



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

Guía Clínica

Fisura Labiopalatina



*Chile está
mejor*
REFORMA DE LA SALUD

2005

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Fisura Labiopalatina*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido con fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N°170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005).

ISBN

GRUPO DE EXPERTOS

CIRUJANOS INFANTILES

MONTECINOS GALICIA,
SANTOS OSCAR,
YÁÑEZ JACKIE

CIRUJANOS MÁXILO FACIALES

CORTES JUAN,
PANTOJA ROBERTO
VILLANUEVA JULIO,

CIRUJANOS PLÁSTICOS

FORD ALISON,
GARCIA GERMAN,
GIUGLIANO CARLOS,
MONASTERIO LUIS,
MOROVIC CARMEN GLORIA,

ENFERMERA UNIVERSITARIA

TASTETS MARIA EUGENIA,

FONOAUDIÓLOGOS

ALVAREZ DRINA,
GODOY CRISTIAN,
GOLSCHMIED KAREN,
PALOMARES MIRTA,
QUEZADA V,
VILLENNA C,

GENETISTA

ASTETE CARMEN,

KINESIOLOGOS

CORDOVA ROSA,
LOPEZ DAVID,

ODONTOPEDIATRAS

DANIELS RAQUEL,
KURT ALICIA,
VIDAL GUIDO

ORTODONCISTAS

MARINA CAMPODONICO
VIVES JUAN

DEL REAL OCTAVIO.
DIAZ ALEJANDRO
EGGER EDUARDO
ENCALADA PATRICIO
HERNÁNDEZ MARCELA
LASERRE ROBERTO,
MUÑOZ MARIA ANGELICA,
QUEZADA GERMAN,
URZUA MARIA SOLEDAD
VALENZUELA PATRICIO

OTORRINOLARINGOLOGOS

BAHAMONDES JORGE,
CONTADOR ANA MARIA,
DER CAROLINA,
JOFRE DAVID,
RAHAL MARITZA,
ZELADA URZULA,

PSICOLOGOS

CACERES ALFONSO,
LIZAMA MYRIAM,

MINISTERIO DE SALUD

BECERRA CARLOS,
CASANUEVA JEANETTE,
DERIO M. LEA
FERNÁNDEZ OLAYA,
ILLANES EDUARDO,
JARA GISELA,
KRAEMER PATRICIA,
RAMÍREZ GLORIA,
ROJAS ROBERTO,
SILVA ERICA,
SOTO LILIANA,
VENEGAS CECILIA,

Indice

Grupo de Trabajo
Glosario de Términos
Presentación

1. Extracto Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud
2. Antecedentes
3. Magnitud del problema
4. Población Objetivo
5. Definición
6. Objetivo de la Guía Clínica
7. Recomendaciones según Nivel de Evidencia
8. Recomendaciones para el Diagnostico Clínico
 - 8.1 Plan de Manejo diagnóstico
9. Recomendaciones para el Tratamiento de Fisura Labial
 - 9.1 Plan de Manejo para tratamiento y Cronograma
 - 9.2 Algoritmo de manejo de Fisura Labial
10. Recomendaciones para el Tratamiento de Fisura Palatina Aislada
 - 10.1 Plan de tratamiento y cronograma
 - 10.2 Algoritmo Fisura Palatina Aislada
11. Fisura Labiopalatina uni o bilateral
 - 11.1 Plan de tratamiento y cronograma
 - 11.2 Algoritmo Fisura Labiopalatina
12. Malformaciones craneofaciales asociadas a fisuras

Bibliografía General

13. Anexos
 1. Alimentación
 2. Consentimiento Informado
 3. Psicología
 4. Otorrinolaringología
 5. Fonoaudiología
 6. Ortopedia Prequirúrgica
 7. Odontopediatría
 8. Ficha Clínica

1. DECRETO SUPREMO GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

FISURA LABIOPALATINA

Definición: Las fisuras labiopalatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación. Existen diferentes grados de severidad que comprenden fisura de labio, labiopalatina y palatina aislada.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Disostosis mandibulofacial
- ✓ Displasia cleidocraneal
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación
- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral
- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura congénita de labio
- ✓ Fisura del paladar
- ✓ Fisura del paladar blando
- ✓ Fisura del paladar duro
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando
- ✓ Fisura del paladar, sin otra especificación
- ✓ Hendidura labial congénita
- ✓ Labio hendido
- ✓ Labio leporino
- ✓ Labio leporino, bilateral
- ✓ Labio leporino, línea media
- ✓ Labio leporino, unilateral
- ✓ Palatosquisis
- ✓ Queilosquisis
- ✓ Síndrome de Apert
- ✓ Síndrome de Crouzon
- ✓ Síndrome de Pierre-Robin
- ✓ Síndrome de Van der Woude
- ✓ Síndrome Velocardiofacial

a. Acceso:

Beneficiario que nace con fisura labiopalatina, esté o no asociada a malformaciones craneofaciales, desde la entrada en vigencia de este decreto.

b. Oportunidad:

□ Diagnóstico

Dentro de 15 días desde sospecha.

□ Tratamiento

- Ortopedia Pre-quirúrgica: Para casos con indicación, dentro de 90 días desde el nacimiento.
- 1° Cirugía: Entre 90 y 180 días desde el nacimiento.
- Fisura labial ,Fisura palatina o Labio-Palatina (uni o bilateral):
 - Cierre labial: Entre 90 y 180 días desde el nacimiento.
 - Cierre de paladar blando: Entre 180 y 365 días desde el nacimiento
 - Cierre de paladar duro: Entre 12 y 18 meses desde el nacimiento.
 - Con malformaciones craneofaciales asociadas: Entre 90 y 365 días desde el nacimiento

En prematuros se utiliza la edad corregida.

□ Seguimiento

Dentro de 90 días después de cirugía.

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
FISURA LABIOPALATINA	Diagnóstico	Confirmación Fisura Labiopalatina	por evento	6,410	20%	1,280
	Tratamiento	Ortopedia Prequirúrgica	por evento	103,440	20%	20,690
		Intervención Quirúrgica Fisura Labiopalatina 1° año	por evento	714,560	20%	142,910
	Seguimiento	Seguimiento Fisura Labiopalatina 1° año	anual	92,170	20%	18,430

2. ANTECEDENTES

Las fisuras representan una condición genética, determinada por la presencia de varios genes y un gen mayor. Su frecuencia mundial es de 1 por cada 1.200 nacidos vivos. En Chile afecta aproximadamente el doble de la tasa mundial, 1,8 por cada 1.000 nacidos vivos aproximadamente.

Durante el desarrollo y crecimiento prenatal de un individuo, ocurren una sucesión de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados. Por ello cualquier interrupción o modificación de este patrón puede dar origen a malformaciones congénicas.

El componente ambiental también tiene una gran importancia como causa de la fisura velopalatina y la prevención de esta malformación se podría basar fundamentalmente en el control de éste. Existen numerosos trabajos que prueban que fármacos, factores nutricionales, elementos físicos o psíquicos pueden afectar el normal desarrollo del paladar. Estos antecedentes han permitido catalogar a las fisuras faciales como malformaciones de origen multifactorial, con un componente genético aditivo poligénico.

El tratamiento integral del paciente fisurado es complejo, comprende el trabajo en equipo de una gran variedad de especialistas, y donde además no hay esquemas rígidos de tratamiento. El resultado final va a depender de los procedimientos terapéuticos llevados a cabo, del patrón de crecimiento craneo facial de cada individuo y muy especialmente de la severidad de las alteraciones anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas del niño.

El trabajo en equipo y su multidisciplinariedad es esencial para evitar las secuelas prevenibles. En el equipo participan cirujanos, enfermeras, fonoaudiólogos, genetistas, kinesiólogos, odontopediatras, ortodoncistas, otorrinolaringólogos y psicólogos. El éxito de los resultados dependerá de la experticia del equipo multiprofesional, planificación, investigación y seguimiento metódico de los casos, auditoría de los tratamientos y capacitación constante, independiente de la labor asistencial.(1,2,3,4, 12,35)

3. MAGNITUD DEL PROBLEMA

La incidencia estimada de anomalías congénitas relacionadas con deformaciones del labio y paladar en Chile es de 1.78 x 1000 nacidos vivos (hospitales de la región metropolitana) y 1,66 x 1000 nacidos vivos en el resto de los hospitales incluidos en el estudio de colaboración latinoamericana de malformaciones craneofaciales (2), lo que proyectado al número de nacimientos anuales, permiten estimar alrededor de 452 casos nuevos anualmente.

En cuanto a su distribución geográfica el 62% de ellos son de las regiones Metropolitana, V y VIII.

La relativa alta incidencia en Chile y el alto grado de agregación familiar encontrada, ha permitido postular la existencia de un gen mayor relacionado con la susceptibilidad a las fisuras faciales en Chile.

El porcentaje de mezcla indígena de la población, calculado en base a las frecuencias de los grupos sanguíneos ABO y RH indicó un 45,6% de mezcla indígena en la población. Una correlación y comparación entre los porcentajes de mezcla indígena e incidencia de fisuras, comprueba la existencia de una mayor frecuencia de fisuras a medida que aumenta el grado de indigenidad.

4. POBLACION OBJETIVO

El niño que nace con Fisura Labio Palatina a partir de Abril 2004 y es beneficiario del Sistema Nacional de Servicios de Salud tendrá acceso al Sistema de Garantías AUGE, vale decir a diagnóstico y atención integral, de acuerdo al tipo de fisura, hasta los 15 años de edad, según protocolo y red de atención. Los pacientes pertenecientes al sistema privado (Isapres,) darán garantías desde el momento en que la Ley entre en Vigencia.

En el sector público se estima una incidencia anual de 350 casos, a partir de los registros de niños ingresados al Programa de Atención Integral y otros atendidos en los Servicios de Salud.

Los pacientes nacidos desde 1° de Enero de 1998 hasta 31 de Marzo del 2004, continuarán recibiendo atención, de acuerdo a su evolución, brindada por los equipos de especialistas correspondientes al S. de S. de origen, con el respaldo financiero equivalente a las prestaciones otorgadas de acuerdo al plan de tratamiento.

5. DEFINICIÓN

La Fisura Labio Palatina (FLP) es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y se produce por una en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario.

La boca primitiva inicia su formación entre los 28 y 30 días de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Entre la quinta y la sexta semana los procesos frontonasales y mandibulares derivados del primer arco faringeo forman la boca primitiva. Posteriormente los procesos palatinos se fusionan con el tabique nasal medio formando el paladar y la úvula entre los 50 y los 60 días del desarrollo embrionario.

De acuerdo a su etiología, el momento en el desarrollo embrionario en que se producen y sus características epidemiológicas, las FLP se clasifican en cuatro grupos: fisuras pre palatinas o de paladar primario (que puede afectar el labio con o sin compromiso del alvéolo) fisuras de paladar secundario (que pueden comprometer el paladar óseo y/o blando), mixtas (con compromiso del labio y paladar) y fisuras raras de menor ocurrencia (3,4,5,)

La red de atención de centros públicos quirúrgicos a contar de la vigencia del presente Decreto será fijada por la Autoridad Sanitaria correspondiente.

6. OBJETIVO DE LA GUÍA CLÍNICA

Las presentes recomendaciones han sido elaboradas para apoyar la toma de decisión integral del equipo de profesionales y personal en relación con el diagnóstico precoz, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del paciente fisurado. La integración de los diversos especialistas, centrada en el paciente forma parte del éxito terapéutico y la calidad de vida de los niños.

7. RECOMENDACIONES SEGÚN NIVEL DE EVIDENCIA

Los profesionales sanitarios, enfrentados cada vez mas a un trabajo en equipos multidisciplinarios, con competencias en continuo desarrollo, requieren mantener su razón de ser. Esto es, otorgar una atención de salud cuyos resultados, en las personas y la organización, generen beneficios por sobre los riesgos de una determinada intervención.

Así mismo, el sistema sanitario se beneficia en su conjunto cuando además esas decisiones se realizan de acuerdo a las buenas practicas, basadas en la mejor evidencia disponible, identificando las intervenciones mas efectivas y en lo posible las mas costo / efectivas (no necesariamente equivalente a lo de “menor costo”), pero una intervención poco efectiva suele

ser tanto o mas costosa y cuyo resultado en la calidad de vida o sobrevida de las personas es deletéreo.

(Field MJ & Lohr KN 1992)definen una Guía Clínica como un reporte desarrollado sistemáticamente para apoyar tanto las decisiones clínicas como la de los pacientes, en circunstancias específicas”. Así, estas pueden mejorar el conocimiento de los profesionales entregando información y recomendaciones acerca de prestaciones apropiadas en todos los aspectos de la gestión de la atención de pacientes: tamizaje y prevención, diagnostico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención del enfermo terminal(Lohr KN 2004).

En Chile, el Ministerio de Salud ha elaborado una estrategia participativa que incluyo la elaboración de revisiones sistemáticas por parte de universidades a través de un concurso publico y/o revisiones sistemáticas rápidas, focalizadas en identificar evidencia de guías clínicas seleccionadas de acuerdo a criterios de la AGREE Collaboration (Appraisal of Guideline Research & Evaluation)(The AGREE Collaboration 2001).

Las recomendaciones se han analizado en su validación externa(generalización de resultados) mediante el trabajo colaborativo de un grupo de expertos provenientes de establecimientos de la red publica, sociedades científicas, comisiones nacionales, del mundo académico y sector privado.

Tablas 2: Grados de Evidencia(Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001)

Grados Evidencia	Tipo de Diseño de investigación
Ia	Evidencia obtenida de un meta-análisis de estudios randomizados controlados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio randomizado controlado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado no randomizado
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio quasi-experimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos, no experimentales tales como estudios comparativos, estudios de correlación y casos - controles
IV	Evidencia obtenida de expertos, reportes de comités, u opinión y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas

Tabla 3: Niveles de Recomendación de la Guía Clínica(Eccles M, Freemantle N, & Mason J2001)

Grado	Fortaleza de las Recomendaciones
A	Directamente basada en categoría I de evidencia
B	Directamente basada en categoría II de evidencia
C	Directamente basada en categoría III de evidencia, o extrapoladas de de las categorías I y II
D	Directamente basada en categoría IV de evidencia, o extrapoladas de de las categorías I y II o III

Tabla 4:Revisión sistemática de Guías Clínicas

Fisura Labiopalatina

1. Elaboración de Preguntas específicas: Paciente/ Problema/ Población-Intervención-Comparación- Indicadores de Resultados (Outcomes).
2. Fuentes de datos secundarias:
 - 2.1 Agency for Health Research & Quality (AHRQ), NIH USA: www.guideline.gov
 - 2.2 National Coordination Centre for Health Technology Assessment (U.K.), <http://www.ncchta.org>
 - 2.3 Canadian Task Force on Preventive Health Care (Canada), <http://www.ctfphc.org/>.
 - 2.4
 - 2.5 National Health Service (NHS) Centre for Reviews and Dissemination (U.K.), <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>;
 - 2.6 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (U.K.), <http://www.sign.ac.uk/>
 - 2.7 The Cochrane Collaboration (international), <http://www.cochrane.org/>
 - 2.8 International Network of Health Technology assessment (www.inahta.org)
 - 2.9 Centre for Evidence Based Medicine, Oxford University (U.K.), <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>;
3. Periodo: 1998 a la fecha
4. Criterios de Inclusión: clinical guideline, cleft palate, children, surgery, orthopaedia,
5. Instrumento de evaluación: EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (The AGREE Collaboration2001)

PRINCIPALES RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN CLEFT PALATE-CRANIOFACIAL ASSOCIATION(Philips J, Warren D, & et al. 2000).

Las recomendaciones se basan sobre principios fundamentales para una optima atención de salud de los pacientes con anomalías congénitas, indistintamente del trastorno labiopalatino específico:

- I. La adecuada gestión de los pacientes con anomalías congénitas depende de un equipo interdisciplinario de especialistas.
- II. La atención optima de los pacientes con anomalías craneofaciales es provista por equipos que evalúan un suficiente número de pacientes por año, con el fin de mantener expertis clínico para diagnóstico y tratamiento.
- III. El tiempo óptimo de la primera evaluación es dentro de las primeras semanas de vida y, cuando sea posible, dentro de los primeros días. Sin embargo, la referencia al equipo de evaluación y manejo es apropiado en pacientes a la edad que se realice la sospecha.
- IV. Desde el momento del primer contacto con el niño(a) y su familia, debe ser realizado todos los esfuerzos para asistir la familia en su adaptación al nacimiento de un niño con anomalías craneofaciales, a las demandas consecuentes y al estrés al interior de la familia.
- V. Los padres y cuidadores deben ser informados acerca de el tratamiento recomendado, los procedimientos, opciones, factores de riesgo, beneficios, y costos para asistirlos en a) Tomar decisiones informadas en representación del niño, y b) preparar al niño y a sí mismos para todos los procesos recomendados. El equipo debiera solicitar la participación activa y colaboración en el plan de tratamiento. Cuando el niño sea suficientemente maduro para hacerlo, el o ella debiera participar en las decisiones de su tratamiento.
- VI. Los planes de tratamiento debieran ser desarrollados e implementados sobre la base de las recomendaciones del equipo de especialistas.
- VII. Deberá coordinarse las atenciones por un equipo, pero también dichas atenciones deberán entregarse a nivel local cuando sea posible; sin embargo, los diagnósticos complejos y los procedimientos quirúrgicos deben ser restringidos a los centros de mayor complejidad con la infraestructura apropiada y especialistas con experiencia.
- VIII. Es de responsabilidad de cada equipo ser sensible al lenguaje, cultura, etnia, perfil psicológico, económico, y factores físicos que afectan la dinámica de la relación entre el equipo y los pacientes y su familia.
- IX. Es de responsabilidad de cada equipo de trabajo monitorear tanto los resultados de corto y largo plazo. Por lo tanto, es esencial el seguimiento longitudinal de los pacientes, incluida la documentación y la mantención de registros.
- X. La evaluación de resultados debe considerar la satisfacción y el bienestar psicológico del paciente como también los efectos en su crecimiento, funcionalidad y apariencia.
- XI. La composición de los equipos multidisciplinarios debiera incluir los siguientes especialidades: anestesiología, imagenología, consejería genética, neurología, neurocirugía, enfermería, oftalmología, cirugía maxilofacial, ortodoncia, otorrinolaringología, pediatría, odontopediatría, antropología física, cirugía plástica, ortopedia protésica, psiquiatría, psicología, asistente social, fonoaudiología. El equipo específico está determinado por la disponibilidad de personal calificado y por el tipo de pacientes cubiertos por el equipo, el cual deberá referir cuando sea necesario para coordinar el plan de tratamiento más adecuado.

8. Recomendaciones para el Diagnóstico Clínico

8.1 Plan de Manejo Diagnóstico

El tratamiento integral del paciente fisurado es complejo, debido a la gran variedad de especialistas involucrados. Por esta razón el resultado final va a depender de los procedimientos terapéuticos llevados a cabo, como asimismo del patrón de crecimiento craneo facial de cada individuo y muy especialmente de las alteraciones anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas del niño.

Por presentar las fisuras una gran variedad anatómica, no se cuenta con fórmulas rígidas de tratamiento. El alto costo que tiene un tratamiento integral (que es necesario desarrollar a lo menos hasta los 15 años de edad) y la baja condición socio económica y cultural de la mayoría de los padres de los pacientes fisurados, incide en un alto porcentaje de secuelas observadas en estos pacientes.

La colaboración oportuna que el equipo multidisciplinario debe entregar permitirá evitar las secuelas prevenibles.

Todo niño nacido con fisura Labio Palatina será derivado desde la maternidad para la confirmación diagnóstica en el Hospital Base, por un Cirujano Infantil, Máxilo Facial o Plástico. Este Especialista entregará a la madre, indicaciones en temas como: alimentación, cuidados al dormir, prevención de infecciones respiratorias agudas, etc.

Evaluación inicial por especialista

(Cirujano Infantil, Cirujano Plástico o Cirujano Máxilo Facial)

Requisitos:

- a) Atención oportuna, antes de 15 días a contar desde su derivación del lugar de nacimiento.
- b) Atención por el especialista:
- c) Información atingente a la madre entregada por el especialista
- d) Anamnesis y examen clínico según protocolo
- e) Confirmación Diagnóstica y educación
- f) Fecha de inclusión en reunión de evaluación multidisciplinaria integral
- g) Participación del especialista (Cirujano Infantil, máxilofacial o plástico) en reunión de equipo multidisciplinario.

9. Recomendaciones para el Tratamiento

9.1 Plan de Manejo para tratamiento

Etapa Prequirúrgica

Se procederá, a la fase de **Ortopedia Prequirúrgica**, intervención realizada por el odontopediatra y/u ortodoncista capacitado ¹ en los niños que lo requieran. Este procedimiento dura alrededor de 3 a 4 meses, siempre y cuando se inicie durante el primer mes de vida.

¹ Curso teórico – práctico de 18 horas, aprobado por MINSAL 2004

ORTOPEDIA PREQUIRUGICA , según indicación clínica

Requisitos:

- a. Realizada por odontopediatra u ortodoncista capacitado
- b. Participación de este especialista en reunión de equipo multidisciplinario .
- c. Ortopedia prequirúrgica realizada antes del mes de vida, salvo excepciones dadas por la condición de salud (prematuros, malformaciones asociadas u otras)
- d. Toma de impresión (con Silicona de consistencia masilla) e instalación de la placa de ortopedia en establecimiento con acceso expedito y oportuno a atención médica de urgencia (reanimación cardiopulmonar), en caso de complicaciones tales como: espasmo laríngeo y aspiración.
- e. Control y seguimiento con modelos de estudio y registro fotográfico.
- f. Todos los controles incluirán educación a los padres y/o cuidadores

Durante este período se otorgará además una entrevista del Psicólogo con los padres y Evaluación y tratamiento otorgada por el Otorrinolaringólogo. (ver anexos)

Cirugía Primaria y/o Secundaria

Considerando que la tendencia esperada en la tasa de incidencia es decreciente, debido a la incorporación de Acido Fólico a la harina en el año 2000, con una incidencia anual esperada de 450 casos o menos, los centros de referencia Quirúrgica Nacional serán definidos según:

- Las necesidades epidemiológicas
- Tasa quirúrgica mínima anual
- Evaluación de la calidad
- Análisis de la Red y Macrored Nacional.

Una vez realizado la autorización sanitaria de las unidades, la o las intervenciones quirúrgicas primarias y secundarias se realizarán en los centros autorizados para tal efecto.

Equipo Quirúrgico del paciente fisurado

El equipo quirúrgico deberá estar compuesto a lo menos por los siguientes especialistas:

- Dos cirujanos, éstos pueden ser Cirujano Infantil y Cirujano Plástico; Cirujano Plástico y Máxilo Facial; Cirujano Infantil y Máxilo Facial.
- Anestesista con experiencia en atención pediátrica.
- Otorrinolaringólogo
- La cirugía deberá ser otorgada en centros que cuenten con unidad de cuidados intermedios de Pediatría y/o con unidad de cuidados intensivos .

Rehabilitación y Seguimiento

Una vez realizada la fase quirúrgica el niño retorna al hospital base para realizar seguimiento y rehabilitación, según evolución hasta los 15 años de vida.

Equipo de Especialistas para la rehabilitación del paciente fisurado

El equipo de atención al paciente fisurado deberá estar compuesto a lo menos por los siguientes especialistas:

Ortodoncista

Fonoaudiólogo
Otorrinolaringólogo
Odontopediatra
Kinesiólogo
Matrona o enfermera
Psicólogo

Uno de estos profesionales deberá ejercer la función de coordinación.

Diagnóstico y plan de tratamiento por Otorrinolaringólogo

Requisitos:

- a) Participación en reunión de equipo multidisciplinario
- b) Examen clínico realizado por ORL antes de los 3 meses de vida
- c) Diagnóstico y plan de tratamiento integral, que incluya oído y velo faringe
- d) Tratamiento que incluya la evaluación de exámenes complementarios, tales como: impedanciometría, potenciales evocados, nasofibrolaringoscopia
- e) Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Fonoaudiólogo

Requisitos:

- a. Participación en reunión de equipo multidisciplinario
- b. Evaluación de la función del velo, según necesidad, en conjunto con el Otorrinolaringólogo.
- c. Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Odontopediatra

Requisitos:

- a. Participación en reunión de equipo multidisciplinario
- b. Evaluación del estado de salud bucal a partir del primer año de vida del niño fisurado.
- c. Evaluación de exámenes complementarios como radiografías, modelos de estudio, fotografías.
- d. Plan de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno
- e. Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Ortodoncista

Requisitos:

- a. Participación en reunión de equipo multidisciplinario
- b. Evaluación de la oclusión y de la relación máxilo mandibular , según necesidad.
- c. Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Kinesiólogo

Requisitos:

- a. Participación en reunión de equipo multidisciplinario
- b. Evaluación del labio, cicatriz del labio, evaluación postural, evaluación del hábito de respiración bucal, según necesidad
- c. Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Psicólogo

Requisitos:

- a. Participación en reunión de equipo multidisciplinario
- b. Entrevista realizada por el psicólogo a los padres y/o cuidadores del paciente fisurado antes de un mes de nacido el paciente.
- c. Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Deberá existir una efectiva comunicación entre ambos equipos Quirúrgico y de Rehabilitación para el cuidado de los niños y adolescentes. Con una correcta coordinación en la entrega de la información a los padres, pacientes y el resto de los profesionales tanto del nivel primario como secundario.

9. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE FISURA LABIAL

9.1 PLAN DE TRATAMIENTO Y CRONOGRAMA

Plan de Manejo para tratamiento

CIE – 10 : Q 36 desde Q 36.0 hasta Q 36.9

Incluye: Fisura congénita del labio = Labio hendido , Labio leporino, Queilosquisis,

Excluye: Labio leporino con fisura del paladar.

Definición:

Defecto congénito en el labio superior uni o bilateral, donde falla la fusión de la prominencia maxilar con la prominencia nasal medial. Se piensa que esto puede ser causado por la falta de migración del mesodermo en la región cefálica.

Estos casos de fisura labial aislada recogen una gran variedad morfológica que va desde las formas más sencillas representadas por los labios leporinos cicatriciales, a las formas más complejas de fisuras labiales totales, en los que el defecto de coalescencia de las estructuras faciales llega a producir una impronta en el hueso alveolar del maxilar superior, con mayor o menor distorsión de los tejidos blandos y duros en esa región.

Hay desviación de la columela y Aplanamiento del ala nasal.

Las técnicas quirúrgicas para corregir estas anomalías congénitas son muy variadas. Todas ellas consisten en incisiones en los bordes de las fisuras que permiten reubicar los tejidos. Tanto piel, músculo y mucosa se recolocan en su posición correcta para dar un aspecto armónico, simétrico funcional y estético a la cara del niño. (5,7,8)

Nacimiento

Examen Clínico realizado por Pediatra, al momento de nacer.

Se realizará diagnóstico diferencial de fisura labio palatina o de fisura labio-máxilo palatina. Necesita tratamiento quirúrgico como única acción terapéutica.

