



**UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



**TESIS:**

---

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA  
SOBRE EL MANEJO DE NIÑOS CON FISURA LABIO PALATINA,  
EN EL HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2016”**

---

Tesis Presentada por:

**YINA QUISPE ACUÑA**

PARA OPTAR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA

**Asesor:**

Mgt. AIDA VALER CONTRERAS

**Cusco – Perú**

**2017**



## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por acompañarme en la finalización de esta etapa de mi vida y por permitirme realizar este estudio de investigación.*

*A mi Asesora, Mgt. Aida Valer Contreras, docente de la Escuela Profesional de Estomatología, por su tiempo, su apoyo, conocimientos compartidos, sin los cuales no se hubiese culminado este presente trabajo de investigación.*

*A los docentes dictaminantes de la Escuela Profesional de Estomatología, Dra. Helga Vera Ferchau y Mgt. Hugo Rosas Cisneros que tuvieron el tiempo de realizar las correcciones correspondientes que contribuyeron al desarrollo de este trabajo de investigación.*

*Yina Quispe Acuña*



## DEDICATORIA

*A mi padre DIOS por haberme acompañado en toda mi etapa académica.*

*A mi madre: Milagros por haberme dado la oportunidad de estudiar en la Universidad Andina del Cusco y estar en cada día de mi vida apoyándome incondicionalmente.*

*A mis hermanas: Angiee y Milania por brindarme su apoyo y amor incondicional en cada momento de mi vida y por ser un modelo de inspiración para continuar mis estudios.*

*A mis tías: Ernestina y Corina por apoyarme siempre y darme consejos de vida.*

*A todos mis amigos, por estar en cada momento de mi vida universitaria y haber compartido muchas experiencias juntos.*



**DICTAMINANTES:**

DRA. HELGA VERA FERCHAU

MGT. HUGO LEONCIO ROSAS CISNEROS.

**ASESORA:**

MGT. AIDA VALER CONTRERAS



## RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación es determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina, en el hospital regional en el año 2016.

Metodología: Siendo un estudio descriptivo – comparativo, de campo, con un diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo, con una muestra constituida por 77 padres de familia, se aplicó un cuestionario de 20 preguntas, en el cual se evaluaron 4 aspectos conocimiento de los padres de familia de niños con labio y paladar fisurado sobre: Tratamiento quirúrgico, erupción dentaria, equipo profesional multidisciplinar e higiene bucal.

Resultados: Se agruparon en una escala de bueno y malo, se obtuvo que el nivel de conocimiento de los padres de familia de niños con labio y paladar hendido fue: sobre los tratamientos quirúrgicos que deben seguir los niños con labio y paladar fisura fue inadecuada en 58.4%, sobre erupción dentaria fue inadecuada en 92.2%, sobre el equipo multidisciplinario que deberá atender a su hijo a lo largo de su vida en el 2016 fue inadecuado en 64.9%, sobre la higiene bucal de los niños con labio y paladar fisurado en el 2016 fue adecuado en 58.4%, de acuerdo al sexo de los padres sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado adecuado el sexo femenino con 23.4% y de acuerdo a la edad de los padres sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado, padres de 21-30 años de edad adecuado con 19.5%.

Conclusiones: El nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina, en el Hospital Regional Cusco 2016 fue predominantemente malo.

Palabras clave: Conocimiento, labio y paladar fisurado



## SUMMARY

The main objective of this research is to determine the level of knowledge of parents about the management of children with cleft palate at the regional hospital in 2016.

**Methodology:** A descriptive - comparative field study, with a non - experimental design, cross - sectional and prospective, with a sample consisting of 77 parents, a questionnaire of 20 questions was applied, in which 4 aspects of knowledge of the parents of children with cleft lip and palate on: Surgical treatment, dental eruption, multidisciplinary professional team and oral hygiene.

**Results:** They were grouped on a scale of good and bad, it was obtained that the level of knowledge of the parents of children with cleft lip and palate was on the surgical treatments that should be followed by children with lip and cleft palate was inadequate in 58.4%, on dental eruption was inadequate in 92.2%, on the multidisciplinary team that will have to care for their child throughout their life in 2016 was inadequate in 64.9%, on oral hygiene of children with cleft lip and palate in 2016 was adequate in 58.4%, according to the sex of the parents on the management of children with cleft lip and palate adequately the female sex with 23.4% and according to the age of the parents on the management of children with cleft lip and palate, parents of 21-30 years of age adequate with 19.5%

**Conclusions:** The level of knowledge of parents about the management of children with cleft palate in the Regional Hospital Cusco 2016 was predominantly bad.

**Keywords:** Knowledge, cleft lip and palate



## ABREVIATURAS

RAE: Real Academia Española.

FCAT: Comité Federal sobre Terminología Anatómica.

IFAA: Federación Internacional de Asociaciones de Anatomistas.

LPH: Labio y Paladar Hendido.

ICDAS: Sistema Internacional para la Detección y evaluación de Caries.

ORL: Otorrinolaringología.

C. Mxf: Cirujano Maxilofacial.

DTT: Diagnóstico y Tratamiento.

SNC: Sistema Nervioso Central.

IVF: Insuficiencia Velofaríngea.



## INTRODUCCIÓN

Las fisuras labiopalatinas se constituyen como deficiencias estructurales congénitas a causa de la falta de unión entre algunos procesos faciales embrionarios en formación. Las fisuras del paladar primario y las fisuras de la cara las cuales incluyen los procesos faciales ocurren en el periodo embrionario, a partir de la sexta semana de vida intrauterina, mientras que las fisuras del paladar secundario ocurren a partir de la octava semana de vida prenatal. (1)

El labio y paladar hendido son las malformaciones congénitas más frecuentes e importantes de todas las afecciones de la cara.

En el labio hendido existen todos los elementos anatómicos, solo que no están bien ubicados. El labio hendido puede localizarse en uno u otro lado de la línea media, en la cual el proceso maxilar debería haberse unido con el proceso nasomediano. También se pueden producir hendiduras medias, las cuales son causadas por la fusión incompleta de los procesos medianos o ausencia parcial o total de ellos. (1)

El paladar hendido presenta un trastorno de la fusión incompleta de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos, ya sea por ausencia de la fuerza de penetración del tejido conjuntivo, interferencia mecánica ejercida por la lengua o diferencia de tamaños de las partes afectadas. El paladar blando y la úvula se forman como una extensión posterior de los procesos palatinos, así que una hendidura en estas estructuras es básicamente una extensión posterior de los procesos palatinos. (1)





**ÍNDICE**

AGRADECIMIENTOS ..... ii

DEDICATORIA..... iii

RESUMEN ..... v

SUMMARY ..... vi

ABREVIATURAS..... vii

INTRODUCCIÓN ..... viii

**CAPITULO I**

**EL PROBLEMA**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 1

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ..... 2

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA ..... 2

    1.3.1. Relevancia científica: ..... 2

    1.3.2. Relevancia social: ..... 2

    1.3.3. Originalidad: ..... 2

    1.3.4. Interés personal: ..... 2

1.4. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN ..... 3

1.5. LIMITACIONES: ..... 3

1.6. OBJETIVOS ..... 4

    1.6.1. Objetivo general..... 4

    1.6.2. Objetivos específicos. .... 4

**CAPITULO II**

**MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN. .... 5

2.2. BASES TEÓRICAS ..... 7

    2.2.1. Conocimiento ..... 8

    2.2.2. Clases De Conocimiento..... 8



2.2.3. Desarrollo De La Cara Y Cavidad Oral .....9

2.2.4. Segmento Intermaxilar ..... 10

2.2.5. Paladar secundario. .... 11

2.2.6. Cavidades nasales:..... 11

2.2.7. Hendiduras faciales: ..... 12

2.2.8. Epidemiología ..... 14

2.2.9. Causas..... 14

2.2.10. Clasificación:..... 15

2.2.11. Implicaciones funcionales asociadas a la fisura labio palatina..... 17

2.2.12. Impacto sobre la condición general. .... 17

2.2.13. Alteración en la alimentación. .... 17

2.2.14. Eficiencia masticatoria alterada. .... 18

2.2.15. Impacto Sobre La Condición Oral ..... 18

2.2.16. Abordaje de niño con labio y paladar fisurado ..... 19

    2.2.16.1. Cirugías: ..... 20

    2.2.16.2. Alveoloplastias..... 21

2.2.17. Tratamiento convencional: ..... 22

    2.2.17.1. Cronograma terapéutico para paciente con labio y paladar  
    hendido..... 24

2.2.18. Valoración de tratamiento ortopédico. .... 26

    2.2.18.1. Etapa ortopédica del recién nacido ..... 26

    2.2.18.2. Ortopedia en dentición primaria..... 26

    2.2.18.3. Ortopedia en dentición mixta ..... 26

    2.2.18.4. Ortopedia Tridimensional..... 27

    2.2.18.5. El tratamiento ortopédica- ortodoncico. .... 28

    2.2.18.6. Componente nasal. .... 29

2.2.19. Rehabilitación de la musculatura peribucal..... 29



2.2.19.1. Regulador de función de frankel..... 29

2.2.19.2. Bompereta o lip bumper. .... 30

2.2.20. Cirugías secundarias .....31

2.2.21. Cicatrización en el neonato con labio y paladar hendidos. ....32

2.3. DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES.....34

**CAPITULO III**

**DISEÑO METODOLÓGICO.**

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....35

3.2. POBLACIÓN. ....35

3.3. MUESTRA.....35

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN. ....35

3.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....37

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....39

3.6.1. Técnica .....39

3.6.2. Instrumentos. ....39

3.7. PROCEDIMIENTOS.....39

3.7.1. Procedimientos administrativos. ....39

3.7.2. Procedimientos para la recolección de datos.....39

3.7.3. Validación del instrumento .....40

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACION .....41

3.8.1. Técnicas de procesamientos .....41

3.9. RECURSOS .....42

3.9.1. Humanos.....42

3.9.2. Físicos.....42

3.9.3. Financieros. ....42

3.9.4. Equipos, instrumental y materiales. ....42

3.9.5. Campo de investigación.....43



**CAPITULO IV**

RESULTADOS.....44

**CAPITULO V**

DISCUSIÓN .....52

CONCLUSIONES.....54

RECOMENDACIONES ..... **¡Error! Marcador no definido.**

BIBLIOGRAFÍA .....56

ANEXOS .....59



**ÍNDICE DE CUADROS**

CUADRO N° 1: Conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina de acuerdo al tratamiento quirúrgico ..... 44

CUADRO N° 2: Conocimiento de los pares de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina de acuerdo a la erupción dentaria. .... 46

CUADRO N° 3: Conocimiento de padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina de acuerdo al equipo profesional multidisciplinar ..... 47

CUADRO N° 4: Conocimiento de padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina de acuerdo a la higiene bucal..... 48

CUADRO N° 5: Cruce de variable de los datos generales con el conocimiento de acuerdo al sexo de los padres de familia sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado..... 49

CUADRO N° 6: Tabla cruzada de conocimiento de padres de familia sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado de acuerdo a la edad de los padres. .... 50



## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo pretende conocer si los padres de familia se encuentran informados sobre los tratamientos primarios- quirúrgicos, seguido de un manejo odontológico temprano ya que la información de tratamientos posteriores a la cirugía no se ven de manera importante luego de mejorar las condiciones funcionales del niño con labio y paladar fisurado como el habla, función masticatoria, los médicos cirujanos terminan con el tratamiento primario, finalizando con la estética para encontrarnos dentro de los parámetros normales que el hombre crea dentro de la sociedad sin dar interés a los problemas dentales futuros.

Hecho por el cual no saben realmente cual es la magnitud del problema futuro, la no realización del tratamiento odontológico ya que este tiene como principal función la búsqueda de la rehabilitación de la función masticatoria como también la estética para mejorar la apariencia de la persona con labio y paladar fisurado.

Aun no existe ningún estudio indicando exactamente las causas por la cual un niño puede nacer con labio fisurado, paladar hendido o ambos. El labio y paladar fisurado juntos son más comunes en los niños que en las niñas. Es importante saber que la mayoría de los bebés que nacen con una hendidura son sanos y no tienen ninguna anomalía congénita.

El seguimiento de estos niños con labio y paladar fisurado debería ser desde el nacimiento y es en este momento donde se debe desempeñar un plan de tratamiento de acuerdo al caso de cada niño, la urgencia que requiera la realización de un tratamiento quirúrgico y la realización antes de una ortopedia pre quirúrgico darán a futuro la finalización de tratamientos con una buena estética y función del aparato estomatognático.



## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL MANEJO DE NIÑOS CON FISURA LABIO PALATINA, EN EL HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2016?

## 1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.3.1. Relevancia científica:

Este trabajo de investigación será un cumulo de apuntes cognoscitivos en el área de odontopediatría que contribuirá de forma efectiva en informar y capacitar a los padres de familia, el cual será impartido a través de centros de atención primaria y preventiva.

### 1.3.2. Relevancia social:

Existen muy pocos estudios sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado, este trabajo de investigación contribuirá en informar y tener un compendio al alcance para los profesionales de la salud que tienen contacto directo con el niño con labio y paladar fisurado.

### 1.3.3. Originalidad:

Son pocas las investigaciones que se realizar sobre niños con labio y paladar fisurado, se encontró pocos antecedentes que guardan relación con el tema, considerando a esta investigación de originalidad total.

### 1.3.4. Interés personal:

Este trabajo surgió en una experiencia personal familiar, al momento de que un familiar muy cercano naciera con este problema, no hubo ninguna información adicional por parte del centro de salud posterior o particulares posterior a las primeras intervenciones quirúrgicas post parto.



#### 1.4. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1. El proceso de recolección de datos para el presente estudio será a través de encuestas donde se guarda la identidad de la familia, protegiendo su integridad, intimidad y confidencialidad.
2. No existió manipulación de ninguna clase sujetos a la población de estudio con el fin de obtener resultados predeterminados.
3. La recolección de datos se realizara con el consentimiento de cada uno de los participantes.
4. Se respetara el derecho de los participantes a ser partícipes o no en la investigación.

#### 1.5. LIMITACIONES:

Existencia de pocos estudios referenciales que anteceden a la investigación.

La falta de interés por parte de los padres del niño afectado que no quieran realizar la encuesta.

Niños con alguna otra complicación que requiera una atención especializada.

Niños nacidos en el hospital regional, que murieron a las pocas horas o días por alguna complicación.

El cambio de domicilio de los padres.

La falta de dirección en la historia clínica de los padres del niño con labio y paladar fisurado.

La inasistencia de los padres a ningún servicio del Hospital Regional.





## 1.6. OBJETIVOS

### 1.6.1. Objetivo general.

Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina, en el Hospital Regional Cusco 2016.

