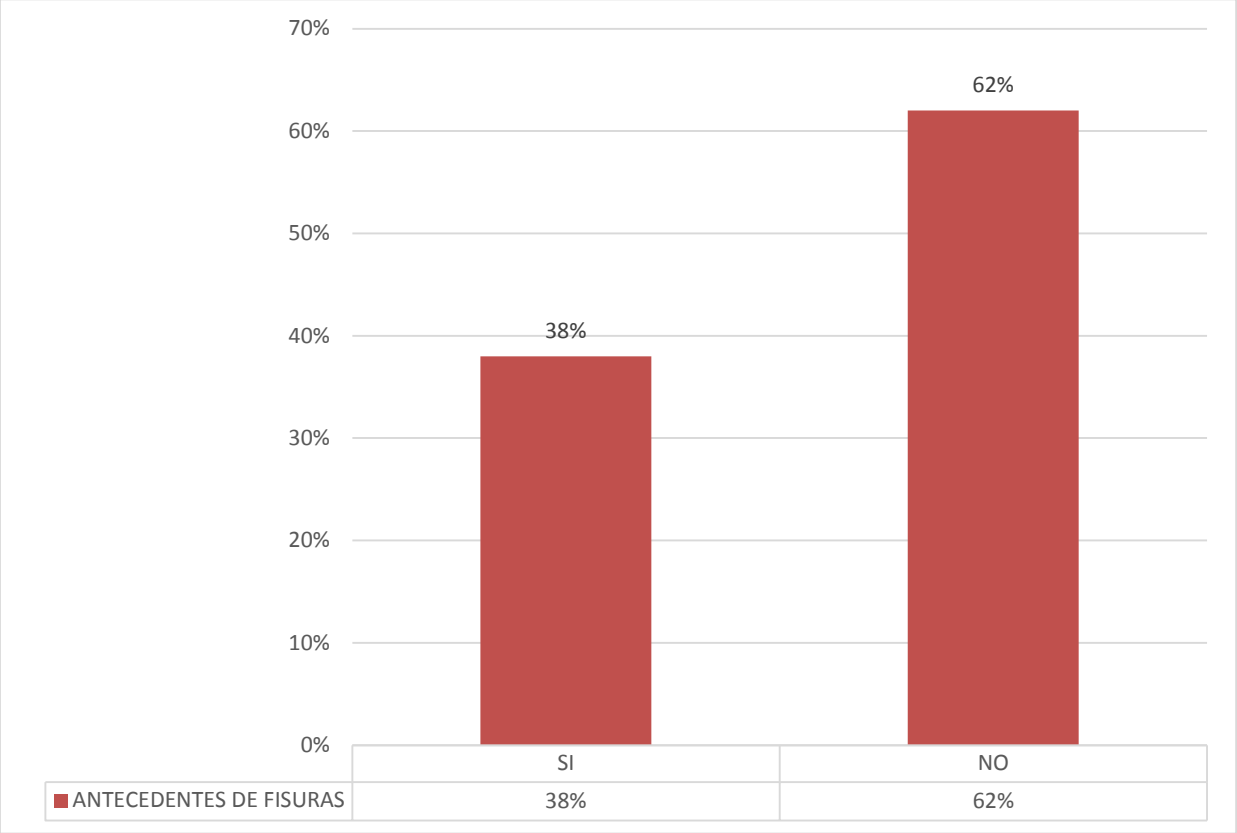
En la grafitabla # 2 los resultados reflejados indican que la procedencia más frecuente de los pacientes sometidos a cirugía, es la rural, con un porcentaje del 54%, seguida del área urbano marginal con un 34%, y por último el área urbana obteniendo un 12%.

Villegas Alzate, F.J. (2012) menciona que una de las causas de las malformaciones congénitas son los factores sociales, como por ejemplo nivel socioeconómico bajo. Esto va relacionado con otra causa que aumenta la probabilidad del aparecimiento de este tipo de malformaciones congénitas como lo es la nutrición deficiente, que en países en vías de desarrollo como el nuestro es muy común.

Sepúlveda Troncoso, G., Palomino Zúñiga, H. y Cortes Araya, J. (2008) en su estudio ‘’Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Felix Bulnes de Chile’’ comprueban que la población en cuestión eran personas de nivel socioeconómico medio y bajo, estratos que han sido relacionados con un mayor grado de etnicidad amerindia y por esto con probables tasas mayores de fisuras del labio y paladar.

GRAFITABLA 3.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE FISURAS LABIOPALATINAS EN LOS USUARIOS SOMETIDOS A CIRUGIA, EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

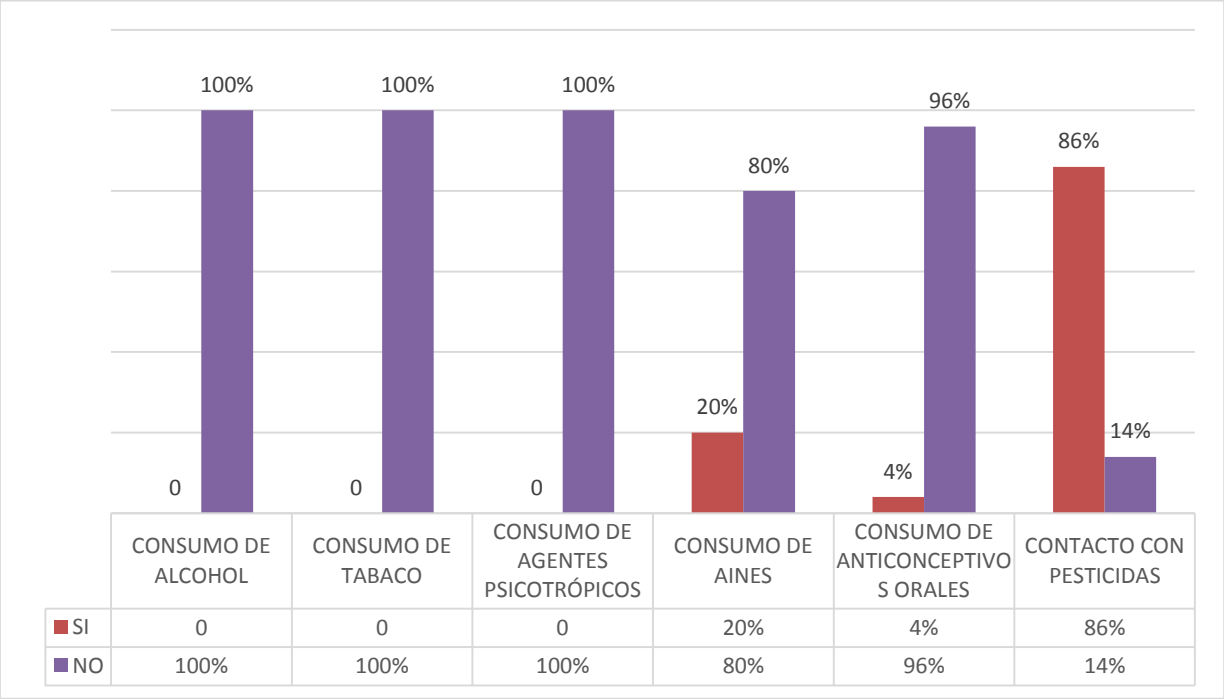
En la grafitabla # 3 se logra establecer que de la totalidad de los usuarios 19 presentan antecedentes familiares de fisuras labiopalatinas que corresponden al 38%, mientras que el 62% restante no presentan antecedentes familiares de este tipo de afección.

Villegas Alzate, F. J. (2012), manifiesta que hasta un tercera parte de los casos pueden tener historia familiar, lo que sugeriría origen genético.

‘’La posibilidad de formación del labio y paladar hendidos cuando hay un padre afectado es cercana al 4%’’ (Brunicardi, 2011).

GRAFITABLA 4.

RELACION EXISTENTE ENTRE LA EXPOSICION PATERNA A AGENTES TERATOGENOS. EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



	CONSUMO DE ALCOHOL	CONSUMO DE TABACO	CONSUMO DE AGENTES PSICOTRÓPICOS	CONSUMO DE AINES	CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	CONTACTO CON PESTICIDAS
SI	0	0	0	20%	4%	86%
NO	100%	100%	100%	80%	96%	14%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitabla # 4 se presenta los casos de los padres que estuvieron expuestos a agentes teratógenos previos y durante el embarazo. En lo que respecta a consumo de alcohol, tabaco y drogas se evidencia una incidencia del 0%. 2 madres del grupo ingirieron anticonceptivos orales durante las primeras semanas del embarazo. 10 madres debido a cefaleas y resfriados consumieron Aines durante el embarazo. Lo que más resalta de la grafitabla es el elevadísimo índice de padres que tuvieron contactos con pesticidas llegando a un 86% de los padres, que por cuestiones laborales, tuvieron contacto con químicos usados en la industria agrícola.

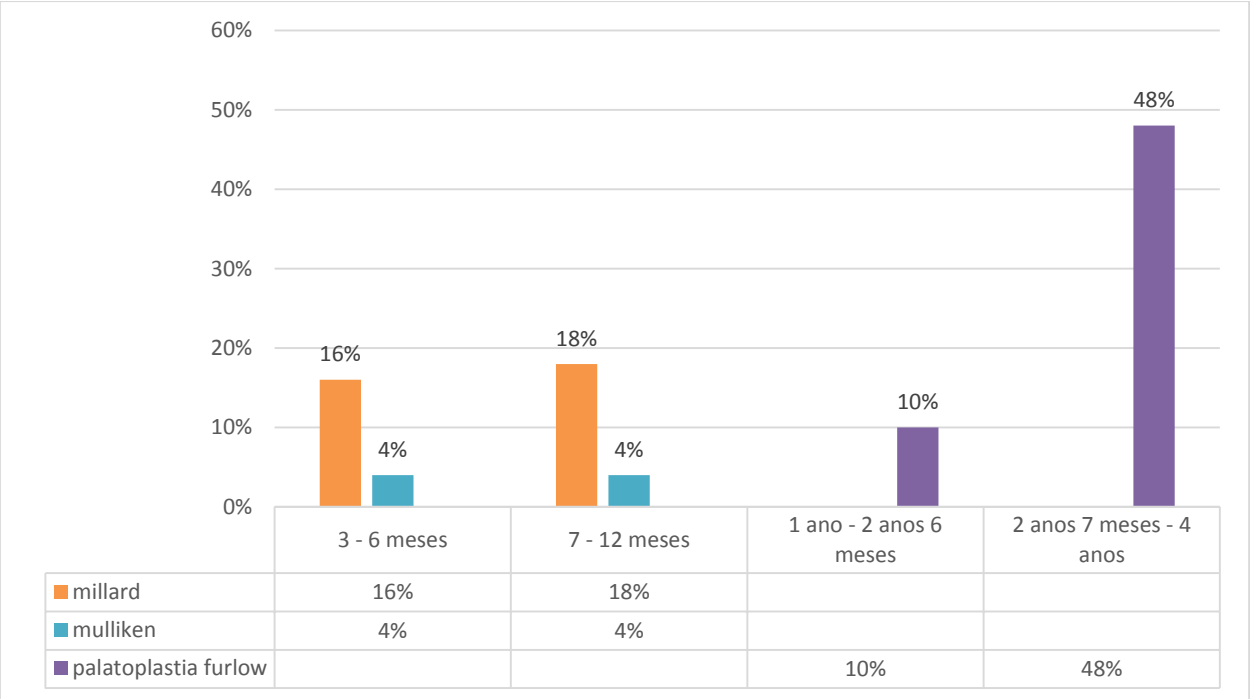
Según Schwartz los factores que al parecer incrementan la incidencia de este trastorno incluyen alcoholismo y tabaquismo en el embarazo, uso de fármacos, exposición a agentes químicos y antecedentes familiares de labio y paladar hendidos.