Confirmación Diagnóstica

Examen Clínico realizado por Cirujano Infantil, Máxilo facial o Cirujano plástico, de acuerdo a la derivación realizada por el equipo pediátrico. Se debe realizar en un plazo máximo de 15 días desde la derivación.

Periodo Prequirúrgico: desde el nacimiento hasta el cierre del labio (3-6 meses)

Enfermería

Es fundamental tranquilizar y orientar a los padres sobre la patología de su hijo.

Los niños que tienen sólo labio leporino (sin fisura palatina) normalmente no tienen dificultades de alimentación. Idealmente la niña o niño debe alimentarse al pecho desde el nacimiento ya que de este modo se logra entre otros beneficios:

Aceptación mutua, del hijo a la madre y de la madre al hijo. Liberación de hormonas, importantes para la mamá y el hijo . Disminuyen las posibilidades de mala nutrición o enfermedades (diarrea u otra). Adecuado desarrollo de la cara, especialmente de los músculos y de la mandíbula). Si de todas maneras no es posible alimentarlo al pecho, se debe usar mamadera. (ver anexo alimentación)

Modelaje Nasal Pre y post operatorio Ortesis Nasal

Será indicado por el cirujano en el examen inicial. (16)

Psicología

Recién nacido : entrevista con los padres

Objetivos terapéuticos:

- Fomentar la aceptación plena por parte de los padres de su hijo, calmando el impacto emocional del diagnóstico en la familia;
- Promover el desarrollo de una vinculación afectiva normal.
- Entregar a los padres herramientas que les permitan estimular el desarrollo socio-emocional del niño.
- Estimular el compromiso familiar al tratamiento. (ver anexo)

Otorrinolaringología**Evaluación precoz**

Los niños con FLP pueden tener otras anomalías congénitas de las estructuras auditivas y también están sujetos a un aumento de enfermedades del oído. Estos niños son de alto riesgo

Estos niños son de alto riesgo para desórdenes auditivos que podrían ocurrir intermitentemente o llegar a ser permanente, pudiendo ser de mediana severa intensidad. La pérdida de audición puede influir significativamente en forma adversa en el desarrollo del lenguaje, y en la educación y estado psicológico, y eventualmente sobre el nivel social y vocacional. Por estas razones, los niños con anomalías craneofaciales requieren vigilancia audiológica (Philips J, Warren D, & et al.2000)

Período Quirúrgico: desde los tres hasta los seis meses

Cirugía entre los 3 y los 6 meses de edad debido al desarrollo del labio que permite manejar mejor los tejidos, y si el niño padece cualquier otra anomalía, ésta ha tenido tiempo en manifestarse. (10, 11)

(Tr) Anestesiología: evaluación general del paciente (historia clínica y exámenes de laboratorio), manejo intraoperatorio y control post operatorio (dolor y complicaciones según patología).(9)

(Tr) Enfermería: cuidados preoperatorios como examen físico, antropometría, control de signos vitales, período de ayuno, lectura y firma de consentimiento informado y registros. Procedimientos de enfermería post operatorios como inmovilización, curaciones de la sutura labial e indicaciones a la madre sobre alimentación, cuidados de la herida, analgesia y antibióticos.

(Tr) Corrección nasal, dependiendo del crecimiento y severidad, se debe realizar a los 4 años.

Período Post Quirúrgico**Kinesioterapia**

Terapia post operatoria cuyo objetivo es tratar la zona del labio intervenida, se trata la cicatrización según cada caso en particular. Cuando el proceso está en fase de retracción normal, sin adherencias, la terapia se basa en proteger la piel. Las sesiones se realizan semanalmente durante 3 meses posterior a la Cirugía, luego se vuelve a citar cada año a partir de los 3 años hasta los 5 años Si el paciente no acude oportunamente o el control post quirúrgico es tardío hay retracción sostenida y adherencia en los planos labiales, en este caso se indica masoterapia para liberar los planos musculares y mejorar la función. . Es necesario realizar control cicatrizal oportunamente para llevar a cabo las acciones según el caso, permitiendo así la recuperación funcional y estética del labio.(7, 17)

Posterior a la Cirugía se debe realizar un control a los 3 meses por parte del Equipo Quirúrgico

Período Pre - escolar

Corrección nasal: Se deberá realizar a los 4 años, según evolución e indicación.

Odontopediatría basado en la promoción, prevención y recuperación del daño por caries y por enfermedad de encías y periodonto este tratamiento se hace en estrecha coordinación con el Ortodoncista. Se debe evaluar antes de cumplir un año, y en los años: 3, 4, 5, 6, 9, 12 y 15. (ver anexo).

Psicología:

Evaluación del desarrollo y de los estilos de crianza

Objetivos terapéuticos:

- Diagnóstico completo preventivo de la situación del niño y la familia.
- Orientar a los padres respecto de las medidas de estimulación y estilos de crianza.
- Promover y estimular el desarrollo de la autonomía y autoconcepto positivo,
- Preparación para cirugías, de modo que se realicen en un contexto no estresante para el niño. (ver anexo)

Kinesiólogo: seguimiento desde los 3 hasta los 5 años. (7)

Período Escolar

Psicología

A los 6 años: Evaluación integral (intelectual, Emocional)

Objetivos terapéuticos

- Completa evaluación cognitiva, emocional y conductual.
- Es deseable una comunicación directa con la unidad educativa, lo que implica la elaboración de al menos un informe psicológico exhaustivo (relacionado con la problemática), fomentando una adecuada adaptación al sistema escolar.
- El inicio de un proceso terapéutico surge a partir del diagnóstico del niño y de la pesquisa de alguna problemática.

Escolar 8 años: Evaluación autoestima

Objetivos terapéuticos

- Evaluar la autoestima del niño fisurado, implementando en caso que sea necesario las intervenciones terapéuticas oportunas.

Período Adolescencia

Psicología: Evaluación integral .

- Evaluación conductual y emocional, que permita pesquisar las necesidades para una ayuda terapéutica oportuna.
- Evaluación de intereses para llevar a cabo una adecuada orientación vocacional.
- Orientarlos en planificación y proyecto de vida a futuro, que le permita cumplir metas a corto y largo plazo y de este modo, estimular la sensación de satisfacción consigo mismo.
- Promover la aceptación personal (autoestima positiva), la adaptación a su entorno social y el desarrollo de habilidades sociales

En todas las etapas se debe contemplar a la familia y la escuela

CRONOGRAMA ESTIMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIAL

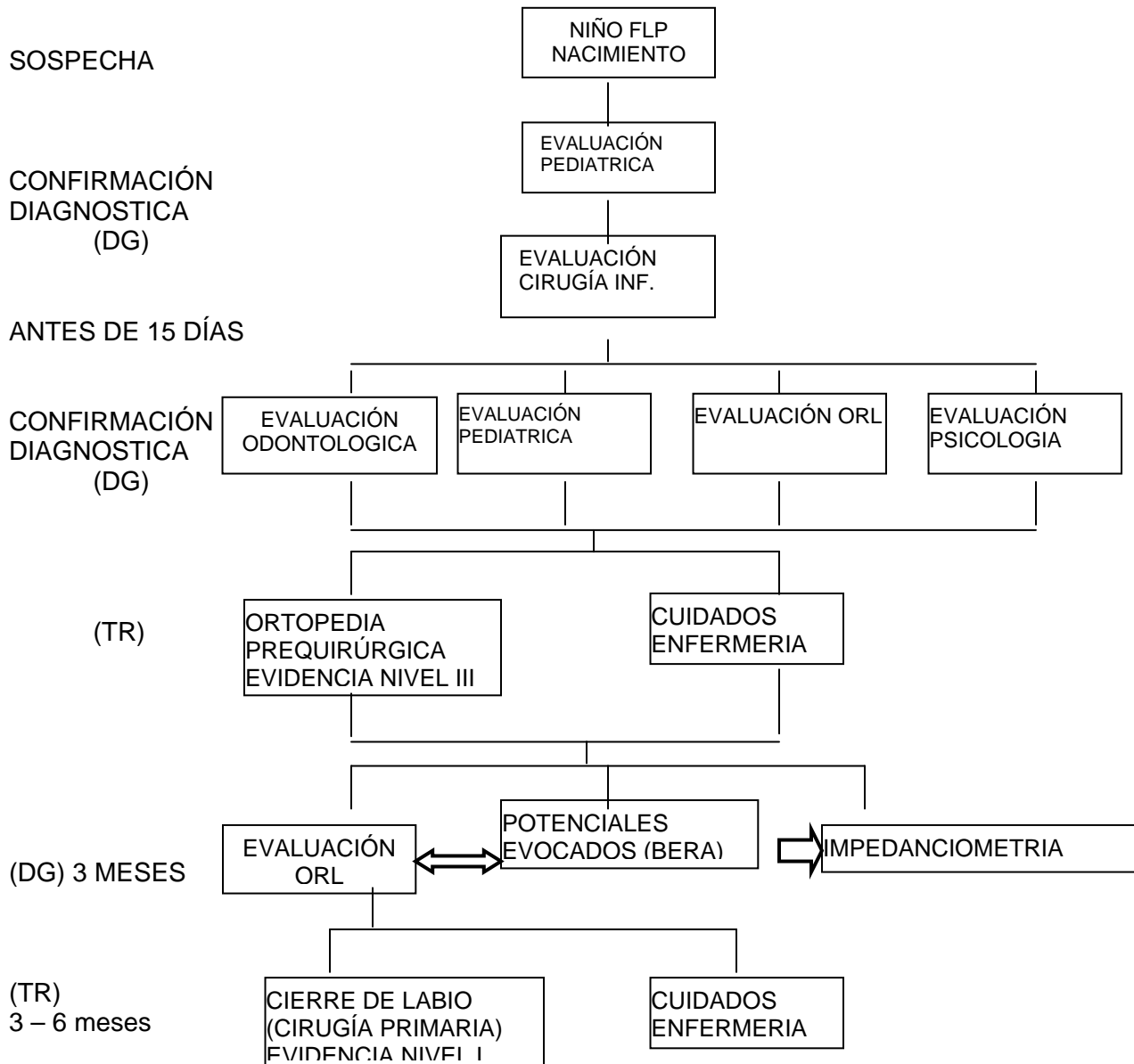
	MESES											AÑOS														
Especialidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

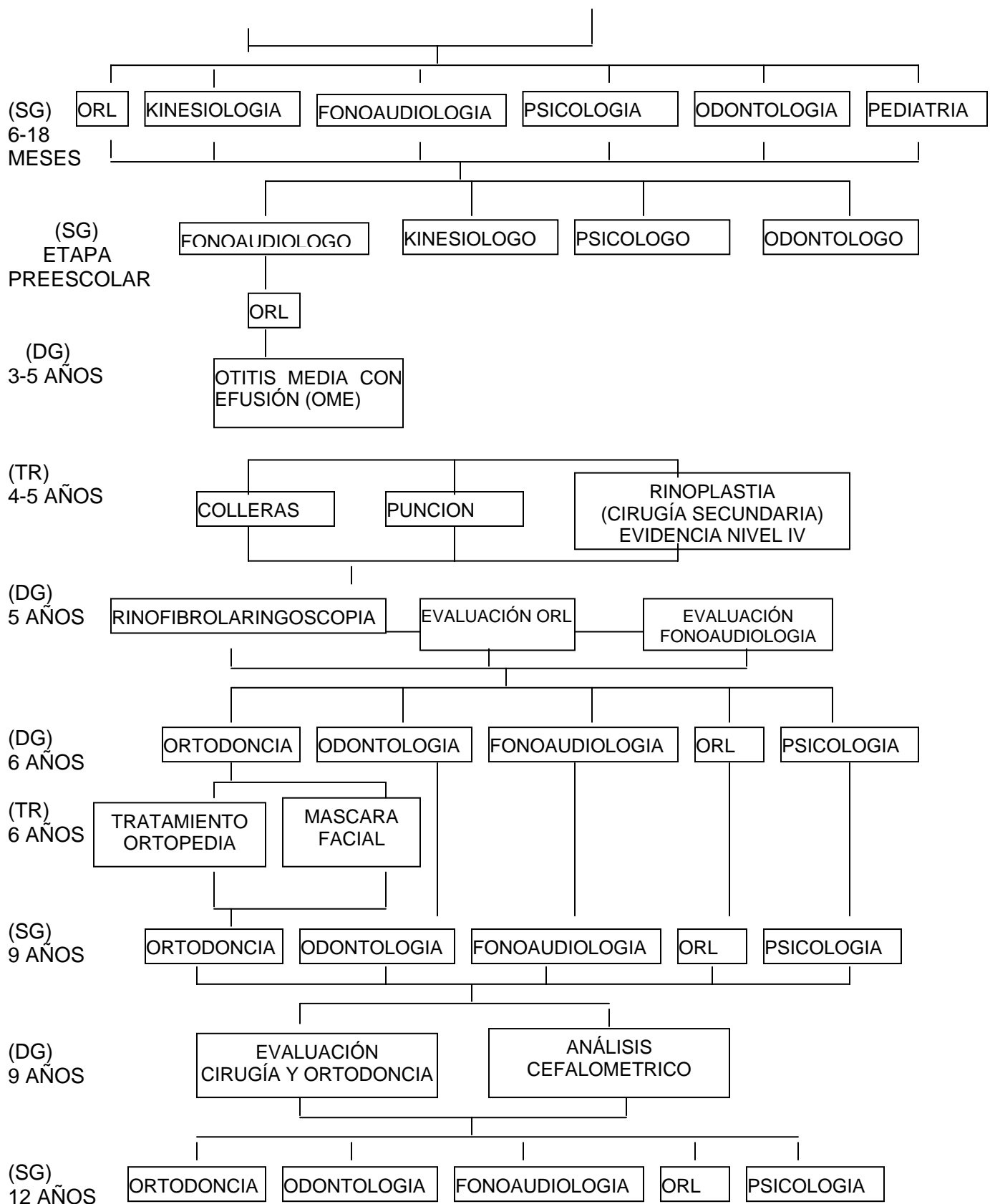
Confirmación diagnóstica	x																						
Psicología	x*									x	x	x			x					x			x
Conformador nasal	x	x	x	x																			
Cirugía				(x)																			
Kinesiología					x	x	x																
Otorrinolaringología		x							x	x	x	x											
Fonoaudiología									x	x	x	x	x	x									
Odontopediatría									x		x	x	x							x			x
Ortodoncia														x	x	x	x	x	x	x			x

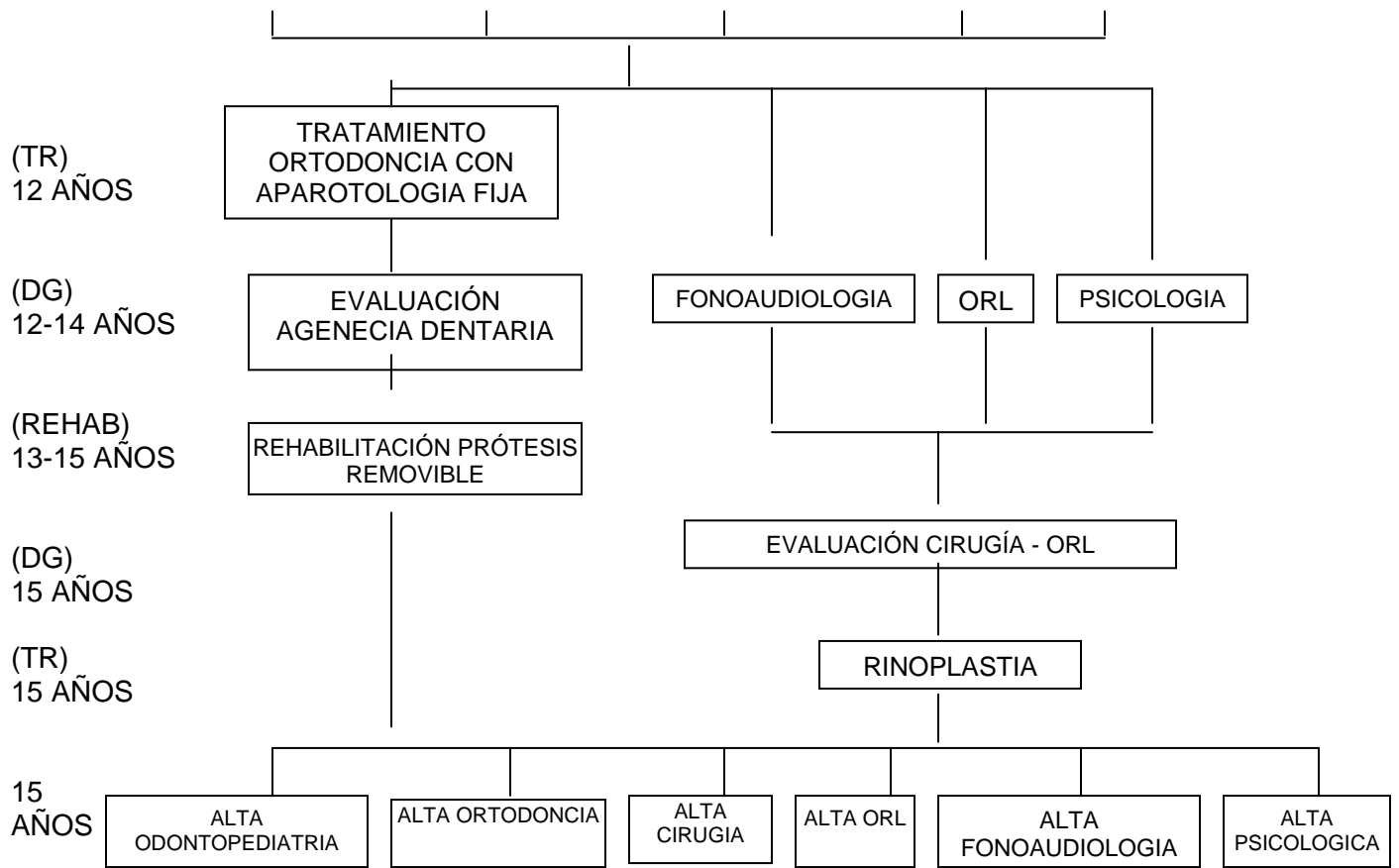
* entrevista a los padres

(x) período entre 3 y 6 meses

9.2 ALGORITMO DE MANEJO DE FISURA LABIAL







10. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE FISURA PALATINA AISLADA

10.1 PLAN DE TRATAMIENTO Y CRONOGRAMA

CODIGO CIE – 10 Q35 Desde Q35.0 hasta Q35.9

DEFINICIÓN

Fisura congénita del paladar blando y/o duro, debido a la falta de fusión.

Incluye fisura del paladar duro y/o blando.

Excluye: fisura del paladar con labio fisurado

Pertenece a esta categoría el 16,4% del total de niños fisurados.

La **fisura palatina** se produce cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando).

El paladar fisurado no es tan perceptible como el labio leporino porque está dentro de la boca. Puede ser la única anomalía del niño, o puede estar asociado con el labio leporino u otros síndromes. En muchos casos, otros miembros de la familia han tenido también el paladar hendido al nacer (3, 11)

Nacimiento

Examen Clínico realizado por Pediatra

Confirmación Diagnóstica

Examen Clínico realizado por Cirujano Infantil, Máxilo facial o Cirujano plásticoa, de acuerdo a la derivación realizada por el equipo pediátrico. Se debe realizar en un plazo máximo de 15 días desde la derivación

Período Pre quirúrgico

La preocupación más inmediata para un bebé que tiene el paladar hendido es la buena nutrición. Para los niños que tienen el paladar hendido la succión es difícil a causa de su mal formación.

Enfermería

Los niños con fisura palatina tienen mayor dificultad para la deglución, por lo tanto, debe supervisarse la técnica de alimentación y el incremento ponderal hasta la cirugía,. Salvo excepciones no debe administrarse la alimentación por sonda nasogástrica, porque es traumático para el niño, puede dañar las mucosas, expone a infecciones, la madre está sometida a un estrés mayor, dificulta la relación madre – hijo y retarda el aprendizaje de otra técnica a futuro. Será indicado su uso por el pediatra al no existir reflejo de deglución, micrognatia severa, otra malformación del tracto digestivo o inmadurez del bebé, en cuyos casos se utilizará sonda nasogástrica con leche materna. Derivación a la enfermera (Control del niño sano) para control y crecimiento del niño hasta la Cirugía.(ver anexo alimentación)

Psicología: Entrevista con los padres.

Objetivos terapéuticos:

- Fomentar la aceptación plena por parte de los padres de su hijo, calmando el impacto emocional del diagnóstico en la familia;
- Promover el desarrollo de una vinculación afectiva normal.

- Entregar a los padres herramientas que les permitan estimular el desarrollo socio-emocional del niño.
- Estimular el compromiso familiar al tratamiento. (ver anexo)

Otorrinolaringología

Evaluación precoz

Los niños con FLP pueden tener otras anomalías congénitas de las estructuras auditivas y también están sujetos a un aumento de enfermedades del oído. Estos niños son de alto riesgo. Estos niños son de alto riesgo para desórdenes auditivos que podrían ocurrir intermitentemente o llegar a ser permanente, pudiendo ser de mediana severa intensidad. La pérdida de audición puede influir significativamente en forma adversa en el desarrollo del lenguaje, y en la educación y estado psicológico, y eventualmente sobre el nivel social y vocacional. Por estas razones, los niños con anomalías craneofaciales requieren vigilancia audiológica (Philips J, Warren D, & et al. 2000)

Fonoaudiólogo : Diagnóstico a los tres meses, trabajo en conjunto con el ORL.

Los pacientes con fisura labiopalatina aislada o asociada a fisura labial, pueden presentar trastornos del habla y voz producto de insuficiencia velofaríngea (IVF), posterior al cierre primario del paladar blando. La sintomatología en términos de resonancia de la voz, errores obligatorios en presencia de IVF y articulaciones compensatorias es variable y su severidad se relaciona con la suficiencia del mecanismo velo faríngeo durante la fonación.

En todos los casos debe realizarse una evaluación fonoaudiológica completa que permita definir la presencia y severidad de la IVF, así como la necesidad de tratamiento. La nasofibroscofia realizada por Otorrinolaringólogo en conjunto con el fonoaudiólogo deberá estar indicada como parte fundamental de la evaluación y tratamiento de los pacientes con fisura velo palatina.

Iniciar programa de estimulación precoz del lenguaje con controles a los tres meses, 6 meses, 9 meses y al año. (ver anexo)

Otorrinolaringólogo: Evaluación a los tres meses.

Impedanciometría: a los 3 meses
Potenciales evocados (BERA), a los 3 meses

Período Quirúrgico

Anestesiología: evaluación cardiopulmonar, revisión de exámenes de laboratorio, anamnesis, manejo intra y control post operatorio (dolor y complicaciones según patologías).(9)

Cirugía:

Cierre de paladar blando aislado : 6 meses (10)

Evidencia grado I, .

Cierre de paladar blando aislado: entre los 6 y los 12 meses (11, 12, 13)

Cierre de paladar duro

De acuerdo a la evaluación clínico quirúrgica del equipo de especialistas, se resolverá en uno o dos tiempos a saber:

Cierre de paladar duro : 15 a 18 meses de vida . (3)

Cierre de paladar completo en un tiempo quirúrgico:

Entre los 12 , 14 hasta los 18 meses de vida. (10,11)

Enfermería

Atención preoperatoria como examen físico, antropometría, control de signos vitales, período de ayuno, lectura y firma de consentimiento informado, y registros, procedimientos de enfermería intra operatorios específicos como inmovilizadores de codo. Cuidados post-operatorios como no tocar la sutura intraoral, sólo beber agua después de cada ingesta (sólo líquidos) e indicaciones a la madre sobre alimentación, analgesia, antibióticos. (ver anexos)

Período pre – escolar

Odontopediatría, tratamiento basado en la promoción, prevención y recuperación del daño por caries y por enfermedad periodontal, este tratamiento se hace en estrecha coordinación con el Ortodoncista. Se debe evaluar antes de cumplir un año. Control frecuente según riesgo, se sugiere cada seis meses.(ver anexo)

Ortodoncia : Dentición temporal: período preescolar Tratamiento Ortopédico-Ortodóncico

Fonoaudiología: controles anuales año 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 años y 15 años.

Los niños con fisura palatina sindrómica presentan más incidencia de retrasos y trastornos del lenguaje receptivos y expresivos, y deben ser considerados de alto riesgo, siendo imprescindible un abordaje fonoaudiológico precoz. Tienen más probabilidades que aquellos con fisura de labio con o sin fisura de paladar.

Estos pacientes pueden presentar trastornos de habla y voz producto de la Insuficiencia Velo Faríngea (IVF) posterior al cierre primario del paladar blando. La sintomatología en términos de resonancia de la voz, los errores en presencia de IVF y articulaciones compensatorias es variable y su severidad se relaciona con la suficiencia del mecanismo velofaríngeo durante la fonación.

En todos los casos debe realizarse una evaluación fonoaudiológica completa, que permita definir la presencia y severidad de la IVF, así como la necesidad de tratamiento. La nasofaringoscopia efectuada por el médico otorrinolaringólogo en conjunto con el fonoaudiólogo deberá ser indicada como parte fundamental de la evaluación de pacientes con IVF (ver anexo).

ORL, Requiere evaluación por parte del ORL + Fonoaudiólogo + Rinofibrolaringoscopia para evaluación de la función del velo del paladar y trabajar en forma Insuficiencia Velofaríngea (SOCHIORL). **(año 1 al año 15)**.

Faringoplastia : 4- 5 años

La Cirugía secundaria de velo y Faringoplastia debido a Insuficiencia Velofaríngea sólo será realizada después de realizada la terapia fonoaudiológica, estudiada la función del velo y realizada la evaluación clínica del ORL , el fonoaudiólogo y el Cirujano. (14,15, 16)

Anestesiología

Evaluación general del paciente (historia clínica y exámenes de laboratorio) manejo intraoperatorio y control post operatorio (dolor y complicaciones según patología)(9)

Enfermería

Cuidados preoperatorios como examen físico, antropometría, control de signos vitales, período de ayuno, lectura y firma de consentimiento informado y registros. Procedimientos de enfermería post operatorios como inmovilización, curaciones de la sutura e indicaciones a la madre sobre alimentación, cuidados de la herida, analgesia y antibióticos.

Psicología: Evaluación del desarrollo y de los estilos de crianza

Objetivos terapéuticos:

- Diagnóstico completo preventivo de la situación del niño y la familia.
 - Orientar a los padres respecto de las medidas de estimulación y estilos de crianza.
 - Promover y estimular el desarrollo de la autonomía y autoconcepto positivo,
 - Preparación para cirugías, de modo que se realicen en un contexto no estresante para el niño.
- Aplicación de: Test Tepsi y pautas ad hoc (ver anexo)

Período Escolar

Odontopediatría, tratamiento basado en la promoción, prevención y recuperación del daño por caries y por enfermedad periodontal, este tratamiento se hace en estrecha coordinación con el Ortodoncista. Se debe evaluar antes de cumplir un año. Control frecuente según riesgo, se sugiere cada seis meses.