### 1.6.2. Objetivos específicos.

1. Precisar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre los tratamientos quirúrgicos que deben seguir los niños con labio y paladar fisurado.
2. Precisar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre la erupción dentaria de los niños con labio y paladar fisurado.
3. Precisar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el equipo multidisciplinario que debe atender al niño con labio y paladar fisurado.
4. Precisar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre la higiene bucal de los niños con labio y paladar fisurado.
5. Precisar el nivel de conocimiento de los padres de familia de acuerdo al sexo sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado.
6. Precisar el nivel de conocimiento de los padres de familia de acuerdo a la edad sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado.

**CAPITULO II****MARCO TEÓRICO****2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.****NACIONALES**

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON FISURA LABIO PALATINA DE LOS INTERNOS DE ODONTOLOGIA DE TRES UNIVERSIDADES DE LIMA METROPOLITANA EN EL AÑO 2014.

AUTOR: Juan A. (Lima- Perú -2015) (Tesis)

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La muestra se seleccionó por muestreo probabilístico estratificado y estuvo conformada por 120 internos de tres universidades. Se elaboró una encuesta de 15 preguntas cerradas validada por juicio de expertos y de consistencia interna confiable según el alfa Cronbach. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento de cinco dimensiones: clasificación y epidemiología de las fisuras labio palatinas, protocolo de tratamiento, equipo profesional, alimentación e higiene bucal y se calificó como bueno, regular y deficiente según la escala establecida. Se utilizó las pruebas Kruskal-Wallis para comparar el nivel de conocimiento entre los 3 grupos y U de Mann-Whitney para comparar entre 2 grupos. El nivel de conocimiento del manejo odontológico de pacientes con fisura labio palatina fue deficiente. Se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.014$ ) entre el nivel de conocimiento del manejo odontológico de pacientes con fisura labio palatina y la universidad de procedencia. (2)

**CONCLUSIONES:**

El nivel de conocimiento del manejo odontológico de pacientes con fisura labio palatina de los internos de odontología de tres universidades de lima metropolitana en el año 2014 fue deficiente 61.7%.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS DE FISURAS LABIALES Y PALATINAS EN NACIDOS, HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2010-2015.

AUTOR: Cecilia R. (Cusco- Perú- 2016) (Tesis)

RESUMEN: se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, se tomó una muestra de 75 historias clínicas de niños nacidos entre los años 2010- 2015.

Las fisuras labio palatinas tienen una mayor frecuencia en los hombres (66,7%) que en mujeres (33,3%), la provincia más afectada fue cusco (45,3%) seguida por Paucartambo (12%), el año con mayor incidencia fue el 2010 (33,3%) y el de menor fue el 2012 (10,7%). La lesión más frecuente fue la FLP (72%), seguida por la fisura labial (18,7%) y por último la fisura palatina (9,3%). La tasa de prevalencia de esta lesión es de 3.80. Los tratamientos recibidos fueron: manejo de deglución y succión (68), uso de tetinas adaptadas (20), queilorrafia (13), palatorrafi (7). (3)

CONCLUSIONES:

La frecuencia de las fisuras labio- platinas según género en la población cusqueña coincide con la literatura, el tipo de fisura más frecuente difiere con la información previa. Los tratamientos recibidos en la región del Cusco difieren con los antecedentes. (3)

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO POSOPERADOS EN LA CAMPAÑA SANTA DOROTEA- HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 2014.

AUTOR: Evelyn H. (Cajamarca- Perú- 2014) (Tesis)

RESUMEN: La investigación es de diseño descriptivo- analítico, desarrollado en una población de 35 madres de familia, la muestra estuvo representada por 15 madres seleccionadas por conveniencia, para la recolección de datos se aplicó un cuestionario elaborado con 30 preguntas cerradas y abiertas. La validez y confiabilidad del instrumento se determinó



por juicios de expertos y se realizó una prueba piloto. El procesamiento de datos se realizó con un análisis estadístico utilizando el SPSS versión 20.4

**CONCLUSIONES:** Dentro de las características sociodemográficas de la madre tenemos que el 40% se encuentra en la edad de 26-30 años, con relación al nivel de estudios el 60% han cursado la secundaria completa, y el 86.7% tiene un ingreso económico mayor a s/550.00 soles, se encontró que el 33.3% de los niños operados se encuentran en la edad de 60 meses a más y en lo que más predomina esta patología es en el sexo masculino (73.3%). Al 100% de las madres les explicaron que alimentos deben consumir sus niños luego de la intervención quirúrgica, así como se les recomendó que llevaras a estos a un terapeuta de lenguaje y a un psicólogo. La economía 46.7% es la causa principal por el cual el niño no se puede recuperar adecuadamente. Los niños que acudieron a dicha campaña son niños que viven en una zona rural del Departamento de Cajamarca. (4)

## 2.2. BASES TEÓRICAS

La utilización del término “LABIO LEPORINO”, el cual se cree obedece a una denominación que debería dejar de ser utilizada.

Esto debido a que el término “Leporino” según la Real Academia Española (RAE) deriva del latín leporinus, que tiene como significado “perteneciente o relativo a la liebre”. (5)

Este término ha sido adscrito a los pacientes que padecen el defecto congénito consistente en una hendidura o separación del labio superior, la que se origina en la etapa embrionaria, generando una fisura en la zona labial semejante morfológicamente con la región labial que presentan los mamíferos lagomorfos de la familia leporidae conocidos habitualmente como liebres, siendo el significado literal del apelativo labio leporino “labio de liebre”. (5)

Actualmente, en conformidad con los objetivos determinados por el Comité Federal sobre terminología Anatómica (FCAT) y la Federación Internacional de Asociaciones de Anatomistas (IFAA) quienes buscan un



correcto uso del lenguaje científico para toda la comunidad biomédica ibero- americana, el termino labio leporino debería ser modificado por “Labio Fisurado”, el cual describe de manera concreta este defecto del desarrollo evitando una comparación morfológica que en cierto modo se torna despectiva y no obedece a un lenguaje médico y científico adecuado.(5)

### **2.2.1. CONOCIMIENTO**

El conocimiento es una actividad esencial de los seres humanos para obtener nueva información, desarrollar su vida y obtener certeza de la realidad, conjunto de información que posee el ser humano, tanto sobre el escenario que lo rodea, como de sí mismo, valiéndose de los sentidos y de la reflexión para obtenerlo; luego lo utiliza como material para divisar las características de los objetos que se encuentren en su entorno, empleando, generalmente, la observación. (6)

### **2.2.2. CLASES DE CONOCIMIENTO**

#### **CONOCIMIENTO CIENTIFICO**

Presenta los datos que explican de forma ordenada y lógica el universo y su interacción entre los elementos que lo conforman, utilizando la observación y experimentación como herramientas para que los individuos comprendan los procesos y fenómenos que ocurren en la naturaleza. (6)

#### **CONOCIMIENTO RELIGIOSO**

Es el conjunto de datos que forman las creencias y valores de una persona orientando su conducta.

Permite que una persona tenga confianza, certeza de que todo saldrá bien con fe hacia algo o alguien, aunque no se pueda verificar. (6)



### **CONOCIMIENTO EMPIRICO**

Se refiere a los datos e informaciones que se obtienen mediante la práctica de algo. Se adquiere por la experiencia, la observación y repetición de actividades, que se convierten en significados y procesos. (6)

### **CONOCIMIENTO INTUITIVO**

Es toda aquella información que percibe la persona del ambiente de forma instantánea. Se genera por reacciones ante un estímulo, una idea, una necesidad, un sentimiento, etc. Sin que sea necesario explicar la razón, solamente con la intuición. (6)

Ese tipo de conocimiento permite interactuar con el ambiente a través del descubrimiento, vinculando las reacciones provocadas con otros sucesos específicos, es decir, relacionándolo con otras situaciones o experiencias vividas y que se obtenga un significado.(6)

### **CONOCIMIENTO FILOSOFICO**

Es el conjunto de información que obtiene una persona mediante la lectura, análisis y razonamiento de documentos escritos. Datos que contrastan con la práctica humana y emite juicios de valor. (6)

#### **2.2.3. DESARROLLO DE LA CARA Y CAVIDAD ORAL**

Durante las semanas cuarta y quinta, el esbozo de la faringe está rodeado lateralmente por estructuras en forma de barras horizontales que son los arcos faríngeos o braquiales. Cada arco está constituido por un centro mesenquimatoso cubierto externamente por ectodermo e internamente por endodermo. El mesénquima original en cada arco deriva del mesodermo intraembrionario. Posteriormente, células de la cresta neural emigraran al interior de los arcos y serán la mayor fuente de los componentes del tejido conectivo, incluyendo cartílago, hueso y ligamentos, de las regiones de la boca y la cara. Cada arco



también contiene una arteria, una parte de cartílago, un nervio y un componente muscular. (7)

La cara se desarrolla a partir de cinco primordios: la eminencia frontonasal única y las eminencias mandibular y maxilar pares. El paladar se desarrolla a partir de dos esbozos el paladar primario (proceso palatino medio) y el paladar secundario. El paladar secundario se desarrolla a partir de dos protecciones mesenquimales que se originan en la profundidad de las eminencias maxilares. Estas estructuras parecidas a plataformas se llaman procesos palatinos laterales o placas palatinas. Primero, estos procesos se fusionan con el paladar primario y posteriormente se fusionan entre sí. (7)

La mayoría de las anomalías congénitas de la cabeza y el cuello se originan durante la transformación del aparato braquial en estructuras adultas. (7)

#### **2.2.4. SEGMENTO INTERMAXILAR**

Como resultado del crecimiento medial de los procesos maxilares, las dos prominencias nasales mediales se fusionan no solamente en la superficie, sino también a un nivel más profundo. Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben en conjunto el nombre segmento intermaxilar, que está compuesto por:

Un componente labial, que forma el surco subnasal del labio superior.

Un componente maxilar superior, que lleva los cuatro incisivos.

Un componente palatino, que forma el paladar primario triangular. El segmento intermaxilar se continúa con la porción rostral del tabique nasal, formado por la prominencia frontonasal. (8)



#### **2.2.5. PALADAR SECUNDARIO.**

Mientras que el paladar primario deriva del segmento intermaxilar, la porción principal del paladar definitivo es constituida por dos evaginaciones laminadas de los procesos maxilares. Estas elevaciones, llamadas crestas palatinas, aparecen en la sexta semana de desarrollo y descienden oblicuamente a ambos lados de la lengua. Sin embargo, en la séptima semana ascienden hasta alcanzar una posición horizontal por encima de la lengua y se fusionan entre sí; se trata del paladar secundario. (8)

Anteriormente, las crestas se fusionan con el paladar primario triangular, y el agujero incisivo puede considerarse el reparo de la línea media entre los paladares primario y secundario. Al mismo tiempo que se fusionan las crestas palatinas, el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del paladar neoformado. (8)

#### **2.2.6. CAVIDADES NASALES:**

Durante la sexta semana del desarrollo, las fositas olfatorias se profundizan considerablemente, en parte a causa del crecimiento de los procesos nasales que las rodean y en la parte porque se introducen en el mesénquima subyacente. En un principio, la membrana buconasal separa las fositas de la cavidad bucal primitiva, por medio de los orificios neoformados, las coanas primitivas. Estas coanas están situadas a cada lado de la línea media e inmediatamente por detrás del paladar primario. Más adelante, con la formación del paladar secundario y el desarrollo posterior de las cavidades nasales primitivas, las coanas definitivas se sitúan en la unión de la cavidad nasal con la faringe. (8)

Los senos paranasales se desarrollan en forma de divertículos de la pared lateral de la nariz y se extienden dentro de los huesos maxilar superior, etmoides, frontal y esfenoides. Alcanzan sus





dimensiones máximas durante la pubertad y contribuyen a la forma definitiva de la cara. (8)

### **2.2.7. HENDIDURAS FACIALES:**

El labio fisurado y paladar hendido son defectos comunes que originan un aspecto facial anormal y dificultades del habla. El agujero incisivo se considera el punto de reparo divisorio entre las deformaciones anteriores y posteriores. Las anteriores al agujero incisivo son el labio fisurado lateral la fisura del maxilar superior y la hendidura entre los paladares primario y secundario. Estos defectos se deben a la falta de fusión parcial o completa del proceso maxilar con el proceso nasal medial de uno o ambos lados. (8)

#### **PALADAR HENDIDO.**

Es un defecto de la fusión del paladar de manera que permanece una hendidura que consiente la comunicación de las fosas nasales y la cavidad bucal. (9)

La mayor parte de los casos están vinculados a herencia multifactorial: por un lado se sabe que algunas trisomias, se acompaña de paladar hendido; en otros casos se ha descrito paladar hendido como parte integrante de malformaciones asociadas a genes mutantes y, además, se ha observado una mayor incidencia en madres que durante el embarazo han tomado fenilhidantoinas como antiepilépticos. (9)

La incidencia de esta malformación es de 1/2.500 nacimientos. Aparece con mayor frecuencia en mujeres que en varones, lo que se refiere es que las mujeres tienen un cierre definitivo una semana más tarde que el varón. (9)

El paladar hendido completo es una malformación grave porque presenta una solución de continuidad amplia y, además porque se



asocia con frecuente a malformación de las partes blandas que constituyen el labio hendido o fisurado. (9)

### **HENDIDURA DEL PALADAR ANTERIOR O PRIMARIO.**

Es una falta de fusión de las formaciones del proceso nasomediano que forma paladar primario de forma que en la mayoría de los casos se acompaña de un defecto de fusión superficial que constituye labio hendido o fisurado.

La alteración se manifiesta por una hendidura medial a nivel de los incisivos superiores medios, cuando se afecta la fusión del proceso nasomediano de ambos lados. (9)

Si la alteración es de fusión del proceso nasomediano con el palatino del maxilar, la hendidura palatina es lateral y se corresponde con la zona de separación de incisivos y caninos. En este caso la malformación puede ser unilateral o bilateral y tener la misma afectación de labio fisurado. (9)

### **HENDIDURA DEL PALADAR POSTERIOR.**

Es una solución de continuidad que generalmente afecta a la parte media del paladar. No obstante, en ocasiones la hendidura se prolonga hacia atrás y se origina un paladar blando hendido o "úvula en cola de pez". (9)

### **LABIO HENDIDO.**

El labio hendido o labio fisurado es un defecto de fusión superficial que se expresa por una solución de continuidad en el labio.

Se describe como una simple afectación superficial, o acompañado de paladar hendido anterior. La frecuencia de aparición está en 1/1000 nacimientos; es mayor la incidencia en varones que en mujeres, con una relación 7/3, y aumenta en relación con la edad materna. (9)



### 2.2.8. EPIDEMIOLOGIA

Las zonas comprometidas por las fisuras bucales comunes son el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar blando. Ligeramente más del 50% son fisuras combinadas del labio y el paladar, y aproximadamente la cuarta parte de ellos es bilateral. Las fisuras aisladas del labio y el paladar constituyen el resto de las variedades que se ven. (10)

Se ha comprobado que las fisuras de labios son más frecuentes en varones, mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en las mujeres. (8)

Igualmente, el compromiso del labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo que el derecho. Estos fenómenos carecen de explicación, y la causa subyacente de la deformidad se comprende solo de una manera parcial. La falta de unión de las partes que normalmente forman el labio y el paladar, se produce en un momento temprano de la vida fetal. (10)

En el Perú 2,500 niños nacen con labio leporino y/o paladar hendido cada año (uno de cada 500-600 recién nacidos). El 25% de estos niños padecen de paladar hendido, 25% de labio fisurado y el 50% de ambos. (11)

### 2.2.9. Causas.

Las causas de las malformaciones congénitas son muy diversas y variadas, sin embargo podemos reunir las en 2 grandes grupos: genéticas y ambientales.