En un estudio sobre fisura labiopalatina Sepúlveda Troncoso, G. y cols (2008), comprueban que existe un riesgo aumentado de que exista fisuras labiopalatinas en la descendencia de padres que trabajan con productos químicos agrícolas.

En nuestro País en un estudio colaborativo latinoamericano de malformaciones congénitas Corbo, M. (2010) asegura que el índice de fisuras labiopalatinas es alarmante, seguramente a la gran incidencia de uso de factores químicos como los pesticidas en la industria agrícola.

GRAFITABLA # 5

RELACION EXISTENTE ENTRE EDAD DEL PACIENTE Y LA TECNICA QUIRURGICA REALIZADA.



	3 - 6 meses	7 - 12 meses	1 ano - 2 anos 6 meses	2 anos 7 meses - 4 anos
millard	16%	18%		
mulliken	4%	4%		
palatoplastia furlow			10%	48%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

ANALISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitabla anteriores se expresa detalladamente la relación existente entre las técnicas quirúrgicas realizadas según su indicación terapéutica y la edad en la que se la realiza, teniendo en cuenta que en lo que respecta a fisuras labiopalatina el momento de la intervención quirúrgica es de vital importancia para poder evitar secuelas que comprometan la salud de los pacientes, aspectos físicos y funcionales, sabiendo que algunas de estas podrían ser definitiva, de no contar con el restablecimiento oportuno y adecuado.

Los pacientes Sometidos a Queiloplastia usando la técnica de Rotacion y Avance de Millard fueron 17 de los cuales 8 fueron intervenidos entre los 3 y 6 meses de edad correspondiendo al 16%, mientras que el 18% restante representan a 9 pacientes que fueron operados entre los 7 y 12 meses de edad.

Según Villegas Alzate, F.J. (2012) el tratamiento deberá realizarse lo más temprano posible y cuando las condiciones del recién nacido sean adecuadas, lo cual suele suceder al tercer mes de vida. En lo que respecta al tratamiento quirúrgico la técnica de rotación y avance de Millard es la más usada.

Con respecto a los pacientes con diagnóstico de labio leporino bilateral la técnica realizada fue la Queiloplastia usando la técnica de Mulliken, siendo a 4 los pacientes a los que se intervino quirúrgicamente, de los cuales 2 que corresponden al 4% fueron operados entre los 3 y 6 meses de edad, y el 4% restante entre los 7 y 12 meses de edad.

Brunicardi, F. Ch. y cols. (2011) opina que las reparaciones bilaterales de las hendiduras labiales y nasales son versiones de las reparaciones en la línea media, siendo

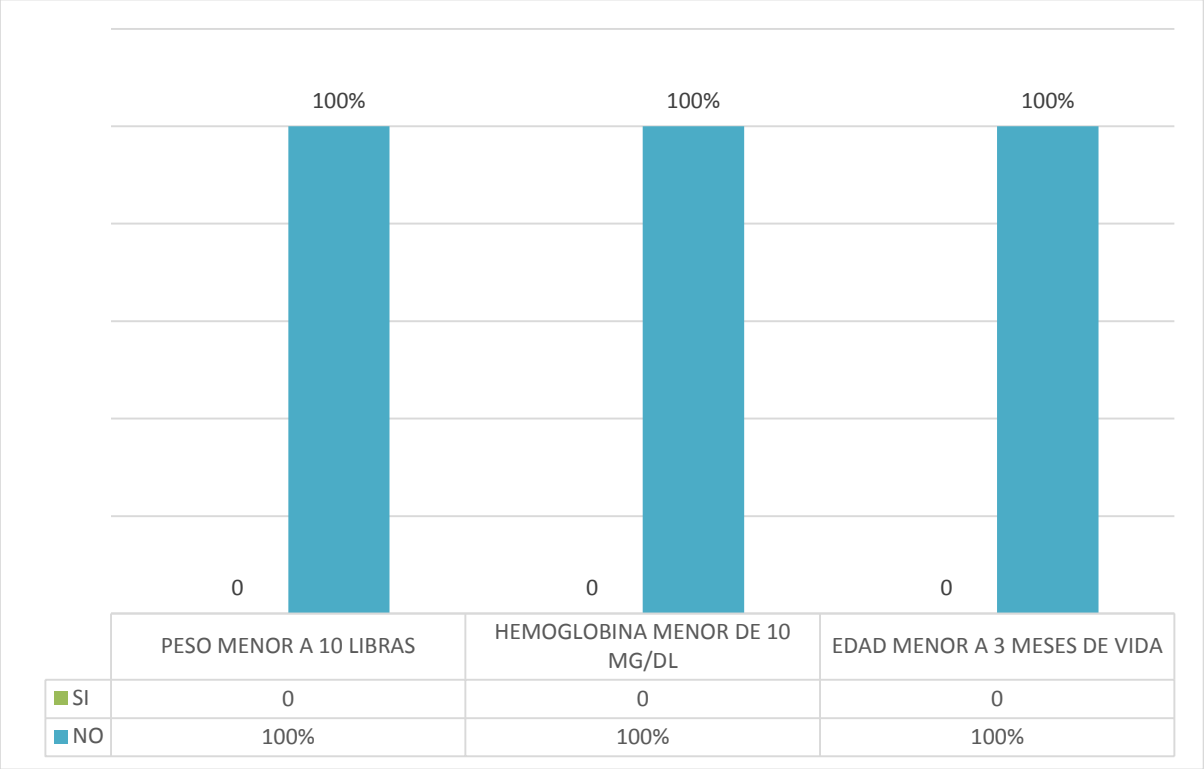
la técnica más utilizada a menudo la de Mulliken, y debiéndose realizar bajo las mismas condiciones que las reparaciones de labio leporino unilateral.

A los usuarios a los que se les realizo Palatoplastia de Furlow por padecer Paladar hendido, la grafitabla demostró que 5 de los 29 pacientes a los que se les realizo palatoplastia fueron operados entre 1 a 2 años 6 meses de edad correspondiendo al 10%, mientras que los 24 restantes fueron operados después de los 2 años 6 meses de edad, representando al 48%.

Brunicardi, F. Ch. y cols comenta que al igual que la reparación del labio, la técnica y los protocolos para la reparación del paladar son motivo de controversia, pero se asegura que esta debe de llevarse a cabo antes del desarrollo del habla, por lo común entre los 6 y 18 meses de edad.

GRAFITABLA 6.

RELACION EXISTENTE ENTRE LA FRECUENCIA DE REALIZACION DE LA CIRUGIA Y LA PRESENCIA DE CONTRAINDICACIONES, EN LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



	PESO MENOR A 10 LIBRAS	HEMOGLOBINA MENOR DE 10 MG/DL	EDAD MENOR A 3 MESES DE VIDA
SI	0	0	0
NO	100%	100%	100%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés Y Giraldo Pico y José Julián

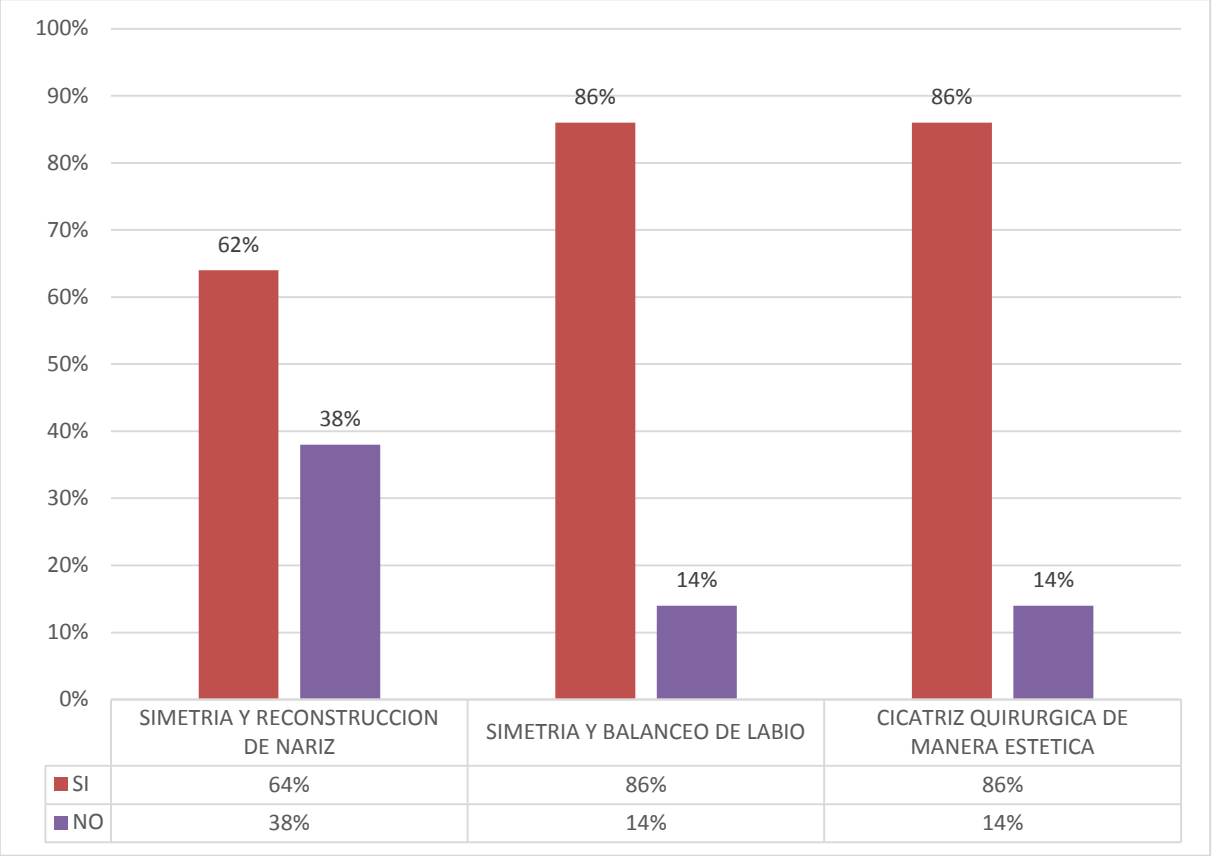
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitabla # 6 refleja la relación que existe entre las contraindicaciones que existen para poder realizar una cirugía de fisura labio palatina y los pacientes que se sometieron a ella, observándose que ninguno de los pacientes fue atendido quirúrgicamente bajo las contraindicaciones.