Período Escolar

Psicología

A los 6 años: Evaluación integral (intelectual, Emocional)

Objetivos terapéuticos

- Completa evaluación cognitiva, emocional y conductual.
- Es deseable una comunicación directa con la unidad educativa, lo que implica la elaboración de al menos un informe psicológico exhaustivo (relacionado con la problemática), fomentando una adecuada adaptación al sistema escolar.
- El inicio de un proceso terapéutico surge a partir del diagnóstico del niño y de la pesquisa de alguna problemática.

Escolar 8 años: Evaluación autoestima

Objetivos terapéuticos

Evaluar la autoestima del niño fisurado, implementando en caso que sea necesario las intervenciones terapéuticas oportunas.

Ortodoncia

Dentición mixta : 1ª fase periodo escolar: Tratamiento Ortopédico-Ortodónico

Dentición mixta: 2ª fase período escolar Tratamiento Ortopédico-Ortodónico

Fonoaudiología: Tratamiento de habla, voz y lenguaje en **sesiones quincenales o mensuales** según indicación. Evaluación y control de IVF.

Otorrinolaringólogo:

Evaluación y control, impedanciometría y controles anuales. año 1, 2, 3, 4, 5, 6 años.

Período Adolescencia

Odontopediatría, tratamiento basado en la promoción, prevención y recuperación del daño por caries y por enfermedad periodontal, este tratamiento se hace en estrecha coordinación con el Ortodoncista. Se debe evaluar antes de cumplir un año. Control frecuente según riesgo.

Ortodoncia

Dentición permanente: período escolar Tratamiento Ortodónico (Aparatología Fija)

Psicología

Adolescencia: Evaluación integral (idem a Fisura Labial simple)

En todas las etapas se debe contemplar a la familia y la escuela

Evaluación conductual y emocional, que permita pesquisar las necesidades para una ayuda terapéutica oportuna.

Evaluación de intereses para llevar a cabo una adecuada orientación vocacional. Orientarlos en planificación y proyecto de vida futuro, que le permita cumplir metas a corto y largo plazo y de este modo, estimular la sensación de satisfacción consigo mismo.

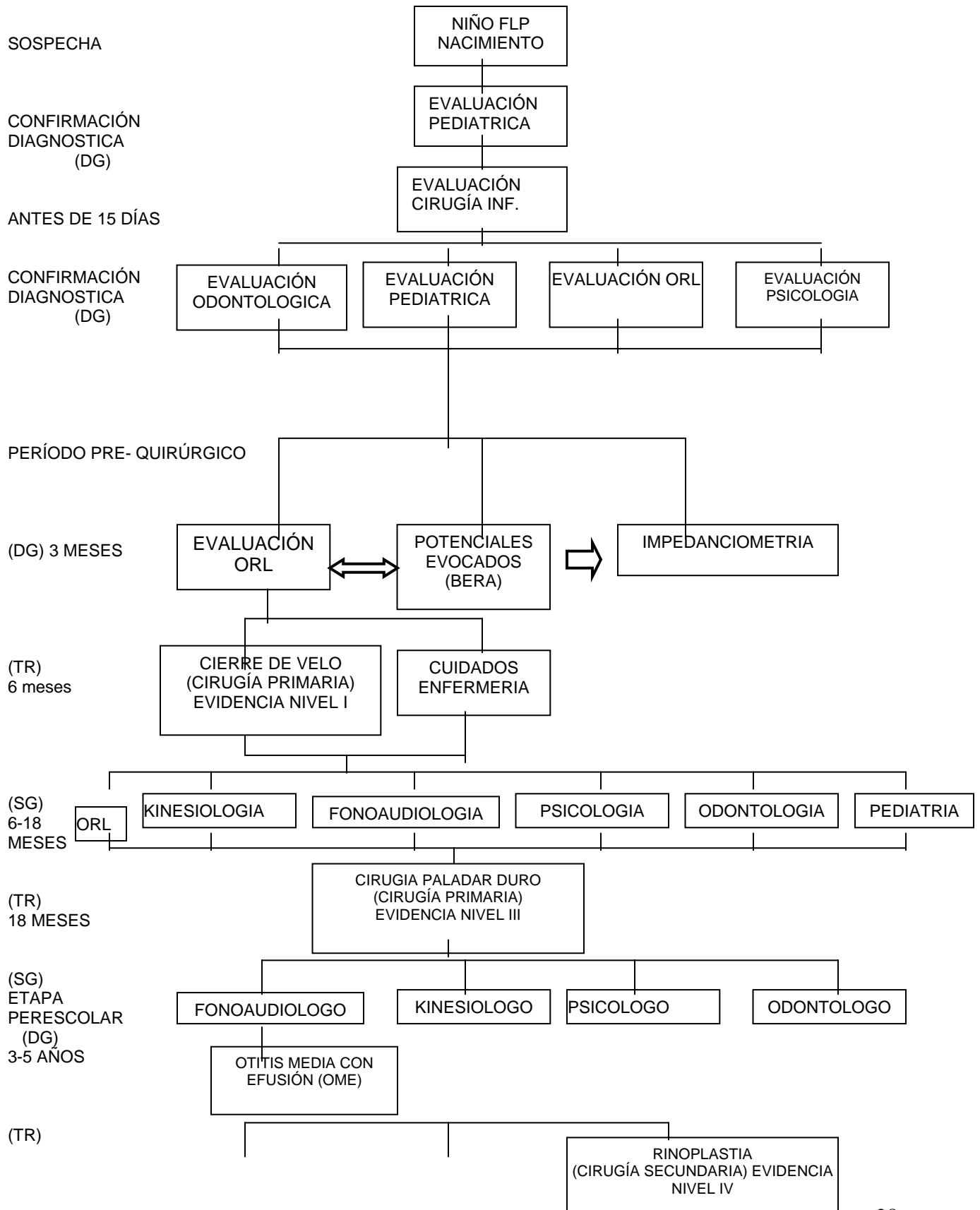
Fomentar la elaboración de las heridas de la imagen corporal, promoviendo la aceptación personal (autoestima positiva), la adaptación a su entorno social y el desarrollo de habilidades sociales. El inicio de un proceso terapéutico surge a partir de un diagnóstico del adolescente y de la pesquisa de alguna problemática.

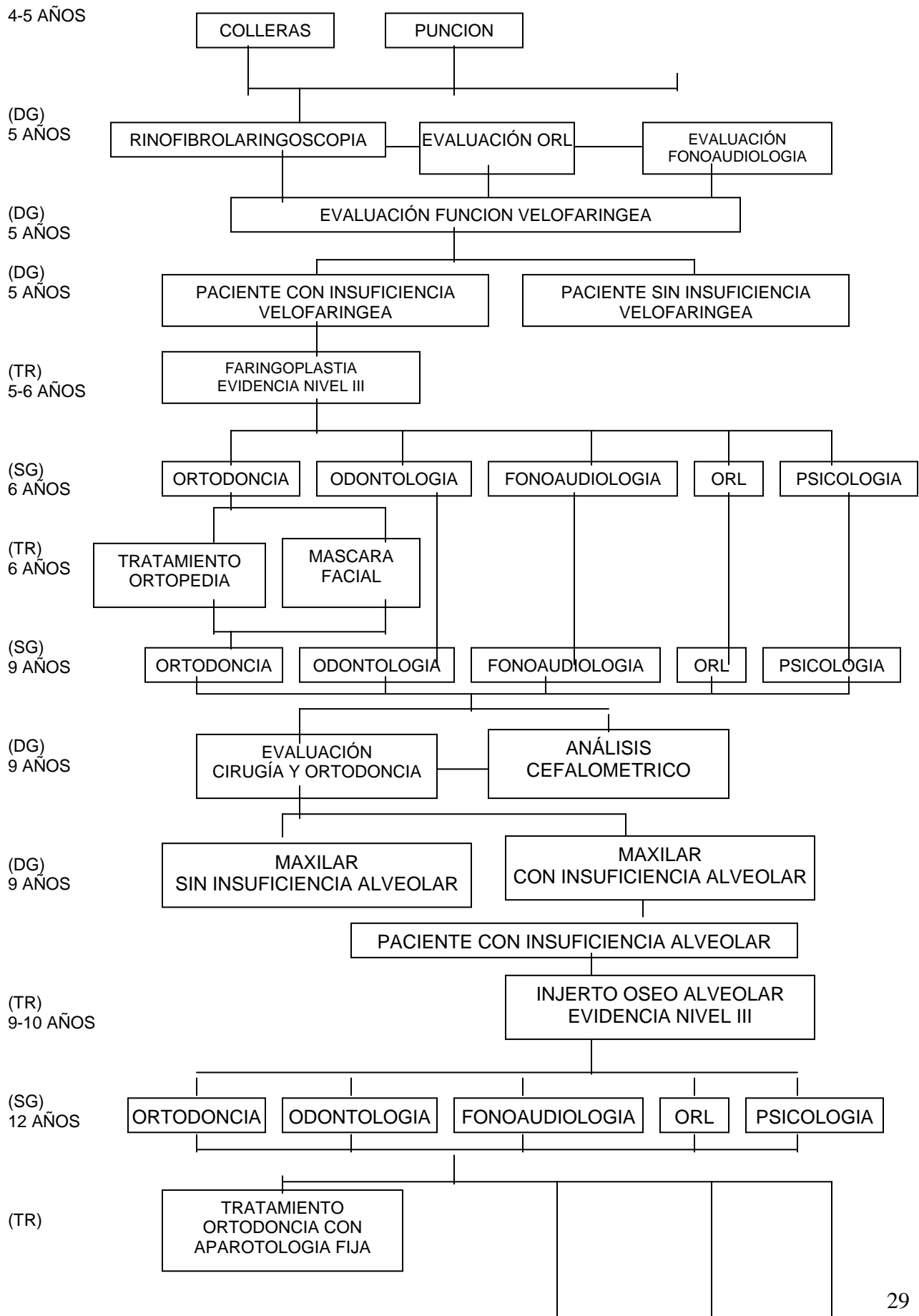
CRONOGRAMA ESTIMADO PARA LA ATENCIÓN FISURA PALATINA AISLADA

Especialidad	MESES											AÑOS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Confirmación diagnóstica	x																										
Psicología	x*												x		x		x			x				x			x
Cirugía						x						x															
Otorrinolaringología			x									x	x	x	x	x	x										
Fonoaudiología			x									x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Odontopediatría												x	x		x		x		x		x		x			x	
Ortodoncia																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

*entrevista con los padres

10.2 ALGORITMO FISURA PALATINA AISLADA





12 AÑOS

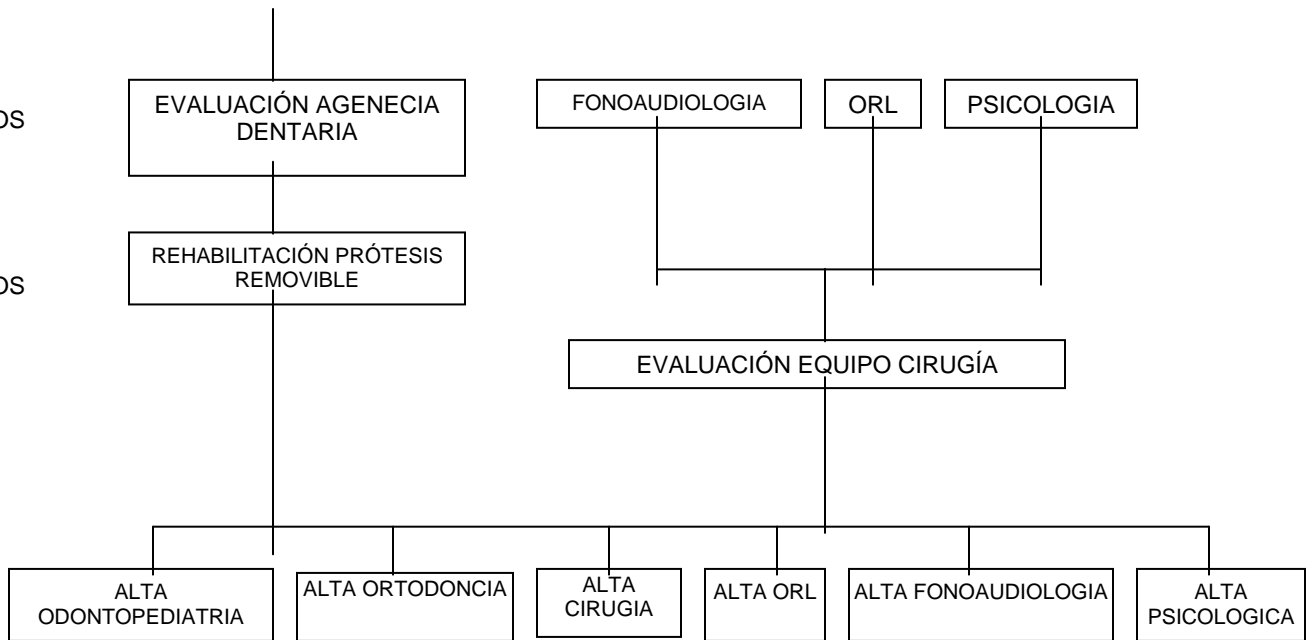
(DG)
12-14 AÑOS

(REHAB)
13-15 AÑOS

(DG)
15 AÑOS

(TR)
15 AÑOS

15
AÑOS



11. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE FISURA LABIO PALATINA

11.1 PLAN DE TRATAMIENTO Y CRONOGRAMA

CIE – 10 : Q37 Desde Q37.0 hasta Q37.9

DEFINICIÓN

Fisura congénita de labio, alvéolo y paladar, debido a la falta de fusión de los procesos maxilares.

Las fisuras labio palatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación. Se manifiestan, por tanto, precozmente en la vida intrauterina. Más específicamente en el período embrionario e inicio del período fetal.

El labio leporino y el paladar fisurado son deformaciones congénitas de la boca y del labio. Existen diversos grados de severidad según la mayor hipoplasia del hueso maxilar subyacente que arrastra al ala nasal en su desplazamiento hacia atrás o hacia la profundidad.

Los protocolos de tratamiento son variados, pero hay ciertos principios generales de tratamiento que se aplican en los principales centros del mundo en lo que se refiere a secuencia y edades operatorias. (1,3,13)

Nacimiento

Examen clínico: Realizado por Pediatra, **evaluación sistémica y derivación.**

Confirmación Diagnóstica:

Examen Clínico realizado por Cirujano Infantil, de acuerdo a la derivación realizada por el equipo pediátrico. Se debe realizar en un **plazo máximo de 15 días desde la derivación.** Deberá realizar la derivación al Odontopediatra u Odontólogo capacitado en Ortopedia Prequirúrgica y designado en la red.

Período Pre - quirúrgico

Enfermería:

Tendiente a promover alimentación adecuada, vigilar riesgo de infecciones de las vías respiratorias altas, cuidados de la herida una vez operada.

Supervisar la técnica de alimentación e incremento ponderal hasta la Cirugía. Propiciar una técnica de alimentación natural respetando el apego y vínculo madre – hijo. Cualquier técnica tomará un tiempo y dedicación mayor. La salida de las gotas de leche por las narinas es natural por la comunicación oro-nasal. La posibilidad de aspiración con una técnica cuidadosa de alimentación es mínima ya que todo recién nacido tiene también su reflejo de tos ante la presencia de cuerpo extraño en la laringe. (ver anexo alimentación)

Ortopedia prequirúrgica:

Realizada por Ortodoncista/Odontopediatra capacitado en ortopedia Prequirúrgica : Evaluación durante los primeros días de nacido.

El modelamiento nasal y alveolar prequirúrgico incluye como sus objetivos el modelamiento activo y reposición de los cartílagos nasales y los procesos alveolares, junto con la elongación de la colmuela deficiente. (18, 19, 20, 27)

La Ortopedia Prequirúrgica - Técnica Grayson, será realizada por Odontopediatra u Ortodoncista capacitado, desde el mes 0 hasta el momento, que éste consigue alinear lo mejor posible, los cartílagos nasales, la colmuela, filtrum y procesos alveolares. En ese momento será derivado a la Cirugía Primaria,.

(ver anexo)

Objetivos:

- Lograr un alineamiento normal de los segmentos maxilares fisurados,
- Acercar los segmentos maxilares, disminuyendo la tensión de las partes blandas, para la reparación del labio y nariz.
- Obtener una plataforma maxilar estable. (18,19,20, 34)

En los casos más severos y calificados Ortopedia Prequirúrgica de Latham en centros formados de la red asistencial.

Psicólogo: Entrevista con los padres.

Objetivos terapéuticos:

- Fomentar la aceptación plena por parte de los padres de su hijo, calmando el impacto emocional del diagnóstico en la familia;
- Promover el desarrollo de una vinculación afectiva normal.
- Entregar a los padres herramientas que les permitan estimular el desarrollo socio-emocional del niño. (ver anexo)

Odontopediatra: Evaluación clínica al nacer, observar presencia de dientes neonatales y/o supernumerarios, continuar con el seguimiento y control permanente.

Otorrinolaringología

Evaluación precoz

Los niños con FLP pueden tener otras anomalías congénitas de las estructuras auditivas y también están sujetos a un aumento de enfermedades del oído. Estos niños son de alto riesgo. Estos niños son de alto riesgo para desórdenes auditivos que podrían ocurrir intermitentemente o llegar a ser permanente, pudiendo ser de mediana a severa intensidad. La pérdida de audición puede influir significativamente en forma adversa en el desarrollo del lenguaje, y en la educación y estado psicológico, y eventualmente sobre el nivel social y vocacional. Por estas razones, los niños con anomalías craneofaciales requieren vigilancia audiológica (Philips J, Warren D, & et al.2000)

Fonoaudiólogo. Evaluación a los 3 meses de edad

Kinesiólogo, se sugiere evaluación previa a la Cirugía.

Período Quirúrgico

Anestesiología

Evaluación general del paciente (historia clínica y exámenes de laboratorio), manejo intraoperatorio y control post – operatorio (dolor y complicaciones según patología)

Enfermería

Atención preoperatoria como examen físico, antropometría, control de signos vitales, período de ayuno, lectura y firma de consentimiento informado y registros. Procedimientos de Enfermería intraoperatorios específicos como colocación de inmovilizadores de codo. Cuidados post operatorios como curaciones, indicaciones a la madre sobre alimentación, analgesia y antibióticos.

Cirugía primaria Fisura labio palatina

Alternativa 1:

Cirugía Cierre Labial (incluye gingivoperiostiotomía si es factible) y corrección nasal,

Cirugía entre los 3 y los 6 meses de edad debido al desarrollado del labio que permite manejar mejor los tejidos, y si el niño padece cualquier otra anomalía esta ha tenido tiempo en manifestarse. **Corrección nasal**, se debe hacer según el crecimiento. (3,6,11,12, 22,23)

Y Cierre de Paladar Duro, se realiza el cierre completo, velo y paladar óseo en un tiempo quirúrgico entre los 12 y los 18 meses. (24,25,26)

Alternativa 2:

Cirugía Cierre Labial (incluye gingivoperiostoplastia si es factible) corrección nasal y Cierre de paladar blando: 6 meses (11, 12,27, 28, 29 y 30)

Cierre de paladar duro: entre los 18 y los 24 meses (28, 29, 30)

Período post – quirúrgico

Kinesioterapia

Terapia post operatoria cuyo objetivo es tratar la zona del labio intervenida, se trata la cicatrización según cada caso en particular. Cuando el proceso está en fase de retracción normal, sin adherencias, la terapia se basa en proteger la piel. Las sesiones se realizan semanalmente durante 3 meses posterior a la Cirugía, luego se vuelve a citar cada año a partir de los 3 años hasta los 5 años Si el paciente no acude oportunamente o el control post quirúrgico es tardío hay retracción sostenida y adherencia en los planos labiales, en este caso se indica masoterapia para liberar los planos musculares y mejorar la función. . Es necesario realizar control cicatrizal oportunamente para llevar a cabo las acciones según el caso, permitiendo así la recuperación funcional y estética del labio.(7, 17)

Control post quirúrgico

Posterior a la Cirugía se debe realizar un control a los 3 meses por parte del Equipo Quirúrgico

ORL: Examen Clínico, Impedanciometría; BERA Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (BERA).

Evaluación al nacer; a los 12 meses; el seguimiento se realizará periódicamente de acuerdo a evolución clínica y protocolo definitivo. (ver anexo).

Período pre – escolar

Odontopediatría, tratamiento basado en la promoción, prevención y recuperación del daño por caries y por enfermedad periodontal, este tratamiento se hace en estrecha coordinación con el Ortodoncista. Se debe evaluar antes de cumplir un año y controlar hasta el año 6.

Ortodoncia : Dentición temporal: período preescolar Tratamiento Ortopédico-Ortodóncico.

Fonoaudiología

Alteraciones fonoaudiológicas según diagnóstico, pacientes con fisura labial, alveolar y/o de paladar duro.

Estos niños no presentan trastornos a nivel de voz y audición derivados directamente de su malformación, ya que se encuentra indemne la musculatura velar que conforma el esfínter velofaríngeo. Los problemas en el habla podrían estar presentes, pero no debidos a IVF, sino secundarios a una reparación deficiente de labio o a alteraciones dento-maxilares donde puede afectarse la articulación de fonemas bilabiales, labiodentales y/o la ejecución de praxias bucolinguofaciales.

Al igual que todos los pacientes fisurados, las familias de estos niños requieren información relacionada con la patología (en el ámbito fonoaudiológico), así como orientación relativa a la estimulación a nivel del lenguaje, el habla y el desarrollo psicomotor que deben entregar a sus hijos.

Pacientes con fisura labio velopalatina

Estos niños pueden presentar todas o sólo algunas de las características descritas para los pacientes anteriores.

A partir del primer año de vida (4 sesiones); año 2 (4 sesiones); año 3 (20 sesiones); año 4 (44 sesiones) ; año 5 (44 sesiones); año 6 (44 sesiones) ; año 7 (22 sesiones); año 8 (22 sesiones); año 9 (16 sesiones); año 10 (16 sesiones); año 11 (4 sesiones); año 12 (4 sesiones) ; año 13 (2 sesiones); año 14 (1 sesión); año 15 (1 sesión).

Adicionalmente estos niños tienen mayor predisposición a presentar **otitis media con efusión, hipoacusia y otitis media crónica** debido a la inserción anormal de los músculos del paladar blando que impiden la apertura y cierre normal de la trompa de Eustaquio. Lo anterior requiere de constante supervisión otorrinolaringológica y de la práctica de exámenes audiológicos realizados por el fonoaudiólogo desde los primeros meses de vida del paciente.

Requiere evaluación por parte del ORL + Fonoaudiólogo + Rinofibrolaringoscopia para evaluación de la Insuficiencia Velofaríngea (**SOCHIORL**). (2- 3 años, año 3)

Cirugía secundaria: Faringoplastia 4-5 años

La Cirugía secundaria de velo y Faringoplastia debido a Insuficiencia Velofaríngea sólo será realizada después de realizada la terapia fonoaudiológica, estudiada la función del velo y realizada la evaluación clínica del ORL , el fonoaudiólogo y el Cirujano. (13,14,15)

Rinoplastia, sólo si es necesario, previa evaluación en conjunto con ORL. 5 años

Período Escolar

Odontopediatría, tratamiento basado en la promoción, prevención y recuperación del daño por caries y por enfermedad periodontal, este tratamiento se hace en estrecha coordinación con el Ortodoncista. Se debe seguir el control durante todo el período de dentición mixta año 7 hasta el año 13 (6 a 12 años de edad)

Ortodoncia . Dentición mixta : 1ª fase periodo escolar: Máscara Facial

Tratamiento Ortopédico-Ortodóncico En relación al tema: "Máscara de tracción frontal" (31, 32)

Período Escolar

Psicología

A los 6 años: Evaluación integral (intelectual, Emocional)

Objetivos terapéuticos

- Completa evaluación cognitiva, emocional y conductual.
- Es deseable una comunicación directa con la unidad educativa, lo que implica la elaboración de al menos un informe psicológico exhaustivo (relacionado con la problemática), fomentando una adecuada adaptación al sistema escolar.
- El inicio de un proceso terapéutico surge a partir del diagnóstico del niño y de la pesquisa de alguna problemática.

Escolar 8 años: Evaluación autoestima

Objetivos terapéuticos

Evaluar la autoestima del niño fisurado, implementando en caso que sea necesario las intervenciones terapéuticas oportunas.

Ortodoncia: Dentición mixta: 2ª fase período escolar : año 10 – año 13 (desde los 9 hasta los 12 años)
Tratamiento Ortopédico -Ortodóncico

Cirugía secundaria

Injerto óseo, sólo en caso necesario, previa evaluación de Cirujano y Ortodoncista, a lo 9 años, antes de la erupción del canino definitivo.(33, 34)

Período Adolescencia

Odontopediatría

Tratamiento preventivo y recuperativo en dentición permanente, fuerte control de placa bacteriana y autocuidado en salud bucal: desde los 12 años en adelante (ver anexo)

Ortodoncia

Dentición permanente: período escolar : 12 años en adelante (año 13)
Tratamiento Ortodóncico, aparatología fija.

Psicología

Adolescencia: Evaluación integral (idem a Fisura Labial)

Prótesis Removible, año 13-14 o 15

Durante la dentición permanente por agenesia diente incisivo lateral superior izquierdo y/o derecho a través de prótesis removible. Se recomienda estudiar la posibilidad de garantizar a los 18 años el o los implantes oseointegrados necesarios para la rehabilitación .