Dentro de las causas de índole genética podemos considerar 3 categorías

Etiológicas:

A) Herencia monogenética con los siguientes patrones de transmisión:



- Autosómica dominante.
- Autosómica recesiva.
- Recesiva ligada a X.
- Dominante ligada a X.
- Dominante ligada a Y.

B) Herencia poligénica o multifactorial

C) Aberraciones cromosómicas

Las causas de índole ambiental pueden ser agrupadas también en 3 categorías:

- Físicas
- Químicas.
- Biológicas.

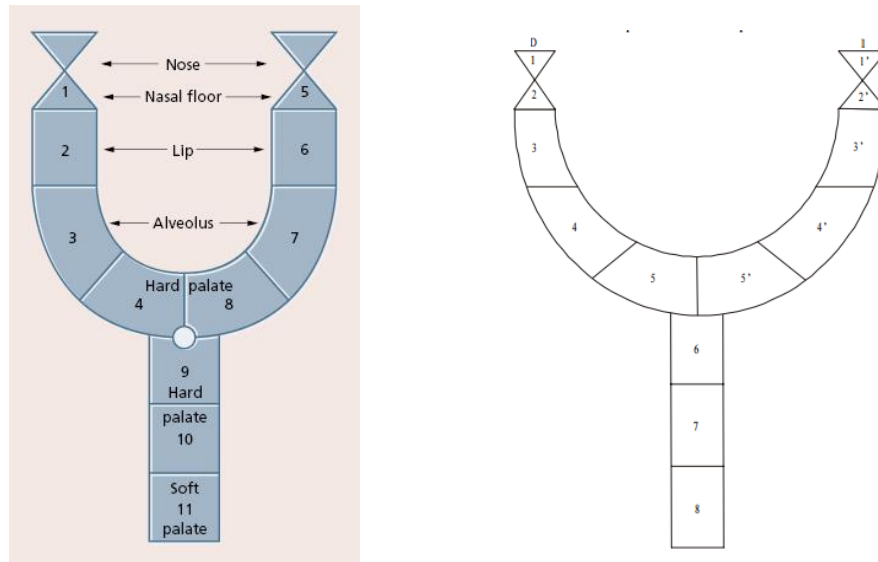
A estos factores ambientales, por alterar el desarrollo embriológico produciendo

Malformaciones, se les ha llamado teratógenos. (10)

#### **2.2.10. CLASIFICACIÓN:**

La variadísima morfología a que pueden dar lugar las fisuras labio-alveolopalatinas por implicar la deformidad de 4 estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, unido a la posibilidad de que la alteración sea unilateral o bilateral, ha sido siempre un desafío para que se adoptara universalmente una clasificación única; y si a esto se añade la moderna idea de que la clasificación debe estar basada no en los hechos anatómicos del feto a término, sino en los datos embriológicos que han dado lugar a la deformidad, resulta que prácticamente cada estudioso de este problema ha hecho su clasificación propia.(10)

Stark y Kernahan en 1958 proponen una ingeniosa y sencilla clasificación de fisuras labio-palatinas que abarca todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario. Para dejar constancia escrita en la historia clínica del paciente idean una Y como consta en la figura. Con este procedimiento estamos abarcando todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario. (10)



Clasificación de fisuras labio-palatinas.

D -Lado derecho.

I -Lado izquierdo.

1. y 1 '-Alas nasales.
2. y 2 '- Pisos de fosas nasales.
3. y 3 '-Labios.
4. y 4 '-Alvéolos.
5. y 5 '-Paladar óseo entre alvéolos y agujero palatino anterior.
6. y 7 -Paladar óseo por detrás del agujero palatino.
7. -Paladar blando.(10)

### **2.2.11. IMPLICACIONES FUNCIONALES ASOCIADAS A LA FISURA LABIO PALATINA.**

El sistema estomatognático, como cualquier otro sistema funcional, necesita una integridad estructural para cumplir con las necesidades morfológicas y de función del ser humano. La ruptura del labio y el paladar conlleva dificultades para la succión, deglución, fonación, masticación y audición que se manifiestan ya desde el nacimiento. (12)

### **2.2.12. IMPACTO SOBRE LA CONDICIÓN GENERAL.**

Como consecuencia en las hendiduras faciales, los niños con presencia de Labio y Paladar Hendido presentan alteraciones en el desarrollo físico durante los primeros meses de vida debido a la imposibilidad adecuada de la alimentación. Lee y colaboradores en 1996, examinaron variables peso y talla en 83 niños entre 0 y 4 años de edad, encontrando que los niños con paladar hendido aislado son significativamente más propensos a tener problemas alimenticios; la regurgitación y vómitos son los problemas más comunes observados por los padres.(13)

### **2.2.13. ALTERACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN.**

La succión constituye, incluso antes del nacimiento en los mamíferos, una función innata. Desgraciadamente, el niño fisurado tiene alterada la función, a lo que se añade la desorientación de la madre para alimentar al niño. (12)

La falta de integridad anatómica y la comunicación entre la cavidad bucal y nasal hacen que la regurgitación de la leche hacia la cavidad nasal y un aumento de la deglución de aire en el transcurso de su alimentación originen frecuentes vómitos o atragantamientos. (12)

A pesar de estos inconvenientes la alimentación materna ofrece al niño fisurado la mejor forma de estimular el desarrollo de la

musculatura orbicular, precediendo a la queiloplastia y mejorando el pronóstico quirúrgico. Esta fisioterapia natural debe complementarse con técnicas de masaje digital del aplastamiento y compresión, deslizamiento profundo y superficial con aplicación de calor húmedo antes y después de la cirugía labial considerando una mejor elasticidad y estética del labio superior en los casos en que estos procedimientos son utilizados. (12)

#### **2.2.14. EFICIENCIA MASTICATORIA ALTERADA.**

El impacto de la fisura en la configuración y forma de la arcada fruto de la falta de continuidad en el reborde maxilar, establece ya desde los primeros días de vida diferentes desequilibrios en la musculatura peribucal.

Este efecto negativo de la cirugía de tejidos blandos se refleja en el crecimiento transversal del maxilar como una contracción del perímetro alveolar con el segmento menor dentro del mayor. (12)

#### **2.2.15. IMPACTO SOBRE LA CONDICIÓN ORAL**

Presentan ciertas características comunes como incompatibilidad labial y velo faríngeo, trastornos de la succión y la deglución, maloclusión, problemas para la fonación, respiración oral, hipoplasias de esmalte, caries dental dilaceraciones, anodoncia en relación con la hendidura, erupción ectópica, retraso de la erupción, gingivitis y periodontitis, también presentaban defectos funcionales intraorales como anquiloglosia, torus y úvula bífida.(13)

Ana María y cols. Examinaron 92 niños con un rango de edad entre 3 y 8, con una distribución homogénea según sexo de 47,8% (44 niñas) y 52,2% (48 niños). Según el diagnóstico se encontró que el 29,3% tenía un diagnóstico de labio y paladar hendido unilateral izquierdo, el 28,3% labio y paladar hendido unilateral y la menor frecuencia de 2,2% labio hendido unilateral izquierdo y labio y paladar hendido secundario. (13)



Con respecto al diagnóstico de LPH los dientes más afectados por caries dental fueron el 52 y el 62 con un porcentaje de 20,7% y 14,1% respectivamente y los menos afectados fueron el 11, 12, 22 y el 65 con un porcentaje de 1,1% cada uno. (14)

Al analizar la prevalencia de caries dental según los criterios del índice ICDAS y COP se encontró que el 84,8% y 69,6% respectivamente presentaron caries dental. Se observó que el mayor valor de caries dental era para la edad de 7 años con 100% y 87,7 respectivamente. (14)

#### **2.2.16. ABORDAJE DE NIÑO CON LABIO Y PALADAR FISURADO**

Se considera un factor fundamental del tratamiento, la odontología preventiva, sin cuyas medidas pueden verse limitados los resultados del resto de la terapéutica. (15)

##### **PRIMERA SESIÓN:**

Se explica a los padres la Importancia de mantener las piezas dentarias sanas para futuros tratamientos quirúrgicos y ortodóncicos.

Alimentación solo según indicación pediátrica por riesgo cariogénico.

Indicaciones para formar habito de higiene desde los primeros meses de vida.

Citación a control según a riesgo cariogénicos y etapa de desarrollo del niño. (15)

##### **SEGUNDA SESIÓN:**

Se realiza cuando erupcionan los primeros dientes del niño, con el objetivo de enseñar la forma de limpiarlos con el cepillo dedal, si se detectan zonas hipoplasicas en dientes erupcionados se protegen con ionomero de vidrio en la misma sesión, si el niño tiene más de





12 meses, se indica disminuir la alimentación con biberón en la noche, con el objetivo de suprimirla totalmente. (15)

A los 14-16 meses, se refuerzan todos los conceptos ya enseñados. Además, se agregan otros, como el mayor riesgo cariogénico de los dientes hipoplásicos de la zona de la fisura. Las otras piezas son de igual calidad que la de los niños no fisurados de la misma edad. (15)

Se continúa con citas personalizadas a control según la evolución dentaria del niño, detectando oportunamente patologías incipientes realizando la acción clínica preventiva rehabilitadora necesaria y reforzando los conceptos ya enseñados. (15)

Se considera como primordial la realización de cirugías para mejorar las condiciones de succión, reflujo nasal, aspiración de la leche del niño, comunicación bucosinusal, estas cirugías varían de acuerdo a cada niño. (16)

#### **2.2.16.1. CIRUGÍAS:**

**CIRUGÍA DE LABIO:** Los beneficios de la queiloplastia son principalmente estéticos y tiene como objetivo el de unir el lugar donde se halla la discontinuidad labial de manera que el músculo orbicular de los labios pueda cumplir su función de manera aceptable, además de devolver la forma de “Arco de Cupido” al labio superior y que el acto de succión del paciente se produzca de la manera más normal posible, restaurando además la forma de la nariz. (16)

**CIRUGÍA DE PALADAR DURO:** La principal acción de esta cirugía es evitar que prosiga la comunicación bucosinusal, para de esta manera se pueda restablecer la función respiratoria y alimenticia por lo que se recomienda realizarla antes que el paciente cumpla un



año de vida, con el fin de evitar futuras complicaciones. (16)

**CIRUGÍA DEL PALADAR BLANDO:** El mayor beneficio que brinda este procedimiento es funcional ya que una hendidura en la región, interfiere con la respiración y deglución, por lo que el cirujano deberá unir los tejidos de la región posterior de la boca, con los recaudos necesarios para que los tejidos se fusionen de la manera más conveniente. (16)

**CIRUGÍA DE LA NARIZ Y LABIO:** Denominada también rinoqueiloplastia, se la realiza para mejorar la forma y aspecto de la nariz, a que al realizar la primera cirugía las secuelas que esta deja son sumamente notorias, dejando en ocasiones bordes labiales poco definidos, así como fosas nasales irregulares, con desviación de la punta de la nariz. (16)

**CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN ÓSEA ALVEOLAR:** Con ella se pretende cerrar la comunicación nasal y bucal, rellenando con tejido óseo el lugar afectado, además que con el paso del tiempo se buscara lograr la erupción de los dientes presentes en la región.

Generalmente una vez terminadas las cirugías ya mencionadas se espera a que el paciente llegue a la pubertad para que en esta etapa, donde los tejidos presentan más desarrollo, se pueda valorar su evolución de forma objetiva. (16)

#### 2.2.16.2. ALVEOLOPLASTIAS

Es un injerto oxeo en la fisura alveolar, indispensable en la reparación de los pacientes con fisura labio palatina congénita. (17)



**ALVEOLOPLASTIA PRIMARIA:** esta incluye la colocación de un dispositivo ortopédica realizando una queiloplastía a los 6 meses, ortopedia y alveoloplastía de 6 a 9 meses. Las ventajas son:

Estabilización temprana de los segmentos alveolares.

Cierre prematuro de la fisura.

Mejora en el habla.

Estimulación de la erupción dentaria en el injerto.

Reducción en la utilización de tratamiento ortodóncico.

Reconstrucción de los tejidos blandos y duros. (17)

**ALVEOLOPLASTIA SECUNDARIA:**

**PRECOZ:** denominada también periostioplastía, la cual se realiza antes de los 2 a 5 años de edad.

**VERDADERA:** Técnica que se realiza en caso de presentarse dentición mixta para poder recuperar el canino e incisivo lateral mediante un injerto al momento de la alveoloplastía; si en el lugar de la lesiona se presentara solo el canino se realiza a los 7-10 años de edad y si la lesión se encontrara en la región del incisivo lateral la cirugía se realizara a partir de los 6 años de edad. (17)

**TARDIA:** Que se realiza en dentición permanente, posterior a la erupción del canino obteniendo varios beneficios oclusales y periodontales facilitando el tratamiento ortodóncico. (17)

**2.2.17. TRATAMIENTO CONVENCIONAL:**

El tratamiento integral de las fisuras labio maxilo- palatina debe ser conducido por un equipo multidisciplinario formado por:



- Cirujanos.
- Otorrinolaringólogos.
- Pediatra.
- Odontólogos.
- Psicólogos.
- Foniatras.