Villegas Alzate, F. J. (2012) manifiesta que la cirugía inicial deberá ser efectuada cuando las condiciones del recién nacido, sean adecuadas, esto suele suceder al tercer mes de vida, cuando el paciente tenga al menos 10 libras de peso y su hemoglobina no ha descendido más allá del nivel de 10 mg/dl.

GRAFITABLA 7

RESULTADOS ESTETICOS OBTENIDOS EN LOS USUARIOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE LABIO HENDIDO, EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



	SIMETRIA Y RECONSTRUCCION DE NARIZ	SIMETRIA Y BALANCEO DE LABIO	CICATRIZ QUIRURGICA DE MANERA ESTETICA
SI	64%	86%	86%
NO	38%	14%	14%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

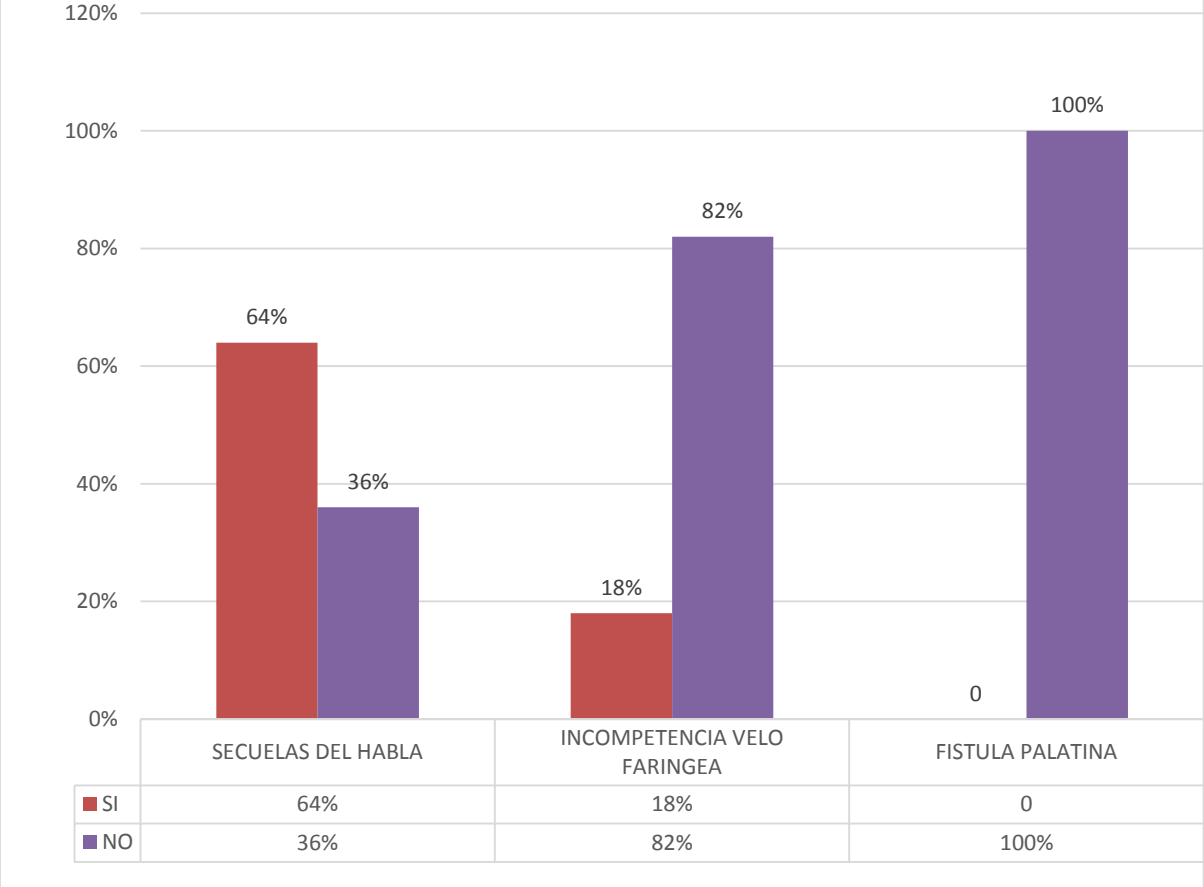
La grafitabla # 7 demuestra que en lo que respecta a resultados estéticos obtenidos en los pacientes sometidos a queiloplastias 18 de 21 usuarios que representan al 86% obtuvieron resultados estéticos positivos a nivel del balanceo del labio y de la cicatriz quirúrgica del filtrum. Sin embargo a nivel de la simetría de nariz se evidencia un leve aumento a la negativa (38%) de no haber alcanzado una óptima simetría de la misma, pudiendo estar relacionado esto con pacientes que padecían labio leporino unilateral.

Así Brunicardi, F, Ch. y Cols (2011) expone que el objetivo de la operación es nivelar el arco de Cupido y reconstruir el filtrum del labio, en forma ideal colocar la incisión y cicatriz subsiguiente en la columna normal del filtrum. Expresa también que el labio hendido unilateral por lo común se asocia con deformidad nasal, debido al desplazamiento lateral, inferior y posterior del ala de la nariz.

Villegas Alzate, F. J. (2012) explica que el objetivo de la queiloplastia es dejar la nariz simetrica, con su piso reconstruido, labio balanceado, continuo, móvil y con una cicatriz ubicada de manera vertical en la columna del filtrum, lo que lo hace menos visible.

GRAFITABLA 8.

RESULTADOS RECONSTRUCTIVOS Y FUNCIONALES OBTENIDOS EN LOS USUARIOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE PALADAR HENDIDO, EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



	SECUELAS DEL HABLA	INCOMPETENCIA VELO FARINGEA	FISTULA PALATINA
SI	64%	18%	0
NO	36%	82%	100%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

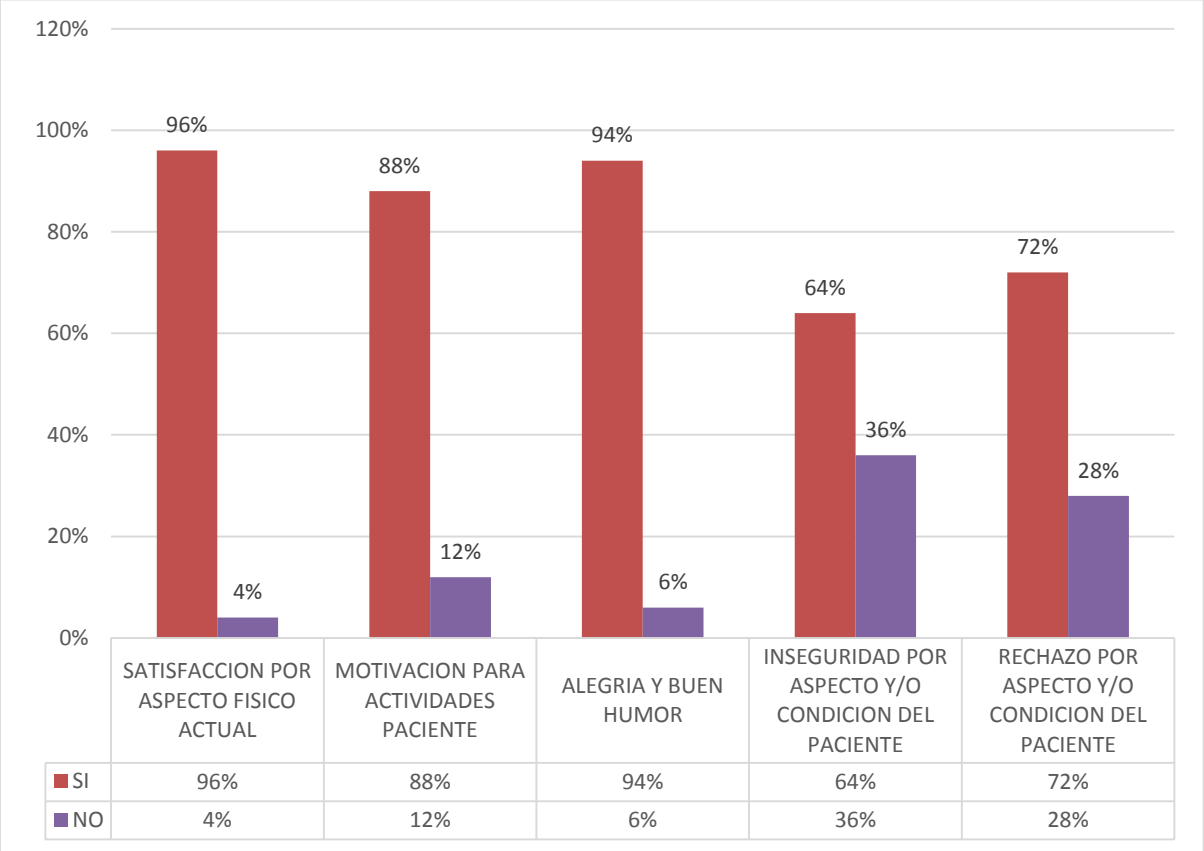
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitabla # 8 demuestra en relación a los resultados estructurales y funcionales obtenidos con la cirugía de Paladar, que lastimosamente una gran mayoría de los 29 usuarios (64%) presentaron secuelas en el habla, pudiendo estar relacionado esto con el evidente retraso existente al momento de practicar el tratamiento quirúrgico en los pacientes. Sin embargo en lo que respecta a incompetencia velo faríngea y recurrencias de fistulas palatinas los resultados fueron positivos, predominando un 82% y 100% respectivamente a favor de la negatividad de su presentación.

El objetivo principal de la cirugía de paladar hendido es ayudar al paciente a lograr un lenguaje normal, con competencia velofaringea, debido a que esta permite la creación de la presión intrabucal necesaria para la producción de los sonidos del habla. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la reparación debe llevarse a cabo antes del desarrollo del habla. (Brunicardi, F. Ch. y cols. 2011: 1661).

GRAFITABLA 9.