10.1 CRONOGRAMA ATENCIÓN PATOLOGÍA FISURA LABIO PALATINA

Especialidad	MESES											AÑOS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Confirmación diagnóstica	X																										
Psicología	X*												X		X		X			X			X				X
Ortopedia Prequirúrgica	X	X	X	X																							
Cirugía						X						X					X	X									
Kinesiología					X	X	X							X		X											
Otorrinolaringología			X			X			X			X	X	X	X	X	X										
Fonoaudiología			X			X			X			X	X	X	X	X	X										
Odontopediatría	X											X	X		X		X		X		X		X			X	
Ortodoncia																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* entrevista a los padres

11.2 FISURA LABIO PALATINA

SOSPECHA

CONFIRMACION DIAGNOSTICA
(DG)

ANTES DE 15 DIAS

CONFIRMACION
DIAGNOSTICA
(DG)

(TR)

(DG)
3 MESES

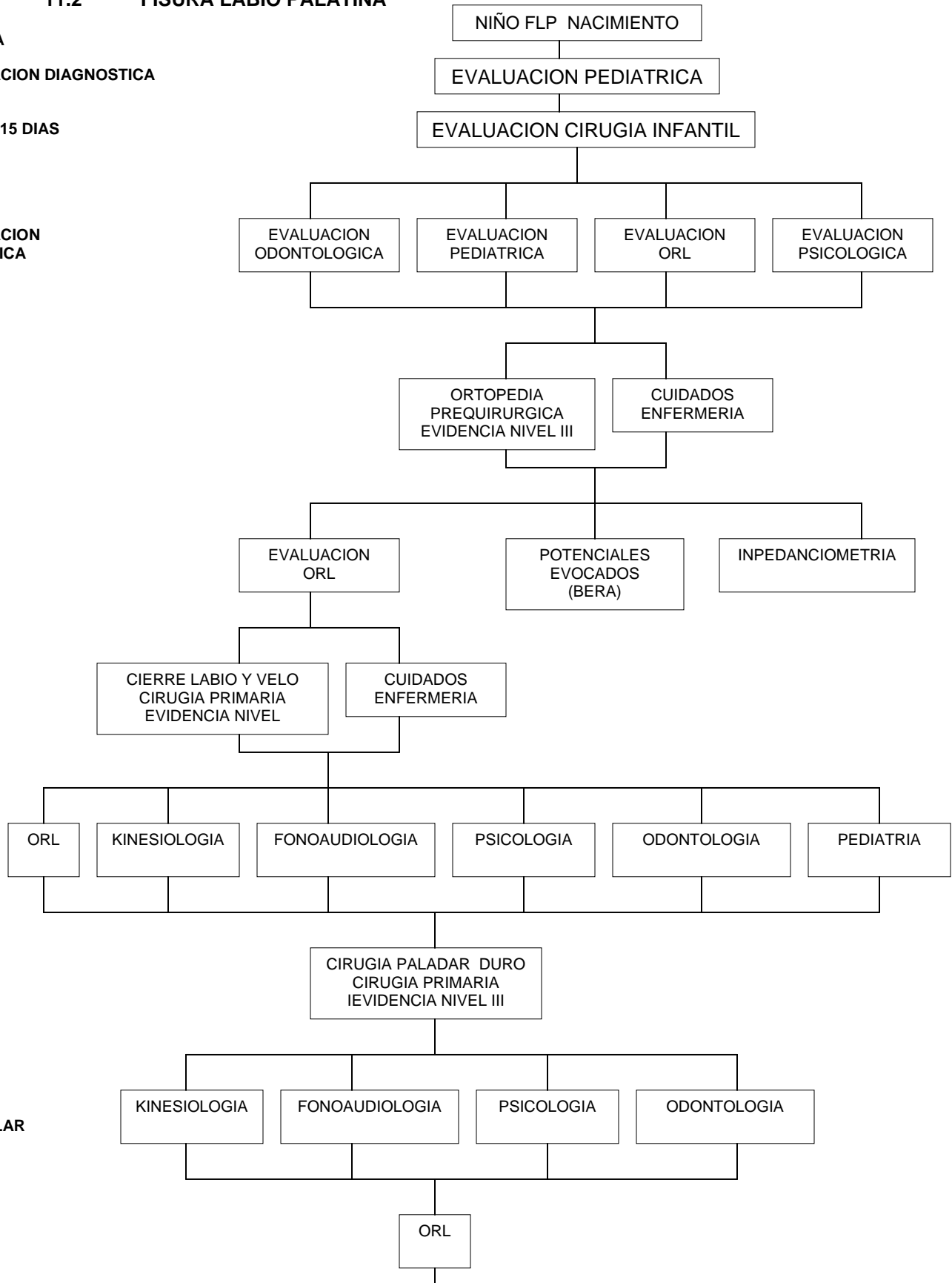
(TR)

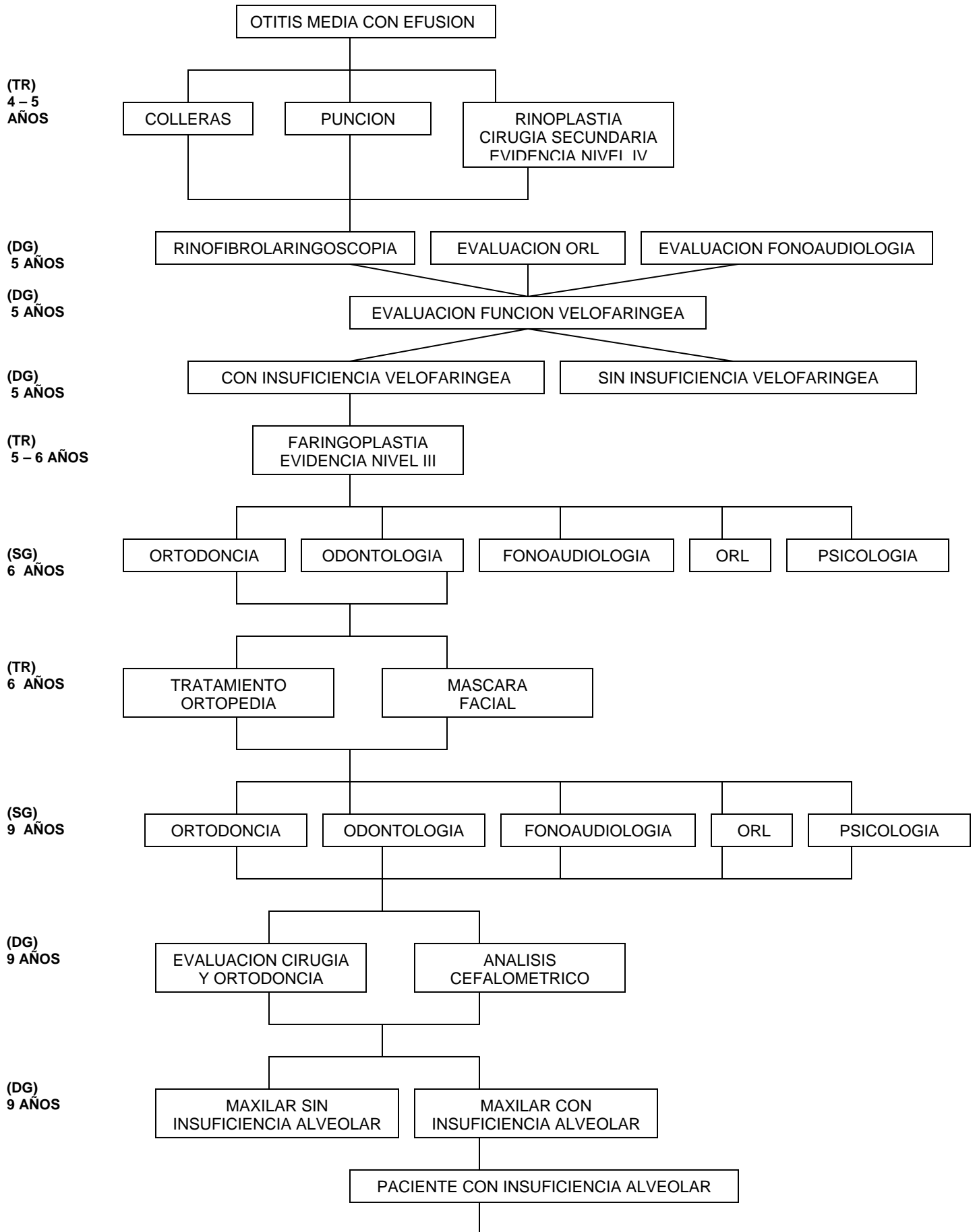
(SG)
6 - 18
MESES

(TR)
18 MESES

(SG)
ETAPA
PREESCOLAR

(DG)
3 - 5
AÑOS





(TR)
9 – 10 AÑOS

INJERTO OSEO ALVEOLAR
EVIDENCIA NIVEL III

(SG)
12 AÑOS

ORTODONCIA

ODONTOPEDIATRIA

FONOAUDIOLOGIA

ORL

PSICOLOGIA

(TR)
12 AÑOS

TRATAMIENTO ORTODONCIA
CON APARATOLOGIA FIJA

(SG)
12 – 14 AÑOS

EVALUACION AGENESIA
DENTARIA

FONOAUDIOLOGIA

ORL

PSICOLOGIA

(REHAB)
13 – 15 AÑOS

REHABILITACION PROTESIS
REMOVIBLE

EVALUACION CIRUGIA - ORL

(DG)
15 AÑOS

RINOPLASTIA

(TR)
15 AÑOS

15
AÑOS

ALTA
ODONTOPEDIATRA

ALTA
ORTODONCIA

ALTA
CIRUGIA

ALTA
ORL

ALTA
FONOAUDIOLOGIA

ALTA
PSICOLOGIA

12 MALFORMACIONES CRANEOFACIALES QUE PRESENTAN FISURAS DE LABIO Y/O PALATINAS

Representan el 9 % del total de las fisuras.

Malformaciones congénitas que presentan fisuras

Síndromes	Afección a nivel de	CODIGO CIE - 10
Pierre Robin	Paladar duro o blando	Q87.05
Treacher Collins o Disostosis Mandíbulofacial	Paladar duro o blando y a veces en el labio.	Q75.4
Displasia Cleidocraneal o Disostosis Cleidocraneana	Paladar duro y blando	Q 74.0
Crouzon	Paladar duro y/o blando	Q75.1
Apert	Paladar blando y a veces paladar duro	Q87.00
Van der Woude	Labio con o sin paladar	Q38.01
Síndrome Velocardiofacial	Paladar duro y/o blando	D 82,1

Criterios de sospecha diagnóstica

Criterio para determinar Fisura Labial Simple; Fisura palatina y Fisura Labio Palatina en las siguientes malformaciones: Síndrome Apert , Síndrome Crouzon , Síndrome Pierre Robin, Síndrome Treacher Collins, Síndrome Van de Woude y Displasia Cleidocraneal : **Examen Clínico realizado por: Pediatra, Neonatólogo o Cirujano Infantil.**

Criterios para confirmación diagnóstica

Cariotipo y ADN en todos los pacientes que presentan fisuras labial y/o palatina en los síndromes antes mencionados.

El protocolo utilizado en estos casos, dependerá de la extensión de la fisura.

Síndrome Pierre Robin: CIE – 10 Q87.05

Desorden autosómico recesivo caracterizado por micrognatia y fisura palatina, a menudo se asocia con glosoptosis, pudiendo comprometer los aparatos cardiovascular y esquelético, órganos de los sentidos y el sistema nervioso. La cara del niño tiene una apariencia de pájaro y la glosoptosis con sus consecuencias respiratorias obligan a traccionar la lengua hacia adelante para que no se asfixie el recién nacido.

Disostosis Mandíbulofacial: CIE – 10 Q87.04

Desorden hereditario que ocurre en 2 formas, la forma completa (Franceschetti's syndrome) fisuras palpebrales oblicuas , micrognatia de los arcos cigomáticos, microfia, crecimiento atípico del cabello. Se transmite como un rasgo autosómico. Su forma incompleta (Treacher Collins syndrome) se caracteriza por las mismas anomalías en menor grado de desarrollo. Ocurre esporádicamente, pero se sospecha una transmisión autosómico

Displasia Cleidocraneal o Disostosis cleido craneana CIE 10: Q 74.0

Rara condición autosómica dominante, en la cual hay defecto en la osificación de los huesos del cráneo con amplias fontanelas y cierre tardío de las suturas, completa o parcial ausencia de clavículas, sínfisis púbica ancha, falanges cortas y anomalías dentales y vertebrales.

Acrocéfalosindactilia o Síndrome Apert CIE – 10 Q87.00

Craneoestenosis caracterizada por acrocefalia y sindactilia, probablemente ocurre por un rasgo autosómico dominante y a menudo como una mutación nueva.

Síndrome Crouzon: Disostosis Craneofacial CIE – 10: Q75.1,

Desorden autosómico dominante caracterizado por acrocefalia, exoftalmia, hipertelorismo, estrabismo, nariz de pájaro, hipoplasia maxilar con marcado prognatismo mandibular.

Van der Woude Syndrome (VWS), CIE – 10: Q38.01

Desorden hereditario, traspasado de padre a hijo a través de los genes. Alrededor del 3% de los pacientes que presentan fisuras tienen un VWS, características, huecos o depresiones en el labio inferior, con o sin fisura palatina; fisura palatina aislada, agenesia dentaria (segundos premolares).

Síndrome Velo cardiofacial CIE- D 82,1 o Anómala Facial Cono truncal o Síndrome de Shprintzen o Di George

El síndrome de velocardiofacial (VCFS, por su sigla en inglés) es un trastorno que se ha asociado con más de treinta características o síntomas que lo identifican. El Síndrome velocardiofacial viene de las palabras latinas “velo” que significa paladar, cardias, corazón y facies relacionado con la cara. No todas estas características se encuentran en cada niño que nace con VCFS. Las características más comunes son palatoquisis (paladar fisurado) defectos del corazón, apariencia facial características, problemas de aprendizaje menor y problemas del habla y de alimentación.

ANEXOS

- Alimentación
- Consentimiento Informado
- Psicología
- Otorrinolaringología
- Fonoaudiología
- Ortopedia Prequirúrgica
- Odontopediatría
- Ficha Clínica
- Bibliografía General

ANEXO 1

Alimentación en el lactante fisurado

El nacimiento de un niño fisurado trae consigo una serie de interrogantes. Una de las más urgentes de solucionar es la relacionada con la necesidad básica de alimentación de éste recién nacido, para que pueda crecer y desarrollarse en forma exitosa.

Es importante recordar que la alimentación de un lactante, no-solo implica entregarle los nutrientes necesarios, sino también generar un espacio de contacto físico grato y relajante, que sea la base de una buena relación afectiva. También es muy importante el contacto visual y acunar al bebe como base de una comunicación temprana

La gran mayoría de los niños fisurados no presenta alteraciones neuro motoras y por lo tanto el reflejo succión deglución está presente en este bebe, como en cualquier lactante sano.

Se debe tener presente que existe diferentes compromisos anatómicos y funcionales, dependiendo del tipo de fisura que presente el lactante, los que si van a tener influencia en la habilidad de éste para alimentarse adecuadamente.

Los bebes con fisuras que comprometen solamente labio, o labio y reborde, no deberían presentar una mayor dificultad para alimentarse directamente del pecho materno, en la medida que se ajuste la técnica de alimentación, para lograr un adecuado sellado del labio sobre el pezón.

Por el contrario, los niños que presenten fisuras completas uni o bilaterales, así como una fisura de paladar, presentarán dificultades en la alimentación, fundamentalmente debido a la imposibilidad de lograr una presión negativa intrabucal suficiente para lograr una buena succión, esto por a la ausencia de una adecuada separación entre la cavidad bucal y nasal.

Para compensar las posibles dificultades, se puede recurrir a:

- Lactancia materna (pecho) con técnica y postura adecuada.
- Leche materna con pecho y/o con mamadera , adecuando la técnica y postura, evaluando los diferentes tipos de mamaderas y chupetes disponibles .
- Alimentación por mamadera mixta (leche materna y formula) o exclusivamente de fórmula, con técnica y postura adecuada, evaluando los diferentes tipos de mamaderas y chupetes disponibles

En todo lactante es normal que se pierda hasta el 10% de su peso al nacimiento, como también es normal este se recuperará entre la 2ª y la 3ª semana de vida. Este periodo de recuperación del peso, en algunos casos toma más tiempo en los niños con fisura, pero se logra mas exitosamente cuando hay una adecuada supervisión y asesoría en la técnica de alimentación ajustada a cada lactante.

Los niños nacidos con síndrome de Pierre Robin, presentan mayor dificultad en su alimentación debido a la gran falta de desarrollo de la mandíbula, lo que incluso genera problemas en su respiración.

Debido a esto, son pacientes que requieren un manejo especial, pudiendo incluso llegar a la necesidad de una distracción ósea mandibular muy temprana.

Posición de alimentación:

El bebe debe estar siempre con la boca más alta que el estómago, idealmente en una angulación de 45° cuando se alimenta con mamadera.

En la alimentación por pecho materno es recomendable que el niño se coloque en una posición semisentado o a horcadas sobre la pierna de la madre. Es de vital importancia que ésta se encuentre cómoda, ya que deberá alimentar a su hijo entre 6 a 8 veces diarias. También se recomienda que el lado fisurado siempre esté bien adosado al pecho materno para promover un buen sellado labios-areola, vale decir, que el niño no debe ser girado de posición cuando se cambia de un pecho al otro.

Una posición adecuada evitará en gran medida la salida de leche a través de la nariz.

Tipos de mamadera:

Existen diferentes tipos de mamadera, entre ellas:

- La Mead Johnson (mamadera exprimible) que incluye un chupete especial.
- La Haberman (especialmente diseñada para lactantes con problemas de alimentación). Esta mamadera presenta un reservorio de leche compresible, que permite ayudar a mantener un flujo adecuado de leche.
- Mamaderas corrientes con chupetes especiales para pacientes fisurados.

Tipos de chupete:

Entre los chupetes existen diferentes tipos, incluyendo aquellos con válvulas para regular el flujo y el acceso de aire durante la alimentación.

Los chupetes pueden ser especiales para fisurados, como los PIGEON que presenta un corte en Y y diferente resistencia a la compresión, o chupetes corrientes con corte en X, corte que se puede agrandar levemente si el caso así lo requiere.

Es importante tener presente que debemos estimular la **succión** del bebe, aunque su proceso de alimentación sea asistido. Cuando el bebe se presente con hambre y en estado de alerta siempre permita que este succione en forma espontánea antes de “ayudarlo”

El proceso de succión permite la disminución de otitis media con efusión por la estimulación del vaciamiento del oído medio, a través de la trompa de Eustaquio. Esto implica que el flujo de leche desde la mamadera debe ser intermitente, generando pausas, que permitan al lactante respirar evitando espasmos (habitualmente comprimir la mamadera 3 tiempos y descansar 2). Es de gran utilidad al utilizar una mamadera exprimible practicar previamente con agua, observando cuanto flujo se genera con la fuerza compresiva que se aplica y también lograr un ritmo acorde al ritmo de succión del lactante, (vale

decir, suficientemente lento para no atorarlo y suficientemente rápido para que no gaste demasiada energía durante el proceso de alimentación).

Uso de placas:

Las placas de ortopedia prequirúrgica forman parte del protocolo de atención del niño fisurado, siendo un elemento no solo importante en el manejo del cierre de la fisura y reubicación de los tejidos blandos, sino también un elemento coadyuvante en el proceso de alimentación. Su uso permite en la gran mayoría de los casos el uso *de mamadera y chupete normal idealmente con corte en Y o X* para un adecuado control del flujo.

En algunos casos de fisuras palatinas, también se puede utilizar placas obturadoras, que se instalan en boca solamente para alimentación, facilitándola, y que deben ser modeladas permanentemente, permitiendo un adecuado crecimiento de las estructuras bucales. La indicación de uso de cualquiera de éstos elementos permite la *alimentación con mamadera y chupete normal*.

Eructar:

Es muy frecuente que los lactantes fisurados traguen gran cantidad de aire durante la alimentación, esto se puede contrarrestar exitosamente, adecuando la técnica de alimentación y también tomando descansos más seguidos durante la alimentación para permitir al bebe eructar el aire tragado y también al final de ésta.

Limpieza:

Es recomendable que tanto la boca como los tejidos circundantes, y la nariz sean higienizados después de cada alimentación para prevenir lesiones y micosis en los tejidos.

Consejos a las madres

- Un niño fisurado, tomará mas tiempo para alimentarse, pero éste no debe exceder los 45 minutos.
- Si va a utilizar una mamadera exprimible, familiarícese con su uso antes de alimentar al bebe.
- La posición para alimentar debe adecuarse a su condición, manteniéndolo semi sentado (45°), y en una posición cómoda para la madre, o persona que alimenta al niño.
- La salida de leche por la nariz habitualmente se debe a una postura inadecuada. Este evento puede generar temor y ansiedad en la madre y el niño, pero no produce dolor en él bebe. Simplemente se debe tomar un descanso, limpiar al niño con un paño, ajustar la postura y continuar con la alimentación
- Un niño con fisura, aprenderá a alimentarse en buenas condiciones, al igual que los demás lactantes, luego de un período de aprendizaje. Para esto es indispensable que la madre esté tranquila.
- Si la decisión es la alimentación con mamadera usted puede lograr un vinculo afectivo igualmente sólido con su hijo. No se sienta culpable y disfrute del tiempo que comparte con él.

Bibliografía

Avedian 1980

Avedian LV, Ruberg RL. Impaired weight gain in cleft palate infants. *Cleft Palate Journal* 1980;17(1):24-26. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Balluff 1986

Balluff MA, Udin RD. Using a feeding appliance to aid the infant with a cleft palate. *Ear, Nose and Throat Journal* 1986;65(7):316-320. [[Context Link](#)]

Chen 1990

Chen HJ, Wang CH, Wang CC, Shieh TY. [A modified technique of obturator fabrication for cleft palate infants] [Chinese]. *Kao-Hsiung i Hsueh Ko Hsueh Tsa Chih [Kaohsiung Journal of Medical Sciences]* 1990;6(10):546-550. [[Context Link](#)]

CLAPA 2001

Cleft Lip and Palate Association. Questions and answers. CLAPA website 2001. [[Context Link](#)]

Clarren 1987

Clarren SK, Anderson B, Wolf LS. Feeding infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal* 1987;24(3):244-249. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Danner 1992. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing* 1992;3(4):634-639. [[Context Link](#)]

Jensen 1983

Jensen BL, Dahl E, Kreiborg S. Longitudinal study of body height, radius length and skeletal maturity in Danish boys with cleft lip and palate. *Scandinavian Journal of Dental Research* 1983;91(6):473-481. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Jocelyn 1996

Jocelyn LJ, Penko MA, Rode HL. Cognition, communication and hearing in young children with cleft lip and palate and in control children: a longitudinal study. *Pediatrics* 1996;97(4):529-534. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Jones 1988

Jones WB. Weight gain and feeding in the neonate with cleft: a three-center study. *Cleft Palate Journal* 1988;25(4):379-384. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Kogo 1997

Kogo M, Okada G, Ishii S, Iida S, Matsuya T. Breast feeding for cleft lip and palate patients, using the Hotz-type plate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 1997;34(4):351-353. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Lee 1997

Lee J, Nunn J, Wright C. Height and weight achievement in cleft lip and palate. *Archives of Disease in Childhood* 1997;76(1):70-72. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Livingstone 2000

Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. *Canadian Medical Association Journal* 2000;162(5):647-652. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Marcovitch 1994

Marcovitch H. Fortnightly review: failure to thrive. *British Medical Journal* 1994;308(6920):35-38. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Nagda 1996

Nagda S, Deshpande DS, Mhatre SW. Infant palatal obturator. *Journal of the Indian Society of Pedodontics & Preventive Dentistry* 1996;14(1):24-25. [[Context Link](#)]

Neiman 1997

Neiman GS, Savage HE. Development of infants and toddlers with clefts from birth to three years of age. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 1997;34(3):218-225. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Richard 1991

Richard ME. Feeding the newborn with cleft lip and/or palate: the enlargement, stimulate, swallow, rest (ESSR) method. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families* 1991;6(5):317-321. [[Context Link](#)]

Shaw 1999

Shaw WC, Bannister RP, Roberts CT. Assisted feeding is more reliable for infants with clefts--a randomized trial. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 1999;36(3):262-268. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Shprintzen 1995

Shprintzen RJ, Bardach J. Cleft Palate Speech Management: a multidisciplinary approach 1995; Mosby, First Edition, St. Louis. [[Context Link](#)]

Speltz 1990

Speltz ML, Arnsden GC, Clarren SS. Effects of craniofacial birth defects on maternal functioning post-infancy. J Pediatr Psychol 1990;15(2):177-195. [[Medline Link](#)] [[Context Link](#)]

Wide Smiles 2001

Wide Smiles. Breastfeeding the cleft-affected newborn and Special considerations of the bottle-fed baby with a cleft. Wide Smiles web site (www.widesmiles.org) 2001. [

K. Moore, TVN Persaud. Embriología clínica. Año 2000. Sexta edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.

- P. Fernandez, E. Caballero, M. T. Lira. Problemas de salud infantil: intervención de enfermería. Año1999. Primera edición. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

- H. Montoya, C. Gazabatt, J. González Nova, A. Catalán. Manual de malformaciones y deformaciones maxilofaciales. Año 1997. Ediciones Universidad de Concepción. Concepción, Chile.]

- R. Behrman, R. Kliegman, A. Arvin. Tratado de Pediatría, V.1. Año 1999. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.

- <http://www.nacersano.org/code/contact/contact.cfm?>

The Children`s Hospital at Westmead & Sydney Childrens Hospital , Randwick 2003

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN:

Conceptualmente el Consentimiento Informado puede definirse como la conformidad o asentimiento del paciente (y/o padre, tutor o encargado) a recibir un procedimiento médico o intervención quirúrgica luego de haber recibido y entendido toda la información necesaria para tomar una decisión libre e inteligente.

La base del fundamento jurídico en que se sustenta esta herramienta médica es el respeto de los derechos personales, ya que el derecho que asiste a los pacientes es poder conocer todo aquello que deseen con el fin de tomar libremente la decisión de aceptar o no la propuesta diagnóstica o terapéutica del médico.

Desde el punto de vista jurídico penal, el consentimiento informado forma parte de la LEX ARTIS. Por ello, la ausencia de éste tiene gran relevancia en casos de resultados negativos; se calificaría como delito culposo de lesiones y el médico incurriría en un delito de lesiones imprudente, salvo que concurriera alguna causa de justificación como error o estado de necesidad.

Si el paciente es menor de edad los padres, parientes o el guardián legal asumen el derecho de firmar. Sin embargo, cuando se trata de una situación de emergencia existe una obligación implícita a realizar o proteger con el tratamiento sin esperar, ya que de lo contrario existe aún más probabilidad de ser demandado por falta de acción (negligencia). En este caso, la mayoría de las cortes judiciales del mundo reconocen que existe un consentimiento inferido o tácito.

(Sociedad de Anestesiología de Chile.)

Recomendaciones generales

Evaluar la legibilidad del texto

Valoración en conjunto con el comité de bioética y redacción conjunta del texto final

Su elaboración es responsabilidad del Servicio clínico y el Comité de Ética.

Los formularios de procedimientos de riesgo deberán ser redactados inicialmente por los profesionales correspondientes

El C.I. se extenderá por duplicado, debiendo quedar una copia en la ficha clínica (Dr. Jaime Jeldres V., comité de ética clínica , Hosp. Puerto Montt, Servicio de Salud Llanquihue)

Ejemplo - Formato Tipo

Información al paciente y sus familiares

Diagnóstico, Tratamiento y pronóstico

La cirugía incluirá la operación de labio y/o paladar, dependiendo del caso . Asociada a la cirugía del labio se efectúa la cirugía nasal primaria reposicionando con diferentes técnicas el cartílago alar deformado.

Pueden ser necesarias cirugías adicionales como cierres de fístulas de paladar, faringoplastía, retoques de labio y nariz, injertos óseos, rinoplastías definitivas y osteotomías maxilares con o sin distracción ósea.

Procedimiento a realizar:

Cirugía primaria o secundaria: cierre de labio, velo , paladar duro, faringoplastía , etc.

Objetivo del procedimiento.

Objetivo es lograr el cierre de la fisura, etc

Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados)

Corregir la deformación, cierre de la fisura labial, cierre del paladar blando, etc.

Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves)

Depresión respiratoria durante el acto quirúrgico, hemorragias, etc

Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponible)
Una alternativa es no realizar la Cirugía con sus correspondientes complicaciones.....

Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento).
De no tratarse el paciente puede sufrir aspiración de alimentos hacia la vía aérea.

Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos
Anestesia general, sedación conciente, etc

Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y post operatorio y para difundir resultados o iconografías en revistas médicas y/o ámbitos científicos

Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la Cirugía.

Qué hacer si necesita más información (a quien preguntar, donde y cómo, información completa y continuada).
Debe contactarse con el equipo quirúrgico del establecimiento.

Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad)
Se le solicitará firmar la NO autorización o rechazo al consentimiento firmado en el documento de Consentimiento Informado.

Si también se niega a firmar, deberá hacerlo un testigo
Se le dejará en libertad para decidir otro tipo de asistencia
En tal caso el paciente deberá solicitar y firmar su alta voluntaria.
Deberá dejarse constancia en la ficha clínica

Con toda esta información el paciente debe ser capaz de tomar una decisión que responda a sus necesidades e intereses, a sus valores, a sus criterios de bien, con respeto a sus temores y esperanzas.

Modelo de consentimiento informado

Modelo básico

Yo....., por el presente consiento que se le efectúe a mi hijo/a....., el o los procedimientos necesarios por padecer de.....
Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que se me propone, incluyendo los riesgos y alternativas disponibles. Estoy satisfecho con las explicaciones y las he comprendido. También consiento la realización de todo procedimiento, tratamiento o intervención adicional o alternativa, que en opinión del doctor....., sean necesarios.
Santiago de Chile....., de..... de 200...
Firma del padre o tutor..... CI.....

Bibliografía – Anexo Consentimiento informado

1. *El Consentimiento Informado. Historia, Teoría y Práctica*. Pablo Simón. Editorial Triacastela. 1ª Edición, Madrid. 2000.
2. Normas y Documentos de Ética Médica. Colegio Médico de Chile (AG) 1977.
3. Documento. Consentimiento Informado. Dra. Teresa Chomalí Kokaly. Coordinadora Técnica de Responsabilidad Médica, Servicio Médico Legal de Chile.
4. *La Peritación Médico-Legal en Medicina Legal y Toxicología*. Gisberg Calabuig JA. 4ª Edición 1991.
5. Selbst S, Murphy S, Korin J. Pediatric Emergency Medicine: Legal briefs. *Pediatric Emergency Care*. June 2001; 17(3): 216-9.
6. ASA Standards Guidelines and Statements, 1991.
7. Clínica Anestesiológica. 8/4 Análisis de los Accidentes Anestésicos. Salvat 1986.
8. Documento "Convención Internacional de los Derechos del Niño" 1989. UNICEF.
9. Servicios Legales. IBS Abogados. Profesor Rodrigo Silva Montes.

ANEXO 3

PSICOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DEL NIÑO FISURADO

Ps. Alfonso Cáceres R.²
Ps. Myriam Lizana V.³

INTRODUCCION

La particular naturaleza de las fisuras congénitas determina que, pese a tratarse de malformaciones “benignas”, los aspectos psicosociales cobren una especial relevancia en su abordaje y tratamiento. En general, entre las diversas filosofías de tratamiento del paciente fisurado existe acuerdo en que, en última instancia, el éxito de una terapia se mide por el grado de adaptación, satisfacción, ajuste, y bienestar interno del paciente. Es por ello que se sugiere la inclusión de un profesional de esta área en el equipo interdisciplinario de tratamiento (American cleft palate – craniofacial association 2001), capacitado para evaluar adecuadamente e intervenir en el momento necesario. Ello, pese a que como se ha establecido, la identificación de variables psicológicas sea muchas veces más compleja que la identificación de variables físicas.

El psicólogo debe intervenir en todas las etapas del tratamiento del paciente fisurado, independiente de cuál sea su patología específica. A continuación se expone un esquema sumario de dicha intervención, a través de las diferentes etapas de desarrollo del paciente.

PERIODO FETAL:

Los avances en los métodos de diagnóstico prenatal han determinado que cada vez sea más común en nuestro país que los padres sepan, antes del nacimiento, que su hijo presentará una malformación como es la fisura labiopalatina. Una entrevista psicológica en este momento puede ayudarles a conocer las dimensiones exactas del problema, enfrentarlo más racionalmente, aliviar el shock inicial, y disponerlos de manera adecuada para el inicio oportuno del tratamiento (Strauss, 2002.)

NACIMIENTO Y LACTANCIA

Si bien es imposible establecer el proceso exacto que viven los padres, debido a que existen distintos factores que influyen como son sus características psicológicas, sus antecedentes personales, sus experiencias vitales, expectativas, relaciones familiares, etc., se han descrito las principales reacciones que presentan los padres al nacer su hijo con una malformación. (Klaus y Kennell, 1981)

El nacimiento de un niño con alguna malformación representa para los padres una situación inesperada que les genera, habitualmente, un gran impacto (Pope, 1999)

Inicialmente, ante el impacto por el nacimiento de un niño con fisura, los padres se encuentran frente a una situación que los desborda, experimentando una mezcla de sentimientos como angustia, culpa, enojo, negación y sobre todo confusión. (Klaus y Kennell, 1981; Madrazo, 1996; Cortés, 1999; Moreno y Terrazas, 2000; Cynkier, 2000-2001) Al nacer un niño fisurado, se suceden en la familia las conocidas etapas: shock inicial, negación de la situación, abatimiento, angustia (Cohen, 1997.)

El nacimiento de un niño con una fisura es análogo desde el punto de vista de los padres y familia al nacimiento de un niño con cualquier anomalía o discapacidad; se trata de un niño no esperado, no

² Fundación Gantz.

³ Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés

anticipado en las fantasías de los padres. En esta situación los padres viven una verdadera situación de duelo por la pérdida del niño perfecto que ellos habían imaginado, donde la realidad no responde a las expectativas de la imagen del niño esperado; (Klaus y Kennell, 1978, 1981; Madrazo, 1996; Cohen, 1997; Otero, 1998-2002;) de este modo, surgen ansiedades respecto al defecto físico, cuestionamientos sobre las causas, pronóstico, y surgen culpas respecto a lo que realizaron o dejaron de realizar durante el embarazo, mientras que simultáneamente deben adaptarse a ese niño extraño.

El desconocimiento complica más a los padres, y a veces, como en toda situación de crisis, es posible que aparezcan rasgos poco adaptativos de personalidad, lo que puede complicar más las relaciones familiares, y en particular el vínculo con el niño. (Speltz et al, 1994.)

Pueden surgir en la mayoría de los padres enfrentados a esta situación la tendencia inmediata a rechazar a su hijo nacido así, por las expectativas no cumplidas del hijo esperado. Este mecanismo, que a veces se vive de manera consciente, pero en la mayoría es inconsciente, es uno de los peligros más serios que enfrenta el niño fisurado en esta etapa, puesto que predispone a que la familia desarrolle un estilo inadecuado de crianza, que impactará negativamente en su desarrollo: rechazo, maltrato, falta de estimulación, sobreprotección, etc. La sobreprotección y limitaciones en la autonomía del niño, que pueden surgir al percibir su fragilidad, afectan su desarrollo al limitar su independencia y su seguridad, y el desarrollo de la confianza en si mismo necesaria para enfrentarse al mundo. (Williams y Morris, 1984; Madrazo, 1996; Corbo y Marimón, 2001; Moreno y Terrazas, 2002).

En el caso que existan en algunos niños dificultades para amamantar la madre sufre otra pérdida, la pérdida de ella como madre en el papel imaginado, de madre como principal proveedora de alimento para el niño y figura de dependencia absoluta para él. (Otero, 1998-2002)

El periodo posterior al parto es un periodo fundamental para el establecimiento del apego madre-hijo (relación fundamental para la satisfacción de las necesidades y la adaptación del niño a su entorno) el cual puede verse interferido por las dificultades para amamantar, el estado emocional de la madre, las expectativas previas, la sensación de incompetencia materna. El amamantamiento es una instancia inicial y clave para establecerlo. (Klaus y Kennell, 1978, Bowlby, 1989; Otero, 1998-2002; Cynkier, 2002)

En este contexto se estima que en este momento este es muy importante una entrevista psicológica (con un número variable de sesiones), en la que el objetivo central sea lograr la aceptación plena por parte de los padres de su hijo, calmando el impacto emocional del diagnóstico en la familia; promover el desarrollo de una vinculación afectiva normal, entregar a los padres herramientas que les permitan estimular el desarrollo socio-emocional del niño y estimular el compromiso familiar al tratamiento, aliviando las culpas al ver la posibilidad de reparación (Montecinos, 1997; Cortés, 1999; Cynkier, 2000-2001; Moreno y Terrazas, 2002.)

Preescolar

Durante este período se debe llevar a cabo una evaluación global del desarrollo y de la situación familiar. Ello, porque es importante detectar déficits, globales y/o específicos: si bien los niños fisurados tienen potencialmente la posibilidad de un desarrollo completamente normal, hay reportes que indican un mayor riesgo de dificultades de diverso tipo: alteraciones a nivel de funciones lingüísticas superiores (Nation et al, 1985; Mederos, 1994), desajustes conductuales, (Tobiasen et al, 1984), dificultades escolares y/o en el aprendizaje escolar (Richman et al, 1982). Por supuesto, en los casos en los que se agregan otras malformaciones, particularmente aquellas que afectan al SNC, aumenta el riesgo de una disminución en el CI.

No obstante, los niños con fisura labial y/o palatina no presentan dificultades de inteligencia y por tanto presentan todas las condiciones para lograr un buen rendimiento escolar. (McWilliams et al, 1979; Williams y Morris, 1984; Varas et al, 1986; Madrazo, 1996; Corbo y Marimón, 2001; American Cleft Palate-Craniofacial Association, 2002)

Sin embargo, los niños fisurados se pueden ver influenciados por una multiplicidad de factores, presentan dificultades en su lenguaje, deben comprometerse a un tratamiento integral y extenso en el tiempo y por lo general, se enfrentan a un ambiente social cargado de burlas, rechazo y etiquetas, producto de su imagen corporal o su dificultad para expresarse con claridad. (Madrazo, 1996; Montecinos, 1997)

También en este período puede haberse instalado un estilo inapropiado de crianza, dentro de lo cual la sobreprotección y sus diversas derivaciones ya puede estar ejerciendo un efecto negativo sobre el niño: éste ya puede presentar déficits en habilidades sociales, que son el requisito para otras, de nivel superior, se ve limitado en experiencias que son normales en los niños de su edad, adquiere una visión poco realista del mundo. Un ejemplo: una proporción significativa de niños fisurados no asisten al jardín infantil, pudiendo obviamente hacerlo (Navarro et al, 2001), siendo muy importante que estos niños tengan escolaridad temprana: sería beneficioso que ingresaran desde los dos o tres años al sistema escolar, con el fin de estimular su desarrollo social y su lenguaje al intercambiar experiencias con otros niños y adultos (Cynkier, 2000-2001)

Es por lo anterior, y dentro de un enfoque preventivo, que se debe hacer en este período un diagnóstico completo de la situación del niño, con el fin de orientar adecuadamente a los padres respecto de las medidas de estimulación, estilos de crianza adecuados, promover y estimular el desarrollo de la autonomía y autoconcepto positivo, cambios en el hogar y/o tratamiento que sean pertinentes, como puede ser la preparación para cirugías, de modo que se realicen en un contexto no estresante para el niño.

Escolar 6 años

El ingreso al colegio es un momento muy significativo para el niño fisurado, pues marca el momento en el que debe salir de la seguridad de su hogar para enfrentar un medio desconocido, para el que muchas veces no cuenta con todas las destrezas necesarias para operar con eficiencia. Es a partir de este período escolar en que comenzarían a hacerse evidentes, en muchos niños fisurados, alteraciones de tipo psicológico (conductual y/o emocional.) Ello, porque muchas veces en el colegio enfrenta por primera vez el rechazo y la segregación, hecho fundamentado en los estereotipos culturales de belleza imperantes y de rechazo a la diferencia (Tobiasen, 1984.)

Entonces, al insertarse en un ambiente hostil y careciendo de recursos para enfrentarlo, es habitual que el niño desarrolle un estilo conductual caracterizado por la timidez, la inhibición y el retraimiento. Esto, más que una respuesta exclusivamente patológica, se ha interpretado como un mecanismo de defensa que el niño construye como una forma de evitar las agresiones (Richman, 1982.)

Emocionalmente se han observado en los niños fisurados dificultades con su imagen corporal, con una inadecuada autoestima e identidad personal, posiblemente asociada a las frecuentes miradas de curiosidad y poco agrado que reciben desde su nacimiento de adultos u otros niños, tendiendo a sentir rechazo, inseguridad y desconfianza en su relación con el medio; además muestran un déficit en sus habilidades sociales, pudiendo ser agresivos o inhibidos, dificultando su adaptación al medio escolar (Williams y Morris, 1984; Madrazo, 1996; Montecinos, 1997; Corbo y Marimón, 2001)

También hay evidencia que indicaría que los niños fisurados estarían expuestos a un fracaso escolar significativo (Broder et al, 1998), pese a no presentar, primariamente, un menoscabo en su CI. Algunos estudios han demostrado que los niños fisurados presentan un alto porcentaje de repitencias, repetidos cambios de colegio, notas regulares; también se ha podido establecer que los padres habitualmente tienden a anticipar dificultades al ingresar el niño al colegio, pese a lo cual tienden a no buscar ayuda (Cáceres et al, 1988.)

Es por lo anterior que se estima que en esta etapa se debe someter al niño a una evaluación integral intelectual (que incluya un análisis de funciones cognitivas), emocional y un análisis conductual que incluya entrevistas con los padres y registros escritos (pautas) por parte de los profesores. Es deseable una comunicación directa con los responsables de la situación escolar, lo que implica la elaboración de al

menos un informe psicológico exhaustivo, remitido a la unidad educativa, fomentando una adecuada adaptación al sistema escolar, el desarrollo de habilidades sociales y un autoconcepto positivo.

Escolar 8 años

Los años de la niñez media marcan otro momento significativo para el niño, pues es el momento en que su egocentrismo comienza a disminuir, comienza a descentrarse, y empieza a observar más objetivamente la realidad y a considerar los puntos de vista de los otros, los que para el niño adquieren una enorme importancia (Piaget, 1986.)

Si el niño evalúa que la visión de los demás hacia él es negativa, con facilidad la integrará en si mismo, haciendo que su autovaloración se vea deteriorada. Existe una abundante evidencia que apuntaría a que la autoestima de los niños fisurados es negativa (Richman, 1983; Kapp – Simon 1986), lo que es un dato inquietante si se consideran las relaciones que existen entre autoestima y diversos aspectos del funcionamiento psicológico: ajuste, rendimiento académico, autonomía, satisfacción general, etc.

Los pares cobran una gran relevancia en la formación del autoconcepto y la autoestima, ya que son la base de comparación del niño, y el contexto donde se ejercitan las habilidades sociales, siendo aquí donde las diferencias individuales cobran relevancia, ya que en la medida que el niño se sea aceptado o rechazado puede lograr un sentido de pertenencia o marcar aún más sus diferencias.

A partir de los 8 años entonces se sugiere evaluar la autoestima del niño fisurado, para implementar en caso que sea necesario las intervenciones que ayuden al niño: psicoterapia, intervención familiar, sugerencias de cambios en el ambiente escolar.

Adolescencia

Los cambios tanto físicos como psicológicos que tienen lugar en la adolescencia y las diversas experiencias por las que atraviesa el adolescente tienen gran influencia en el autoconcepto y autoestima, siendo importante la calidad de las relaciones familiares, la calidez afectiva brindada por los padres, la calidad de las relaciones sociales y más particularmente en el caso de las adolescentes, la apariencia física.

La carencia acumulada de habilidades sociales que el paciente fisurado experimenta durante la infancia, haría crisis al comenzar la adolescencia, momento en el que el área social y la vida de relación adquieren una importancia máxima. Nuevamente se trata de un período crítico, donde el joven fisurado estaría expuesto a presentar diversas alteraciones, del ánimo y conductuales. En ese sentido, hay evidencia que apuntaría a que el joven fisurado tendría más dificultades en el área social (menos amigos, menos relaciones de pareja, mayor dependencia de la familia de origen), más dificultades de adaptación en general, menor calidad de vida, y menor autoestima, que sus pares no fisurados (Peter et al, 1975; Sarwer et al, 1999; Berk et al, 2001)

Es por ello importante realizar una evaluación conductual y emocional, que permita pesquisar las necesidades para una ayuda terapéutica oportuna (Kapp – Simon, 1995) También, al finalizar la enseñanza media, es conveniente realizar una evaluación de intereses para llevar a cabo una adecuada orientación vocacional, puesto que está comprobado que la inserción al mundo laboral es otro momento crítico dentro del desarrollo de la persona con fisura.

Así, es importante orientarlos en la planificación y proyecto de vida a futuro, que le permita cumplir metas a corto y largo plazo y de este modo, estimular la sensación de satisfacción consigo mismo.

En esta etapa el apoyo no solo es importante respecto de la reconstrucción física sino que también de la emocional al elaborar las heridas en su imagen corporal, promoviendo la aceptación personal del adolescente que le permita enfrentarse de una manera más adaptativa a su entorno social, elaborando las

emociones asociadas a su experiencia vital, y de esta forma estimular el desarrollo de una autoestima positiva. A continuación se resumen las intervenciones psicológicas sugeridas a realizar de acuerdo a las etapas vitales del niño fisurado, independientes de las intervenciones realizadas de acuerdo a la demanda individual de cada caso, serían las siguientes.

Edad	Diagnóstico	Intervención	Test indicados
Preescolar (2 – 5 años)	Evaluación del desarrollo, y de los estilos de crianza	<p>Diagnóstico completo preventivo de la situación del niño y la familia. Orientar a los padres respecto de las medidas de estimulación y estilos de crianza. Promover y estimular el desarrollo de la autonomía y autoconcepto positivo, Preparación para cirugías, de modo que se realicen en un contexto no estresante para el niño.</p> <p>El inicio de un proceso terapéutico surge a partir del diagnóstico del niño y de la pesquisa de alguna problemática.</p>	Tests: EEDP; Tepsi, Denver, Escala de Madurez Social Vineland, WPPSI, pautas Ad Hoc.
Escolar 6 años	Evaluación integral (intelectual, Emocional)	<p>Completa evaluación intelectual, emocional y conductual. Es deseable una comunicación directa con la unidad educativa, lo que implica la elaboración de al menos un informe psicológico exhaustivo, fomentando una adecuada adaptación al sistema escolar.</p> <p>El inicio de un proceso terapéutico surge a partir del diagnóstico del niño y de la pesquisa de alguna problemática.</p>	Tests: WISC, Bender Koppitz, Raven, THP, figura humana, familia, Cat A, Cat H, Z, Rorschach
Escolar 8 años	Evaluación autoestima	<p>Evaluar la autoestima del niño fisurado, implementando en caso que sea necesario las intervenciones terapéuticas oportunas.</p>	Tests: Piers – Harris, HTP, escalas Ad Hoc
Adolescencia	Evaluación integral y de Pd Evaluación de intereses	<p>Evaluación conductual y emocional, que permita pesquisar las necesidades para una ayuda terapéutica oportuna. Evaluación de intereses para llevar a cabo una adecuada orientación vocacional. Orientarlos en planificación y proyecto de vida a futuro, que le permita cumplir metas a corto y largo plazo y de este modo, estimular la sensación de satisfacción consigo mismo. Fomentar la elaboración de las heridas en la imagen corporal, promoviendo la aceptación personal (autoestima positiva), la adaptación a su entorno social y el desarrollo de habilidades sociales</p> <p>El inicio de un proceso terapéutico surge a partir del diagnóstico del adolescente y de la pesquisa de alguna problemática.</p>	Tests: Rorschach, Z, Pillipson, TAT, HTP, Edwards, cuestionarios de intereses, WAIS.

RESUMEN

De este modo, la importancia de la orientación psicológica, radica en el ayudar a que las personas con fisura se sientan mejor consigo mismas, aliviando sus preocupaciones en torno a las relaciones con otros, la apariencia física, la satisfacción laboral y conseguir metas a largo plazo. (American Cleft Palate-Craniofacial Association, 2001, 2002)

Un proceso terapéutico se iniciará en la medida que se pesquisen problemáticas, a través de la realización de las evaluaciones psicológicas determinadas anteriormente para cada edad y a través de la derivación del equipo multidisciplinario que atiende al niño fisurado. Así también de la demanda de atención psicológica espontánea por parte del paciente o su familia.

Se realizan sesiones de 45 minutos, con una frecuencia semanal y un número mínimo de 12 sesiones por paciente, dependiendo del tipo de problemática a tratar y del cumplimiento de los objetivos propuestos. Siendo fundamental el seguimiento posterior especialmente cuando se pesquisen dificultades de adaptación escolar.

Las intervenciones a realizar para cumplir con los objetivos terapéuticos pueden describirse en:

Evaluación y diagnóstico psicológico

Psicoterapia individual.

Psicoterapia de apoyo familiar.

Intervenciones Psicosociales Grupales

Educación de grupo

Se enfatizará el trabajo en equipo, con todos los profesionales a cargo de la atención integral del paciente, lo que permitirá brindarle al niño un tratamiento integral y la detección precoz y oportuna de problemáticas psicosociales que necesiten de intervención.

BIBLIOGRAFÍA PSICOLOGÍA

American cleft palate – craniofacial association (2001) *Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies* (se puede bajar una copia desde el sitio WWW.acpa-cpf.org)

A los padres de los bebés recién nacidos con labio hendido y paladar hendido (2001). WWW.acpa-cpf.org)

Tratamiento para adultos con labio hendido y paladar hendido (2001). WWW.acpa-cpf.org)

Berk, N; Cooper, M; Liu, Y; Marazita, M *Social anxiety in chinese adults with oro – facial clefts*. Cleft – Palate craniofacial journal 2001; 38: 126 – 133.

Broder, H; Richman, L; Matheson, P *Learning disability, school achievement, and grade retention among children with cleft: a two – center study*. Cleft – Palate craniofacial journal. 1998; 33: 127 – 131.

Bowlby, J *Una base segura*. Buenos Aires, Ed. Paidós; 1988.

Cáceres, A, Mederos, J. *Aspectos psicológicos del niño portador de fisura labio-alvéolo-palatina en edad escolar*. Trabajo presentado al primer congreso latinoamericano de fisuras labiopalatinas y anomalías craneofaciales. Santiago; 1988

Cynkier, L: *Fisura Labio Alvéolo Palatina. Aspectos Psicológicos*. Fundación Piel. Argentina; 2000-2001.

Cohen, M. *The child with multiple birth defects*. Oxford; Oxford university press, 1997.

- Corbo, M., Marimón, M** *Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que deben conocer en la atención primaria de salud.* Revista cubana med. Gen. Integral. 2001; 17: 379-385.
- Kapp-Simon, K.** *Self-concept of primary-school-age children with cleft lip, cleft palate, or both.* Cleft palate journal 1986; 23: 24-26.
- Kapp-Simon, K.** *Psychological interventions for the adolescent with cleft lip and palate.* Cleft – Palate craniofacial journal 1995; 32: 104 – 108.
- Klaus, M., Kennell, J.** En **Klaus, M. , Fanaroff, A.** *Asistencia al recién nacido de alto riesgo.* Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1981.
- Klaus, M. y Kennell, J.** *La relación madre e hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia.* Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1978.
- Madrazo, M.** *Repercusiones emocionales del labio-paladar-hendido tanto en niños como en sus familias.* Publicación de internet. Información selectiva, S.A. de C.V. México, 1986.
- McWilliams, B, Matthews, H.** *A comparison of intelligence and social maturity in children with unilateral complete clefts and those isolated cleft palates.* Cleft palate journal 1979; 16: 363-372.
- Mederos, J.** *Relaciones entre lenguaje y pensamiento en niños con fisura labiopalatina.* Tesis para optar al grado de magíster en educación. Universidad metropolitana de ciencias de la educación, 1994.
- Montecinos, G.** *El niño fisurado: un problema multidisciplinario.* Pediatría al día, 1997; 13: 202-206.
- Moreno, M. Terrazas, J.** *Programa de tratamiento integral de pacientes con fisura labio-palatina y otras anomalías craneo-faciales.* Rotary Club Grigotá, Bolivia. Centro Hospitalario de convenio PROSALUD. Publicación en Internet, 2000.
- Nation, J, Wetherbee, M.** *Cognitive-communicative development of identical triplets, one with unilateral cleft lip and palate.* Cleft palate journal 1985; 22: 38-50.
- Navarro P., Núñez C., Saavedra I., Toro M.:** *Temores y preocupaciones de padres de niños con fisura congénita en edad preescolar.* Seminario para optar al título de educadora de párvulos, IP Los leones, 2001.
- Otero, M.** *El mundo de la lactancia materna y la salud materno infantil: Artículo: labio leporino y Paladar hendido.* WWW.Wildesmile.org. (1998-2002)
- Peter, J; Chinsky, R; Fischer, M:** *Sociological aspects of cleft palate adults.* Cleft palate journal. 1975; 12: 193 – 197.
- Piaget, J:** *Seis estudios de psicología.* Ed. Seix barral, Barcelona, 1986.
- Pope, A.:** *Points of risk and opportunity for parents of children with craniofacial conditions.* Cleft – Palate craniofacial journal; 1999; 36: 36 – 39.
- Richmann, L, Eliason, M.** *Psychological characteristics of children with cleft lip and palate: intellectual, achievement, behavioral, and personality variables.* Cleft palate journal 1982; 19: 249-256.
- Sarwer, D et al:** *Adult psychological functioning of individuals born with craniofacial anomalies.* Journal of plastic and reconstructive surgery 1999; 103: 412 – 418.
- Speltz, M, Greenberg, M, Endriga, M, Galbreath, H.** *Developmental approach to the psychology of craniofacial anomalies.* Cleft palate-craniofacial journal 1994;

31:61-67.

Strauss, R. *Beyond easy answers: prenatal diagnosis and counseling during pregnancy.* Cleft palate journal 2002; 39: 164-168.

Tobiasen, J. *Psychosocial correlates of congenital facial clefts: a conceptualization and model.* Cleft palate journal 1984; 21: 131-137.

Williams, Mc., Morris, S. *Cleft palate speech.* Ed. Decker. Toronto. Philadelphia, 1984.

ANEXO 4

PROTOCOLO DE MANEJO OTORRINOLARINGOLÓGICO PACIENTE CON FISURA PALATINA: COMISIÓN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Dras Carolina Der, Ana María Contador, Maritza Rahal, Urzula Zelada y Dr. David Jofré,

1.- Definición del problema:

Existe una clara y definida asociación entre la presencia de fisura palatina en cualquiera de sus formas y patología otorrinolaringológica.(ORL)

Los problemas fundamentales que se consideran, por constituir elementos destacados asociados con alteraciones en el desarrollo general y cognitivo de los niños fisurados; así como causantes de secuelas y complicaciones graves, son: Hipoacusia, Otitis media con efusión (OME) y Alteraciones del desarrollo del lenguaje. Las secuelas consideradas son: Otitis media crónica (OMC) con o sin colesteatoma y Otopatía adhesiva (OA).