Este equipo tiene que estar constituido por una unidad donde conjuntamente se programe cada paso del tratamiento y donde el paciente ingrese prácticamente al nacer. Esta es una condición para que todos los pacientes inicien a terapia. El objetivo actual del tratamiento integral de los pacientes con LPH es prevenir cualquier secuela y evitarla, así como preparar todos los elementos para poder efectuar cirugías no agresivas y con mínimo despegamiento y agresión a los tejidos. (18)

El tratamiento de la fisura labial y paladar hendido es largo y requiere un equipo completo de profesionales. Por esta razón, es importante asegurar que el niño siga los controles requeridos por cirugía plástica, fonoaudiología, nutrición, pediatría, etc. (19)

### 2.2.17.1. CRONOGRAMA TERAPÉUTICO PARA PACIENTE CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

Diagrama de Cronograma terapéutico para paciente con labio y paladar hendido. (23)

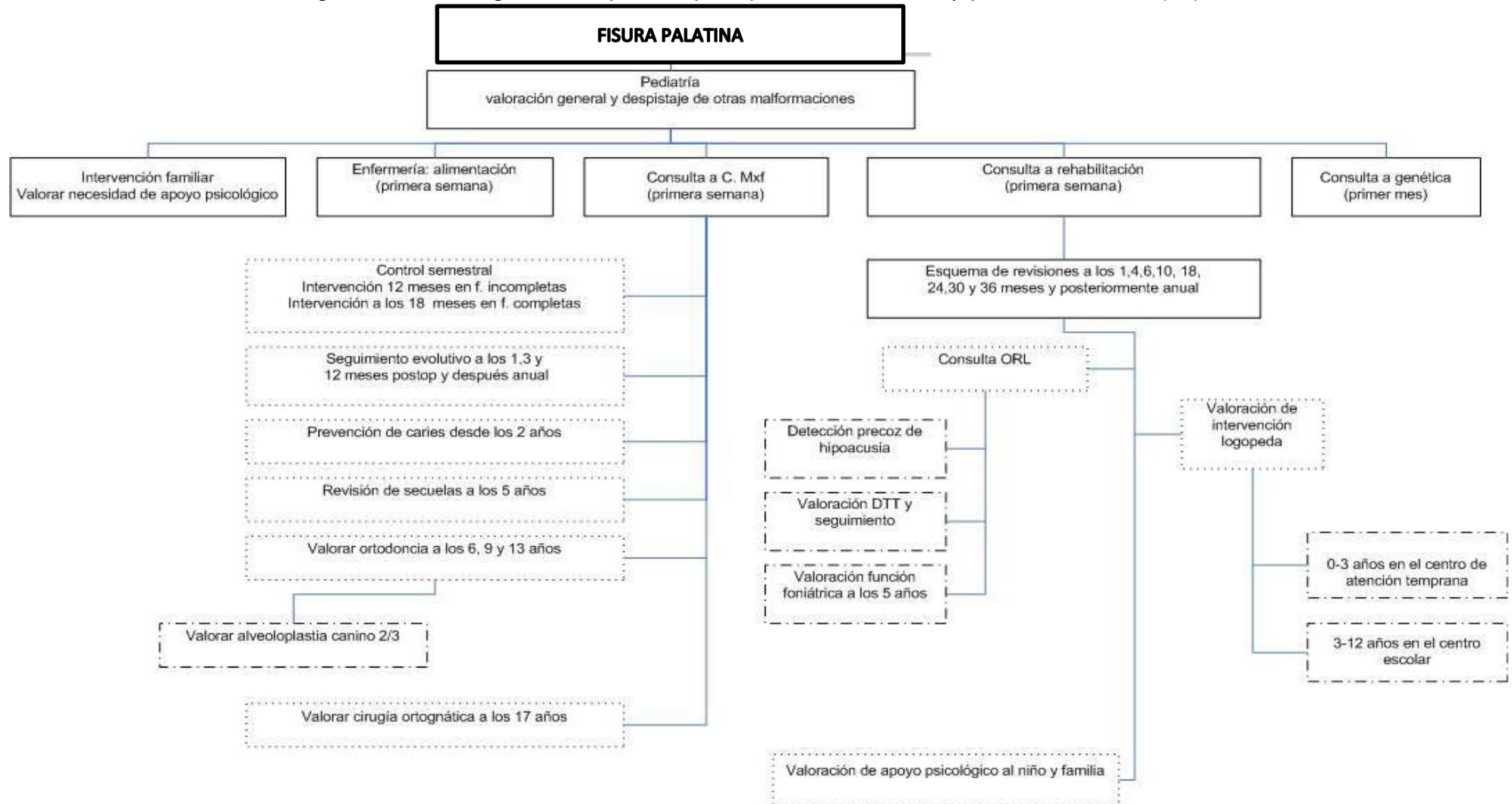
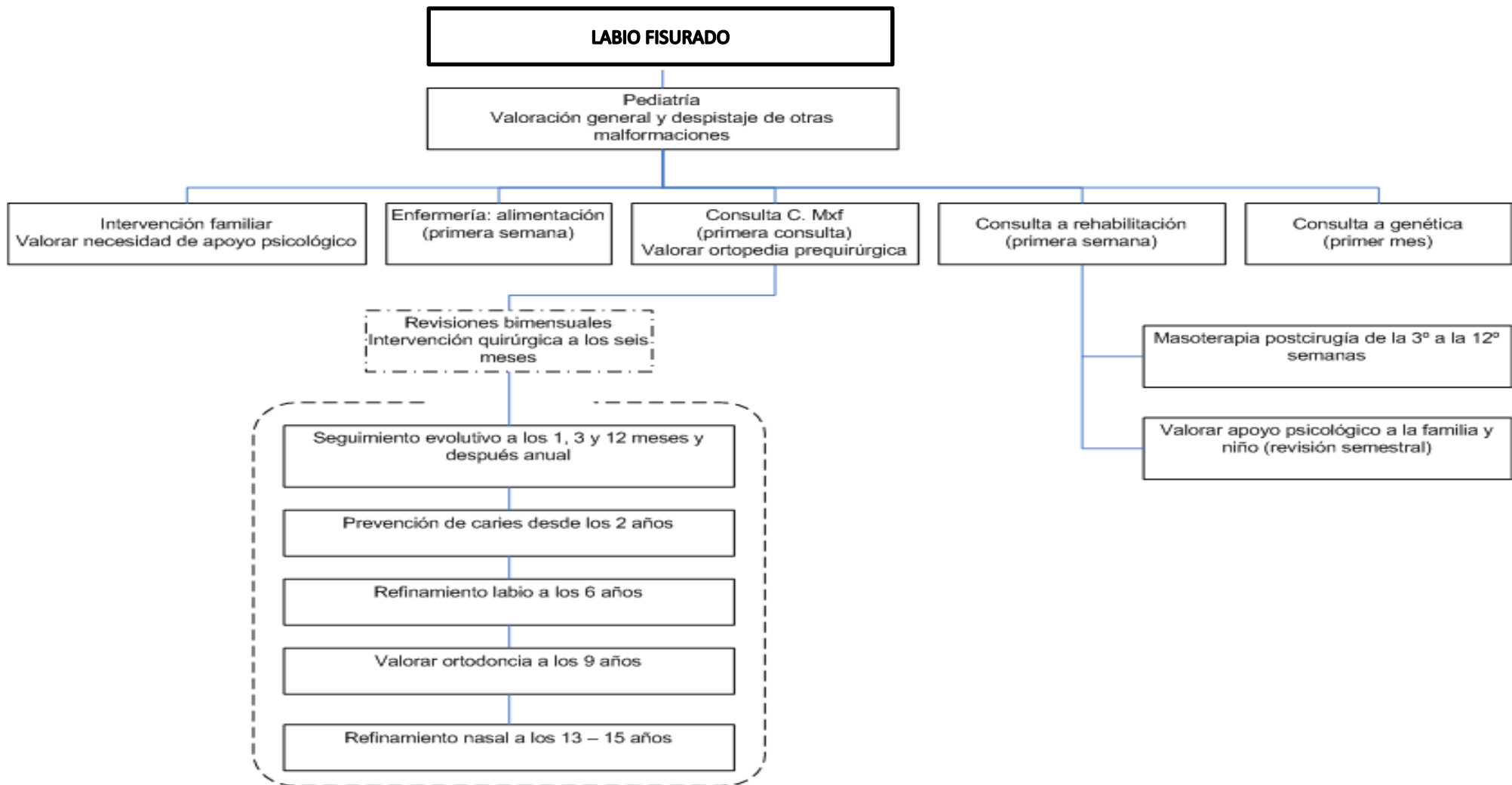


Diagrama de Cronograma terapéutico para paciente con labio y paladar hendido. (23)



## 2.2.18. VALORACIÓN DE TRATAMIENTO ORTOPÉDICO.

### TIPOS DE ORTOPEDIA.

PASIVA: Su objetivo es eliminar interferencias que afecten al crecimiento como la lengua y proporcionar un reborde funcional al arco maxilar con placas pasivas.

ACTIVA: Aplica presión directa sobre la premaxila o segmentos maxilares. Requiere fijación intraosea, siendo necesaria la activación mediante elásticos o tornillos. (20)

#### 2.2.18.1. Etapa ortopédica del recién nacido

Consiste en la colocación de obturadores para conservar el arco normal y para mejorar la alimentación del niño.

Las placas activas; son aquellas que alinean los segmentos del paladar superior para evitar colapsos y para que el procedimiento quirúrgico tenga más éxito. (21)

#### 2.2.18.2. Ortopedia en dentición primaria

Esta consiste más que todo en evitar los colapsos en sentido anteroposterior y en sentido transverso.

Los colapsos en sentido anteroposterior son aún más difíciles de tratar. Esto es debido al tejido cicatrizal el labio superior como resultado de cierre quirúrgico. Los pacientes no tratados en esta etapa difícilmente recuperan crecimiento. (21)

Se recomienda usar una pantalla vestibular tipo Frankel.

#### 2.2.18.3. Ortopedia en dentición mixta

Tanto los aspectos morfológicos como los funcionales de los diferentes tipos de fisura son distintos, por lo tanto



exigen, un tratamiento específico y exhiben pronósticos diferentes. Es por la cirugía de labio y/o paladar en la primera infancia. Cuando las fuerzas musculares y cicatriciales liberadas, son capaces de alterar el futuro crecimiento. (12)

La cirugía, incluso siendo mínimamente traumática, interfiere con el potencial de crecimiento del complejo nasomaxilar provocando una retrusión del tercio medio facial con frecuente mordida cruzada anterior y patrón III. El tratamiento ortodóncico propiamente dicho, dentro de lo posible, es retrasado hasta la dentición mixta, donde un nuevo abordaje quirúrgico se realiza: el injerto óseo que tiene como objetivo mejorar el defecto óseo alveolar oculto. Dicho procedimiento permite llenar la fisura alveolar residual con hueso medular del propio paciente extraído de la cresta iliaca. (12)

Cuando el canino permanente se encuentra alto en el proceso alveolar, con  $1/3$  a  $1/2$ . De su formación radicular en pleno proceso de erupción, este presenta un excelente pronóstico para la erupción a través del injerto. El injerto óseo secundario, confiere ventajas considerables, ofrece al niño la oportunidad de presentar una arcada superior bien alineada. (12)

#### **2.2.18.4. Ortopedia Tridimensional**

Hacia mediados de los años 90, en el caso de las fisuras bilaterales, se dio origen al primer tratamiento ortopédico pre quirúrgico, la resultante de esa mecánica de tratamiento fue la retrusión maxilar en la mayoría de los casos, hecho que obligaba a utilizar mascarar faciales para traccionar el maxilar.





La mecánica de la tracción maxilar es llevar al maxilar por medio de fuerzas pesadas mayores de 500g a una mejor posición anteroposterior, situación que se lograba solo en algunos casos, por la falta de constancia en la utilización de aparato, o peor aún, por el efecto contrario que la musculatura peri bucal inducía.(19)

Pese a la continua evolución del tratamiento multidisciplinario del LPH, no se habían podido evitar los estigmas en todos los casos y persistía una amplia gama de secuelas que incrementan considerablemente el costo del tratamiento y limitan la calidad de los resultados finales. (19)

#### **2.2.18.5. EL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO- ORTODONCICO.**

El objetivo de la ortopedia pre quirúrgica es la alineación tridimensional de los segmentos favoreciendo el cierre de tejidos blandos. (21)

El tratamiento completo de la fisura labiopalatina no puede ignorar el crecimiento global de la región maxilofacial. Los niños fisurados tienen al nacer su malformación, pero conservan intacto e potencial de crecimiento necesario para el desarrollo normal del maxilar, solo que esta capacidad puede necesitar de alguna guía. En este sentido las técnicas de ortopedia se diseñan para guiar el crecimiento óseo mediante distintos aparatos. En el caso que nos ocupa la mayor parte de estos aparatos serán de soporte dental y actuarán sobre el hueso (ortopedia) y sobre los dientes (ortodoncia). (21)

Ya en los primeros meses de vida se pueden modificar la disposición de los segmentos palatinos para favorecer el cierre del paladar y del labio utilizando “placas” que se



apoyan en la encía. Dichas placas se indican cuando la anchura de la fisura es grande. Se preparan a medida para cada niño y deben utilizarse todo el día para ser eficaces, exigiendo la colaboración activa de los padres. (21)

#### **2.2.18.6. COMPONENTE NASAL.**

**LEVE:** donde se observa un desplazamiento horizontal hacia fuera de la punta y ala nasal en el lado fisurado.

**MODERADO:** donde se observa un desplazamiento en dos ejes, horizontal y vertical hacia abajo, por debajo del piso nasal en el lado fisurado; a esto se agrega un componente septal, el cual se encuentra desviado en grado leve a moderado.

**SEVERO:** donde se observa un desplazamiento hasta en tres ejes; horizontal, vertical y posterior de la punta y ala nasal en el lado fisurado. (22)

La valoración nasal se lleva a cabo tal como al principio y fines de la ortopedia pre quirúrgica y después de la queilonasoplastía efectuada. (21)

#### **2.2.19. REHABILITACIÓN DE LA MUSCULATURA PERIBUCAL.**

El crecimiento facial tiende a ser complejo, en donde ninguna estructura funciona de manera aislada, por lo que para lograr un excelente resultado en la estética facial, se tiene que rehabilitar a los tejidos blandos, lo que se logra con aparatos miofuncionales. (22)

##### **2.2.19.1. REGULADOR DE FUNCIÓN DE FRANKEL.**

Esta aparatología se basa en el equilibrio obtenido tras la adaptación de las partes blandas y el SNC. Se basa en dos pilares fundamentales:



**ANOMALÍAS MORFOLÓGICAS:** El regulador de función de Frankel corrige las alteraciones de la forma aplicando presión con arcos y resortes vestibulares, eliminando presión, reteniendo la acción de labios y bucinadores dejando, de este modo, libertad a la lengua para desarrollar su actividad. (25)

Aplicando tracción dirigida que produce expansión alveolar. Emplea escudos vestibulares que afectan a fondo de vestíbulo y con él a periostio en pared externa. (25)

**ANOMALÍAS FUNCIONALES:** no se trata solo de evitarlas sino de reeducar la musculatura en hábitos correctos que perduren en el tiempo tras el tratamiento. (25)

#### 2.2.19.2. BOMPERETA O LIP BUMPER.

Es un aparato que separa los tejidos de los labios de la cara vestibular de los incisivos. Puede ir construido en alambre de calibre 0.9mm. a 1mm. Y puede estar soldado a bandas o ir anclado a tubos para determinar la distancia de las almohadillas labiales del tejido gingival se coloca cera por debajo del alambre del lip bumper una vez ajustado. La distancia entre el alambre y la capa de cera es de aproximadamente 1mm. (26)

La valoración de los avances y resultados debe ser periódica pero constante y comparativa con las condiciones de inicio, para lo cual son útiles las fotografías y modelos tomados anteriormente. Se valora según el grado, forma, posición y dirección del ala nasal del lado afectado y se mide en cada revisión la longitud de la columela para comparar los resultados con los valores iniciales. En esas condiciones y de acuerdo con



el resto del equipo interdisciplinario participante, se programa el segundo tiempo quirúrgico. Esta cirugía es la palatoplastia con o sin faringoplastia. (26)