RELACION ENTRE LOS RESULTADOS ESTETICOS Y FUNCIONALES OBTENIDOS CON LAS CIRUGIA Y SU REPERCUSION EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PADRES DE LOS USUARIOS SOMETIDOS A CIRUGIA, EN EL HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



	SATISFACCION POR ASPECTO FISICO ACTUAL	MOTIVACION PARA ACTIVIDADES PACIENTE	ALEGRIA Y BUEN HUMOR	INSEGURIDAD POR ASPECTO Y/O CONDICION DEL PACIENTE	RECHAZO POR ASPECTO Y/O CONDICION DEL PACIENTE
SI	96%	88%	94%	64%	72%
NO	4%	12%	6%	36%	28%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

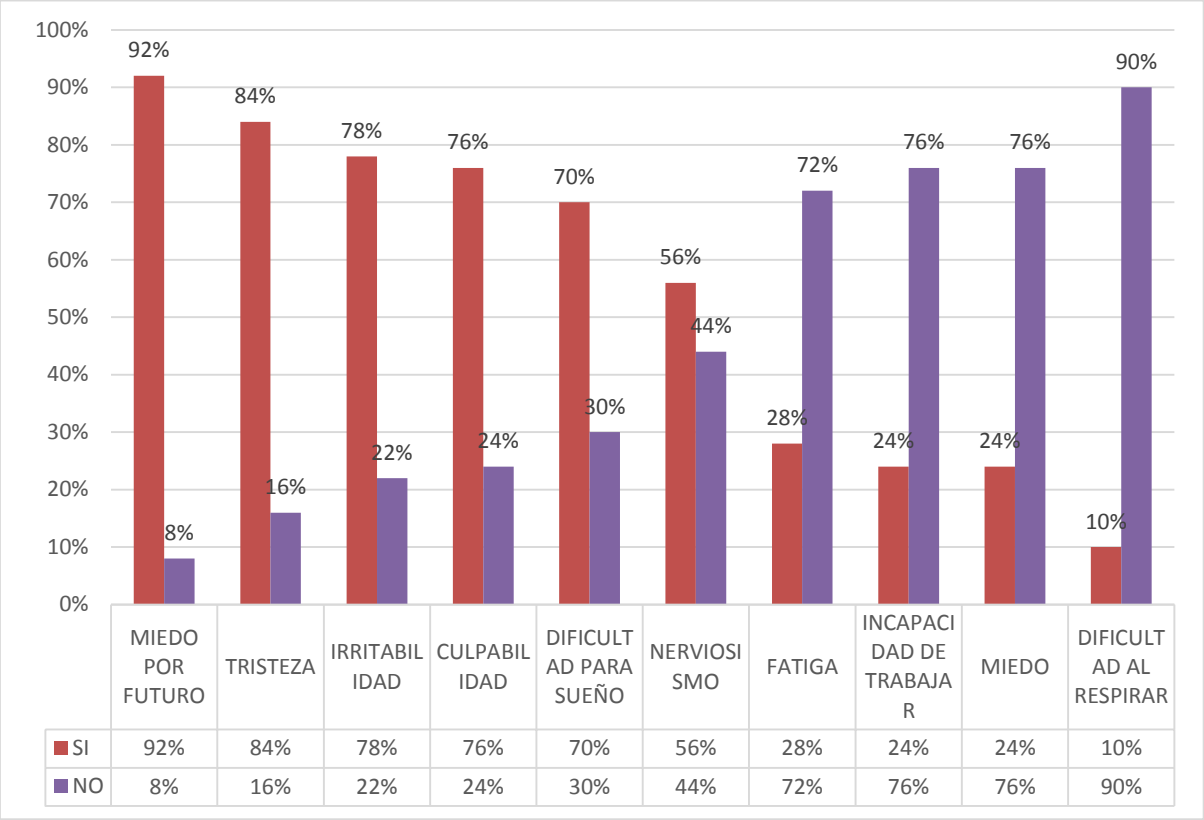
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la grafitabla # 9 se expone la manera en la que repercute en la calidad de vida de los padres, los cambios estéticos y estructurales obtenidos con el tratamiento quirúrgico. Manifiesta sin lugar a dudas una mejoría muy evidente en sentimientos positvos como la satisfacción por el aspecto actual de sus hijos (96%), motivación para realizar actividades junto a ellos (88%) y alegría y buen humor (99%). Sin embargo en otros aspectos como la inseguridad y rechazo por el aspecto y/o condición del paciente, la problemática continuo obteniendo datos estadísticos del 64% y 72% cuando se les pregunto si los continuaban padeciendo, alegando ellos que pese a la mejoría evidente del aspecto físico de los pacientes, personas del entorno, como familiares y sobre todo amigos, los continuaban mirando con ojos de desprecio y rechazo por la condición que sufrían. Pudiendo estar estos datos relacionados con los pacientes que padecían paladar hendido, que según los datos obtenidos en tablas anteriores, demostraron que un 63% de ellos, que representan a 21 pacientes de 50 del universo total, continuaron con secuelas del habla, debido al retraso en su tratamiento quirúrgico.

No se encontraron evidencias bibliográficas que sustenten científicamente el resultado obtenido.

GRAFITABLA 10

IMPACTO PSICOLOGICO PREQUIRURGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS SOMETIDOS A CIRUGIA, EN EL HOSPITAL M. H ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



	MIEDO POR FUTURO	TRISTEZA	IRRITABILIDAD	CULPABILIDAD	DIFICULTAD PARA SUEÑO	NERVIOSISMO	FATIGA	INCAPACIDAD DE TRABAJAR	MIEDO	DIFICULTAD AL RESPIRAR
SI	92%	84%	78%	76%	70%	56%	28%	24%	24%	10%
NO	8%	16%	22%	24%	30%	44%	72%	76%	76%	90%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

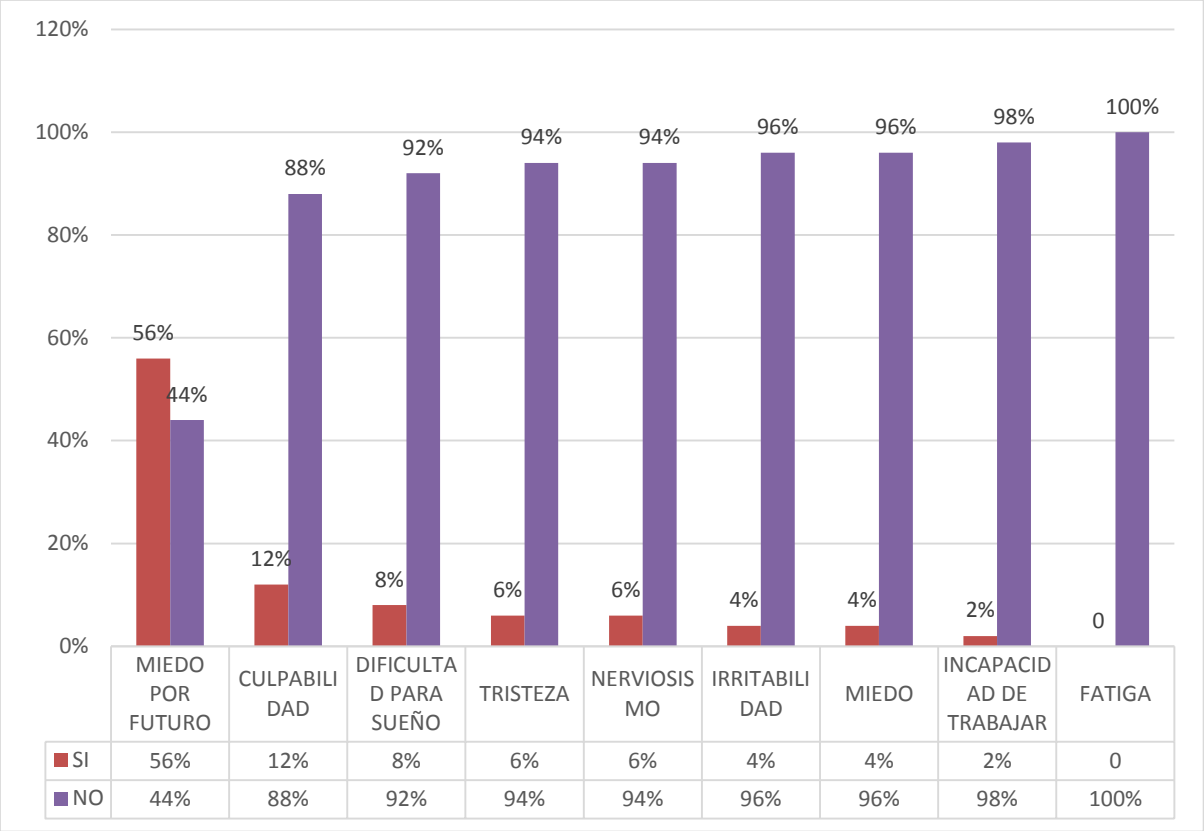
La grafitabla # 10 expone cual es la forma en la que afecta psicológicamente el nacimiento de un hijo con una malformación congénita, y de qué manera los padres se enfrentan a esta difícil situación, que suele estar medida tanto por los recursos sociales de su entorno, como por aspectos psicológicos, que se analizaran a continuación. Para el respectivo análisis se tomó como instrumento La escala de Ansiedad de Hamilton, adaptado y validado para su uso en esta investigación.

Se evidencia que se obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en sentimientos como miedo por futuro (92%), tristeza (84%), irritabilidad (78%), culpabilidad (76%), y dificultad para conciliar el sueño (70%); y puntuaciones significativamente inferiores en sentimientos como nerviosismo (56%), fatiga (28%), incapacidad para trabajar (24%), miedo (24%), y dificultad para respirar (10%).

Liminana Gras, R., Corbalan Berna, J. y Patro Hernandez, R.; (2007), exponen que la experiencia de la discapacidad de un hijo es una experiencia prolongada y a veces dolorosa, que puede producir en los padres un desajuste psicológico y un importante sufrimiento emocional.

GRAFITABLA 11.

IMPACTO PSICOLOGICO POSTQUIRURGICO EN LA DINAMICA FAMILIAR DE LOS USUARIOS SOMETIDOS A CIRUGIA, EN EL HOSPITAL M. H ALCIVAR DE LA CIUDAD DE BAHÍA DE CARÁQUEZ PERIODO MARZO 2014 – MARZO 2015.



	MIEDO POR FUTURO	CULPABILIDAD	DIFICULTAD PARA SUEÑO	TRISTEZA	NERVIOSISMO	IRRITABILIDAD	MIEDO	INCAPACIDAD DE TRABAJAR	FATIGA
SI	56%	12%	8%	6%	6%	4%	4%	2%	0
NO	44%	88%	92%	94%	94%	96%	96%	98%	100%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Miguel H. Alcívar
Investigadores: Murillo Sánchez Arnaldo Andrés y Giraldo Pico José Julián

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La grafitabla # 11 nos demuestra cual es el impacto que se obtiene en el ámbito emocional y psicológico en los padres, después de las cirugías realizadas en los usuarios. Obteniendo datos realmente sorprendentes después de observar que luego de la corrección quirúrgica de las fisuras labio palatinas, hay una remisión muy evidente en la mayoría de la sintomatología psicológica que causaba depresión y ansiedad en ellos, llamando la atención que en nueve de los 10 parámetros estudiados hubo resultados mayoritarios a favor de una negativa, cuando se les pregunto si seguían padeciendo del mismo desajuste emocional que sentían antes de la cirugía. Sin embargo la tabla manifiesta que prevaleció con un 56% el miedo por futuro en los padres de los niños atendidos, exponiendo ellos que la razón de esto era por miedo a recidivas, y temor al rechazo que pudiera existir de parte del círculo social, cuando sean incluidos en la sociedad.