En este informe preliminar, se tratan los aspectos relacionados con las patologías óticas mencionadas, a lo que se agregarán en una segunda etapa los problemas relacionados con alteraciones del lenguaje, voz y habla.

La principal razón para que los niños con fisura palatina, tengan mayor predisposición a presentar OME, que otros niños que no presentan esta patología, está relacionada con las alteraciones que se han observado, principalmente en la apertura de la trompa de Eustaquio, debido a la anormal inserción de los músculos tensor y elevador del velo del paladar, que generan presión negativa persistente en el oído medio por obstrucción crónica de este conducto. Otras evidencias sugieren que además pueden existir fallas en el cierre tubario, alterando la compliance de la trompa, lo que genera mayor exposición a infecciones del oído medio. Se conoce además, la existencia de asociación con alteraciones craneofaciales como menor tamaño y menor neumatización de la mastoides, cuyo rol patogénico no está debidamente aclarado.

2. Epidemiología:

La asociación entre fisura palatina y otitis media con efusión, hipoacusia y otitis media crónica está bien documentada. En Irlanda, se encontró que el 90 %, de una cohorte de niños fisurados, desarrollan OME, antes de 6 años de observación, concentrándose mayoritariamente entre los 4 y 6 años de edad , lo que es concordante con otros trabajos de la literatura internacional. De este grupo, el 20% desarrollaron OMC

En nuestro país, en trabajo de prevalencia de patología ORL en la población general, realizado en la localidad de Contulmo, se encontró timpanograma tipo B, en el 3,8% de la población y en el 6,6% de los menores de 19 años. El grupo de niños de 0 a 4 años, son los que tienen mayor porcentaje de efusión timpánica, según el timpanograma (18,6%). Otra experiencia nacional, esta vez de la Fundación Gantz , que se dedica a atención de niños fisurados, demuestra que tienen OME el 31% % de los pacientes en control , en ellos se encuentra 40% en cada año, hasta los 4 años de edad, prevalencia que disminuye en otros grupos etáreos.

La presencia de disfunción tubaria crónica, puede causar cambios en el oído medio que favorecen el desarrollo tardío de OMC, colesteatoma y OA. Es así que en el trabajo irlandés mencionado, un 20% de los pacientes desarrolló OMC, en el período de seguimiento.

Es posible sugerir que el tratamiento adecuado y precoz de la fisura palatina se relaciona con un mejor pronóstico otológico. En Francia se estudiaron las variaciones de la impedanciometría y otomicroscopía, en pacientes en los que se efectuó cierre del paladar blando antes de los seis meses, observándose que en el 60% de los casos existen cambios importantes en ambos parámetros, al tercer mes posterior a la

cirugía, que indicarían que el cierre de la fisura por sí sola tiene una influencia positiva sobre la evolución de la efusión timpánica. Esta observación se relaciona con los datos provenientes de otros estudios, realizados en centros en que estos pacientes se manejan en base a protocolos, que privilegian el cierre precoz del paladar, en que se observa una prevalencia de OMC de 10% a 20%, y de colesteatoma entre 2% al 5%. Es importante destacar que en la OME, en general no relacionada con fisura palatina existe una tasa de remisión espontánea importante; además se han descrito otros factores relacionados que pueden no depender directamente de la condición de fisurado como el hecho de que en 92 oídos de 89 pacientes desde 2 meses a 15 años, que tenían OME, se encontró un 68% de cultivos en el total del grupo, los que se concentraron, mayoritariamente con diferencias estadísticamente significativas en los menores de 36 meses.

En el estudio de Contulmo, se encontró una prevalencia de OMC de 1,8%, de colesteatoma de 0,15% y de OA de 2,6%, significativamente menor que lo que se observa en los niños fisurados, que constituyen un grupo especial que concentra, patología otológica.

Al menos un 20% de los niños fisurados, tienen factores de riesgo para presentar hipoacusia sensorineural, relacionados principalmente con Síndromes Craneofaciales, que además pueden presentar malformaciones de oído externo y medio, que aumentan ostensiblemente la complejidad del manejo.

La información precedente nos revela que los niños con fisura palatina tienen patología ótica relevante que requiere estudio y tratamiento por otorrinolaringólogo, que es necesario protocolizar conforme a la evidencia disponible.

3. Componente diagnóstico del protocolo:

- Consideraciones generales

La primera preocupación en relación al niño fisurado desde el punto de vista ORL, es la evaluación precoz de la audición. En este contexto, se destaca la opinión de la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello, en el sentido de que sólo el screening auditivo universal en los recién nacidos, nos permitirá diagnosticar tratar y rehabilitar precozmente a los niños hipoacúsicos. En los niños fisurados, es necesario considerar que presentan en el 20% de los casos, según estudio holandés, factores de riesgo asociados con hipoacusia sensorineural. Al usar Emisiones Otoacústicas (EOA), se obtienen tasas de rechazo elevadas del 50%, en este grupo logran confirmar hipoacusia sensorineural en 5% a 10% de los casos. De acuerdo a los criterios del Joint Committee on Infant Hearing, la fisura palatina califica dentro del grupo de alto riesgo de hipoacusia sensorineural.

La mejor forma de examinar visualmente el oído es por medio de la otomicroscopía, efectuada por otorrinolaringólogo, que es necesario realizar en una primera oportunidad antes del tercer mes de vida.

La impedanciometría es el gold standard para el diagnóstico de la efusión timpánica, que se propone realizar en todos los casos, considerando que entre los 4 y 6 años se concentran la mayor parte de los casos de OME.

Después de los 6 años, si bien es cierto disminuye la prevalencia de OME, es esperable encontrar patología atribuible a la persistencia de las alteraciones anatómicas y funcionales de la trompa de Eustaquio, como OMC, OA y colesteatomas.

A partir de los 4 años, en nuestro medio es posible obtener en general, audiometrías de un buen nivel de confiabilidad, que es el examen que nos permite estudiar la audición en forma objetiva, por lo que se considera a partir de esa edad.

El esquema de examen ORL y audiológico descrito, será alterado en la medida en que se encuentre patología, o que el niño sea sometido a algún tipo de intervención.

El diagnóstico de OME se efectuará cuando aparezcan alteraciones características en oto microscopia, curva tipo B en la impedanciometría y en los casos en que se cuente con audiometría: hipoacusia de conducción, alteraciones que persisten por al menos tres meses. Para el diagnóstico de OMC, se requerirá de perforación timpánica persistente por al menos 6 meses.

El cuadro clínico de Otitis Media Aguda (OMA), constituye motivo de consulta espontánea, dentro del mismo protocolo independiente de las evaluaciones y controles programados, debido a que tienen factores de riesgo destacables de complicación y mala evolución. En base a la recurrencia se catalogará como Otitis Media Aguda Recurrente (OMAR), cuando se produzcan episodios de OMA: tres en seis meses o cuatro en 12 meses, con al menos un episodio en los últimos 12 meses. Esto constituye un criterio orientador para el otorrino, que valorará cada caso en forma individual, para su manejo clínico.

- En base a las consideraciones anteriores se plantea el siguiente esquema preliminar de diagnóstico:

1.- Primera evaluación antes de cumplir 3 meses:

- a) Estudio de tamizaje en busca de hipoacusia sensorio neural con EOA o Potenciales evocados Auditivos, que será definido en fecha posterior (recién nacido)
- b) Evaluación otorrinolaringológica que incluye otomicroscopía
- c) Impedanciometría

2.- Si el paciente presenta evaluación otológica normal

- a) Reevaluación otorrinolaringológica e impedanciométrica cada 6 meses
- b) Reevaluación por otorrinolaringólogo con audiometría e impedanciometría a los 4 años
- c) Si el estudio a los 4 años resulta normal, evaluación anual con examen ORL, audiometría e impedanciometría, hasta los 15 años

3.- Si el paciente presenta evaluación otológica alterada en cualquier momento de su evolución:

- a) Se ha diagnosticado algunas de las siguientes patologías
 - Hipoacusia sensorio neural
 - OME
 - OMAR
 - Colesteatoma
 - Otopatía adhesiva
 - Disfunción tubaria
 - Malformaciones de oído externo y medio
 - Otras patologías óticas

4.- Componente terapéutico del protocolo

1.- Se anexará un protocolo específico para cada una de las patologías listadas en el punto anterior

5.- Componente de rehabilitación

1.- Hipoacusia sensorio neural: audífono, rehabilitación por equipo multidisciplinario, implante coclear, de acuerdo a definición del equipo tratante. Controles seriados con otorrinolaringólogo.

2.- Hipoacusia de conducción: de acuerdo a la causa requerirá tratamiento médico, quirúrgico o audífono. Rehabilitación por equipo multidisciplinario y controles seriados con otorrinolaringólogo
Nota: el manejo de la hipoacusia se detallará en anexo de protocolos de manejo de las patologías óticas.

6 y 7- Componentes de seguimiento y egreso:

Serán especificados en nuevo informe

Criterios variables dependiendo de cada patología.

Un número importante de casos , principalmente : OMC y colesteatomas operados, requieren control y seguimiento de por vida.

ATENCIÓN ORL EN RELACION A SU PATOLOGIA OTICA SOCIEDAD CHILENA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

-Entre 0 y 3 meses :

- 1-Consulta ORL
- 2-Impedanciometría
- 3-BERA

Si el BERA revela una hipoacusia Sensorioneural, se repite al mes. Si la impedancia tiene curva de líquido, punción antes segundo BERA.

Si luego del 2º BERA persistir el diagnóstico de hipoacusia Sensorioneural, se deberá indicar audífono antes del 6º mes de vida.

-A los 12 meses de edad:

- 1- Consulta ORL
- 2-Impedanciometría

Si la impedancia es normal, se vuelve a controlar a los 24 meses, si es alterada no se realiza ninguna acción específica, pero se considera muy importante tener esta información, para seguimiento de la cohorte de modo de tener mayor base para reevaluar el programa en el futuro.

-A los 24 meses:

- 1- Consulta ORL
- 2-Impedanciometría

Si es normal, se vuelve a controlar a los 30 meses.

Si existe Otitis Media con Efusión (OME) : Amoxicilina por 14 días a dosis terapéuticas.

-A los 30 meses:

- 1-Consulta ORL
- 2-Impedanciometría

-Si es normal: control ORL cada 6 meses y con audiometría e impedanciometría anual (**"seguimiento standard"**).

-Si persisten 2 exámenes con curva de líquido se deben colocar colleras , se controla a la semana de operado, luego cada 3 meses hasta que se le cae la collera, plazo que se estima en promedio como 1 año.

El comité estima que aproximadamente el 1% de los niños bajo control se encontrarían en esta situación.

-Cuando se le cae la collera:

1-Consulta ORL

2-Audiometría

3-Impedanciometría

Si es normal seguimiento Standard.

Si está alterado, se efectuará un nuevo ciclo de antibiótico, luego control ORL a los 3 meses con audiometría e impedanciometría.

Si al control del tercer mes está con OME: Punción timpánica con colocación de tubo T.

Seguimiento Standard

-Si durante el seguimiento standard aparece OME , se debe realizar Punción timpánica y colocación de tubo T.

-Si aparece retracción leve o moderada sin hipoacusia: control clínico mas audiometría e impedanciometría. Si sigue igual o mejor, seguimiento standard

-Si aparece retracción severa o retracción con hipoacusia: Punción timpánica y colocación de tubo T con o sin timpanectomía.

-Si al expulsar la collera queda con perforación se espera hasta los 15 años para la timpanoplastía.

-Ante la presencia de colesteatoma: operación radical de oídos.

-Secuela de hipoacusia: instalar audífono retroauricular.

ATENCIÓN ORL EN RELACION A SU PATOLOGÍA DE RESPIRACION , LENGUAJE , VOZ Y HABLA

1-Rinofibrolaringoscopia

Con el objeto de evaluar la función del velo del paladar y trabajar en forma coordinada con profesional fonoaudiólogo en su terapia .Se debe evaluar al inicio de la terapia fonoaudiológica y control cada 6 meses hasta el alta foniatrico.

A los 15 años:

Septoplastía en el caso de desviación septal obstructiva.

Bibliografía ORL

1-Auditory sensory impairment in children with oral clefts index by auditory even-related potentials.

Ceponiene R, Haapanen ML, Ranta R, Naatanen R, Hukki J

J. Craniofac.Sur.2002 Jul;13 (4):554-66

2-Otoacoustic emissions in screening cleft lip and or palate children for hearing loss—a feasibility study

Anteunis LJ, Briennesse P, Schandrer JJ

Int. J Pediatr. Otorhinolaryngol. 1988 Aug 10;44 (3): 259-66

3 -Incidence of sensorineural hearing loss in patient evaluated for tympanostomy tubes

Manning SC, Brown OE, Roland PS, Phillips DL

Arch Otolaryngol Head and Neck Surg 1994 Aug;120 (8):881-4

4-The otologic significance of cleft palate in a Sri Lankan population

Cleft palate J. 1990 Apr, 27 (2):155-61

5-Bacteriological investigation of secretory otitis media in children with cleft palate

Jousimies- Somer H, Grenman R, Rintala A

Scand J Plast Reconstr Sur. 1986;20 (3):297-302

6-Incidence and outcome of middle ear disease in cleft lip and or cleft palate.

Shehan P, Miller I , Shehan JN , Early MJ , Blayney AW

Int J Pediatr otorhinolaryngol. 2003 Jul; 67 (7):785-93

7-Sequelae of otitis media with effusion among children with cleft palate and or cleft palate

Sheahn P, Blayney AW, Shehan JN, Early MJ

Clin Otolaryngol. 2002 Dec;27(6):494-500

8-Effect of the surgical treatment of cleft palate on pathology of the middle ear. A propos of 49 cases.

Garabedian EN, Polonvsky JM, Ctin G, Lacombe H

Ann Otorinol Chir cervicofac. 1988,105(3)159-63

9-Prevention of severe mucosecretory ear disease and its complications in patients with cleft lip and palate malformations

Jury SC

Folia Phoniatr Logop. 1997;49 (3-4): 177-80

10-Comparison of the hearing histories of children with and without cleft palate.

Broen PA, Moller KT, Carlston J, Doyle SS, Devers M Keenan KM

Cleft Palate Craniofac J 1996 Mar;33(2):127-33

11-A retrospective study of hearing, speech and language function in children with clefts following palatoplasty and veloplasty procedures at 18-24 month age.

Schonweiller R, Lisson JA, Schonweiller B, Eckardt A, Potk M, Trankman J, Hausamen JE

Int. J Pediatr. Otorhinolaryngol. 1999 nov 5; 50(3):205-17

12-Cortical auditory dysfunction in children with oral cleft: relation with cleft tipe

Ceponiene R, Hukki J, Cheour M, Haapanen ML, Ranta R, Naatanen R.

Clin Neurophysiol. 1999 Nov; 110(11):1921-6

13-Audiological and timpanometric findings in children with cleft lip and palate

Tuncbilek G, Ozgur F, Belgin E

Cleft Palate Craniofac. J 2003 May; 40 (3): 304-9

ANEXO 5

PROGRAMA PRELIMINAR DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE FISURADO - FONOAUDIOLOGÍA

FLGAS: D. ALVAREZ, M. PALOMARES,
V. QUEZADA, C. VILLENA.

Unidad de Fonoaudiología Fundación Gantz

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los pacientes con fisura palatina suelen presentar alteraciones de la comunicación oral: trastornos de habla relacionados con problemas médicos y anatómicos, maloclusiones, y pérdida auditiva; están propensos a presentar desórdenes del lenguaje y del desarrollo articulatorio; sin embargo, lo central en el abordaje fonoaudiológico del paciente con fisura palatina son los errores del habla y voz asociados a Insuficiencia Velofaríngea (Golding-Kushner, K., 1996).

De acuerdo con la definición de Loney y Bloem (1987) la Insuficiencia Velofaríngea (IVF) incluye cualquier defecto estructural del velo o de la pared velofaríngea a nivel de la nasofaringe, donde no existe tejido suficiente para lograr el cierre (post cirugía primaria de cierre velar en pacientes fisurados) o existe algún tipo de interferencia mecánica para lograrlo (fístulas palatinas cuya amplitud y ubicación impliquen un paso importante de aire entre las cavidades oral y nasal que disminuya el movimiento del esfínter velofaríngeo durante el habla; amígdalas hiperplásicas que impidan el normal movimiento velar en fonación). Afortunadamente la mayoría de los centros de atención de pacientes fisurados reporta una IVF residual posterior a la reparación primaria del paladar que varía entre un 10 y un 20 % (Ysunza, A. et al., 2002).

El habla del paciente con fisura palatina e IVF incluye usualmente hipernasalidad, errores obligatorios en presencia de IVF como emisión nasal, consonantes orales débiles y articulaciones compensatorias (Golding-Kushner, K., 1996).

Habitualmente las compensaciones articulatorias están asociadas con IVF de grado importante (Ysunza, A; Pamplona, M., 2002), pero se pueden presentar en pacientes con IVF leve comprometiendo el adecuado funcionamiento del esfínter velofaríngeo.

Es sabido que la fisura no es la causa del trastorno de lenguaje. La IVF es la afección de una actividad fisiológica que causa escape nasal de aire, e hipernasalidad. Sin embargo la IVF puede predisponer a algunos pacientes a aprender compensaciones articulatorias. Si se desarrollan patrones fonéticos anormales durante el desarrollo pre-lingüístico, se puede predisponer al niño a adquirir patrones fonológicos inusuales (Paterson-Falzone et al., 2001 cit por Goldschmied, K. et al., 2002); si estos patrones persisten en el tiempo, se incorporan en el sistema de reglas lingüísticas del niño conformando un retraso o trastorno del lenguaje.

A medida que el niño crece se agregan otros síntomas, más notorios y peores cuanto menos se haya actuado con distintas terapias tempranas (De Quirós, J. B.; Schrager, O., 1980). Estudios han evaluado la directa relación entre las características del habla de niños con fisura y su adaptación. Mc Williams y Musgrave en el año 1972 revelan que los niños con trastornos de habla producto de la fisura fueron descritos por sus madres con mayores problemas conductuales que aquellos sin dificultades en el habla.

De acuerdo a lo expuesto resulta evidente que los síntomas vocales son los predominantes, y el problema final de la rehabilitación del paciente fisurado palatino se centra en la posibilidad de dar a estos sujetos un habla normal (o lo más próxima a ella) (Segre, R, 1966 cit por De Quiros, J. B.; Schrager, O., 1980). El objetivo del tratamiento de una fisura de paladar es lograr que el habla del paciente tenga una resonancia nasal y articulación dentro de límites normales.

El abordaje fonoaudiológico de los pacientes fisurados debe iniciarse precozmente, guiando a los padres en la estimulación del habla y el lenguaje del niño. De acuerdo con un estudio publicado el año

2001 (Young, J. et al, 2001) los padres de recién nacidos con fisura labio palatina necesitan de información básica en el período inmediato al nacimiento; es por ello que los programas de estimulación temprana surgen como una estrategia natural de aprendizaje de la comunicación donde se aplican un conjunto de actividades y estrategias de estimulación que favorecen el desarrollo de las potencialidades de los niños (en riesgo o con déficits), proporcionándoles las experiencias que necesitan desde su nacimiento.

La aplicación de estos programas se extiende hasta los 2 años de vida donde debe decidirse la intervención terapéutica apropiada a las necesidades del paciente.

Alteraciones Fonoaudiológicas según diagnóstico

PACIENTES CON FISURA LABIAL, ALVEOLAR Y/O DE PALADAR DURO

Estos niños no presentan trastornos a nivel de voz y audición derivados directamente de su malformación, ya que se encuentra indemne la musculatura velar que conforma el esfínter velofaríngeo. Los problemas en el habla podrían estar presentes, pero no debidos a IVF, sino secundarios a una reparación deficiente de labio o a alteraciones dento-maxilares donde puede afectarse la articulación de fonemas bilabiales, labiodentales y/o la ejecución de praxias bucolinguofaciales.

Al igual que todos los pacientes fisurados, las familias de estos niños requieren información relacionada con la patología (en el ámbito fonoaudiológico), así como orientación relativa a la estimulación a nivel del lenguaje, el habla y el desarrollo psicomotor que deben entregar a sus hijos.

PACIENTES CON FISURA PALATINA AISLADA (PALADAR BLANDO)

Los pacientes con fisura palatina aislada tienen más probabilidades de presentar un síndrome que aquellos con fisura de labio con o sin fisura de paladar. Los niños con fisura palatina sindrómica presentan más incidencia de retrasos y trastornos del lenguaje receptivos y expresivos, y deben ser considerados de alto riesgo, siendo imprescindible un abordaje fonoaudiológico precoz.

Estos pacientes pueden presentar trastornos de habla y voz producto de IVF posterior al cierre primario del paladar blando. La sintomatología en términos de resonancia de la voz, errores obligatorios en presencia de IVF y articulaciones compensatorias es variable y su severidad se relaciona con la suficiencia del mecanismo velofaríngeo durante la fonación. En todos los casos debe realizarse una evaluación fonoaudiológica completa, que permita definir la presencia y severidad de la IVF, así como la necesidad de tratamiento. La nasofaringoscopia efectuada por el médico otorrinolaringólogo en conjunto con el fonoaudiólogo deberá ser indicada como parte fundamental de la evaluación de pacientes con IVF.

Adicionalmente estos niños tienen mayor predisposición a presentar otitis media con efusión, hipoacusia y otitis media crónica debido a la inserción anormal de los músculos del paladar blando que impiden la apertura y cierre normal de la trompa de Eustaquio. Lo anterior requiere de constante supervisión otorrinolaringológica y de la práctica de exámenes audiológicos realizados por el fonoaudiólogo desde los primeros meses de vida del paciente.

PACIENTES CON FISURA LABIO VELOPALATINA

Estos niños pueden presentar todas o sólo algunas de las características descritas para los pacientes anteriores.

BIBLIOGRAFÍA ANEXO FONOAUDIOLÓGÍA

1. De Quiros, J. B., Schragar, O. **Consideraciones sobre metodologías actuales de tratamiento fonaudiológico en niños fisurados palatinos**. Buenos Aires, Publicaciones Médicas Argentinas, 1980.
2. De Serres, L. Et al. **Results with sphincter pharyngoplasty and pharyngeal flap**. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 1999, Vol. 48, pp. 17 – 25
3. Giugliano, C; Monasterio, L; Palomares, M; Alvarez, D; Terrazas, B. **Tratamiento Quirúrgico de la Insuficiencia Velofaríngea: Resultados Funcionales con Colgajo Faríngeo y Faringoplastía de Esfínter**”. Trabajo presentado en VIII Congreso Chileno de Cirugía Plástica, Santiago de Chile, Junio 2003.
4. Golding-Kushner, K. **Therapy Techniques for Cleft Palate Speech and Related Disorders**. 1996.
5. Goldschmied, K; Morovic, C.G.; Díaz, A. **Efectos de la Ortopedia Prequirúrgica en el Rendimiento Lingüístico de Niños Fisurados**. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, Universidad de Chile, 2002, Vol. 3, pp. 143 – 153.
6. Jones, C; Chapman, K; Hardin-Jones, M. **Speech Development of Children With Cleft Palate Before and After Palatal Surgery**. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 2003, Vol. 40, pp. 19 - 31.
7. Maggiolo, M; De Barbieri, Z. **Programa de Estimulación Temprana del Lenguaje**. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, Universidad de Chile.
8. Maggiolo, M; De Barbieri, Z; Zapata, O. **Presentación de un Programa de Estimulación Temprana para el Desarrollo de la Comunicación**. *Revista Fonoaudiológica*, 1999, Tomo 45 N° 2, pp. 25 – 39.
9. Monfort, M.; Juárez, A. **El niño que habla**. Madrid, Cepe, 1997.
10. Poppelreuter, S., Engelke, W., Bruns, T. **Análisis Cuantitativo De La Función Del Esfínter Velofaríngeo Durante El Habla**. *Universidad de Goettingen Alemania, Agosto 1999*
11. Queiroz, I. **Fundamentos de Fonoaudiología**. Buenos Aires, Panamericana, 2002.
12. Torres, E. **Educación Temprana**. www.ceril.cl/P27_educacion_temprana.htm.
13. Young, J; O' Riordan, M; Goldstein, J; Robin, N. **What Information Do Parents of Newborns With Cleft Lip, Palate, or Both Want Know?** *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 2001, Vol. 38, pp. 55 – 58.
14. Sell, D; Harding, A; Grunwell, P. **A Screening Assessment of Cleft Palate Speech**. *European Journal of disorders of Communication*, 1994, Vol. 29, pp. 1 – 15.
15. Sell, D; Harding, A; Grunwell, P. **GOS.SP.ASS.'98: An Assessment for Speech Disorders Associated with Cleft Palate and/or Velopharyngeal Dysfunction (revised)**. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1998, Vol. 33, s/p
16. Ysunza, A. et al. **Velopharyngeal Surgery: A Prospective Randomized Study of Pharyngeal Flaps and Sphincter Pharyngoplasties**. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2002, Vol. 110, pp. 1401 – 1406.

17. Ysunza, A; Pamplona, M. **Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de articulación en el niño con paladar hendido**. México, s/e, 1992.
18. Ysunza, A; Pamplona, M. **Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de articulación en el niño con paladar hendido**. México, Porrúa, 2002.
19. Zanzi, M; Cherpillod, J, Hohlfeld, J. **Phonetic an otological results after early palate closure in 18 consecutive children presenting with cleft lip and palate**. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2002, Vol. 66, pp.131 – 137

ANEXO 6

ORTOPEDIA PREQUIRÚRGICA

La rehabilitación integral del paciente fisurado debe comenzar a los pocos días de nacido. En los casos de fisura labio palatinas la Ortopedia prequirúrgica se basa en el modelamiento nasal y alveolar prequirúrgico.

El modelamiento nasal se basa en la plasticidad y en la poca elasticidad de los cartílagos del recién nacidos durante sus primeras seis semanas de vida, lo que a su vez van perdiendo plasticidad y ganando elasticidad día a día.

El alto grado de plasticidad y poca elasticidad en el cartílago neonatal depende de los niveles de ácido hialurónico, un componente de la matriz de proteoglicanos. Los niveles de ácido hialurónico tienen relación directa con la concentración de estrógenos. Al final del embarazo los niveles de esta hormona en la sangre fetal son altos, por lo que hay una alta concentración de ácido hialurónico, disminuyendo en consecuencia la elasticidad del cartílago.

Luego del nacimiento, los niveles de estrógenos disminuyen rápidamente y el período de plasticidad es lentamente perdido durante los primeros meses de vida postnatal.

Es por lo tanto, durante los 2-3 primeros meses después del nacimiento que la terapia de modelamiento activo de tejido blando y cartílago es más exitosa.

El beneficio de continuar con una terapia de modelamiento nasal es mínimo después de los tres meses de edad.