Nuevamente se requiere fotografías intraorales y extraorales, radiografías y modelos dentales de estudio de yeso como complemento diagnóstico de la oclusión. Se valora la forma de los arcos dentales, presencia de mordida cruzada posterior, la distancia intermolar e intercanina, clase molar (I,II o III) , clase canina (I,II o III), sobremordida horizontal y profundidad del paladar en los modelos de estudio.(26)

#### **2.2.20. CIRUGÍAS SECUNDARIAS**

Son todas aquellas operaciones que el paciente fisurado requiere luego de su cirugía de labio, nariz, encía y/o paladar. (27)

##### **SECUELAS PALATINAS Y FONIATRICAS.**

Estas incluyen las fisuras del paladar cualquiera que sea su tamaño o repercusión y serán tratadas de acuerdo a las características peculiares del caso. Su cierre contribuye a separar la cavidad oral de la nasal, evitando la irritación por los alimentos y el escape de aire. Cuando no exista progreso los pacientes serán sometidos a una videonasofaringoscopia para determinar el grado de IVF hay en el cierre velo faríngeo durante la fonación. (27)

Estos estudios estarán orientados a respecto si estos pacientes requieren una re operación de paladar, una faringoplastia de esfínter o un colgajo faríngeo, esta cirugía debería mejorar de forma sustancial la voz de los pacientes, eliminando esta secuela que es una de las más limitantes.(27)

##### **SECUELA ESQUELETAL.**

Se incluyen aquí las fisuras alveolares, residuales, las cuales requieren de un injerto óseo para estabilizar los segmentos



maxilares y más relevantemente para aportar hueso a los dientes disminuyendo el riesgo de perderlos. (27)

La hipoplasia del tercio medio facial por falta del desarrollo del maxilar es un tema más complejo y es claramente una secuela quirúrgica que varía entre pacientes. La cirugía labial con la tensión muscular y luego la cirugía del paladar con la retracción cicatrizal, son en gran medida responsables de este problema, los pacientes con fisura labio palatina no operadas tienen crecimiento maxilar normal. Sin embargo, se tiene claro que postergar el cierre del paladar óseo sobre los cuatro años o más, genera una secuela mucho más severa y difícil de corregir. (27)

### **SECUELAS ESTÉTICAS.**

Se incluye aquí la cirugía secundaria del labio y de la nariz. En la actualidad gran parte de estos procedimientos son menores. Aun así y a pesar de todo el manejo quirúrgico y ortopédico precoz. La deformidad nasal residual sigue siendo un problema difícil de solucionar. Se debe abordar no solo el aspecto físico sino también el emocional ya que la obstrucción septal en estos pacientes es severa y conseguir la simetría casi perfecta de la nariz sigue siendo un reto. (27)

La inquietud permanente para lograr mejores resultados, es o que ha permitido llegar a la situación actual de manejo precoz con ortopedia pre quirúrgica y la corrección primaria del labio, la nariz y la encía con el cierre precoz del paladar. (27)

#### **2.2.21. CICATRIZACIÓN EN EL NEONATO CON LABIO Y PALADAR HENDIDOS.**

La antigua regla de los 10, seguida por muchos autores como norma desde 1966, como parámetro general para el inicio del tratamiento de los pacientes con labio hendido, ha sido un paradigma que se debe cuestionar a la luz de los conocimientos actuales. Ahora se sabe que las heridas sufridas por un producto



durante la gestación antes de las 24 semanas, sanan sin dejar cicatriz. Se sabe a demás que sobre este tema toda la atención se ha enfocado al periodo pre- transicional de la cicatrización fetal. (28)

Un producto normal gana un promedio de 3kg de peso al término de la gestación, pero duplica su peso en los primeros 4 meses de vida extrauterina, el crecimiento y diferenciación celular continua muy activo gracias a la participación de factores polipeptídicos de crecimiento y hormonas que actúan directamente en la hiperplasia e hipertrofia celular, desde la edad gestacional. Así mismo, la insulina ejerce efectos mitogénicos directos sobre el desarrollo celular, incrementa el consumo de glucosa por las células, e inhibe la degradación proteica. Las hormonas tiroideas apoyan el crecimiento de la piel, los huesos y los músculos. La hormona del crecimiento es el principal factor hormonal regulador del crecimiento posnatal. (28)

En la reparación fetal, la ausencia de infiltrado inflamatorio obedece a distintas circunstancias que pueden seguir presentes en el periodo neonatal inmediato, por otro lado, jennings y cols, mencionan que la ausencia de inflamación aguda ha sido atribuida a la presencia de defectos o inmadurez en las funciones de las células inflamatorias fetales y que esos defectos van progresivamente desapareciendo a partir del tercer trimestre de la gestación; sin embargo la deficiencia en la habilidad de opsonizar bacterias persiste hasta la edad posnatal temprana. (28)

En la estructura de la piel fetal hay una mayor proporción de colágena tipo III en relación con la colágena tipo I de 30 a 60%, en comparación con la piel del adulto joven, que es de 10 a 20% conforme la piel fetal madura, disminuye el contenido de colágena tipo III, lo que es importante, ya que esta colágena se ha relacionado con la reparación sin cicatriz. (28)



Las evidencias fisiológicas en un neonato sugieren que entre más rápido se repare un lesión, menos marca y estigma se tendrá. Los pacientes con labio hendido son candidatos a este nuevo concepto si se reparan precozmente. Se requiere valorar las experiencias adquiridas mediante protocolos formalmente planteadas y seguidas a largo tiempo y efectuados por un grupo específico que apliquen criterios similares en todos sus pacientes y que los valoren y reporten a mediano y largo plazo.(28)

### 2.3. DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES

- **Variable única.**

Nivel de conocimiento de padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina.

- **Variables intervinientes o co-variables.**

Edad.

Sexo.

**CAPITULO III****DISEÑO METODOLÓGICO.****3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

<b>TIPO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	DESCRIPTIVO
<b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
TEMPORALIDAD	TRANSVERSAL
ÁMBITO	DE CAMPO
TÉCNICA	OBSERVACIONAL

**3.2. POBLACIÓN.**

Sera constituida por 77 padres de familia de niños con fisura labio palatina.

**3.3. MUESTRA.**

Por ser la población muy pequeña se tomara la totalidad de esta, respetando los criterios de selección.

**3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.****A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Todos los padres de niños con labio y paladar fisurado que acepten realizar la encuesta.
- Todos los padres de familia de niños con labio y paladar fisurado que se encuentren en el servicio de odontología del Hospital Regional.





- Todos los padres de familia de niños con labio y paladar fisurado que se encuentren en el servicio de neonatología del Hospital Regional.
- Todos los padres de familia de niños con labio y paladar fisurado que se encuentran en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Regional.
- Todos aquellos padres de familia de niños con labio y paladar fisurado que se encuentran dentro de los establecimientos del Hospital Regional.
- Todos aquellos padres de familia de niños con labio y paladar fisurado que se encontraron en la dirección puesta en la historia clínica del Hospital Regional que accedieron a realizar la encuesta.

#### **B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Padres de niños con labio y paladar fisurado con otra patología sistémica juntamente con labio y paladar fisurado, donde las prioridades de tratamiento cambien.
- Padres de niños con labio y paladar fisurado fallecidos en el servicio de neonatología.
- Padres de niños con diferente malformación congénita.
- Padres de familia de niños con labio y paladar fisurado que se encuentran fuera y dentro del establecimiento del Hospital Regional que no quieran realizar la encuesta.



**3.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICION	DIMENSION	INICADOR	ESCALA	TECNICA E INSTRUMENTO	EXPRESION FINAL	DEFINICION OPERACIONAL
UNICA Nivel de conocimiento de padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina.	nivel de conocimiento que tienen los padres sobre labio y paladar fisurado que sus hijos poseen, con información adquirida por parte del personal de salud o por propia iniciativa, buscando tratamientos que mejoren la apariencia y la calidad de vida de su hijo.	Cualitativa	Directa	Tratamiento quirúrgico	Siendo: preguntas de 3-6 Bueno:3 a 4 Malo: 0-2	Ordinal	Encuesta, donde los padres de familia de niños con labio y paladar hendido responderán frente a 4 temas de importancia para el futuro tratamiento de sus hijos.	Bueno Malo	Quedará expresado con niveles de bueno y malo, tomando en cuenta el cuestionario para lo cual se evaluará cuatro dimensiones, tratamiento quirúrgico, erupción dentaria, equipo profesional multidisciplinar e higiene bucal.
				Erupción dentaria	Siendo: Preguntas de 7-9 Bueno:2 Malo: 0-1				
				Equipo profesional multidisciplinar	Siendo: Preguntas de 10-16 Bueno:4 a 7 Malo:0-3				



				Higiene bucal	Siendo: Preguntas de 17-20 Bueno:3 -4 Malo:0-2				
INTERVINIENTES EDAD	Tiempo de existencia de una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa	Indirecta	Años cumplidos.	Años del padre o madre	Ordinal	Ficha de recolección de datos.	16-20 años 21-30 años 31-40 años Mayor a 41 años	La edad se obtendrá de acuerdo a la edad puesta en la ficha de recolección de datos.
SEXO	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer, al macho de la hembra ya sea en los humanos, plantas o animales.	Cualitativa	Indirecta	Diferencia entre varon y mujer.		Nominal	Ficha de recolección de datos.	Femenino Masculino	Ex sexo se obtendrá de acuerdo a los nombres puestos en el llenado de la ficha de recolección de datos.

### **3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.6.1. Técnica**

En el presente estudio se obtendrá los datos mediante la técnica directa

#### **3.6.2. Instrumento.**

CUESTIONARIO: se diseñó un cuestionario de 20 preguntas que tiene un óptimo nivel de validez científica sobre el tema en cuestión, en las diferentes áreas (tratamiento quirúrgico, erupción dentaria, equipo profesional multidisciplinar, higiene bucal).

La primera parte está conformada por los datos personales del padre de familia participante.

La segunda parte está conformada por 20 preguntas acerca de: tratamiento quirúrgico (4), erupción dentaria (3), equipo profesional multidisciplinar (7), higiene bucal (4). (Anexo nº 02)

### **3.7. PROCEDIMIENTOS.**

#### **3.7.1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS.**

- Se realizó una solicitud de permiso para la autorización de revisión de historias clínicas de los pacientes nacidos con labio y paladar hendido y la realización de encuestas dentro de las instalaciones del Hospital al Sr. Director Ejecutivo Luis Torres Chavez.
- Se obtuvo la autorización para revisar el cuaderno de neonatología, revisión de las historias clínicas de ellos y la realización de la encuesta dentro del Hospital Regional.

#### **3.7.2. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

##### **SEGÚN EL INSTRUMENTO.**

- Obteniendo el permiso del Sr. Director del Hospital Regional.



- Se buscara a los padres de familia de acuerdo a la dirección que fueron registrados cuando su niño nació.
- Se esperará en la sala de cirugía maxilofacial, neonatología y odontología del Hospital Regional.
- Se abordara a los padres en la dirección puesta en la historia clínica y esperando en las áreas de neonatología, odontología y cirugía maxilofacial, se mencionará el trabajo de investigación a realizar para que los padres tengan más confianza de hablar de ello.
- Se hablara a los padres acerca de los tratamientos que sus hijos están siguiendo en ese momento, y que si les interesa saber más de ello.
- Se les dará el consentimiento informado para que decidan si están de acuerdo a realizar la encuesta.
- Si los padres están de acuerdo se empezara a explicarle en que consiste la encuesta previamente que durará un promedio de 15 minutos.
- Finalizando con dar alguna información que pueda servir de ayuda para los padres a cerca del niño con labio y paladar fisurado.
- El llenado de la encuesta será de aproximadamente 15 a 20 minutos.
- Se tomaron fotografías cuando los padres accedieron a realizar la encuesta.

#### **APORTE DE LA INVESTIGADORA**

Finalizando la encuesta, si el padre o la madre quisieron una mayor información acerca del caso de su hijo con labio y paladar fisurado, se le dio información adicional a la que ya tenían.

#### **3.7.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

Una vez preparado el instrumento fue sometido a juicio de tres expertos.



- Dr. Cesar Enrique Herrera Menendez.
- Cd. Víctor F. Juárez Gonzales.
- Esp. Olker Niño de Guzmán Peña

### **3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACION**

#### **3.8.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS**

Una vez aplicado el instrumento, la información obtenida fue procesada, primero en forma manual mediante la utilización de una sábana de datos (matriz de registro y control) y luego de forma electrónica en la que especificara la variable de estudio con sus respectivos indicadores; cuya plantilla esquemática es:

RECUENTO:

Se realizó un recuento manual por paloteo, también se hizo el uso del programa de Microsoft Excel y para efectos de su procesamiento software SPSS.

TABULACION:

Se hizo uso de cuadros de distribución numérica porcentual de una y dos entradas acorde a la necesidad de cruzar valoraciones.

#### **3.8.2. PLAN DE ANALISIS**

Para el presente trabajo de investigación se procedió a la revisión y análisis de las fichas estructurada de recolección de datos.

Los datos fueron transferidos a una base de datos electrónica en Microsoft Excel con campos de ingreso controlados para el procesamiento de la información.

Todas las fichas de recolección de datos que se obtuvieron, se obtuvo en el programa Software SPSS versión 21.

Relacionado con las diferentes variables e indicadores de acuerdo al diseño de la investigación, para su respectivo análisis se utilizara cuadros simples y de doble entrada en forma numérica.



### **3.9. RECURSOS**

#### **3.9.1. Humanos.**

- Unidades de estudio: 77 padres del niño/a afectado.
- Investigadora: Bachiller en Estomatología, Yina Quispe Acuña.
- Asesor: Mgt. Aida Valer Contreras.

#### **3.9.2. Físicos.**

- Hospital Regional, Cusco 2016.
- Bibliotecas de las Universidades: Universidad Andina del Cusco y Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
- Internet.

#### **3.9.3. Financieros.**

- Propios de la investigadora.

#### **3.9.4. Equipos, instrumental y materiales.**

- Equipos:
  - Laptop Hp.
  - Fotocopiadora.
  - Impresora.
  - Cámara fotográfica digital.
- Materiales:
  - Encuestas.
- Materiales de escritorio.
  - Papel bond A4.
  - Lapiceros azules.



**3.9.5. CAMPO DE INVESTIGACIÓN.**

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Estomatología.

ESPECIALIDAD: Odontopediatría.