Liminana Gras, R. y cols. (2007), manifiestan que los padres y madres de niños con fisuras labio palatinas muestran un perfil de personalidad caracterizado, en la dimensión motivacional del comportamiento, por la una mayor orientación hacia el cuidado y las necesidades de los demás, que hacia la promoción de uno mismo.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Mediante la recolección de datos efectuada de los padres y usuarios sometidos a cirugía de fisura de paladar y labio, en el Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez a través de las fichas elaboradas se concluye:

Existe mayor incidencia de fisuras labio palatinas en el género masculino (62%), que residen en zonas rurales (54%), y con antecedentes prenatales de exposición paternas al uso de pesticidas antes y durante el embarazo (86%), mientras que predomino la carencia de antecedentes familiares (62%).

Existe un alto nivel de adherencia al cumplimiento de los criterios para la elección de la técnica quirúrgica según la indicación por compromiso anatómico, el cual disminuye cuando se trata del oportuno tratamiento con respecto a la edad de vida del paciente.

La cirugía de fisura de paladar y labio se realizó en ausencia de contraindicaciones para la misma.

Los resultados estéticos y funcionales obtenidos con la cirugía de fisura de paladar y labio fueron de manera general positivos repercutiendo positivamente, a nivel de la calidad de vida de los padres.

El impacto psicológico pre y postquirúrgico evidencio una gran diferencia entre el antes y el después de la cirugía reconstructiva mostrando mejoría en la dinámica familiar de los padres, aunque debe trabajarse en el caso de Palatoplastias por disminuir el retraso en la edad de realización de su tratamiento quirúrgico, y así disminuir las secuelas en el habla, que producen en los padres la persistencia de temor a futuro (56%).

Se elaboró una propuesta educativa destinada a los padres y familiares de pacientes con diagnóstico de fisura labio palatina, de la ciudad de Bahía de Caraquez.

RECOMENDACIONES

De acuerdo los resultados obtenidos en la investigación, se recomienda a los usuarios en general y personal de salud:

Generalización e Implementación de la propuesta educativa destinada a los familiares para mejorar el impacto psicológico que las fisuras labio palatinas produce en la dinámica familiar.

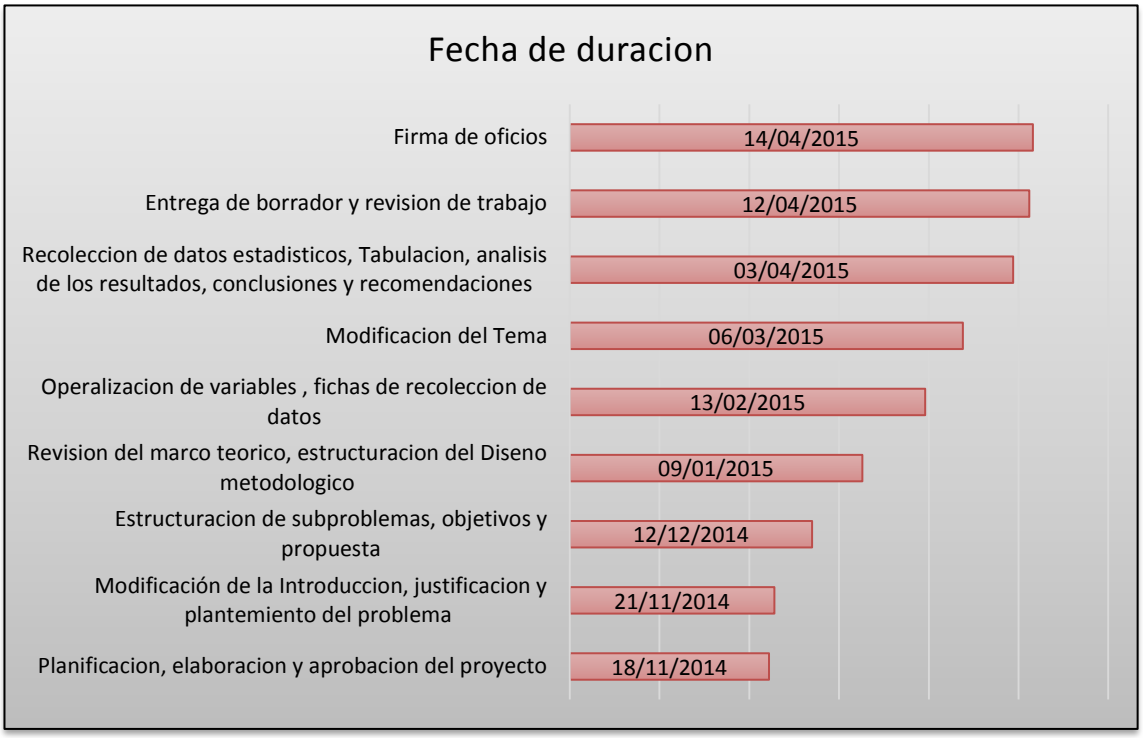
Brindar asesoramiento sobre lo fatal que son los productos teratógenos como por el ejemplo los pesticidas, por su alta incidencia, debido a que es alto el desconocimiento en ellos, sobre los riesgos que estos productos generan al momento de la organogénesis en sus hijos, con la finalidad de que los padres, lo comenten con la comunidad donde viven fundamentalmente las rurales para así de a poco mediante esta información tan básica, se pueda a futuro disminuir el índice de estas mal formaciones mediante la prevención.

Reforzar la formación universitaria del personal del área de la salud, para que como punto más importante se capacite al personal de salud en cuando y donde derivar a estos pacientes para que reciban tratamiento rápido y oportuno de su patología, para evitar de estas formas las secuelas, que son tan comunes de no recibirlos y profundicen en como orientar mediante la explicación de una guía básica para los padres de niños que padecen fisuras labio palatinas, para que ellos se familiaricen con la condición exacta de lo que padecen sus hijos, explicándole la razón por la que ocurrió su malformación, para así evitar la aparición de sentimientos como la culpabilidad y el temor que son tan comunes en ellos, orientándolos además en problemas tan comunes en este tipo de patologías como lo son los problemas al momento de la alimentación de su bebe.

PRESUPUESTO

CANT.	DESCRIPCIÒN	V. UNITARIO	V. TOTAL
6	Internet (meses)	$ 20.00	$ 120.00
800	Impresiones	0.50	400.00
Global	Materiales de Oficina	100.00	100.00
800	Copias	0.03	24.00
Global	Transporte	200.00	400.00
5	Empastados	10.00	50.00
Global	Imprevistos	200	200.00
	TOTAL	$ 1294.00	

CRONOGRAMA


Fecha de duracion
Firma de oficios
14/04/2015
Entrega de borrador y revision de trabajo
12/04/2015
Recoleccion de datos estadisticos, Tabulacion, analisis de los resultados, conclusiones y recomendaciones
03/04/2015
Modificacion del Tema
06/03/2015
Operalizacion de variables , fichas de recoleccion de datos
13/02/2015
Revision del marco teorico, estructuracion del Diseno metodologico
09/01/2015
Estructuracion de subproblemas, objetivos y propuesta
12/12/2014
Modificación de la Introduccion, justificacion y plantemiento del problema
21/11/2014
Planificacion, elaboracion y aprobacion del proyecto
18/11/2014

CAPITULO V

PROPUESTA:

TÍTULO

GESTIÓN EDUCATIVA SOBRE MALFORMACIONES CRANEOFACIALES ESPECIFICAS COMO FISURA LABIOPALATINA DIRIGIDAS A PADRES Y FAMILIARES ACARGO DE EL CUIDADO Y CRECIMIENTO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE LA CIUDAD DE BAHIA DE CARAQUEZ PREVIO A LA SELECCIÓN DE PACIENTES QUE SERAN INTERVENIDOS POR LA FUNDACION PLASTICOQUIRURGICA RECONSTRUCTIVA ROSTROS FELICES.

JUSTIFICACION

La fisura labiopalatina es una malformación congénita de diversos grados que abarca desde la simple depresión del labio, denominada labio leporino simple hasta su hendidura total conjuntamente con el velo y el paladar lo que se denomina fisura labiopalatina

Cuando se presenta una malformación congénita en un hijo, las madres desarrollan en muchas ocasiones, sentimientos de ansiedad, enojo cólera y odio que se manifiestan de forma inconsciente o consiente.

Esta se manifiesta por sentimientos de culpa, frustración, castigo o de ansiedad, de acuerdo con los factores socioculturales y religiosos.

De ahí la importancia de realizar charlas educativas sobre el total de la información patológica antes descrita. Creemos indudablemente que de alguna

manera esto sin duda mejorara las repercusiones o impactos psicológicos en la dinámica familiar.

FUNDAMENTACION

El presente proyecto se fundamenta en la importancia de concientizar a los padres y familiares sobre las múltiples causas que ocasionan el aparecimiento de el defecto antes descrito y así disminuir una de las consecuencias psicológicas como la culpabilidad que sin duda alguna refleja el trato que se brinda en el crecimiento del paciente y su desarrollo en conjunto con el medio. Así mismo se busca reforzar conocimientos sobre cuidados generales e interrogantes.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Establecer la gestión educativa en los padres y familiares de pacientes con diagnóstico de fisura labio palatina de la ciudad de Bahía de Caraquez, año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Impartir charlas a los padres y familiares sobre las generalidades y cuidados de los pacientes con diagnóstico de fisura labiopalatina.

Distribuir e instruir con material didáctico referente a los temas a tratar.

Identificar factores que pueden interferir en el desarrollo de la propuesta.

BENEFICIARIOS

Los padres, familiares y allegados al afecto porque al conocer las características y generalidades de la patología, como actuar frente cada una de ellas y como encontrar oportunamente el tratamiento sin duda alguna mejorara el impacto psicológico que ocasiona en cada cercano al paciente.