Los objetivos del tratamiento modelador prequirúrgico de nariz y procesos alveolares en el paciente con fisura unilateral son:

- Alinear y aproximar los segmentos alveolares
- Corregir la malposición de los cartílagos nasales y la base alar en el lado afectado.
- Idealizar la posición del philtrum y la columela.

La indicación de la placa modeladora nasoalveolar es en fisuras de 3 – 8 mm.

Para comenzar el tratamiento se toma una impresión del maxilar superior fisurado con silicona de endurecimiento rápido. El modelo de esta impresión se utiliza para construir una placa modeladora de acrílico.

Esta placa modeladora es insertada tan temprano como sea posible, después del nacimiento.

La placa modeladora queda en contacto con el paladar y los procesos alveolares y es asegurada por medio de cintas elásticas adheridas externamente a las mejillas y a una extensión de la placa a través de la fisura labial.

Dicha placa modeladora es **modificada semanalmente** para aproximar gradualmente los segmentos alveolares, lo que se logra por la adición de acrílico blando en las zonas donde se desea desplazamiento óseo y por la remoción selectiva de acrílico de las zonas en las que se desea aposición ósea.

El objetivo de esta adición secuencial y remoción selectiva de material de las paredes internas de la placa, es remodelar los segmentos alveolares para conseguir una alineación y el cierre de la brecha alveolar.

La efectividad de la placa modeladora, se logra por un adecuado soporte del aparato en contra del paladar, y por la unión de las cintas adhesivas de los segmentos de labio derecho e izquierdo. Se logra una adhesión de labio no quirúrgica, que ayuda en el cierre de la fisura, disminuyendo el ancho de la base de la nariz y aproximando el labio superior.

Los cambios nasales son logrados por el uso de una punta nasal que nace del flanco labial de la placa modeladora y en una posición mediolateral es ajustada para levantar la punta de la nariz.

La forma de la ventana nasal y borde alar es cuidadosamente modelado para asemejarlo a la configuración normal. Esto se logra por la modificación semanal con acrílico blando de las puntas nasales, lo que genera una fuerza suave de modelamiento para los cartílagos nasales y la punta de la nariz.

El uso de la antena nasal debe comenzar antes de las 6 semanas de vida y la corrección lograda se mantiene hasta los 3 a 4 meses de edad., período en que se realiza la intervención quirúrgica primaria de labio y nariz

El beneficio más significativo del modelamiento nasal prequirúrgico es repositonar la colmuela de una posición oblicua a una orientación vertical y en la línea media. Esto provoca una mejor proyección de la punta nasal y una simetría de los cartílagos alares.

La acción combinada de la placa modeladora nasopalmar y la aproximación no quirúrgica de los segmentos del labio con cintas adhesivas resulta en una corrección controlada de la deformidad de los tejidos blandos, cartílagos nasales y procesos alveolares.

Al final de este tratamiento los cartílagos nasales, la colmuela, filtrum y procesos alveolares están alineados para permitir la restauración quirúrgica de las relaciones anatómicas normales, permitiendo la cicatrización bajo mínima tensión y en óptimas condiciones.

Según el autor, esta técnica ofrece tres principales beneficios:

El estrechamiento de la brecha alveolar con esta técnica, capacita al cirujano a realizar la gingivoperiosteoplastia al tiempo de la reparación del labio.

El alineamiento prequirúrgico y la corrección de la deformidad de los cartílagos nasales minimiza la extensión de la cirugía nasal primaria, por ende la formación de cicatrices.

En pacientes con fisura bilateral la elongación no quirúrgica de la colmuela elimina la necesidad de una segunda cirugía para elongarla con las consecuentes cicatrices en la unión del labio con la colmuela.

Otra consideración hecha por el autor, es que aunque la corrección quirúrgica de labio, nariz y alvéolo en un solo tiempo operatorio se puede realizar sin el uso de esta placa modeladora, el uso de ésta ofrece mayores ventajas, ya que aparte de elongar la columela (con la técnica quirúrgica también se puede lograr), elonga la piel nasal lo que permite que las cúpulas nasales puedan llegar a juntarse para ser suturadas sin tensión en la línea media. Esta aproximación libre de tensión minimiza la reincidencia de una punta nasal amplia.

Indicaciones dadas a los padres:

- Explicar el objetivo del tratamiento en términos claros y sencillos, ayudándose de modelos de estudio y fotos de pacientes previos.
- Se solicita 3 horas de ayuno para la toma de impresiones.
- Dar conceptos preventivos en cuanto a la higienización de la cavidad bucal.
- Motivar para el cumplimiento de las indicaciones, en cuanto a uso permanente (uso 24 horas al día, retirando media hora después de la alimentación para la higiene bucal y de la placa), acudir a los controles en forma regular (de acuerdo a la indicación entregada por el especialista).

Secuencia para la confección del aparato

- Toma de Impresión, fotografías
- Diseño de la placa
- Instalación de la placa
- Control de la terapia y modelado de la placa
- Controles semanales
- Impresión final y alta
- Derivación a Cirugía

Factores a evaluar en la prueba en boca

- Chequear la placa: dirección de vástagos, márgenes, zonas irregulares, extensión, grosor de 1 a 2 mm.
- Controlar en boca la extensión de los márgenes, posición adecuada de los labios, frenillos, largo del velo.

- Evaluar la alimentación, a través de chupete regular, chupete funcional corte en cruz
- Evaluar posición de los parches faciales.

Complicaciones post inserción

- Úlceras, se debe corregir zonas filosas
- Erupción de dientes neonatales, evaluar si es leve, se debe desgastar la placa ; si está en riesgo de aspiración, se debe realizar la exodoncia.
- Náuseas durante la colocación de la prótesis, evaluar la extensión posterior.

Referencias bibliográficas Ortopedia Prequirúrgica

Noemí Leiva Villagra. Mayo 2004. Etiopatogenia y tratamiento de las fisuras labio-máxilo-palatinas Mayo 2004.

Campodónico M., Kurth A., Curso de Capacitación Ortopedia Prequirúrgica – Técnica de Grayson red nacional de SNSS –MINSAL 2004

Grabb and Smith Plastic Surgery 5ª edición: Chapter 20: Presurgical Orthopedics for Cleft lip and Palate. Barry H. Grayson and Pedro E. Santiago

Short – term cost effectiveness analysis of presurgical orthopedic treatment in children with complete unilateral cleft lip and palate. Severens J L, Prah C, Kuijpers – Jagtman A M, Prah – aAndersen B. Cleft Palate – Craniofacial J.1998; 35(3):222-226

An intelligibility assesment of toddlers with cleft lip and palate who received and did not recieve presurgical infant orthopedic treatment. Konst EM, Weersink – Braks H, Rietveld T, Peters H. J. Commun Disord 2000 Nov-Dec ; 33(6): 483-499

ANEXO 7

ODONTOPEDIATRIA EXTRACTO GUIA CLINICA Salud Oral Integral en Niños de 6 años

El examen de salud debe estar dirigido a todo paciente que ingresa al tratamiento. Es importante destacar la necesidad de contar con buenos registros, tanto en la ficha clínica (anexo N° 4), como en el formulario de hoja diaria, que permitan medir y evaluar el desarrollo del plan de tratamiento.

En relación a la interacción con pacientes infantiles, considerando las particulares características de este grupo, es necesario lograr un adecuado soporte afectivo y un manejo cuidadoso de la comunicación, que permita ofrecer un ambiente receptivo que refuerce apropiadamente los logros adaptativos del paciente y su cooperación y compromiso con las metas que con él y sus padres se determinen. Particularmente en aquellas circunstancias en las cuales se observe en el paciente infantil miedo o ansiedad. Siendo el primero de naturaleza objetiva deberá lograrse una adecuación de los estímulos de esta emoción haciendo conocidas y familiares las rutinas del tratamiento.

La ansiedad, por otra parte, emoción incomoda que consiste en una respuesta psicológica anticipatoria a un peligro imaginario, dando como resultado un conflicto intrapsíquico desconocido, sensación de pérdida de poder, aprehensión y tensión. Concomitante a este malestar, se percibe un aumento de los latidos del corazón, frecuencia respiratoria, transpiración, temblores, sensación de malestar y fatiga. Estas respuestas, perfectamente normales en la infancia, pueden y deben ser manejadas adecuadamente mediante técnicas apropiadas de comunicación, de demostración (decir – mostrar – hacer) de introducción gradual según grados de complejidad y con el uso correcto de técnicas de control del dolor, cuando corresponda.

1. MANEJO DE LA ANSIEDAD

Existe consenso en la literatura que las técnicas no-farmacológicas como la distracción (ejercicios respiratorios, soplar), imaginación guiada o terapia de juego son efectivas para muchos niños(a). La técnica de “decir-mostrar-hacer” da muy buenos resultados en el manejo de la adaptación a la atención odontológica del niño(a), así como la utilización de procedimientos basados en aspectos psicológicos con razonable éxito, los que incluyen métodos indirectos como la utilización de cartillas de difusión o educativas, hasta métodos intensivos de derivación a terapia cognitiva.

- **Técnica Decir-Mostrar-Hacer.** Consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (Decir), luego se le hace una demostración (Mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (Hacer). Se recomienda utilizarla continuamente durante la cita para la

cual es de utilidad un espejo de cara, ayuda a transmitir seguridad y obtener la atención y colaboración del niño(a) ante el tratamiento a realizar (**Evidencia nivel IV**).⁽⁷⁾

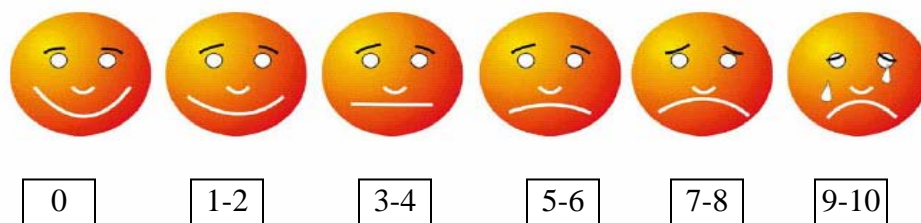
- **Técnica de Control de Voz.** Es recomendable usar un tono amable en todo momento, manejando la modulación oportunamente ya que sus resultados son más efectivos si se aplican al detectar los primeros síntomas de mal comportamiento.⁽⁷⁾

La aplicación de ejercicios continuos y rítmicos como la respiración profunda y la relajación de las extremidades logran disminuir la tensión en otras áreas del cuerpo.

Por último es recomendable reducir el tiempo de espera antes de los procedimientos invasivos.

Para medir el nivel de dolor que presentan los niños(a) y de ese modo evitar posibles fobias a la atención odontológica se recomienda utilizar la escala del dolor facial que a continuación se detalla.

ESCALA FACIAL DEL DOLOR



0	Muy Feliz, sin dolor
1 - 2	Duele sólo un poco
3 - 4	Duele un poco más
5 - 6	Duele aún más
7 - 8	Duele bastante
9 - 10	Duele tanto como puedas imaginar

2.Examen de Salud

Es el examen clínico realizado por el odontólogo al niño(a), con el objeto de evaluar y controlar el normal crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, sus condiciones actuales de salud-enfermedad, prevenir enfermedades, diseñar un plan de tratamiento de recuperación e indicar su derivación oportuna, si es necesario.⁽⁵⁾

Esta actividad se debe realizar con indicaciones promocionales y preventivas.

TABLA N°1
FACTORES DE RIESGO DE CARIES DENTALES (6) *

El uso de al menos 2 de las siguientes variables en la atención de un niño o niña permite clasificar el nivel de riesgo (Recomendación B)

VARIABLES DE ANALISIS	DE ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
EXPERIENCIA DE CARIES	<ul style="list-style-type: none"> 1 LESIONES NUEVAS 2 EXTRACCIONES PREMATURAS POR CARIES 3 CARIES O PRESENCIA DE RESTAURACIONES 3 MÚLTIPLES RESTAURACIONES REALIZADAS AÑOS ANTERIORES 4 SIN PRESENCIA DE SELLANTES 	<ul style="list-style-type: none"> 1 SIN LESIONES NUEVAS 2 NINGUNA EXTRACCION POR CARIES 3 NINGUNA O POCAS RESTAURACIONES REALIZADAS AÑOS ANTERIORES 4 PRESENCIA DE SELLANTES EN FOSAS Y FISURAS
HÁBITOS DIETETICOS	<ul style="list-style-type: none"> 1 FRECUENTE CONSUMO DE AZÚCARES QUE CORRESPONDE A UN CONSUMO DE + DE 1 COLACIÓN ENTRE COMIDAS 	<ul style="list-style-type: none"> 1 INFRECUENTE CONSUMO DE AZÚCARES, QUE CORRESPONDE A UN CONSUMO DE 1 COLACIÓN O MENOS ENTRE COMIDAS.
HISTORIA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> 1 NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO 2 BAJO CONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES BUCALES 3 CONTROLES BUCALES ESPORÁDICOS 4 BAJAS ESPECTATIVAS DE SALUD BUCAL 	<ul style="list-style-type: none"> 1 NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO O ALTO 2 SALUD BUCAL ASUMIDA 3 CONTROLES BUCALES REGULARES Y PERIÓDICOS 4 ALTAS ESPECTATIVAS DE SALUD BUCAL
USO FLUORUROS	<ul style="list-style-type: none"> 1. CONSUMO DE AGUA NO FLUORURADA Y SIN LECHE FLUORURADA. 2. SIN CONSUMO DE SUPLEMENTOS FLUORURADOS 3. SIN CONSUMO DE PASTAS DENTALES FLUORURADAS 	<ul style="list-style-type: none"> 1 CONSUMO DE AGUA O LECHE FLUORURADA 2 USO DE PASTAS DENTALES FLUORURADAS
CONTROL DE PLACA	<ul style="list-style-type: none"> 1 INFRECUENTE E INEFICIENTE HIGIENE BUCAL 2 INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMELLON > 1.1 3 DEFICIENTE HABILIDAD MANUAL 	<ul style="list-style-type: none"> 1 FRECUENTE Y EFECTIVA HIGIENE BUCAL 2 INDICE DE HIGIENE ORAL= SIMPLIFICADO 0 < O= A 1 3 BUEN CONTROL DE HABILIDADES MANUALES
SALIVA	<ul style="list-style-type: none"> 1 BAJA SECRECIÓN SALIVAL 2 BAJA CAPACIDAD BUFFER DE LA SALIVA* 	<ul style="list-style-type: none"> 1 FLUJO SALIVAL NORMAL 2 ALTA CAPACIDAD BUFFERS DE LA SALIVA*

HISTORIA MEDICA	1 UNA O MÁS ENFERMEDADES SISTÉMICAS	1 AUSENCIA DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS
	2 DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA O MENTAL	2 SIN DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA O MENTAL
	3 USO PROLONGADO DE MEDICAMENTOS CARIOGÉNICOS (AZUCARADOS)	3 SIN USO PROLONGADO DE MEDICAMENTOS CARIOGÉNICOS (AZUCARADOS)
	4 USO PROLONGADO DE MEDICAMENTOS QUE DISMINUYAN EL FLUJO SALIVAL	4 SIN USO PROLONGADO DE MEDICAMENTOS QUE DISMINUYAN EL FLUJO SALIVAL

* La disponibilidad de recursos no permitirá medir todos los factores de riesgos, por esta razón se priorizaron aquellos que son más relevantes y medibles por la anamnesis y la clínica. En la determinación de un niño en riesgo las variables más importantes que se deben considerar son las siguientes:

1. Discapacidad neuromotora o mental
2. Historia de caries: lesiones nuevas o más de 3 dientes obturados en dientes temporales, o 1 o más caries del 1er molar
3. Presencia de placa bacteriana superior a 1,2 del Índice de Higiene Oral Simplificado de G y V
4. Consumo de hidratos de carbono: + de 1 colación entre comidas.
5. Presencia de fosas profundas en 1eros molares definitivos

La presencia de 1 o más de estas variables conduce a la tipificación del niño(a) como de alto riesgo.

3.3) Diagnóstico de caries dental.

Objetivos:

Limitar el daño por caries dental, a través de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Recuperación de dientes con lesiones de caries con tratamientos no invasivos.

Siempre se debe realizar un acuciosa limpieza de las superficies de los dientes, retirando materia alba y placa bacteriana y secando la saliva para facilitar el diagnóstico de caries y la pesquisa de dientes en riesgo. El examen debe apoyarse en:

Profilaxis

Uso de Seda dental

Transiluminación

Separación temporal de los dientes.

El examen clínico puede tener una pobre sensibilidad para detectar visualmente algunas lesiones susceptibles de tratar con tratamientos preventivos; y si bien la toma de radiografías en pacientes de alto riesgo de caries está respaldada por revisiones sistemáticas y apoyada por la opinión de expertos (Evidencia Nivel Ia, Ib y IV,

Recomendación A) (6), se recomienda indicarlas sólo en casos clínicamente dudosos en niños de alto riesgo.

3.4.) Diagnóstico de surco con defecto de coalescencia del esmalte del 1er molar definitivo

- Se presenta como una fosa ubicada hacia cervical del surco vestibular, del 1er molar definitivo inferior, de forma ovalada,.
- Se debe realizar un examen visual y táctil (cuidadoso) para detectar la presencia de la fosa en relación a cervical del esmalte vestibular.
- A pesar que el tubérculo de Caravelli se considera normal, en ocasiones la profunda invaginación del esmalte lo transforma en un factor de riesgo.
- Son sitios altamente susceptibles a caries ya que retienen gran cantidad de biofilm en etapas tempranas de la erupción. (Nivel de evidencia IV)

3.5.) Diagnóstico de Hipoplasia del esmalte

Se presenta como manchas opacas, redondas u ovals, claramente diferenciadas de esmalte sano adyacente, con o sin pérdida de esmalte superficial, usualmente dolorosas al frío o al cepillado (especialmente las que presentan pérdida de esmalte).

Diagnóstico diferencial

Hipoplasia: La o las lesiones abarcan más allá de la zona de las fisuras oclusales. Frecuentemente el cambio de coloración que va desde el blanco amarillento hacia el amarillo mas pardo. Si se presenta en molares o premolares habitualmente puede observarse en forma bilateral.

Fig. 1: Hipoplasia del esmalte

Lesión del esmalte: sigue la línea de las fisuras, al secar se observa color blanco tiza alrededor de ellas, pero no abarca más que esta zona.

Fluorosis: Cambio de coloración, blanco con el brillo normal del esmalte, con aspecto de nubes, de rayitas blancas, o de color amarillo o café. **Se diferencia de una hipoplasia común porque siempre ocurre en forma bilateral con imagen en espejo.**

Para evaluar el grado de fluorosis que presenta un paciente se utiliza el índice de Dean (fig 2), donde el registro es hecho en base a los 2 dientes que están más afectados, o sea, el puntaje registrado debe aplicarse a 2 dientes. Los siguientes códigos son usados:

O normal = la superficie del esmalte es lisa, brillante y usualmente con un color blanco amarillento pálido

1 *cuestionable* = el esmalte muestra una ligera aberración en su translucidez con respecto a un esmalte normal lo cual va desde unas cuantas rayas blancas a algunas manchas. Esta clasificación es usada cuando no se justifica la clasificación de "normal".

2 *muy leve* = se ven pequeñas áreas opacas de un color blanco papel dispersas regularmente sobre el diente pero afectando menos del 25% de la superficie labial del diente.

3 *leve*: la opacidad blanca del esmalte del diente es mas extensa que en la categoría 2 pero cubre menos del 50% de la superficie dental.

4 *moderada* : la superficie del diente muestra un desgaste marcado por manchas marrones que ocasionan una desfiguración.

5 *severa* : la superficie del esmalte esta muy afectada y la hipoplasia es tan marcada que la forma general del diente puede estar afectada y tiene la presencia de fosas o de áreas con fosas y las manchas marrones están muy dispersas en todo el diente. El diente por lo general tiene una apariencia de corroído.

Las lesiones de fluorosis ocasionadas a partir de la ingestión de altas concentraciones de fluoruro durante el desarrollo dentario, particularmente aquellas en las categorías moderadas y cuestionables, son usualmente bilateralmente simétricas y tienden a mostrar un patrón de estriado horizontal a lo largo del diente, es decir del mesial o distal.

Como algunas formas de fluorosis son difíciles de distinguir de la opacidad idiopática, un estudio detenido del consumo de fluoruros del caso está indicado.

Fig. 2: Grado de Fluorosis (Indice de Dean)

4. Componente Educativo

El escolar recibirá información educativa a través del examen de sal por el odontólogo, (Evidencia Nivel 1b, Nivel de recomendación A) (6). Respecto a hábitos saludables de salud bucal referidos a instrucción de técnicas de cepillado, hábitos dietéticos, especialmente respecto a frecuencia de consumo de alimentos y bebidas azucaradas y uso de fluoruros y educación grupal para reforzamiento periódico, que puede ser realizada en las escuelas o consultorios por personal paramédico de odontología, educadoras sanitarias u otro profesional capacitado. (Nivel Evidencia Ib, Recomendación B)(6).

El establecimiento de hábitos de higiene bucal requiere de un largo período de motivación. En ella lo más importante es el convencimiento de responsabilidad individual, basada en el reconocimiento de cada uno de los principales formas de comportarse. (Evidencia nivel b)(6)

4.1.Educación individual, a través del examen de salud y refuerzo periódico realizado por Auxiliar Paramédico de Odontología Capacitado (a).

Para enseñar a la gente a cepillarse hay que enseñarles una rutina: en primer lugar cepillar la mitad superior derecha por la parte externa, seguida de la mitad superior izquierda también por la parte externa, mitad inferior izquierda y mitad inferior derecha también por la parte externa. Seguiremos otra vez el mismo orden pero ahora por la parte interna. A continuación las caras masticatorias u oclusales de los dientes y por último cepillaremos la lengua. En total la técnica de cepillado correcto debe durar entre 2-3 minutos

La técnica recomendada en niños de esta edad dada su menor destreza en el cepillado dental es la técnica de cepillado circular o de Fones (Evidencia nivel IV). Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.

La técnica de higiene bucal debe ser reforzada y retroalimentada por el odontólogo o por el personal paramédico de odontología, cada vez que el niño(a) acuda a tratamiento, mientras se alcanza el alta planificada.

5. Profilaxis o Higienización

Es la remoción de la placa bacteriana, cálculos, superficies irregulares de obturaciones y tinciones de la superficie expuesta y no expuesta del diente por medio del destartraje supragingival y pulido coronario, como una medida preventiva para el control de los factores irritativos locales. (5).

Objetivos:

- Eliminar placa bacteriana.
- Eliminar cálculos supragingivales y tinciones de la superficie del diente.
- Eliminar superficies irregulares de obturaciones, que favorecen la acumulación de placa bacteriana.
- Favorecer la remineralización del esmalte.
- Mejorar la visualización de lesiones incipientes para facilitar el diagnóstico.
- Reforzar en el paciente la participación responsable en el auto-cuidado de su salud bucal.

6. APLICACIÓN DE SELLANTES

Los sellantes son resinas fluidas y de poca viscosidad, que se aplican sobre el esmalte dentario sano de puntos y fisuras y en lesiones activas antes de su cavitación, para reforzar el diente y proteger las superficies vulnerables de la invasión bacteriana. Su éxito se basa en la capacidad de adherirse firmemente a la superficie del esmalte y aislar puntos y fisuras dentarias del medio bucal.(5)

Para la mayoría de los niños en riesgo, sellar los puntos y fisuras de molares definitivos es suficiente. Sin embargo, en pacientes de alto riesgo se deben sellar todos los puntos y fisuras que presenten riesgo. (11) (12) (13)

Los sellantes son altamente sensibles a la técnica utilizada. Su permanencia en boca depende de su indicación, aislación y del sistema de eyección de saliva disponible. (14)

Objetivos

1. Lograr una experiencia clínica odontológica no traumática, bien tolerada por el niño(a).
2. Sellar mecánicamente puntos y fisuras dentarias de dientes inmaduros.
3. Anular los nichos ecológicos para los micro-organismos cariogénicos.
4. Eliminar zonas retentivas de los dientes, facilitando su limpieza.
5. Aplicar sellantes en puntos y fisuras con fines terapéuticos.

Los sellantes deben aplicarse de acuerdo a las siguientes condiciones:

- 1.- **Si son preventivos, según la Norma de Actividades Promocionales y Preventivas Específicas en la atención Odontológica Infantil– MINSAL 1998.**
- 2.- **Grado de erupción de los primeros molares definitivos, compatibles con la aplicación de sellantes.**
- 3.- **Asegurar un correcto aislamiento de las piezas a sellar.**
- 4.- **Que las caries de las piezas temporales estén inactivadas previamente.**
- 5.- En lesiones incipientes (no cavitadas) y necesiten sellantes se debe aplicar el esquema de Tabla N° 2

Condición	Niño con Bajo Riesgo	Niño con Alto Riesgo
Puntos y/o fisuras sanas	Observar	Sellante
Puntos y/o fisuras teñidas sin lesión	Observar	Sellante
Puntos y/o fisuras con lesiones cariosas no cavitadas	Sellante	Previa Rx: - Sellar - Obturar y sellar con resinas preventivas
Puntos y/o fisuras de molar hipoplásico	Vidrio-ionómero + aplicación de flúor tópico Sellante + vidrio-ionómero + aplicación de flúor tópico	Sellante + aplicación de flúor tópico
Puntos y/o fisuras con caries cavitadas	Obturar	Obturar

7. INDICACION Y APLICACIÓN DE FLUORUROS TÓPICOS. Consiste en la utilización tópica de fluoruros aplicados según riesgos individuales.

Objetivo general:

Prevenir caries dentales o remineralizar caries incipientes, a través del uso de pastas dentales y barnices de fluoruros.

Presentación

- Pastas dentales con hasta 1.500 ppm de fluoruros
- Barnices con concentración de fluoruros de 5% y de 0,1%
-

7.1. Fluoruros en pastas dentales

Las pastas que contienen desde 1000 a 1500 ppm de fluoruros han mostrado ser efectivas en la prevención de caries en niños(a) entre 6 a 16 años de edad.(Evidencia Nivel Ib, Recomendación A) (6).(15) (16).

Los niños(a) que se cepillan dos veces al día muestran más beneficios que los que se cepillan menos frecuentemente. La dilución de la pasta reduce la eficacia de la pasta fluorurada. No se debe humedecer el cepillo con agua antes de iniciar el cepillado.

Recomendaciones:

- Indicar cepillado de dientes al menos 2 veces al día con pasta fluorurada conteniendo desde 1000 a 1500 ppm de flúor.
- Indicar limpieza de todas las superficies dentarias.
- Después del cepillado indicar la eliminación del exceso de pasta de dientes y enjuagar ligeramente con agua.
- Si el niño(a) puede ser supervisado por un adulto responsable, es recomendable que en el cepillado de la noche, el niño(a) sólo elimine restos de pasta y no se enjuague con agua, con el objetivo de mantener por más tiempo el efecto protector de caries dental de la pasta con flúor.

7.2. Indicaciones de Fluoruros en Barnices:

Barniz de fluoruro de sodio al 5% (22.600 ppm.)