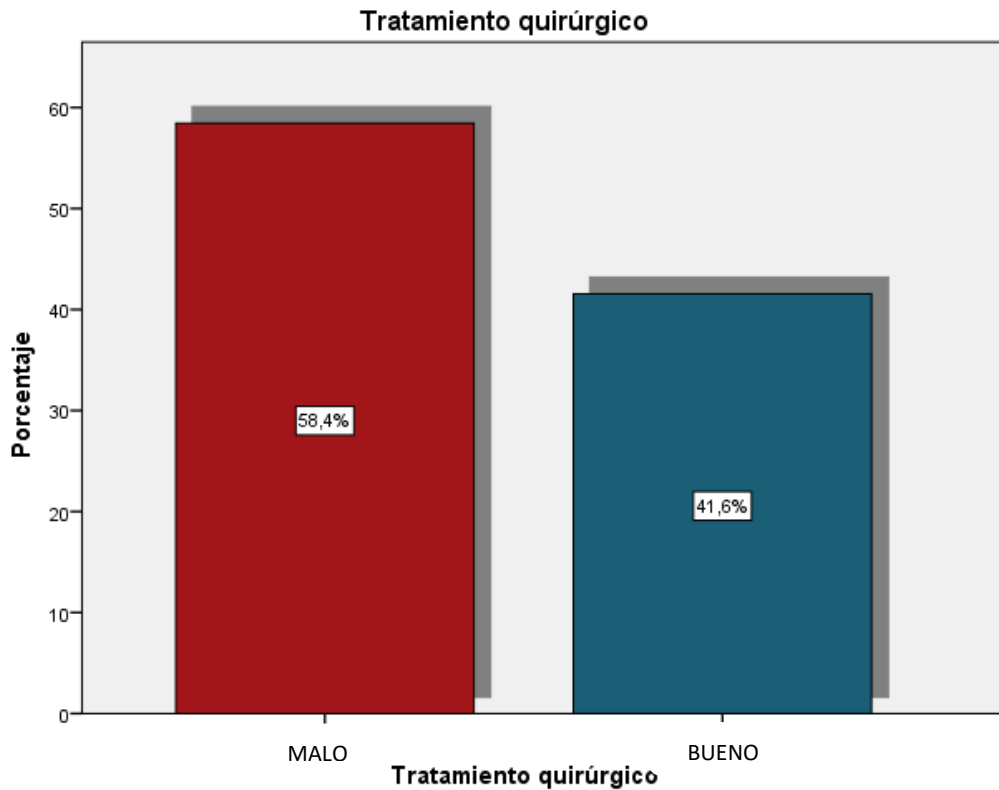


# **CAPITULO IV**

# **RESULTADOS**

#### 4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

**CUADRO N° 1: Conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina de acuerdo al tratamiento quirúrgico.**

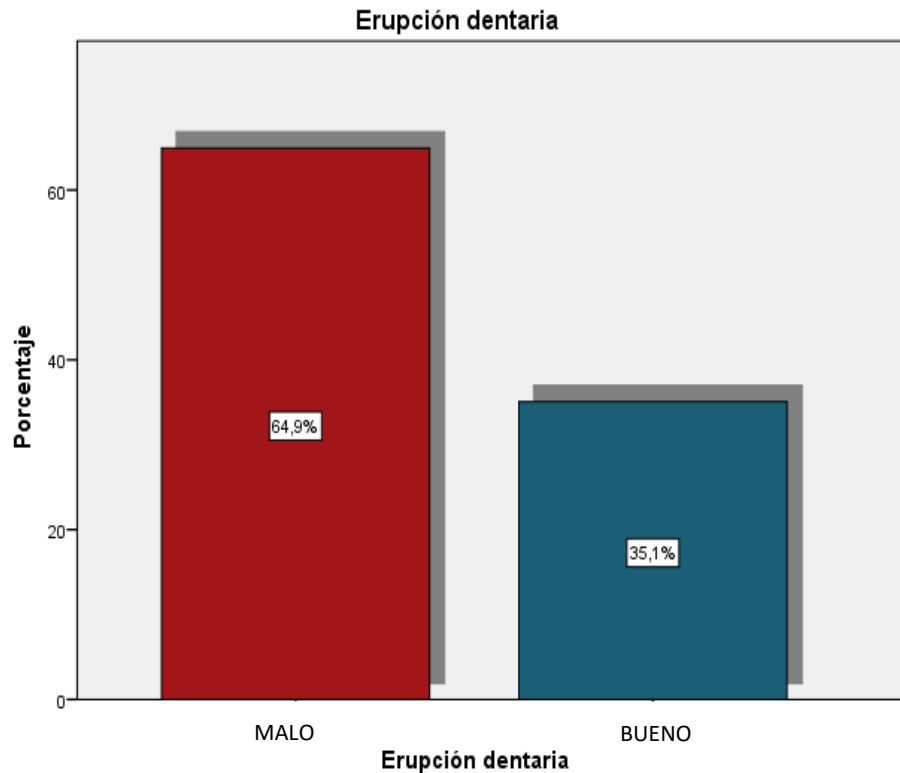


Fuente: Matriz de datos.

#### INTERPRETACIÓN

El nacimiento de un niño con problemas de fisura labio palatino necesita un tratamiento tanto quirúrgico como ortopédico temprano y esto requerirá de mucho tiempo y continuidad en los tratamientos, en el grafio se observa si los padres conocen a cerca de labio y paladar fisurado, si fue evaluado para el tratamiento quirúrgico, la edad que debe ser operado, tipos de tratamiento y hasta cuando continuar con el tratamiento; el 58.4% de padres de familia con conocimiento malo revela que aún los padres están inadecuadamente informados o no están informados acerca de la responsabilidad que conlleva tener un niño con labio y paladar fisurado y el 41.6% si es bueno ello preverá la evaluación temprana de sus niños para un plan de tratamiento quirúrgico.

**CUADRO N° 2: Conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina de acuerdo a la erupción dentaria.**

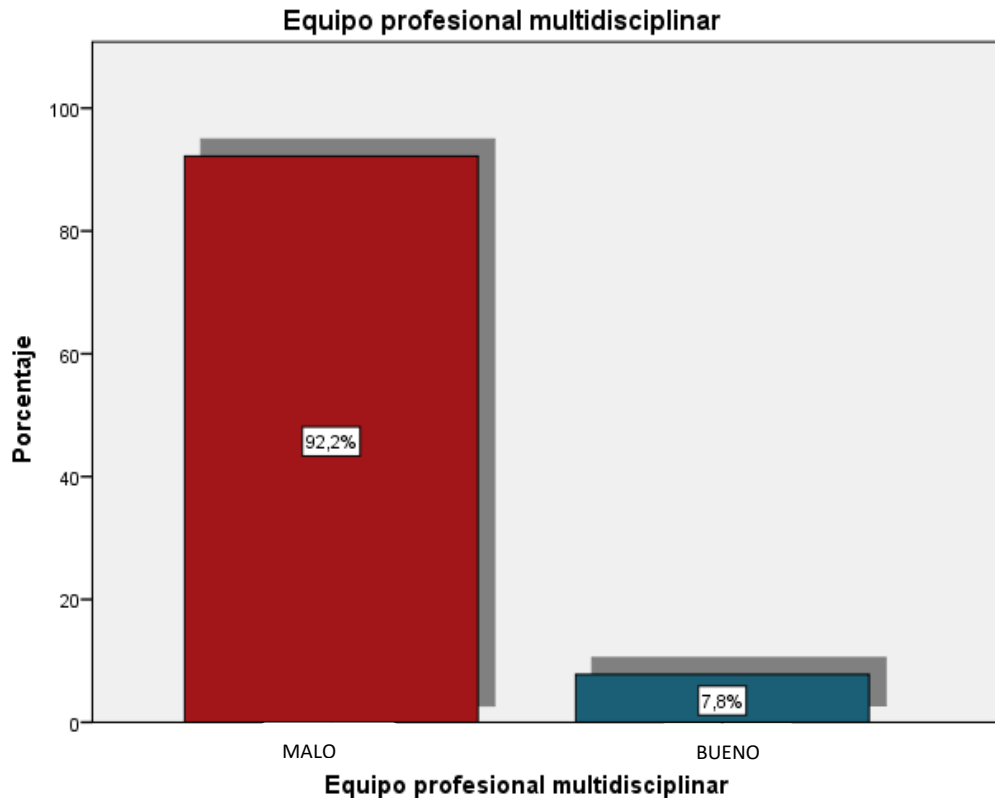


Fuente: Matriz de datos.

### INTERPRETACIÓN

La erupción dentaria es un proceso fisiológico, por el cual los dientes se desplazan desde su posición inicial en los maxilares hasta su posición en boca, las preguntas hacen referencia si conocen las complicaciones de la presencia en mala posición o ausencia de piezas dentarias en el lado de afectación del niño con labio y paladar fisurado en la erupción de los dientes y si debe o lleva a su hijo a un especialista, el conocimiento en el 64.9% es malo y el 35.1% bueno. Esta falta en su mayoría del conocimiento afectará en el futuro a sus niños cuando se realice tratamientos ortodónticos en dentición mixta como uno de los tratamientos estéticos de suma importancia que deberá seguir cada niño de acuerdo a cada caso en particular.

**CUADRO N° 3: Conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina de acuerdo al equipo profesional**

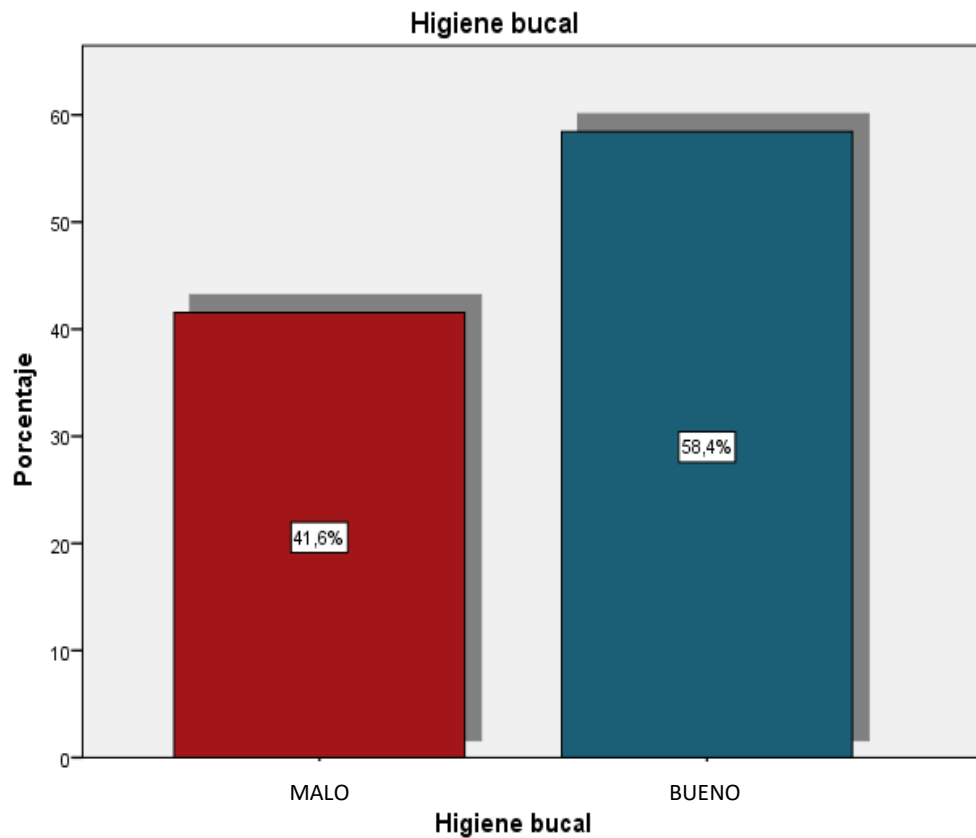


Fuente: Matriz de datos.

### INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico se mide el conocimiento sobre el equipo profesional multidisciplinar que debe atender a su hijo (a), como el cirujano maxilofacial, ortodoncista, odontólogo y una gama de profesionales que deben encargarse de las necesidades particulares de cada niño, el 92,2% posee conocimiento malo del equipo multidisciplinar que deberá atender a su niño esto disminuirá las posibilidades de rehabilitación adecuada y un buen manejo, conllevará a largo plazo la disminución de opciones de tratamientos a realizar y en el 7.6% bueno donde la población tiene conciencia de quienes pueden conformar el equipo que deberá atender a su niño.

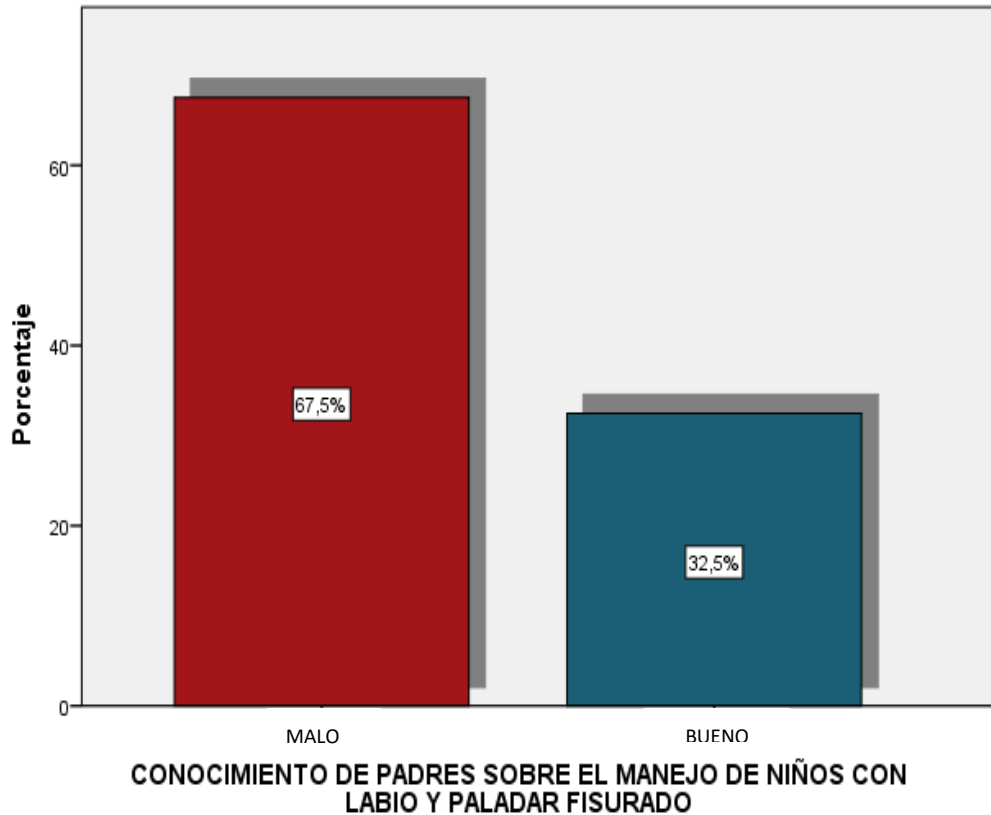
**CUADRO N° 4: Conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina de acuerdo a la higiene bucal.**



Fuente: Matriz de datos.