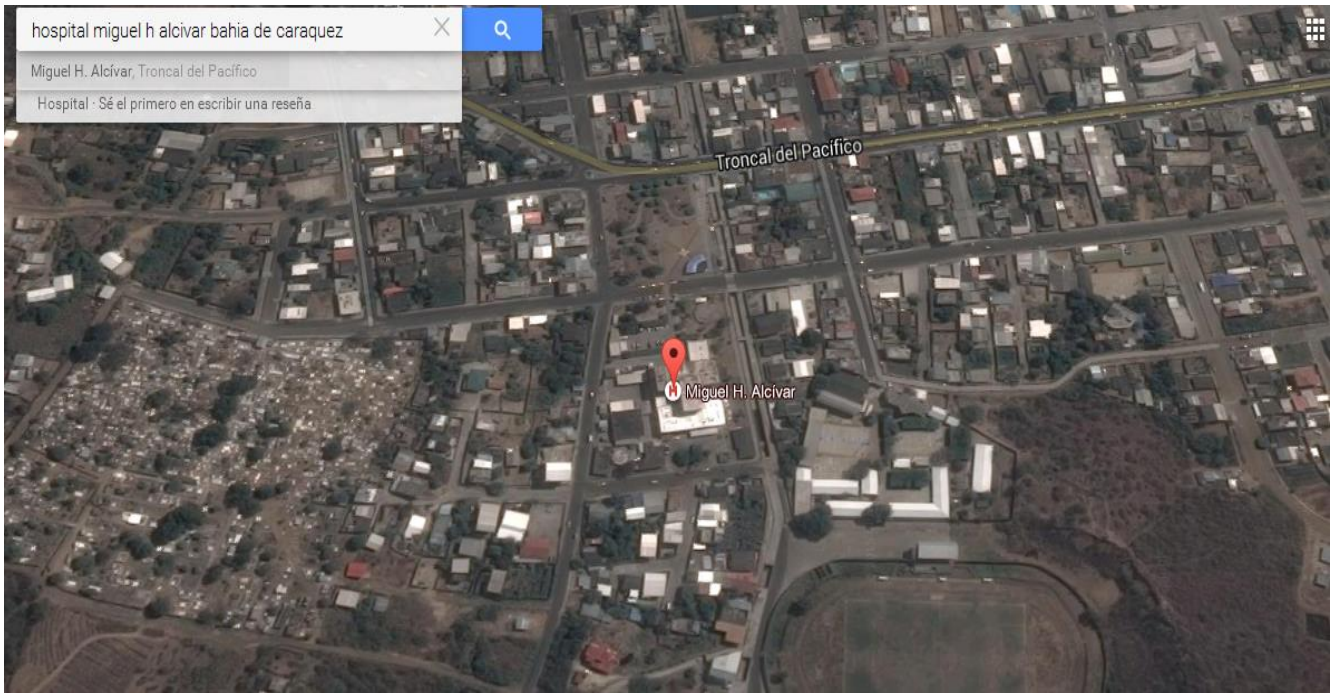
RESPONSABLES

Los responsables de que se lleve a cabo esta propuesta son los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina, Sr. José Julián Giraldo Pico y Sr. Arnaldo Andrés Murillo Sánchez

UBICACION SECTORIAL Y FÍSICA

La propuesta se llevó a cabo en la instalación del Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía donde se realiza la selección de los pacientes previo a la intervención quirúrgica, en la cual se socializó una charla educativa acerca de las generalidades, cuidados e impacto psicológico dirigido padres y familiares, que fue programado en un día por las investigadores.

Fuente: Google Maps.



FACTIBILIDAD

La propuesta resulta factible porque se busca promover la información sobre el contexto total de las fisuras labiopalatinas, de esta manera se mejorara notablemente el impacto psicológico que ocasiona indiscutiblemente a los padres familiares y allegados a los pacientes con dichas patologías.

ACTIVIDADES

Elaboración del material didáctico

Charla informativa

Entrega de trípticos

RECURSOS HUMANOS:

Investigadores

Médicos cirujanos

Lic. En enfermería

MATERIALES:

Trípticos

Procesador

Infocus

INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del hospital Miguel H Alcívar

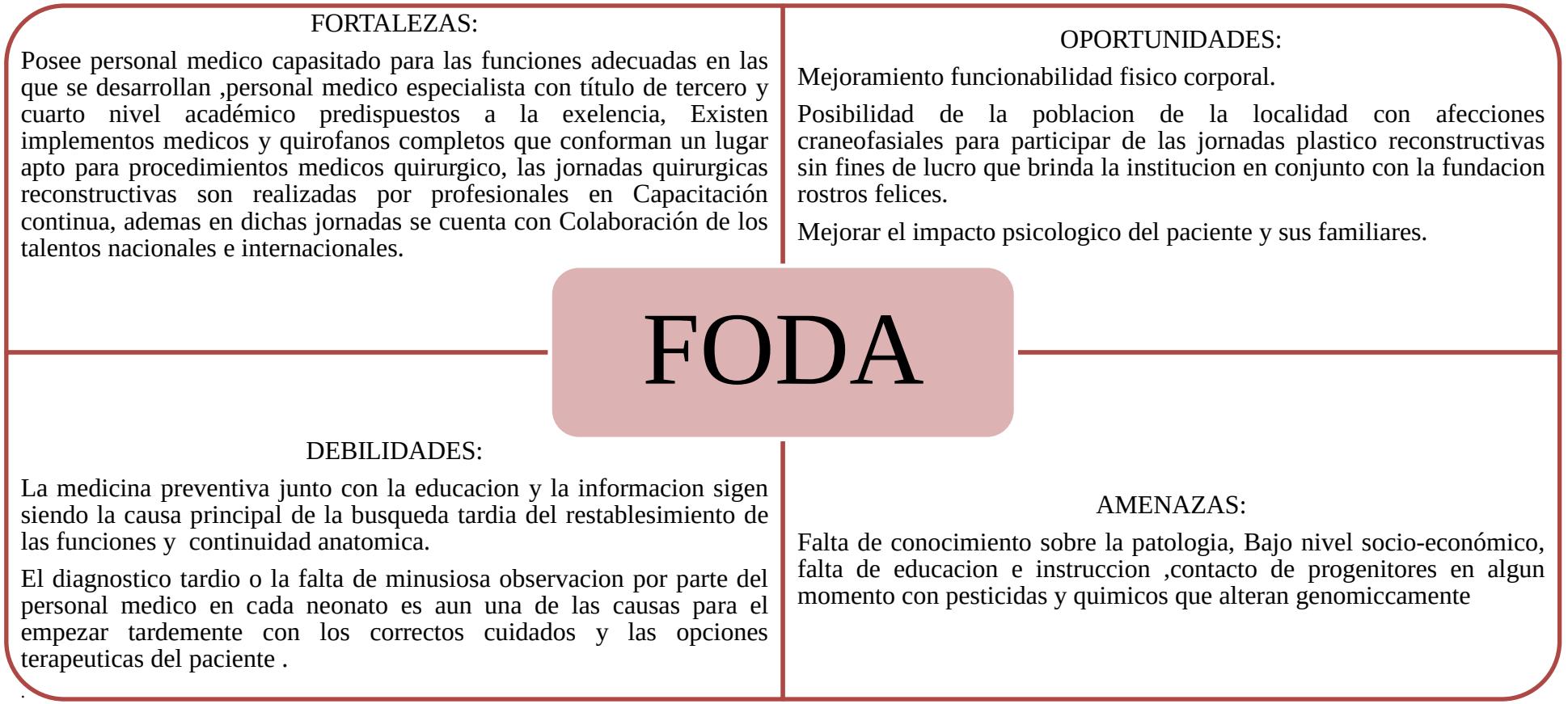
CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Meses / Semanas	FEBRERO - MARZO/2015														
	1ª. SEMANA					2ª. SEMANA					3ª. SEMANA				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Planteamiento de la propuesta															
Reunión de Grupo															
Elaboración de pasos															
Aplicación y desarrollo de Propuesta															
Socialización de la estrategia															

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

Actividades	Contenido	Lugar	Recursos	Responsables
Charlas educativas y entrega de trípticos	¿Qué es la fisura labiopalatina? ¿Cuáles son las causas y generalidades del desarrollo de la fisura labiopalatina? ¿Cuáles son los correctos cuidados? ¿Cuáles son los diferentes tratamientos y los correctos momentos para realizarlos?	Hospital Miguel H. Alcívar	Diapositivas Trípticos	Investigadores