Están indicados como agentes preventivos de caries, los barnices debieran aplicarse en general a todos los pacientes con alta actividad o riesgo cariogénico. (Evidencia nivel IIb, Recomendación B) (17) (18)

Técnica De Aplicación

La aplicación debe realizarse siguiendo las instrucciones del fabricante.

En general la aplicación del barniz se realiza por cuadrantes o por piezas dentales individuales, las cuáles en lo posible deben estar limpias y secas, se aplica el barniz con un pincel cubriendo todas las superficies, especialmente las oclusales, tratando de introducir el barniz en las fosas y fisuras así como en los espacios interproximales.

Procedimientos de Aplicación

- a) Se recomienda hacer la aplicación una vez controlado el medio bucal.
- b) Limpie los dientes con escobilla blanda y agua; es preferible que previamente el paciente cepille sus dientes en forma habitual.
- c) Seque los dientes con aire y aisle con rollos de algodón.
- d) Aplique el barniz en una capa fina y homogénea, (0.3 ml por arcada).
- e) Es recomendable comenzar con los dientes inferiores .

Indicaciones al paciente o al acompañante

- a) No tocar el barniz , dejándolo sobre sus dientes de tres a cuatro horas como mínimo
- b) Durante este tiempo el niño(a) no debe consumir alimentos duros ni líquidos calientes
- c) No debe cepillar sus dientes, por los menos durante las 12 horas siguientes.
- d) No usar seda dental por 72 horas
- e) Explique a su paciente, que sólo en forma momentánea, sus dientes permanecerán coloreados y con sensación de aspereza.

Frecuencia de aplicación

La frecuencia de aplicación debe ser entre cuatro a seis meses con refuerzo en las edades críticas de erupción, especialmente en aquellos pacientes con alto riesgo cariogénico. (Evidencia nivel IIb, Recomendación B)

Ventajas

Los barnices fluorados tienen la ventaja de permitir que los fluoruros tengan un gran tiempo de permanencia en contacto con el esmalte, en forma de fluoruro de calcio, actuando como un dispositivo de liberación lenta y permanente del Ion fluoruro al medio bucal.

Efectividad del Barniz de fluoruro de sodio al 5%

La mayoría de los estudios sobre la efectividad de estos barnices han reportado una reducción de caries de un 38%. (Nivel de evidencia IIb, Recomendación B)

Recurso Humano:

- Odontólogo
- Auxiliar Paramédico de Odontología capacitado(a), bajo supervisión del odontólogo

8. MANEJO DE CARIES CAVITADAS EN DIENTES DEFINITIVOS

El manejo de caries dentales, debe ser conservador, limitándose sólo a la extensión de la caries, tanto en superficie como en profundidad, debiéndose utilizar sellantes preventivos en las fisuras no afectadas. (19)

Las caras del diente que pueden ser afectadas con diferentes patrones de inicio y de progresión, por lo tanto tienen diferente tratamiento:

- Caries en cara oclusal
- Caries en caras proximales
- Caries en caras de superficies lisas

8.1. Manejo de caries oclusales

Si sólo una parte de las fisuras de la superficie oclusal está afectada por caries dentinaria pequeña o moderada, con extensión limitada, el tratamiento de elección es una restauración preventiva: composite + sellante. (Evidencia tipo Ib Recomendación A). (6)

Si la caries se extiende clínicamente en dentina, debe ser removida y el diente restaurado. (evidencia niveles Ib. Recomendación A) (6)

Para lesiones más extensas existe evidencia que recomienda el uso de obturaciones de amalgama. (Evidencia niveles Ia,III,y IV. Recomendación C) (6) (20) (21) (22).

8.2. Manejo de caries proximales

El diagnóstico precoz de caries proximales del esmalte es importante por su progresión inexorable. Con una intervención oportuna la lesión puede avanzar lentamente o ser reversible con un tratamiento de remineralización. (Evidencia Ib y III Recomendación B).

Cuando las caries dentales proximales radiográfica o visualmente se limitan al esmalte, se deben realizar cuidados preventivos más que recuperativos (Evidencia Nivel Ib Recomendación A)

En el manejo de lesiones sólo del esmalte se deben desarrollar las siguientes estrategias:

- Cepillado 2 veces al día con pastas dentales con no menos de 1000 ppm de fluoruros
- Uso de seda dental
- Control de Dieta
- Prescripción de enjuagatorios fluorurados: diarios o semanales

El manejo de lesiones de caries proximales requiere de monitoreos clínicos y radiográficos que permitan evaluar los resultados de la intervención preventiva. Por lo tanto este niño(a), debe ser priorizado para futuros controles, aunque éstos no se encuentren garantizados por el AUGE. (23)

8.3. Manejo de caries de superficies lisas.

Alteraciones del desarrollo del esmalte del primer molar permanente

a) Surco vestibular del 1er molar definitivo inferior, con defecto de coalescencia del esmalte y tubérculo de Caravelli del 1er molar definitivo superior, en riesgo, por invaginación profunda del esmalte.

Tratamiento

- Si hay presencia del defecto durante la erupción, sellar con ionómero, manteniendo control de la humedad tanto como sea posible.
- Si se puede controlar completamente la humedad, obturar con amalgama
- En los dos casos anteriores es indispensable esperar erupción completa para re evaluar y decidir sellar o rehacer obturación.

b) Hipoplasia del esmalte

Etiología

Por infecciones agudas producidas en el tercer trimestre del embarazo, durante el parto u hospitalizaciones durante los 3 primeros meses de vida. Este elemento es casi patognomónico en el diagnóstico.

Tratamiento

- 1 TODA HIPOPLASIA DEBE SER TRATADA con ionómero o composite, especialmente aquellas que producen dolor al frío, indicando un control cuidadoso de los factores de riesgo. Es un tratamiento que debe ser analizando cuidadosamente si persiste sensibilidad al frío o al cepillado. (Nivel de evidencia IV)
- 2 Se debe realizar fluoruración tópica y/o prescribir enjuagatorios fluorurados diarios o semanales (Nivel de evidencia IV Recomendación C)

Cuando se está en presencia de una caries dentinaria profunda oclusal, proximal o vestibular, con posible compromiso de la cámara pulpar, se debe realizar una técnica incremental. Si el control y obturación se debe realizar después que el niño(a) ha cumplido los 7 años, es necesario clasificarlo en Seguimiento. (24) (25)

9. MANEJO DE CARIES EN DIENTES TEMPORALES

Comentarios

En la resolución del plan de tratamiento de los dientes temporales es necesario recordar que la caries dental es un enfermedad infecto-contagiosa, por lo tanto su control es un factor protector de los dientes definitivos. Por otro lado, entre los factores más importantes en la prevención de la maloclusiones se encuentra el control del proceso eruptivo, tales como elongaciones, pérdida de tejido de sostén, migraciones, mesio inclinaciones, las que se pueden prevenir con la conservación de los dientes temporales, hasta el momento de su exfoliación normal, ya que si se extraen precozmente, se pueden producir problemas en el desarrollo del sistema estomatognático.

Al iniciar el tratamiento de recuperación es necesario realizar inactivación de caries de los dientes temporales.

El daño producido en dientes temporales debe repararse sólo cuando se pueda asegurar un buen resultado clínico.

TABLA N°3

**Esquema de recuperación de caries dentales en dientes temporales
(Evidencia Nivel IV, Recomendación C)**

Lesión	Anestesia Dental	Abordaje	Material de Obturación
Lesión de esmalte de superficie oclusal no cavitada	No	Profilaxis con uso de instrumento rotatorio	- Sellante
Caries cavitada del esmalte.	No	Técnica manual* y/o uso instrumento rotatorio	- Vidrio-ionómero - Amalgama
Caries dentinaria oclusal	Evaluar necesidad según del paciente	Técnica manual* y/o uso instrumento rotatorio	- Vidrio-ionómero - Amalgama
Caries dentinaria proximal*	Evaluar necesidad según del paciente	Uso de instrumento rotatorio	- Vidrio-ionómero - Restauración resina - Amalgama
Caries dentinaria profunda	Uso de Anestesia.	Uso de instrumento rotatorio y/o Técnica Manual*	- Vidrio-ionómero - Amalgama - Restauración resina
Caries crónica o detenida	Evaluar necesidad según del paciente	Uso de instrumento rotatorio y/o Técnica Manual*	- Vidrio-ionómero - Amalgama - Restauración Resina
Destrucción Coronaria	Evaluar necesidad según del paciente	Uso de instrumento rotatorio y/o Técnica Manual*	- Vidrio-ionómero - Coronas preformadas

* Se recomienda su uso en pacientes difícil manejo durante las sesiones de adaptación.

Si se diagnostica mancha blanca en distal del 2° molar temporal, es recomendable obturar, con el objetivo de proteger mesial del 1er molar definitivo.

10. TERAPIAS PULPARES EN DIENTES DEFINITIVOS

Si se ha producido daño pulpar se deben realizar los tratamientos pulpares necesarios para recuperar la salud del diente afectado: Inducción al cierre u otros. Tanto de piezas dentarias uniradiculares como multiradiculares.

11. TERAPIAS PULPARES EN DIENTES TEMPORALES

Criterios de evaluación para determinar la indicación de terapia pulpar:

- Posibilidad de efectuar la técnica correcta, sin contaminación.
- Remanente coronario que permita un buen sellado y restauración posterior.
- Grado de reabsorción radicular de la pieza dentaria temporal (ver tabla N°4)

Los actuales avances en los programas preventivos de caries aplicados en un trabajo clínico cuidadoso del odontólogo, deben ser determinantes para una disminución significativa de este tratamiento en dientes temporales.

11.1. Pulpotomía:

La terapia pulpar utilizada para dientes temporales es un procedimiento clínico que consiste en eliminar pulpa vital cameral inflamada, fijar el remanente con un medicamento y reemplazar el tejido pulpar por un material de obturación que no interfiera con el proceso fisiológico de reabsorción .(5)

Objetivos:

- Mantener el diente temporal hasta su exfoliación.
- Prevenir complicaciones locales y generales como consecuencia de procesos infecciosos.
- Mantener el espacio para los dientes permanentes.

Indicaciones

- Perforación accidental de cámara pulpar al realizar procedimiento operatorio.
- Exposición pulpar por trauma.
- Necesidad de anclaje al realizar una obturación compleja (Evaluar remanente coronario).

Sintomatología :

- **La duración del dolor esta directamente relacionado con la duración del estímulo.**
- **Dolor a estímulo dulce-ácido; calor y frío.**
- **Dolor al empaquetamiento de alimentos.**

Técnica (5,29,30)

- **Anestesia**
- **Eliminación de caries**
- **Aislación absoluta o relativa con ejetor de saliva.**
- **Trepanación y eliminación del tejido pulpar cameral con fresa o cuchareta de caries esterilizadas.**
- **Control del sangramiento con motitas de algodón secas y estériles.**
 - **Lavado con agua destilada o suero fisiológico.**
 - **Secar con motitas estériles.**

- **Aplicación tópica con una motita estéril embebida en Formocresol al 4% durante 4-5 minutos. Si el sangramiento se detiene, se debe sellar la cámara pulpar con una pasta espesa de óxido de zinc-eugenol.**
- **Obturación**

9.2. Endodoncias en dientes temporales.

Antiguamente se pensaba que no tenía importancia perder los dientes temporales, ya que erupcionarían los definitivos, pero en la actualidad sabemos la importancia que tiene mantenerlos en boca, ya que ellos son la guía de erupción de las piezas definitivas, además de contribuir al desarrollo de los maxilares.

En los casos que la pulpa ha sido afectada se debe realizar un tratamiento endodóntico en dientes temporales, que consiste en la eliminación de la pulpa tanto cameral como de los conductos y su posterior relleno con pasta reabsorbible para no impedir la exfoliación natural de los dientes.

TABLA N° 5: Indicaciones de tratamientos de endodoncia en dientes temporales

EXAMEN CLINICO	ESTADO PULPA	HISTORIA DOLOR	TRATAMIENTO URGENCIA	TRATAMIENTO DEFINITIVO
CARIES PROFUNDA CON EXPOSICIÓN PULPAR PEQUEÑA ABSCESO CUERNO	INFLAMACIÓN PULPAR PULPITIS AGUDA	DOLOR AGUDO ESPONTÁNEO O PROVOCADO DE LARGA DURACIÓN INTERMITENTE AUMENTO CON EL CALOR	ANESTESIA TREPANACIÓN / MEDICACIÓN INDICAR RADIOGRAFIA EVALUAR REMANENTE CORONARIO	EVALUAR 1. ANÁLISIS RADIOGRÁFICO - PULPECTOMIA - OBTURACIÓN DEFINITIVA 2. EXTRAER
CARIES CON EXPOSICIÓN PULPAR ABCESO O LESION MARGINAL POLIPO PULPAR	INFLAMACIÓN PULPAR PULPITIS CRÓNICA TOTAL CON NECROSIS PARCIAL PULPITIS CRÓNICA HIPERPLASICA	DOLOR AGUDO ESPONTÁNEO O PROVOCADO, AUMENTO CON EL CALOR LOS SÍNTOMAS PUEDEN DISMINUIR POR LA ESCASA VITALIDAD	ANESTESIA TREPANACIÓN / MEDICACIÓN INDICAR RADIOGRAFIA EVALUAR REMANENTE CORONARIO	EVALUAR 1. ANÁLISIS RADIOGRÁFICO - PULPECTOMIA - OBTURACION DEFINITIVA 2. EXTRAER
CARIES PENETRANTE A) ABIERTA B) CERRADA CON: ABCESO FÍSTULA MOVILIDAD CAMBIO DE COLOR	NECROSIS PULPAR	DOLOR PUEDE SER A) ESPONTÁNEO B) SOLO A LA PERCUSIÓN C) S/DOLOR	ANESTESIA TREPANACIÓN / MEDICACIÓN INDICAR RADIOGRAFIA EVALUAR REMANENTE CORONARIO	EVALUAR 1. ANÁLISIS RADIOGRÁFICO - NECRO-PULPECTOMIA - OBTURACION DEFINITIVA 2. EXTRAER

Los tratamientos de endodoncia de dientes temporales se deben resolver en Atención Primaria, por odontólogo general, según los siguientes criterios:

- ❑ **Posibilidad de efectuar la técnica correcta, sin contaminación.**
- ❑ **Remanente coronario que permita un buen sellado y restauración posterior.**
- ❑ **Grado de reabsorción radicular de la pieza dentaria temporal (ver tabla N°4).**

Cuando el tejido pulpar esta totalmente comprometido se puede presentar:

1. Fístula
2. Abscesos vestibular-lingual o palatino
3. Pólipo pulpar
4. Al realizar la Pulpotomía terapéutica el tejido pulpar esta anémico, disgregado o sangra profusamente.
5. Aumento movilidad que no corresponde a la edad fisiológica de la pieza dentaria
6. Cambio coloración-olor característico
7. Dolor agudo, espontáneo, o provocado y que puede aumentar con alimentos calientes y persiste mas allá del estímulo

12. EXODONCIAS.

Se realizarán exodoncias en aquellos casos donde no se pueda mantener los dientes temporales ya sea porque la destrucción coronaria hace imposible su restauración, fracaso o imposibilidad de efectuar un tratamiento pulpar, fractura dentaria según indicación de tabla N°6.

Se debe recordar que aún cuando se ha empezado el proceso de reabsorción dentaria es necesario lograr una buena técnica anestésica, ya que los tejidos peridentarios mantienen su inervación normal, causando dolor a la extracción.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Caries dental	La caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa que afecta el tejido calcificado del diente y se caracteriza por desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la porción orgánica del diente. La lesión cariosa es una manifestación del estado del proceso en un punto del tiempo. La progresión de la caries ocurre cuando se produce el desbalance entre la desmineralización y la remineralización, con la consiguiente pérdida de minerales.
Caries aguda o activa	Se presenta especialmente en niños y adultos jóvenes, siguiendo un curso rápido no permitiendo la formación de dentina esclerótica ni tampoco dentina reaccional, afectando en poco tiempo la pulpa, . A la exploración en las zonas necróticas, el tejido está blando y se puede retirar por capas con cuchareta para caries. Generalmente la dentina se tiñe de color amarillo, a diferencia de la dentina cariada en otros tipos, que es de color pardo.
Caries crónica o detenida	Aquella en que queda su avance estacionario o suspendido. La mayoría de las veces se presenta en la cara oclusal y se caracteriza por presentar una gran abertura en la cual no hay acumulo de alimentos y se produce una buena limpieza, ocasionándose una abrasión de parte de la superficie dentaria cariada, para dejar una superficie dura y más o menos lisa pero teñida de color café o negruzca. Lógicamente el diente presentará dentinas esclerótica y reaccional, al observarlas al microscopio.
Caries Recurrente o Secundaria	Aquella que se presenta generalmente en el borde de una restauración, debido muchas veces a su extensión incompleta o inadecuada.

In activación de Caries	Método utilizado para el control de la infección de la cavidad bucal cuyo objetivo es disminuir la carga bacteriana y evitar una respuesta pulpar. La técnica consiste en eliminar dentina necrótica de las paredes cavitarias en forma manual con cuchareta para caries, limpiar el fondo y dejar una obturación con cemento provisorio de eugenato de zinc mejorado o de ionómero hasta la rehabilitación de las piezas afectadas. En piezas temporales, se debe tener especial cuidado con la profundidad hacia la pulpa ya que su indicación inadecuada puede acelerar un proceso o enmascarar un proceso pulpar.
Técnica de restauración preventiva de resina	Consiste en el fresado únicamente de las áreas afectadas por caries cavitadas, cuya obturación se hace mediante una combinación de composite para obturar la cavidad y un sellante en fisuras sanas adyacentes.
Técnicas Incrementales	Remoción juiciosa de caries dentales para evitar la exposición pulpar, en ausencia de signos y síntomas de pulpitis. Consiste en la remoción de caries en 2 etapas separadas proximalmente entre 6 a 12 meses. En la 1era etapa se accede a la caries dental y dejando la periferia de la cavidad completamente libre de caries, se lava la dentina suavemente, aplicando un recubrimiento de hidróxido de calcio y restaurando con vidrio ionómero, por 6 a 12 meses. Se controla cada 2 meses. Se repite el procedimiento hasta que el diente se presente asintomático y clínicamente se aprecie dentina reparativa, momento en que se obtura definitivamente.

ANEXO 9 FORMATO ESTANDARIZADO DE FICHA CLÍNICA

Datos personales
Datos de la madre o el padre

Confirmación Diagnóstica:
Diagnóstico
Peso y talla
Nombre del Cirujano responsable
Fecha

Ortopedia Prequirúrgica
Nombre Profesional tratante
Fecha Instalación aparato
Fecha término del tratamiento

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Psicología
Nombre profesional responsable
Fecha de primera atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Otorrinolaringología
Nombre profesional responsable
Fecha de la primera Atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Impedanciometría
Nombre profesional responsable
Fecha de la primera atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Potenciales evocados
Nombre profesional responsable
Fecha de la primera atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Nasofibrolaringoscopia

Nombre profesional responsable

Fecha de la primera atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Cirugía Primaria (cierre de labio, rinoplastia primaria, gingivoperiosteoplastía, cierre de paladar blando)

Tratamiento

Nombre profesional responsable

Fecha

Cirugía Primaria (cierre paladar duro, cierre paladar duro y blando, etc)

Tratamiento

Nombre profesional responsable

Fecha

Kinesiología / Terapeuta Ocupacional

Nombre profesional responsable

Fecha de atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Fonoaudiología

Nombre profesional responsable

Fecha de primera atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Nombre profesional												
Fecha												

Odontopediatría

Nombre profesional responsable

Fecha de primera atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Nombre profesional												
Fecha												

Ortodoncia

Nombre profesional Responsable

Fecha de primera atención

Controles posteriores:

Nombre profesional												
Fecha												

Nombre profesional												
Fecha												

Cirugía Secundaria

Tratamiento:

Nombre profesional responsable

Fecha:

Cirugía Secundaria

Tratamiento

Nombre profesional responsable

Fecha

Cirugía Secundaria

Tratamiento

Nombre profesional responsable

Fecha

Cirugía Secundaria

Tratamiento

Nombre profesional responsable

Fecha

Cirugía Secundaria

Tratamiento

Nombre profesional responsable

Fecha

ANEXO 10 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REVISION SISTEMATICA

1. Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001, "Using systematic reviews in clinical guideline development," in *Systematic Reviews in Health Care: Meta Analysis in Context*, 2nd edn, Egger M, Smith GD, & Altman D, eds., BMJ Publishing Group, Chatam, pp. 400-409.
Ref ID: 3
2. Field MJ & Lohr KN 1992, *Guideline for Clinical Practice: from development to use*, National Academy Press, Washington DC.
Ref ID: 1
3. Lohr KN 2004, "Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, pp. 9-18.
Ref ID: 2
4. Philips J, Warren D, & et al. 2000, *Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies*. Chapel Hill (NC).
Ref ID: 3
5. The AGREE Collaboration 2001, *EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.*; Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco AGREE Instrument Spanish version, London.
Ref ID: 4

REFERENCIAS CLINICAS POR ESPECIALIDAD

- 1 Manual de malformaciones y deformaciones Maxilofaciales. Montoya H, Ediciones Universidad de Concepción Mayo 1997
- 2 Incidence of the cleft lip and palate in the University of Chile Maternity Hospital and in maternity Chilean participating in the Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC) Nazer J, Hubner ME, Catalan J, Cifuentes L. Rev Med Chil. Mar; 129 (3)285 – 93
- 3 Parameters for Evaluation and treatment of patients with cleft Lip/Palate or other craniofacial anomalies. Official Publication of the American Cleft palate – Craniofacial Association. March 1993 Reviused April 2000.
- 4 Environment and genetics in the etiology of cleft lip and palate with reference to role of folic acid . Bianchi F, Calzolari E, Ciulli L, Cordier S, Gualandi F, Pierini A, Mossey P. Epidemiología e Prevenzione 2000; 24(1), 21-27
- 5 Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica, Diciembre 2000 y Abril 2001.
- 6 Roberts CT, Semb G, Shaw WC Strategies for the advancement of surgical methods in cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 1991 Apr;28(2):141-9
- 7 Etiopatogenia y tratamiento de las fisuras labio – máximo – palatinas.. Fac. Odontología U. De Chile.2004. Prof. Dra Dosris Cauvi León. Klga Rosa Córdova Mella.
- 8 Health Monitoring Poland: Oral Health and cleft lip – palate programes. Ministry of health in Poland, July 2000

- 9 Guías prácticas para el manejo del dolor agudo, 2002; 9-69 Sociedad de Anestesiología de Chile
- 10 Piffko, Mever y Joos , de la clínica de cirugía maxilofacial . Universidad de Munster, Alemania.
- 11 Optimal timing of cleft palate closure. Richard E. Kirschner, M.D.; Scott P. Bartlett, M.D. Plastic and reconstructive Surgery 2000; 106: 423- 425
- 12 Health Monitoring in Poland: Oral and cleft Lip-Palate programmes. Ministry of Health Poland and European Commission, July 2000
- 13 Sommelard BC, Cleft Palate Craniofac. J. 2002, May; 39(3): 295 – 307
- 14 Izunza A, Plast Reconstr Surg, 2002, Nov; 110(6): 1401 – 7,
- 15 Rolando Prada M., Iván Cárdenas, FISULAB, Revista Colombiana de Cirugía Plástica y reconstructiva 2003
- 16 Yang S, Stelnicki EJ, Lee MN. Pediatr Dent. 2003 May-Jun;25(3):253-6.
- 17 Cleft Palate Craniofac J. 2001 Sep;38(5):468-75 Lip movement in patients with a history of unilateral cleft lip. Rutjens CA, Spauwen PH, van Lieshout PH.
- 18 Grabb and Smith Plastic Surgery 5ª edición: Chapter 20: Presurgical Orthopedics for Cleft lip and Palate. Barry H. Grayson and Pedro E. Santiago
- 19 Short – term cost effectiveness analysis of presurgical orthopedic treatment in children with complete unilateral cleft lip and palate. Severens J L, PrahL C, Kuijpers – Jagtman A M, PrahL – Andersen B. Cleft Palate – Craniofacial J.1998; 35(3):222-226
- 20 An intelligibility assesment of toddlers with cleft lip and palate who received and did not receive presurgical infant orthopedic treatment. Konst EM, Weersink – Braks H, Rietveld T, Peters H. J. Commun Disord 2000 Nov-Dec ; 33(6): 483-499
- 21 Millard D. R. Jr. Cleft Graft: The evolution of its surgery. Vol I Unilateral Cleft. Boston Little Brown 1976,1977
- 22 Mulliken JB., Repair of Bilateral Complete Cleft lip and nasal Deformity-State of the art. Cleft Palate Craniofacial. Journal, , July 2000, vol 37 N° 4
- 23 Furlow LT Jr., Cleft palate repair by double opposing Z – plasty. Plast Reconstr. Surg 1986; 78: 724 – 736
- 24 Kriens OB. An anatomical approach to veloplasty. Plast Reconstr. Surg. 43: 29, 1969
- 25 Millard Dr. Jr. Cleft Craft: The evolution of this surgery, III in: Cleft Palate. Boston. Little Brown, 1976
- 26 René Rodríguez Martín. Revista Cubana de Estomatología, enero-junio, 1995.
- 27 Etiopatogenia y tratamiento de las fisuras labio – máximo – palatinas.. Fac. Odontología U. De Chile.2004. Prof. Dra Dosris Cauvi León. Pag 187-200
- 28 Cleft palate repair at 3 to 7 months of age, Kirschner, Richard. M.D. Plastic and Reconstructive Surgery Ma1 2000 Volume 105(6) pages2127 – 2132
- 29 Delaire, J.; Precious, D.; Gordeeff, A. “The advantage of wide superiostal exposure in primary surgical correction of labial maxillary clefts”

- 30 Karl-Víctor Sarnas, Bodil Rune. "Extraoral Traction to the Maxilla with face mask: A Follow-up of 17 Consecutively Treated Patients With and Without Cleft Lip and Palate" Cleft Palate Association Vol 24 N° 2 Pág 95-103. 1987.
- 31 Fuchslocher G, Marti I, Cauvi D,
"Ortopedia mediante el uso de la máscara de Delaire, en niños portadores de labio leporino unilateral y fisura velopalatina operados" Rev. Chilena de Ortodoncia 8:54 – 68. 1991
- 32 Changeeng Yi Xue Za Zhi. 1994 (Sept) 17 (3); 226 –34
- 33 Nasoalveolar molding and gingivoperiosteoplasty versus alveolar bone graft: An outcome analysis of costs in the treatment of unilateral cleft alveolus. Tracy M, Pfeifer, MS, MD., Barry H. Grayson, DDS and Court B. Cutting M.D. The Cleft palate Craniofacial J ;39(1): 26-29
- 34 Kozelj, Vesna. The Basis for presurgical orthopedic treatment of infants with unilateral complete cleft lip and palate. Cleft palate J. 2000; 37:26-31
- 35 NATIONAL RECONFIGURATION OF CLEFT SERVICES. Guidance on making appointments to new cleft centres. 2001. Department of Health, Area 414, Wellington House. 133-155 Waterloo Road, London.