### INTERPRETACIÓN

Respecto a la higiene bucal y la visita al dentista, ayudara a mejorar la salud dental, la necesidad de tratamientos preventivos, el 58.4% tiene un adecuado conocimiento ya que en el centro de salud tienen como normativa la revisión de la madre durante y posterior al embarazo conjuntamente con el niño ya en los primeros meses de vida y posterior a la infancia temprana con niveles de prevención de caries, en el 41.6% inadecuado, por ser la mayoría de sectores alejados a la población, pero estos no acuden al centro de salud más cercano para la realización de tratamientos odontológicos sino a realizarse chequeos generales u otros que no necesariamente pertenezcan a tratamientos dentales.

**CUADRO N° 5: Conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado.****CONOCIMIENTO DE PADRES SOBRE EL MANEJO DE NIÑOS CON LABIO Y PALADAR FISURADO**

Fuente: Matriz de datos.

**INTERPRETACIÓN**

Que los padres tengan un conocimiento sobre el manejo sobre sus hijos que presentan fisura labio palatina, es importante, porque son ellos quienes deberán programar, apoyar, llevar, controlar, cuidar para un buen tratamiento de principio a fin, observamos que el 67.5% tiene un conocimiento malo dando como resultado el no tratamiento o seguimiento inadecuado de tratamientos y el 32.5% bueno siendo la minoría quienes tendrán acceso a la información y podrán continuar el tratamiento de su hijo de manera adecuada.

**CUADRO N° 6: Cruce de variable de los datos generales con el conocimiento de acuerdo al sexo de los padres de familia sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado.**

		Conocimiento de padres sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Genero de los padres	Femenino	Recuento 28 % del total 36,4%	18 23,4%	46 59,7%
	Masculino	Recuento 24 % del total 31,2%	7 9,1%	31 40,3%
Total		Recuento 52 % del total 67,5%	25 32,5%	77 100,0%

Fuente: Matriz de datos.

### INTERPRETACIÓN

El nivel de conocimiento sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado, mayormente se da en el género femenino ya que son las madres en su gran mayoría que llevan y quienes parecen más preocupadas a que sus niños cumplan con sus tratamientos propuestos en su gran mayoría por el centro de salud al que acuden, 18 tienen un buen conocimiento que corresponde al 23.4% ello ayudara a la mejoría de tratamientos que deben seguir sus niños y poseerán más conciencia de lo que conlleva tener a un niño con labio y paladar fisurado y 7 varones que hacen notar el interés de tratamiento por parte de los padres.

**CUADRO N° 7: Tabla cruzada de conocimiento de padres de familia sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado de acuerdo a la edad de los padres.**

		Conocimiento de padres sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado		Total
		Inadecuado	Adecuado	
Edad de los padres	16 a 20 años	Recuento <b>21</b>	2	23
		% del total <b>27,3%</b>	2,6%	29,9%
21 a 30 años	Recuento	9	<b>15</b>	24
	% del total	11,7%	<b>19,5%</b>	31,2%
31 a 40 años	Recuento	15	3	18
	% del total	19,5%	3,9%	23,4%
Mayor a 41 años	Recuento	7	5	12
	% del total	9,1%	6,5%	15,6%
Total	Recuento	52	25	77
	% del total	67,5%	32,5%	100,0%

Fuente: Matriz de datos

### INTERPRETACIÓN

Respecto a la edad, son aquellos que cursan entre 21 a 30 años quienes tienen mayor conocimiento se debe a que estos padres se encuentran en una edad adulta donde la mayoría de parejas trabajan para un fin único que es el bienestar familiar pese a ser algunas madres solteras, se encuentran en la búsqueda del bienestar tanto físico como estético para sus niños.





## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

Los niños con labio y paladar fisurado tienen una serie de complicaciones por tal defecto, ello conlleva a la atención multidisciplinaria desde el nacimiento hasta la finalización de formación.

La mayoría de esfuerzos en prevención primaria y la responsabilidad de los padres mejoraran el tratamiento a largo plazo, ya que es sabido que estos niños tendrán una inclinación significativa de presencia de caries por la mal posición dentaria, respiración bucal u otros casos particulares.

La falta de programas de salud que reconozca al niño con labio y paladar fisurado como tal, hace que no haya la misma información para toda la población afectada ni tampoco cronogramas exactos de operaciones y esta no siga con unos parámetros para su tratamiento de principio a fin.

Juan A. (2015) en su investigación: "Nivel de conocimiento del manejo odontológico de pacientes con fisura labio palatina de los internos de odontología de tres universidades de lima metropolitana en el año 2014", determinó un nivel deficiente en 61,7%. Esto indica que la mayoría de internos que tuvieron este nivel podrían tener un mal desempeño en el tratamiento de los pacientes con esta anomalía, en este estudio "Nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina, en el hospital regional en el 2016 se obtuvo un conocimiento inadecuado en un 67,5% donde indica un bajo control de los padres de familia de niños con labio y paladar fisurado lo cual traerá consigo un inadecuado seguimiento de tratamiento requeridos para estos niños.

En el estudio de Juan A. (2015) se tomó en cuenta valores de bueno, regular y deficiente para su estudio, en este estudio los valores tomados son bueno y malo ya que no se quiso tener la misma exigencia con los padres de familia del niño con labio y paladar fisurado que recién al nacer sus niños no saben cómo afrontar la responsabilidad que esto conlleva y empiezan la búsqueda de tratamientos para la mejoría de su hijo.



En el estudio de Juan A. (2015) realizó la encuesta en estudiantes de tres universidades de Lima metropolitana y las preguntas fueron mucho más técnicas, en este estudio se tomó en cuenta a padres de familia con SIS o algún tipo de seguro que condujera al padre de familia al Hospital Regional y las preguntas que se realizaron no tuvieron un amplio grado de complejidad.

En el estudio “Conocimiento de las madres sobre el cuidado de niños con labio leporino y paladar hendido posoperados en la campaña Santa Dorotea- Hospital Regional de Cajamarca 2014” encontró que dentro de las características sociodemográficas de la madre el 40% se encuentra en la edad de 26-30 años. En este estudio el nivel de conocimiento sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado, mayormente se da en el género femenino 59,7% ya que son las madres en su gran mayoría las que acuden al centro de salud por alguna complicación de su niño o para obtener una mayor información o ayuda requerida en cada caso en particular, los padres de familia se encuentran en un rango de edad de 21-30 años con un 31,2% siendo la gran mayoría pertenecientes a este rango.

En el estudio de Cecilia R. (2016): Perfil Epidemiológico y tratamientos recibidos de Fisuras labiales y Palatinas en nacidos, Hospital Regional del Cusco, 2010-2015. Se realizó la revisión de las historias clínicas de pacientes nacidos vivos para observar que tipo de tratamiento se realizó a cada niño hasta la fecha encontrándose que no se realizó la ortopedia pre ni post quirúrgica, en este estudio se revisaron también las historias clínicas y se realizaron preguntas acerca de los tratamientos antes de la cirugía.



## CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de los padres de familia sobre los tratamientos quirúrgicos que deben seguir los niños con fisura labio palatina en el 2016 fue malo en un 58.4%.
2. El nivel de conocimiento de los padres de familia sobre erupción dentaria de niños con fisura labio palatina en el 2016 fue malo en un 64,9%.
3. El nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el equipo multidisciplinario que deberá atender a su hijo a lo largo de su vida en el 2016 fue malo en un 92,2%.
4. El nivel de conocimiento de los padres de familia sobre la higiene bucal de los niños con fisura labio palatina en el 2016 fue buena en 58.4%
5. El nivel de conocimiento de los padres de familia de acuerdo al sexo de los padres sobre el manejo de niños con fisura labio palatina, fue bueno en el sexo femenino con 23.4%.
6. El nivel de conocimiento de los padres de familia de acuerdo a la edad sobre el manejo de niños con fisura labio palatina, padres de 21-30 años de edad dio como resultado bueno con un 19.5%.



## SUGERENCIAS

1. Al Hospital Regional el establecimiento de programas preventivos específicos en salud oral desde recién nacido para los niños con labio y paladar fisurado.
2. Al Hospital Regional la Creación de un protocolo de atención sistematizado que pueda emplearse no solo en el hospital Regional sino también en los diferentes hospitales.
3. Al Hospital Regional la realización de charlas formativas a los padres de familia post tratamiento quirúrgico que ayude a la formación del niño con labio y paladar fisurado.
4. Al Hospital Regional, la realización de charlas psicológicas a los padres de familia para que puedan afrontar la situación de forma que ayude al cuidado y tratamiento del niño con labio y paladar fisurado.
5. A la Escuela Profesional de Estomatología la capacitación de los profesores y alumnos de la Universidad Andina del Cusco en tratamientos actuales y últimos avances que ayuden al niño con labio y paladar fisurado.
6. A los profesionales en Estomatología la realización de este mismo estudio a nivel nacional.
7. A la Escuela Profesional de Estomatología incluir internados no solo en el servicio de odontología sino también en el servicio de cirugía maxilofacial, para poseer previas experiencias de atención.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Mejía Ayala AC, Suárez Vergara DE. *Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos*. Medigraphic. 2012; 4(2): 55.
2. Morales Jirald JA. *Nivel de conocimiento del manejo odontológico de pacientes con fisura labio palatina de los internos de odontología de tres universidades de Lima metropolitana en el año 2014*. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2015.
3. Rojas Pacheco CA. *Perfil epidemiológico y tratamientos recibidos de fisuras labiales y palatinas en nacidos, Hospital Regional del Cusco, 2010-2015*. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad San Antonio Abad Del Cusco 2016.
4. Evelyn H. *Conocimiento de las madres sobre el cuidado de los niños con labio Leporino y paladar Hendido posoperados en la campaña Santa Dorotea – Hospital Regional de Cajamarca 2014*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca 2014.
5. Cantín M, Suazo Galdames I. *Labio Leporino en la terminología biomédica*. Rev. Med Chile. 2011:1.
6. Landeau R. *El conocimiento. Elaboración de trabajos de investigación*. Venezuela: ALFA;2007.
7. Moore, Persaud y Shiota. *Atlas de embriología clínica. Editorial medica Panamericana. Aparato Braquial Faríngeo*. Capítulo 7. España.129 y 130.
8. Langman S. *Embriología Médica con orientación a la clínica*. 10ma edición. Estados unidos. Editorial medica Panamericana.2007.
9. Palomero G, Vazquez MT, Vega J.A., Nieves F.J, Rodriquez C. *Lecciones de Embriología*. Universidad de Oviedo: Oviedo; 2000.
10. Corbo Rodriguez MT y EM. Torres M. *Labio y Paladar Fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud*. Rev Cubana Gen Integr. 2001: 380-381.
11. Ministerio de Salud - Perú. Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=17018>



12. Fernández Sánchez J, Magan Moya A. *El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labiopalatina*. 2010: 387-388.
13. Serrano CA., Ruiz JM, Quinceno LF, Rodriguez MJ. *Labio y/o Paladar Hendido: Una Revisión*. *UstaSalud*. 2009;8:50
14. Ceron AM, Lopez AM, Tirado C, Avedaño L. *Prevalencia de caries en niños con labio y paladar hendido de la fundacion Clinica Noel, Medellin*.
15. Kurth A, Campodónico M, Daniels R. *Programa preventivo de caries en niños con labio leporino y paladar fisurado en la fundación Gantz*. 2003; 94 (1):19-23.
16. Ortiz Vásquez SD. *Cirugía estética y reconstructiva del paladar* *Act.Clin.med*.2014;48:2557.
17. Donaire Vásquez VP, Flores Mayta IG. *Reparación del labio fisurado y paladar hendido*. *Med. Act. Clin*.2011;(16):792-793.
18. Dr. Gea González M, CD. Rosas Ramirez M. *Manejo estomatológico integral en la clinica de labio y paladar hendido del Hospital General de la Ciudad de Mexico*. *Medigraphic*.2012;22(2):76
19. Ruiz Oswaldo, Estupian Saskia, Mller Trevor, Soto Adriana, Hernandez. *Francisco Módulo Salud Oral*. *Aiepi*. 2009:21.
20. Bedon Rodriguez M, Villota Gonzales. *Labio y Paladar Hendido: Tendencias actuales en el manejo exitoso*. 2012. Volumen 12: 22-23,109-113.
21. Zubillaga Rodriguez I. Romance García A. Ramos Medina B, Gómez García E. *Labio leporino Tratamiento primario*:746
22. Eduardo Alberto Mejia Gomez. *Tratamiento actual de Labio y Paladar Hendido*. En Colombia. Disponible en: <https://encolombia.com/MEDICINA-ODONTOLOGIA/ODONTOLOGIA/TRATAMIENTO-ACTUAL-DE-LABIO-Y-PALADAR-HENDIDO/>
23. Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. *Labio Leporino y fisura palatina. Guía para padres*.2011:15,16,22,23.
24. Dra. Dominguez M, Dr. Yudovich Burak M. *Lineamientos generales de atención ortodóncica para pacientes con labio y paladar hendidos*. *Medigraphic*.2012;22(2):69-70.
25. Ribes Vallés C. *Regulador de función de Frankel*. 2010:1.



26. Aportodoncia.blogspot. 2011 [actualizado 29 sept 2011]. Disponible en:  
<http://aportodoncia.blogspot.pe/2011/09/bompereta-o-lip-bumper.html>
27. Ford A. *tratamiento actual de las fisuras labio palatinas*. Med. Clin. 2004;15(1):9-10.
28. Dr. Sanchez Cordero J. *Cicatrización en el neonato con labio y paladar hendidos*. Medigraphic.2006;16(1):24-26.



**ANEXOS**

**ANEXO 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO.....

MANIFIESTO: que he sido informado por la Srta Yina Quispe Acuña del estudio que está realizando para su trabajo de investigación titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL MANEJO DE NIÑOS CON FISURA LABIO PALATINA, EN EL HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2016”**, estoy al tanto de la importancia de mi colaboración no habiendo riesgo alguno para mi salud.

Acepto:

Participar en el estudio colaborando en cada uno de los puntos expuestos a continuación:

1. Recogida de datos que realizare rellenando el cuestionario que me proporcionen.

La persona que realiza el estudio garantiza que, en todo momento, la información recogida a los participantes será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima.

Después de ser debidamente informado, deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto, pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

Cusco,..... de.....del 2016

Firma





**ANEXO 2: FORMATO DE ENCUESTA**

NOMBRE:

EDAD:

1. ¿Cuántos AÑOS O MESES TIENE SU (HIJO/HIJA )?
  