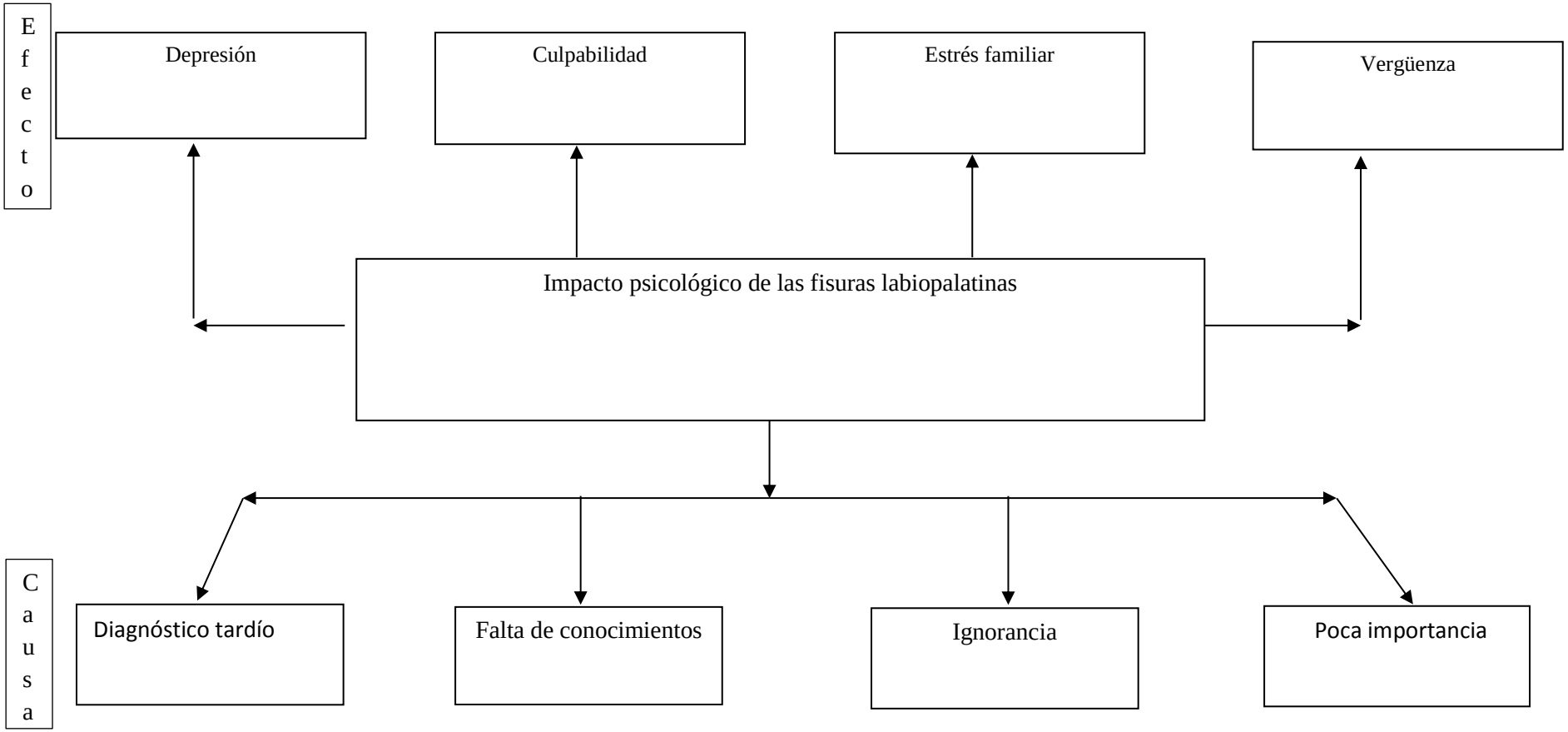
ANALISIS FODA



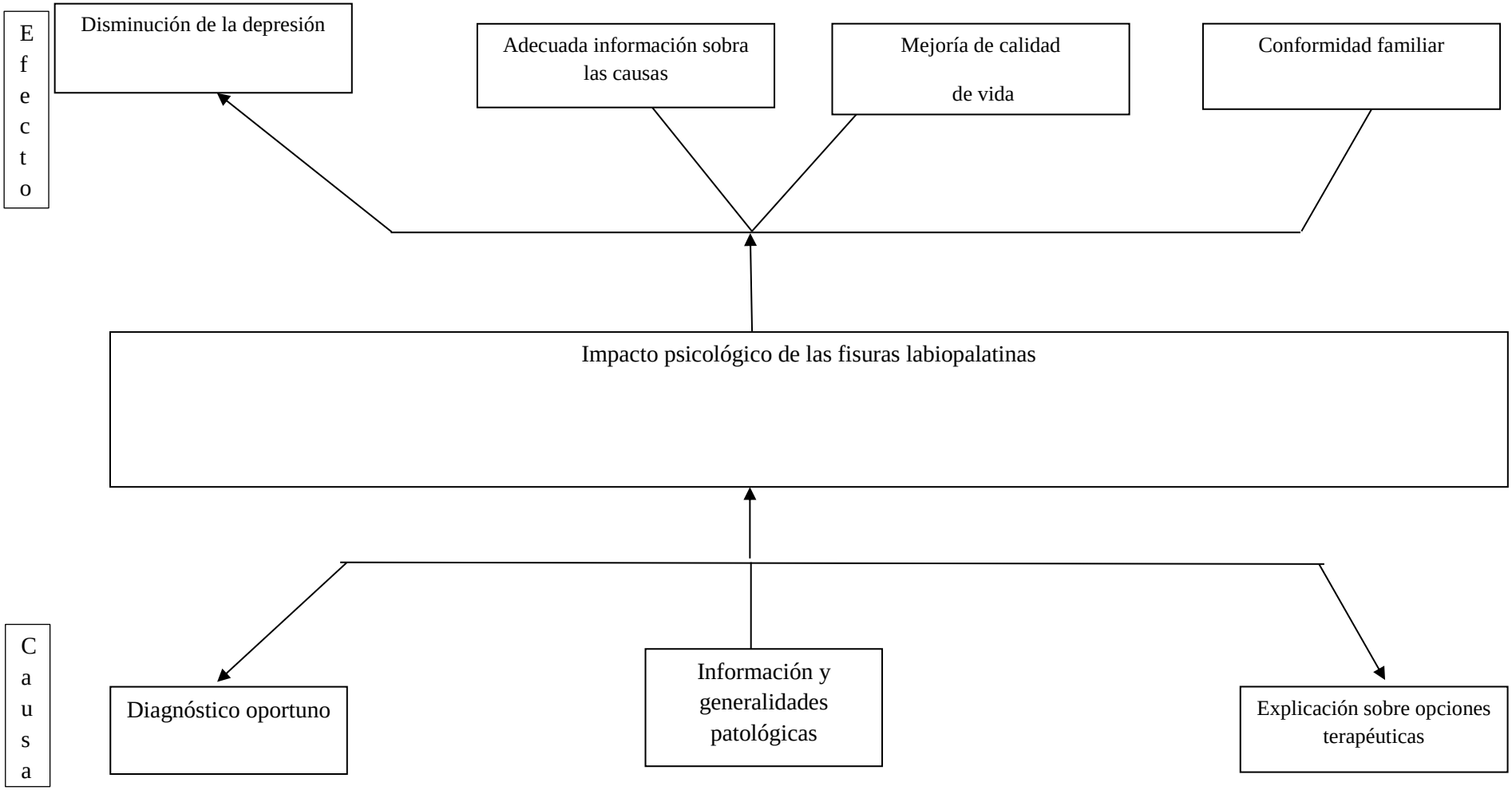
HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR DE BAHIA DE CARAQUEZ

FUENTE: Archivos del Dpto. de estadística del hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caraquez

ARBOL DEL PROBLEMA



ARBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS	INTERESES	PERCEPCION	PROBLEMA RECIBIDOS
POBLACIÓN DE RIESGO	Manejo informativo sobre el impacto psicológico que genera la fisura labiopalatina	RECURSOS Humanos y materiales MANDATOS Imprentar uso de las escalas para medir el estado de animo	Desconocimiento sobre las generalidades de fisura labio palatina. Falta de conocimiento sobre opciones terapéuticas. Privación de información. Educación limitada
PERSONAL DE SALUD	Manejo adecuado informativo sobre las generalidades e impacto psicológico que genera la fisura labiopalatina	RECURSOS Humanos y materiales MANDATOS Aplicación de las escalas de Hamilton	
COMUNIDAD	Genero un ambiente de conocimiento en la comunidad	RECURSOS Humanos y materiales MANDATOS Fomentar información en la comunidad sobre los factores de riesgo para el desarrollo de malformaciones cráneo faciales y como encontrar una solución terapéutica	
AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÍ	Profundizar la temática de los trastornos y alteraciones cráneo faciales , sus causa , diagnósticos y tratamiento	RECURSOS Humanos y materiales MANDATOS Complementar syllabus de pediatría y cirugía con publicaciones y actualizadas sobre el manejo de dichas malformaciones	

GRUPOS	INTERESES	PERCEPCION	PROBLEMA RECIBIDOS
INVESTIGADORES	Incrementar los conocimientos fisuras labio palatina y lograr una mejoría en el impacto psicológico familiar	RECURSOS Humanos y materiales MANDATOS Fortalecer ,desarrollar e infundir conocimientos y ejecución de proyectos de acción	Falta de información por parte del personal de salud Falta de dialogo con el personal de salud Relacionado con la falta instrucción o educación

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEAS DE BASES	METAS	FUENTES DE VERIFICACION
OBJETIVO GENERAL Establecer la gestión educativa en los padres y familiares de pacientes con diagnóstico de fisura labio palatina de la ciudad de Bahía de Caraquez, año 2015”	Describir las generalidades y las múltiples opciones terapéuticas allegados al paciente con la patología antes descritas a finalidad de disminuir el impacto psicológico de familiares.	Dado que el mayor porcentaje de esta investigación marca la culpabilidad como el impacto psicológico más notable desarrollado en los familiares.	Infundir y promover medidas educacionales y así mejorar el impacto psicológico que sin duda mejorara el desenvolvimiento en el medio del afectado	Registros médicos e historial clínico

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEAS DE BASES	METAS
OBJETIVOS ESPECIFCOS . Impartir charlas a los padres y familiares sobre las generalidades y cuidados de los pacientes con diagnóstico de fisura labiopalatina. Distribuir e instruir con material didáctico referente a los temas a tratar. Identificar factores que pueden interferir en el desarrollo de la propuesta.	La socialización después de las charlas e informaciones impartidas dejo como resultado el análisis de en entendimiento casi en totalidad de las causas, efectos y complicaciones de la patología expuesta así como el entendimiento de las correctas opciones terapéuticas en el proceso de restauración y rehabilitación labiopalatina.	Dado que el mayor porcentaje de esta investigación fue elaborada por los egresados fue asociada a depresión menor por lo que estableció medidas diagnosticas para corroborar que afección o impacto psicológico influye en el desenvolvimiento del paciente labio fisurado.	Concientizar a los padres sobre el contexto total de la patología sus causas y consecuencias para de esta manera mejorar el impacto psicológico que ocasiona la fisura labiopalatina.

Distribuir material didáctico referente a los temas a tratar en las charlas educativas.	Se entregó material didáctico con la información necesaria para que los familiares puedan conocer causas que podrían originar dichas malformaciones y sobre las múltiples opciones terapéuticas.	Las dudas e interrogantes fueron aclaradas por los investigadores y el personal de salud	Concientizar a los familiares de la normalidad de vida que puede llevar cada uno de estos pacientes
Identificar los factores que pueden interferir en el desarrollo de la propuesta	Se evaluó los conocimientos adquiridos durante la charla mediante socialización	El entendimiento opcional terapéutico fue comprendido y socializado	Se logró mejorar el conocimiento sobre generalidades y cuidados al paciente labio palatino fisurado

PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA**.**

ITEMS	**VALOR**
Transporte	30,00
Impresión	50,00
Trípticos	20,00
Internet	25,00
Total	125,00

IMPACTO

Con esta propuesta se pretende difundir información a los padres y familiares sobre las generalidades y cuidados para influir de manera positiva en el impacto psicológico frente a la afección de fisura labiopalatina.

EVALUACIÓN

La charla educativa se llevó a cabo el día 6 de marzo del 2015, en área de Consulta Externa del Hospital Miguel H. Alcívar de la ciudad de Bahía de Caraquez, a las 10H30, contando con la participación de los padres y los niños que fueron atendidos en la selección prequirurgica por la Fundación Rostros Felices. Por lo tanto, consideramos haber ayudado a mejorar el impacto psicológico y el manejo ideal de un niño fisurado, mediante nuestra gestión educativa, con el fin de mejorar la dinámica familiar.

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores le informamos que estamos realizando una encuesta sobre cuál es el impacto psicológico en la dinámica familiar que se logra con los resultados estéticos, obtenidos con las cirugías de fisuras labiopalatinas, en los pacientes atendidos en el Hospital Miguel H. Alcivar de Bahía de Caraquez, Marzo 2014 – Marzo 2015, lo cual nos permitirá recolectar datos de usted, que aportara de manera integral información fiable y confiable.

Este tipo de estudio se realizar para poder la información necesaria para la realización de nuestro trabajo de titulación

Su participación es completamente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causara ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando.