2. ¿SABE USTED A QUE SE LE DENOMINA LABIO Y PALADAR FISURADO (LEPORINO)?
  - a) Si
  - b) No
  
3. ¿SABE USTED SI SU (HIJO/HIJA) FUE EVALUADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LUEGO DE NACIDO?
  - a) SI
  - b) No
  
4. ¿SABE USTED CUAL ES LA EDAD PROPICIA PARA REALIZAR LA OPERACIÓN?
  - a) Si
  - b) No
  - c) Lo escuche de alguien con el mismo caso
  
5. ¿TIENE USTED CONOCIMIENTO SOBRE LOS TIPOS DE TRATAMIENTO ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?
  - a) Si
  - b) No
  
6. SABE USTED HASTA CUANDO SE DEBE REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE SU HIJO(A)
  - a) Hasta el completo desarrollo y maduración del esqueleto.
  - b) Hasta la etapa quirúrgica.
  - c) Hasta los 15 años de edad.
  
7. ¿TIENE CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDE PRESENTAR SU HIJO/HIJA EN EL LADO DE LA FISURA?
  - a) Si
  - b) No



8. ¿SABE USTED QUE AL ERUPCIONAR LOS DIENTES DE SU HIJO (A) ES MUY POSIBLE QUE ESTOS VARIÉN EN SU FORMA?
  - a) Si
  - b) No
9. ¿SABE USTED QUE ES MUY POSIBLE QUE SU HIJO(A) NO LE ERUPCIONEN LOS DIENTES COMPLETOS?
  - a) Si
  - b) No
10. LLEVO A SU (HIJA/HIJO/PARIENTE) A UN MEDICO U OTRO ESPECIALISTA PARA QUE VEA SU CASO?
  - a) SI
  - b) NO
11. ¿SABE USTED QUE SU HIJO(A) NECESITARA DE VARIOS ESPECIALISTAS PARA SU TRATAMIENTO COMPLETO?
  - a) SI
  - b) No
12. ¿SABE USTED QUE UNO DE LOS ESPECIALISTAS QUE DEBE TRATAR A SU HIJO (A) DEBE SER UN ODONTÓLOGO (ORTODONCISTA)?
  - a) Si
  - b) No
13. ¿SABE USTED A QUE EDAD DEBE EMPEZAR SU TRATAMIENTO CON EL ODONTÓLOGO (ESPECIALISTA EN ORTODONCIA)?
  - a) Si
  - b) No

SI LA RESPUESTA ES SI ESPECIFIQUE.....
14. ¿SABE USTED COMO PUEDE AFECTAR QUE SU HIJO(A) NO SE TRATE POR UN ORTODONCISTA?
  - a) Si
  - b) No



15. ¿SABE USTED QUE SU HIJO(A) A LOS 5 O 6 AÑOS SE LE TIENE QUE REALIZAR OTRA CIRUGÍA PARA CERRAR FISURAS QUE QUEDARON O NO SE CERRARON EN LAS ANTERIORES?
- a) Si
  - b) No
16. ¿SABE USTED QUE SU HIJO(A) A PARTE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NECESITA OTROS TRATAMIENTO QUE AYUDEN A MEJORAR EL ESTADO DE LOS MÚSCULOS DEL LABIO?
- a) Si
  - b) No
17. SABE USTED QUE CUIDADOS DEBE TENER EN LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES DE SU HIJO(A)?
- a) Si
  - b) No
18. ¿SABE USTED QUE UNA ACTITUD VIGILANTE Y VISITAS PERIODICAS AL DENTISTA AYUDARAN A CONSEGUIR UNA MEJOR SALUD DENTAL DE SU (HIJO/ HIJA)?
- a) Si
  - b) no
19. ¿SABE USTED QUE ES UNA MEJOR OPCIÓN LOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS PARA LA SALUD BUCAL DE SU (HIJO/ HIJA)?
- a) Si
  - b) No
20. ¿SABE USTED QUE LAS VISITAS AL ODONTOLOGO DEBEN SER PERIODICAS?
- a) Si
  - b) No



ANEXO 3: MATRIZ DE DATOS

Nº	SEXO	EDAD	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	P.17	P.18	P.19	P.20
1	F	42	15	SI	SI	SI	NO	C	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	M	48	15	SI	SI	SI	NO	I	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
3	F	24	8	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO
4	M	28	8	SI	SI	SI	NO	I	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
5	F	38	1	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
6	M	42	1	SI	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
7	F	16	0	NO	NO	SI	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
8	M	19	0	NO	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9	F	29	1	SI	SI	SI	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
10	M	30	1	SI	SI	SI	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
11	F	24	6	SI	SI	NO	SI	I	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO
12	M	27	6	SI	SI	NO	SI	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
13	F	32	5	SI	SI	NO	SI	C	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
14	M	30	5	SI	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO
15	F	18	3	NO	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
16	M	22	3	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI
17	F	26	5	SI	SI	SI	NO	C	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
18	M	45	5	SI	SI	NO	NO	I	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
19	F	35	4	SI	SI	SI	NO	I	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
20	M	42	4	SI	SI	SI	NO	I	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
21	F	30	0	SI	SI	SI	NO	I	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
22	M	31	0	SI	SI	SI	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
23	F	37	2	SI	SI	SI	NO	C	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
24	M	40	2	SI	SI	SI	NO	C	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
25	F	36	12	SI	SI	SI	NO	I	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO
26	M	46	12	SI	SI	SI	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
27	F	25	2	SI	SI	SI	NO	I	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
28	F	37	2	SI	SI	SI	NO	I	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
29	M	42	2	SI	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI
30	F	25	11	SI	SI	SI	SI	C	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
31	M	27	11	SI	SI	SI	NO	I	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
32	F	30	2	SI	SI	SI	NO	I	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
33	F	18	1	SI	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
34	F	17	1	SI	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
35	M	22	1	SI	NO	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
36	F	30	0	SI	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
37	M	35	0	NO	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
38	F	19	0	SI	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
39	F	38	0	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
40	F	24	2	SI	SI	SI	NO	I	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI
41	M	25	2	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO



42	F	19	1	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	
43	F	17	1	SI	SI	SI	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
44	M	19	1	NO	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	
45	F	30	3	SI	SI	NO	NO	I	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
46	F	16	0	NO	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
47	M	23	0	NO	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
48	F	17	0	SI	NO	NO	SI	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
49	F	30	5	SI	SI	SI	NO	I	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
50	F	37	4	SI	SI	SI	NO	I	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
51	M	40	4	SI	SI	SI	SI	I	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
52	F	30	3	SI	SI	NO	SI	I	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
53	M	36	3	SI	SI	NO	SI	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
54	F	28	4	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	
55	F	32	4	NO	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
56	F	17	1	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
57	M	23	1	NO	SI	NO	NO	I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
58	F	30	11	SI	SI	NO	NO	I	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
59	F	25	8	SI	SI	NO	NO	I	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	
60	F	43	13	SI	SI	NO	NO	I	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	
61	M	44	13	SI	SI	NO	NO	I	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
62	F	39	10	SI	SI	NO	NO	I	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	
63	F	42	8	SI	SI	NO	NO	I	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
64	F	40	9	SI	SI	NO	NO	C	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
65	M	45	11	SI	SI	NO	NO	C	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	
66	F	29	12	SI	SI	SI	NO	C	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	
67	M	33	7	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	
68	F	27	10	SI	NO	NO	SI	I	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
69	M	31	6	SI	SI	SI	NO	I	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
70	F	35	7	SI	SI	NO	NO	I	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
71	M	31	6	SI	SI	SI	NO	I	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
72	F	28	8	SI	SI	NO	NO	I	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	
73	F	30	10	SI	SI	NO	NO	I	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	
74	M	26	7	SI	SI	NO	NO	I	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
75	F	45	13	SI	SI	NO	NO	I	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
76	M	38	9	SI	SI	NO	NO	I	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	
77	M	40	6	SI	SI	NO	NO	C	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	



**ANEXO 4 : SOLICITUD PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACION DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL REGIONAL COMO TAMBIEN LA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS DE NIÑOS NACIDOS CON LABIO Y PALADAR FISURADO.**

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación.

SEÑOR LUIS ALBERTO TORRES CHAVEZ

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO

YO, YINA QUISPE ACUÑA, identificada con DNI N°46840240 con domicilio AV. José Luis Orbegoso Tincoc C-20 Huancaro distrito de Santiago. Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de ODONTOLOGIA en la universidad Andina Del Cusco, solicito a Ud. Permiso para realizar trabajo de investigación en su institución sobre "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE NIÑOS CON FISURA LABIO PALATINA, DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2016" para optar el grado de odontóloga, solicito también la revisión de registros de niños nacidos con labio y paladar hendido para la realización de este trabajo.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Cusco 05 de julio del 2016

YINA QUISPE ACUÑA

DNI N° 46840240

05784



ANEXO 5: AUTORIZACION DE APLICACIÓN DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACION.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
**HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**



""Año de la Consolidación del Mar de Grau""

"Cusco, Capital Arqueológica de América"

Cusco, **11** 1 OCT 2016

DRSC.PROV.Nº. 099 -2016-HRC.DE

DE : Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco  
A : Señorita Yina Quispe Acuña  
ASUNTO : Autorización de Aplicación de Trabajo de Investigación  
REF. : Exp. 5784 - 16

Visto el documento que antecede, de acuerdo a la opinión favorable del Comité de Investigación y la Unidad de Capacitación, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco, autoriza la realización de la aplicación del Instrumento de trabajo de Investigación, intitulado "Nivel de conocimiento de los padres de Familia sobre el Tratamiento y Manejo de Niños con Fisura de Labio Palatina, del Hospital Regional Cusco 2016". Debiendo acogerse al horario y normas de la Institución.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO  
*Med. Luis A. Torres Chavez*  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. 13349

c.c Archivo  
LATCH/dry/dfz  
C/10/10/2016

Av. La Cultura s/n Telf.: 227661 – 231131 Emergencia Telf.: 223691 CUSCO - PERU

[hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe](mailto:hrc@hospitalregionalcusco.gob.pe) [www.hospitalregionalcusco.gob.pe](http://www.hospitalregionalcusco.gob.pe) [www.facebook.com/pages/Hospital-Regional-Cusco/226634457533939](https://www.facebook.com/pages/Hospital-Regional-Cusco/226634457533939)



**ANEXO 6: VALIDACION DE FICHA POR RECOLECCION DE DATOS POR LOS EXPERTOS.**

VALIDACION DE FICHA POR RECOLECCIÓN DE DATOS POR LOS EXPERTOS

Yo, Cesar Enrique Herrera Menendez.....

Mediante el presente documento doy constancia de a validación de la ficha de recolección de datos, del proyecto titulado **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE NIÑOS CON FISURA LABIO PALATINA, DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2016 ”**.

**INSTRUCCIONES:**

El presente documento tiene como objetivo recoger opiniones útiles de las personas especializadas, acerca de la validez de contenido, confiabilidad y aplicabilidad de la ficha de recolección de datos de la investigación sometido a juicio. Está integrado por diez interrogantes, las que acompañan con su escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que los ítems absuelven en gran medida la interrogante planteada.
- 4: Representa la estimación de que los ítems de la ficha de datos absuelven en gran medida la interrogante planteada.
- 3: Significa que los ítems de la ficha de datos absuelven la interrogante en términos intermedios.
- 2: Representa que los ítems de la ficha de datos tiene solución escasa de la interrogante planteada.
- 1: Representa una ausencia de los elementos que absuelvan la pregunta.





CRITERIOS	PUNTAJE				
¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
¿Considera que la cantidad de ítems son suficientes para tener la comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
¿Considera que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa?	1	2	3	4	5
¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
¿Considera que todos los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
¿Considera que la estructura del instrumento es adecuado?	1	2	3	4	5
¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
¿Considera usted que la estructura utilizada es apropiada para los objetivos de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
¿Considera que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5

  
FIRMA



VALIDACION DE FICHA POR RECOLECCIÓN DE DATOS POR LOS  
EXPERTOS

Yo, C.D. VICTOR F. JUAREZ GONZALES

Mediante el presente documento doy constancia de a validación de la ficha de recolección de datos, del proyecto titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL TRATAMIENTO Y MANEJO DE NIÑOS CON FISURA LABIO PALATINA, DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2016".

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo recoger opiniones útiles de las personas especializadas, acerca de la validez de contenido, confiabilidad y aplicabilidad de la ficha de recolección de datos de la investigación sometido a juicio. Está integrado por diez interrogantes, las que acompañan con su escala de estimación que significa lo siguiente:

5: Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que los ítems absuelven en gran medida la interrogante planteada.

4: Representa la estimación de que los ítems de la ficha de datos absuelven en gran medida la interrogante planteada.

3: Significa que los ítems de la ficha de datos absuelven la interrogante en términos intermedios.

2: Representa que los ítems de la ficha de datos tiene solución escasa de la interrogante planteada.

1: Representa una ausencia de los elementos que absuelvan la pregunta.

CRITERIOS	PUNTAJE				
¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	<del>4</del>	5
¿Considera que la cantidad de ítems son suficientes para tener la comprensión del estudio?	1	2	3	<del>4</del>	5
¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	<del>4</del>	5
¿Considera que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa?	1	2	3	<del>4</del>	5
¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>
¿Considera que todos los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	<del>4</del>	5
¿Considera que la estructura del instrumento es adecuado?	1	2	3	<del>4</del>	5
¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<del>5</del>
¿Considera usted que la estructura utilizada es apropiada para los objetivos de la materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>
¿Considera que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	<del>4</del>	5



FIRMA



VALIDACION DE FICHA POR RECOLECCION DE DATOS POR LOS  
EXPERTOS

yo Alfonso Nieto de Cuzco Peña

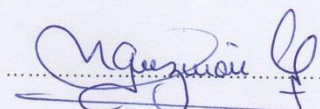
Mediante el presente documento doy constancia de la validación de la ficha de recolección de datos, del proyecto titulado **"NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL MANEJO DE NIÑOS CON FISURA LABIO PALATINA, EN EL HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2016"**.

**INSTRUCCIONES:**

El presente documento tiene como objetivo recoger opiniones útiles de las personas especializadas, a cerca de la validez de contenido, confiabilidad y aplicabilidad de la ficha de recolección de datos de la investigación sometido a juicio. Está integrado por diez interrogantes, las que acompañan con su escala de estimación que significa lo siguiente.

5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que los ítems absuelven en gran medida la interrogante planteada.
4. Representa la estimación de que los ítems de la ficha de datos absuelven en gran medida la interrogante planteada.
3. Significa que los ítems de la ficha de datos absuelven la interrogante en términos intermedios.
2. Representa que los ítems de la ficha de datos tiene solución escasa de la interrogante planteada.
1. Representa una ausencia de los elementos que absuelvan la pregunta.

CRITERIOS	PUNTAJE				
¿Considera usted que los ítems del instrumento mide lo que pretende medir?	1	2	3	4	5
¿Considera que la cantidad de ítems son suficientes para tener la comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
¿Considera usted que si aplicamos reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
¿Considera que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa?	1	2	3	4	5
¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
¿Considera que todos los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
¿Considera que la estructura del instrumento es adecuado?	1	2	3	4	5
¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
¿Considera usted que la estructura utilizada es apropiada para los objetivos de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
¿considera que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5

  
 .....  
 C.O.P N° 14062      FIRMA

**ANEXO 7: FOTOS**