Se le está pidiendo que conteste una serie preguntas, que nos permitan recolectar datos de su hijo/a.
Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda alguna de las preguntas, solicítela al investigador que se la explique, antes de tomar.
A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula de identidad, para autorizar la realización de la presente encuesta
Gracias por su colaboración
N. De cédula de identidad:
FIRMA:

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR

TEST PARA PADRES DE HIJOS CON DIAGNÓSTICO DE FISURA LABIO PALATINA CORREGIDOS QUIRÚRGICAMENTE				
ESCALA DE HAMILTON	PREQUIRURGICO		POSTQUIRURGICO	
¿Me siento triste, me encuentro pesimista?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Me siento culpable por la condición de mi hijo, pienso que es un castigo?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Me siento incapaz de realizar mi trabajo, no tengo interés por nada?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Me encuentro tenso irritable?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Tengo dificultad para conciliar el sueño y descansar, tardo en dormirme?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Me siento cansado, fatigado, parece que no pudiera consigo mismo?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Me siento más nervioso y ansioso de lo normal	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
siento miedo sin ver razón para ello	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Me canso con facilidad?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Me siento preocupado por el futuro de mi hijo?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Puedo respirar bien con facilidad?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )
¿Tengo que orinar con mucha frecuencia?	si ( )	no ( )	si ( )	no ( )

Nombre Padre representante:

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ **HOSPITAL MIGUEL H. ALCIVAR**

FORMULARIO DE LA ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA		
BIENESTAR EMOCIONAL		
¿Se muestra satisfecho con el aspecto físico presente de su hijo?	si ( )	no ( )
¿Se muestra motivado a la hora de realizar una actividad con su hijo?	si ( )	no ( )
¿Esta alegre y de buen humor?	si ( )	no ( )
¿Muestra sentimientos de inseguridad por el aspecto actual de su hijo?	si ( )	no ( )
¿Se siente rechazado o discriminado por los demás por su hijo actualmente?	si ( )	no ( )
RESULTADOS ESTETICOS Y FUNCIONALES		
¿Se logró simetría y balance de labio?	si ( )	no ( )
¿Se logró reconstrucción y simetría de la nariz?	si ( )	no ( )
¿La cicatriz quirúrgica quedo ubicada de manera vertical de la columna del filtrum para mayor resultado estético?	si ( )	no ( )
¿Se previnieron secuelas definitivas del habla?	si ( )	no ( )
TIPOS ANATOMICOS DE FISURAS LABIO PALATINAS		
LABIO HENDIDO UNILATERAL	DERECHO	IZQUIERDO
LABIO HENDIDO BILATERAL		
PALADAR HENDIDO SIN ASOCIACION CON LABIO		
PALADAR HENDIDO Y LABIO HENDIDO		

Nombre Padre Representante

_____

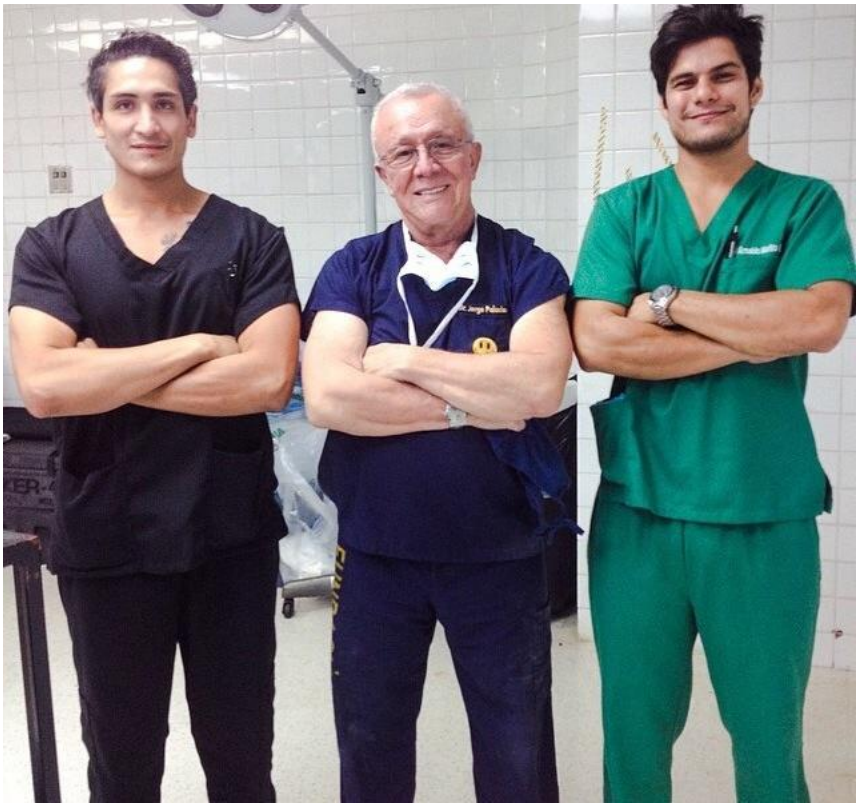


Figura 1:Junto al director del programa fundacion rostros felices



Figura 2: Cirugía de fisura labio palatina



Figura 4: evidenciando resultados post operatorios



Figura 4: Impacto post quirurgico



Figura 5: Paciente pre y post quirúrgico



Figura 6: Con los pacientes en sala de hospitalización



Figura 7: Primer día de jornada en el momento pre quirúrgico



Figura 8: Ejecución de la propuesta



Figura 9: Repartición de Trípticos.



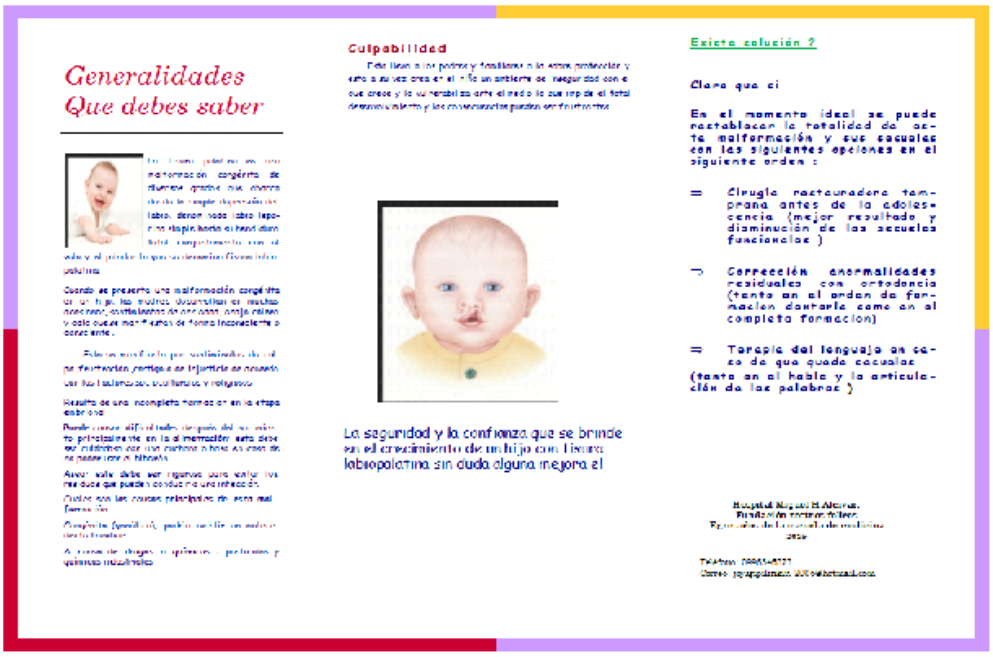
Figura 10: Repartición de Trípticos.

TRIPTICO


Fisura labio palatina
* Generalidades
* Cuidados
* Opciones y tipos de tratamiento
-Orden en el que se deben realizar estos tratamientos.
-Momentos ideales en el que se los debe realizar.
-Como combatir las secuelas.
Antes
Después
©ADAM


UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
ESCUELA DE MEDICINA
Egresados de Medicina
Giraldo Pico José Julián
Murillo Sánchez Arnaldo Andrés


Facultad Ciencias de la Salud
Escuela De Medicina
GESTIÓN EDUCATIVA SOBRE MALFORMACIONES CRANEOFACIALES ESPECIFICAS COMO FISURA LABIOPALATINA DIRIGIDAS A PADRES Y FAMILIARES A CARGO DE EL CUIDADO Y CRECIMIENTO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE LA CIUDAD DE BAHIA DE CARAQUEZ PREVIO A LA SELECCIÓN DE PACIENTES QUE SERAN INTERVENIDOS POR LA FUNDACION PLASTICOQUIRURGICA RECONSTRUCTIVA ROSTROS FELICES , AÑO 2015


Generalidades
Que debes saber
Culpabilidad
La seguridad y la confianza que se brinde
Exito solución ?
Clara que si
Es el momento ideal se puede restablecer la totalidad de esta malformación y sus secuelas con las siguientes opciones en el siguiente orden :
= Cirugía restauradora temprana antes de la adolescencia (mejor resultado y disminución de las secuelas funcionales)
= Corrección anormalidades residuales con ortodoncia (tanto en el antes de formación dentaria como en el completo formación)
= Terapia del lenguaje en caso de que quede secuelas (tanto en el habla y la articulación de las palabras)

BIBLIOGRAFÍA

Brunicardi, F. Ch., Andersen, D. K., Billiar, T. R., Dunn, D. L., Hunter, J. G., Matthews, J. B. y Pollock, R. E. (2011). Cirugía plástica y reconstructiva. En Losse, J. E., Gimbel, M., Rubin, J. P., Wallace C. G. y Wei, F. (Eds.): Schwartz. Principios de Cirugía (pp. 1658-1661). México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A.

Corbo, M., & M, M. (Agosto de 2001). Scielo. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000400011&script=sci_arttext&tlng=en

De la Osa, J. (29 de Abril de 2008). Infomed. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/labio_leporino.pdf

Fernández Sánchez, J. y Magán Moya, A. (2010). El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labiopalatina (pp. 384-391). Recuperado el 4 de Marzo de 2015 de: http://www.afilapa.com/archivos/fisura-labiopalatina-Jesus-Fernandez.pdf.

González Landa, G. y Prado Fernández, M. C. (2011). Guía de las fisuras palatinas. Una patología crónica (pp. 33). Recuperado el 5 de Marzo de 2015 de: http://blog.aspanif.org/wp-content/uploads/2011/11/Guia-ASPANIF-completa.pdf.

Hora, L. (9 de Mayo de 2010). La Hora. Obtenido de http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1032016/-1/Alarmante_indice_de_Malformaciones.html#.VMKuDWclthl

Limiñana, R., J, C., & R, P. (Diciembre de 2007). Obtenido de http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/04-23_2.pdf

Nazer, J., M, H., & et.al. (Marzo de 2001). Scielo. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000300008

Sadler, T. W. (2012). Cabeza y cuello. En Sadler, T. W. (Eds.): Langman. Embriología médica (pp. 378-382). Barcelona, España: Wolters Kluwer Health, S. A., Lippincott Williams & Wilkins.

Scielo. (Enero de 2012). Revistas Bolivianas. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000100012&script=sci_arttext

SECPRE. (2 de Enero de 2013). Sociedad Española de Cirugia Plastica Reparadora y Estetica . Obtenido de http://secpre.org/index.php/extras/2013-02-01-13-57-35/labio-y-paladar-hendido

Romero Torres, R. (2012). Patología quirúrgica de cabeza y cuello. En Contreras Tapia, O. y González Prado, M. (Eds.): Tratado de cirugía, Volumen I (pp. 368-378). Lima, Perú: Medicina Moderna.

Villegas Alzate, F. J. (2012). Malformaciones congénitas. En Villegas Alzate, F. J. (Eds.): Cirugía plástica (pp. 329-346). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB).