



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS PADRES Y REPRESENTANTES,
SOBRE LOS CUIDADOS DE NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS
DE LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR
OPERACIÓN SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.**

**Autora:
T.S.U. Maria Emilia Silva**

**Tutor:
Lic. Alirio Aguilera**

Caracas, Enero de 2011



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS PADRES Y REPRESENTANTES,
SOBRE LOS CUIDADOS DE NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS
DE LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR
OPERACIÓN SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.**

(Trabajo de Grado presentado como requisito para optar
al título de Licenciada en Enfermería)

**Autora:
T.S.U. Maria Emilia Silva**

**Tutor:
Lic. Alirio Aguilera**

Caracas, Enero de 2011

| Tabla de Contenidos | Página |
|-----------------------------------|---------------|
| Agradecimientos | iii |
| Acta de Aprobación | iv |
| Índice de Tablas | v |
| Índice de Gráficos | vii |
| Resumen | viii |
| Introducción | 1 |
| | |
| Capítulo I: El Problema | |
| Planteamiento del Problema | 3 |
| Objetivos de la Investigación | 8 |
| Justificación | 9 |
| | |
| Capítulo II: Marco Teórico | |
| Antecedentes de la Investigación | 11 |
| Bases Conceptuales | 14 |
| Crecimiento y Desarrollo | 14 |
| Etapas del Desarrollo | 16 |
| Características | 17 |
| Labio y Paladar Hendido | 24 |
| Etiología | 27 |
| Tipo de Malformaciones | 28 |
| Complicaciones | 31 |
| Plan de Tratamiento | 32 |
| Intervenciones | 34 |
| Orientación | |
| Cuidados Pre-Operatorios | 35 |
| Cuidados Post-Operatorios | 36 |
| Cuidados Físicos | 37 |
| Otros Cuidados | 38 |
| Cuidados Psicosociales | 39 |
| Operación Sonrisa | 40 |
| Sistema de Variables | 41 |
| Operacionalización de la Variable | 44 |
| | 45 |
| | |
| Capítulo III: Marco Metodológico | |
| Tipo de Investigación | |
| Población | 46 |
| Muestra | 47 |
| Instrumento | 47 |
| Validez | 48 |
| Procedimiento | 48 |

| | |
|---|----|
| Confiabilidad | 49 |
| Procedimiento | 50 |
| Presentación del Resultado | |
| Capítulo IV: Análisis del Resultado | 51 |
| Resultados | 52 |
| Conclusiones | 68 |
| Recomendaciones | 69 |
| Referencias Bibliográficas | 70 |
| Anexos | |
| Anexo A: Instrumento | 72 |
| Anexo B: Cartas de Validación por Expertos | 74 |
| Anexo C: Coeficiente de Confiabilidad Spearman Brown | 75 |
| Anexo D: Carta de Aceptación Institucional | 76 |
| Anexo E: Soporte Fotográfico | 77 |

Lista de Tablas

Páginas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Distribución absoluta y porcentual sobre los datos demográficos de los padres y representantes de los niños de 0 a 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre de 2011. | 53 |
| Tabla 2. Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre 2011. Dimensión: Cuidados Físicos. Indicador: Cuidados específicos de la herida. | 58 |
| Tabla 3. Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre 2011. Dimensión: Cuidados Físicos. Indicador: Cuidados específicos de la herida. | 60 |
| Tabla 4. Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre 2011. Dimensión: Cuidados Físicos. Indicador: Alimentación. | 62 |
| Tabla 5. Distribución absoluta y porcentual de las respuestas emitidas por los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre 2011. Dimensión: Cuidados Psicosociales. Indicador: Recreación. | 64 |

Lista de Gráficos

Páginas

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Distribución porcentual sobre los datos demográficos de los padres y representantes de los niños de 0 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre de 2011. Dimensión: Sexo. | 54 |
| Gráfico 2. Distribución porcentual sobre los datos demográficos de los padres y representantes de los niños de 0 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre de 2011. Dimensión: Edad. | 55 |
| Gráfico 3. Distribución porcentual sobre los datos demográficos de los padres y representantes de los niños de 0 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre de 2011. Dimensión: Estado Civil. | 56 |
| Gráfico 4. Distribución porcentual sobre los datos demográficos de los padres y representantes de los niños de 0 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre de 2011. Dimensión: Escolaridad. | 57 |
| Gráfico 5. Distribución porcentual de las respuestas emitidas por los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre de 2011. Dimensión: Cuidados Físicos. Indicador: Cuidados específicos de la Herida. | 59 |
| Gráfico 6. Distribución porcentual de las respuestas emitidas por los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por | 61 |

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida y las oportunidades que nos presenta día a día, por acompañarme durante la carrera y despertar la vocación del servicio hacia las demás personas.

A mi familia por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

A mi tutor, Alirio Aguilera, quien con su esfuerzo se constituyó en guía para la culminación de este estudio de investigación.

A aquellos profesores quienes hicieron del estudio en la Universidad una motivación al logro.

A Operación Sonrisa, quienes con su trabajo le regalan una sonrisa y calidad de vida a cada niño.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA



Carta de Aprobación del Tutor

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado (T.E.G) titulado **INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS CUIDADOS DE NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS EN OPERACIÓN SONRISA. 2011**, presentado por la ciudadana: Maria Emilia Silva, CI: 17.856.843, para optar por el título de LICENCIADO DE ENFERMERÍA, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, Noviembre de 2011.

Lic. Alirio Aguilera



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE
LOS CUIDADOS DE NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO
LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA.
PRIMER SEMESTRE 2011**

Autora: Maria Emilia Silva

Tutor: Lic. Alirio Aguilera

Resumen

Esta investigación, de campo tipo descriptivo tuvo como objetivo determinar la información que poseen los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños en las edades comprendidas entre 0 a 3 años, post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. La población objeto de estudio estuvo conformada por 26 padres o representantes que participaron en la jornada quirúrgica de Operación Sonrisa realizada en la Policlínica Metropolitana en el mes de Julio del año 2011, y la muestra estuvo conformada por los mismo 26 padres o representantes, a los cuales se les aplicó un instrumento, tipo cuestionario, conformado por 14 ítems o preguntas, con respuestas de selección múltiple. Se presentaron los resultados por medio de tablas estadísticas y gráficos conformados por frecuencias absolutas y porcentajes, utilizando la categorización de respuestas correctas e incorrectas. Dentro de los resultados se puede mencionar que la población objeto de estudio no posee información, para brindar los cuidados que los niños requieren, para los ítems 1 al 8, que corresponden a los cuidados de las heridas el 69% respondió en forma incorrecta, al igual que los ítems del 9 al 14, evidenciando que no manejan la información que requieren los niños en el postoperatorio. Se concluye que las acciones educativas que brinda Operación Sonrisa no son suficientes para llegar a la población objeto de las jornadas, por lo que se recomienda un programa digital que permita la interacción de los padres y representantes en forma interactiva, para obtener mayor efecto y así lograr la disminución de los riesgos en la etapa postoperatoria.

Palabras claves: niños, labio leporino, paladar hendido.

INTRODUCCIÓN

Labio leporino o fisura labial se denomina al defecto [congénito](#) que consiste en una hendidura o separación en el [labio](#) superior. El labio leporino se origina por fusión incompleta de los procesos maxilar y nasolateral del embrión y es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes, aproximadamente, constituye el 15% de las malformaciones [congénitas](#). Se presenta, frecuentemente, acompañado de [paladar hendido](#).

El tratamiento del labio fisurado y el paladar hendido depende de la severidad de la malformación. La mayoría de los niños son atendidos por equipos de cirujanos craneofaciales durante su desarrollo, y su tratamiento puede durar toda la vida. En Venezuela, entre otras alternativas de atención especializada, existe Operación Sonrisa, que es una organización sin fines de lucro que realiza jornadas operatorias en todo el país. No existe documentación oficial de las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas oficialmente, solo están descritas en las historias clínicas de los pacientes, y están relacionadas con la falta de información de los cuidadores de los niños beneficiarios de las jornadas de operación sonrisa.

En ese sentido el estudio cuenta con V capítulos que son:

El primer capítulo: referido al problema, contiene el planteamiento del problema, objetivos del estudio: general y específico, y justificación de la investigación.

El segundo capítulo: hace referencia, al marco teórico, el cual incluye los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, sistema de variables y su operacionalización.

El tercer capítulo: describe el diseño metodológico que contiene población, muestra, técnica e instrumento de recolección de datos.

El cuarto capítulo: resultado de la investigación y su análisis

El quinto capítulo: conclusiones y recomendaciones seguidamente la referencia bibliográfica junto a los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El labio leporino y el paladar hendido son anomalías de nacimiento de la boca y del labio que se desarrollan en la etapa temprana del embarazo, cuando los lados del labio y del paladar no se fusionan como deberían. Un niño puede tener labio leporino, paladar hendido o ambos. Estas malformaciones congénitas son más comunes en los niños que en las niñas. Es también importante saber que la mayoría de los recién nacidos con una hendidura son sanos y no tienen ninguna otra anomalía congénita.

El paladar hendido se presenta cuando este no se cierra completamente sino que deja una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Puede extenderse desde la parte anterior de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando). A menudo la hendidura también incluye el labio. El paladar hendido no es tan perceptible como el labio leporino porque está dentro de la boca. Puede ser la única anomalía que presenta el 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. (Carlesso, J, 2003: 231-253).

El autor antes citado, plantea que, el labio leporino es una anomalía en la que esta sección no se forma completamente durante el desarrollo fetal. El grado del labio leporino puede variar, desde leve (muesca del labio) hasta severo (gran abertura

desde el labio hasta la nariz). Para los padres puede resultar estresante acostumbrarse a la obvia anomalía de la cara, ya que puede ser muy evidente.

Los defectos de la hendidura labiopalatina conducen a desajustes psicosomáticos en el niño y alteran el equilibrio de su grupo familiar, por ello es necesario diagnosticarlos prematuramente. Las malformaciones descritas no sólo constituyen una deformidad congénita y de estética, sino que llevan consigo diferentes complicaciones como lo son:

- Dificultades en la alimentación, debido a que el bebé no puede succionar adecuadamente porque el paladar no está formado completamente.
- Infecciones de oído y pérdida auditiva que se deben a menudo al desarrollo incompleto del paladar y de los músculos palatinos que son necesarios para abrir las trompas de Eustaquio, estas infecciones recurrentes pueden producir una pérdida auditiva.
- Problemas fonéticos, no sólo originados por la pérdida de audición que puede ocasionar dificultades de aprendizaje y en el desarrollo del habla, sino también porque al no existir paladar el sonido sube a la cavidad nasal, emitiendo sonidos que los demás no pueden comprender.
- Problemas odontológicos debido a que la función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del paladar y del labio, impidiendo que los dientes puedan erupcionar normalmente, haciendo necesario que se realice tratamiento de ortodoncia.
- Problemas psicológicos, las complicaciones antes mencionadas claramente repercuten en la personalidad y seguridad de los pacientes con este tipo de malformación quienes a menudo son rechazados y excluidos de muchas de las actividades sociales.

Estas complicaciones, en la alimentación, audición, lenguaje, mordida y psicológicas, fueron motivo suficiente para que un equipo multidisciplinario, decidiera fundar en Venezuela una organización, sin fines de lucro, no gubernamental, denominada

Operación Sonrisa, encargada de realizar jornadas quirúrgicas, para la resolución de estos padecimientos. Sin embargo para la correcta recuperación y rehabilitación maxilofacial y psicológica de los pacientes es de vital importancia ofrecer una atención multidisciplinaria donde la familia toma un papel muy importante en la rehabilitación del niño post operado, haciendo indispensable que reciban la información adecuada sobre los cuidados en el post operatorio.

La situación socio cultural de muchos de los pacientes y de sus padres o representantes al igual que el gran número de pacientes atendidos en cada una de las jornadas, constituye un gran reto para el personal encargado de dar las indicaciones post operatorias, ya que no se cuenta con el tiempo necesario para que una persona de estas características, sociales, (edad de los padres o representantes, nivel socio económico, nivel educativo), entienda. Otro factor que predispone a los padres a no realizar los cuidados adecuados, es la falta de estimulación para la realización de los mismos ya que la cirugía es sólo el primer paso y el éxito o fracaso de la misma depende de entender y seguir al pie de la letra las indicaciones suministradas por el personal médico y de enfermería.

Señalado esto, y entendiendo la importancia de la información que manejen los cuidadores de los niños beneficiarios de las jornadas de Operación Sonrisa, es necesario determinar realmente la información que manejan los padres y representantes. Se han creado gran cantidad de folletos, trípticos con la información pero cuando se evalúa una complicación del acto quirúrgico muchos de los padres refieren no haber entendido o no haber leído. Por lo que los cuidados en casa no son ejecutados acorde al deber ser, y se presentan las complicaciones.

En este orden de ideas, existe poca investigación que realmente determine cuánta información manejan los grupos de padres por jornada quirúrgica de Operación Sonrisa, que permita modificar la estrategia educativa que actualmente se ejecuta alrededor de cada jornada con el objetivo de influir en cambios de actitud y

conducta de los padres y representantes en relación al problema abordado.

Por todo lo antes mencionado, se decide determinar la información sobre los cuidados físicos, de recreación, psicológicos y de fonación, que deben de realizar en el hogar.

Tomando en cuenta la situación planteada, surgieron las siguientes interrogantes:

¿Qué información tienen los padres y representantes sobre los cuidados de la herida operatoria de niños post operados de labio y paladar hendido, en edades comprendidas entre 0 a 3 años, atendidos por Operación Sonrisa?

¿Qué información tienen los padres y representantes sobre la alimentación de niños post operados de labio y paladar hendido, en edades comprendidas entre 0 a 3 años, atendidos por Operación Sonrisa?

¿Qué información tienen los padres y representantes sobre la recreación de niños post operados de labio y paladar hendido, en edades comprendidas entre 0 a 3 años, atendidos por Operación Sonrisa?

¿Qué información tienen los padres y representantes sobre la fonación de niños post operados de labio y paladar hendido, en edades comprendidas entre 0 a 3 años, atendidos por Operación Sonrisa?

En base a lo anterior se formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es la información que poseen los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años, post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la información que poseen los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años, post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer semestre de 2011.

Objetivos Específicos

Identificar la información que poseen los padres y representantes, sobre los cuidados físicos (cuidados específicos de la herida y alimentación), de los niños de 0 a 3 años, post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer Semestre de 2011.

Identificar la información que poseen los padres y representantes, sobre los cuidados psicológicos (recreación y fonación), de los niños de 0 a 3 años, post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa. Primer Semestre de 2011.

Justificación de la Investigación

El término labio y paladar hendido se puede definir como la falta de unión de los procesos que forman el labio y el paladar en la vida intrauterina, inicialmente esto ocasiona un desbalance familiar, depresiones en los padres y un riesgo para el bebé quien puede ver su alimentación comprometida así como su desarrollo fonético. En Venezuela se nota una diferencia entre la incidencia en la zona rural y la urbana, ya que en el interior se observa uno entre cada 800 niños nacidos vivos, mientras que en la zona central, Caracas las estadísticas reflejan que se trata de uno entre cada mil. Se estima que nacen cada año en el país unos 4500 niños con esta condición.

Dada la situación y la falta de ayuda a la que se ven sometidas muchas familias venezolanas, surgió una organización sin fines de lucro, llamada Operación Sonrisa, la cual está conformada por un equipo multidisciplinario, integrado por médicos anesthesiólogos, cirujanos maxilofaciales, enfermeras, trapistas de lenguaje, odontólogos, psicólogos y abogados, que tienen el objetivo de operar a estos niños de manera gratuita y otorgarles una sonrisa, contribuyendo a que el niño se desarrolle como un ser saludable, productivo y feliz como persona.

Sin embargo la intervención quirúrgica que de por sí, representa uno de los mayores retos en la cirugía plástica, no garantiza el éxito de la operación, ya que para cerrar el proceso es necesario que se realicen los cuidados post operatorios de manera adecuada, y es aquí donde los médicos y enfermeras de la organización entran a jugar un papel protagónico, encargándose de brindar la adecuada orientación y educación a los padres y representantes, para que sean estos quienes finalmente realicen los cuidados correctos en el hogar y se pueda cerrar el ciclo de forma exitosa.

En algunos casos existen complicaciones, que solo son registradas en la historia médica del paciente, sin que exista ninguna documentación de la situación, ni

se realice ningún tipo de investigación que determine cual realmente es la información que tienen los padres en cada una de las jornadas que se realizan a nivel nacional. Por lo que la presente investigación tiene relevancia institucional, que permita proponer cambios en la forma en que se orienta a los cuidadores de los niños beneficiarios de Operación Sonrisa Venezuela.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Son numerosos estudios realizados sobre labio y paladar hendido y los cuidados necesarios para niños con esta patología en el proceso de aprendizaje que arroja esta materia.

Sin embargo, aquí se consideran solamente aquellos mas relevantes, actuales y que están estrechamente asociados con los objetivos de la investigación.

2.1.2. Antecedentes de la Investigación Internacionales

María Teresa Corbo Rodríguez, María E. Marimón Torres, realizaron un trabajo de revisión e investigación de campo, descriptiva sobre los aspectos que se deben conocer en la atención primaria de salud, sobre labio y paladar hendido. Realizado en Cuba, en el año 2001. El trabajo informa sobre la etiología, etiopatogenia, complicaciones y tratamientos de las malformaciones. A su vez, explica muy brevemente cuáles deben ser los cuidados sobre la alimentación de los niños post operados y se destaca la necesidad del conocimiento de esta patología por el Médico de Familia, así como su vinculación al equipo multidisciplinario de atención a estos pacientes. Dicha investigación se relaciona con el presente trabajo, porque profundiza sobre los cuidados que debe de ofrecer el equipo multidisciplinario a estos niños que nacen con hendidura de labio y/o paladar.

Sonia Sacsquispe Contreras, Luz Ortiz, realizaron un trabajo de investigación

destinado a establecer la relación de labio y paladar hendido, con los factores de riesgo, durante el año 2001-2002, en el Instituto Especializado Materno Perinatal, en México, DF. En dicho estudio se observó una alta incidencia de las malformaciones, especialmente en el sexo masculino, concluyendo que la malformación es causada por una etiología multifactorial. Con este estudio, se puede observar que ésta malformación no tiene una causa exacta, es decir, no se puede prevenir, sólo se puede solucionar después del nacimiento.

2.2.1. Antecedentes de la Investigación Nacionales

Rosillón, Carlos, demuestra en un estudio realizado en el año 2007, que los padres y representantes de los niños en edades comprendidas entre 3 meses a 3 años, con labio y paladar hendido, operados por la Organización Operación Sonrisa, no realizan los cuidados adecuados en el pre y post operatorio. Dicha investigación se caracterizó por ser una investigación proyecto factible, con un diseño de tipo descriptivo y transversal, desarrollado en una población conformada por 20 padres y la muestra estuvo representada por el 100% de la población atendidos por Operación Sonrisa. Se aplicó un cuestionario tipo encuesta conformado por 31 preguntas cerradas de verdadero o falso, con el fin de determinar el nivel de conocimiento de los padres con respecto a los cuidados operatorios de los niños con labio y paladar hendido, antes y después de explicar los cuidados operatorios. Del análisis de los datos, se observó como resultado en la pre prueba (antes de explicar los cuidados) un puntaje promedio de 5.0 puntos con desviación estándar de 0.3 puntos, mientras que en la post prueba, el puntaje promedio subió a 7.7 puntos, con desviación de 0.1 puntos, la diferencia fue positiva de 2.2 puntos. Aunque hubo mejoría en cuanto a la prueba, todavía se evidencia una falta de conocimientos en cuanto a los cuidados.

Aizpurua R, Eduardo A, realizaron un estudio para determinar la incidencia de hendiduras labiopalatinas, en el Hospital Universitario Dr. Adolfo D'Empaire, en la Universidad del Zulia, Maracaibo, durante el 1ero de Enero de 1995 y el 31 de

Diciembre de 1999. Las variables estudiadas fueron incidencia, condición al nacer, sexo, peso, edad materna, número de gestas, procedencia y tipo de malformación. Realizaron un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo, de campo. Entre los resultados se obtuvieron 18 recién nacidos con fisura de labio y/o paladar originando una tasa de 0,74 por 1.000 nacidos vivos en el año 1995 y la mayor incidencia se observó en el año 1999, obteniendo una tasa de 0.97 por 1.000 nacidos vivos. Este estudio demuestra que hay un aumento significativo en los nacidos con esta malformación a través de los años.

Bermúdez, L, cirujano plástico y director de educación de Operación Sonrisa, realizó un trabajo denominado Reparación quirúrgica de Labio y Paladar Hendido, en el año 2011, basándose en la idea de que existen diversidad de protocolos y queriendo establecer un lineamiento único, por lo que desarrolló cada una de las técnicas y procedimientos adecuados que se deben realizar para reparar el paladar y labio hendido. Dicha investigación demuestra las técnicas y procedimientos necesarios para el tratamiento de labio y paladar hendido, guiando al personal sobre la realización de una intervención de este tipo y así poder conocer más sobre la cirugía, acompañado de las posibles complicaciones y rehabilitaciones.

2.2 Bases Conceptuales

La información es un conjunto organizado de datos que constituyen un mensaje, sobre ciertos fenómenos, (Vivas Pérez, B. 2011), datos que interpretados le dan sentido a las acciones del ser humano.

En el área de la salud, ese conjunto de datos, la información, son las acciones preventivas y curativas que ejecutan las personas para el cuidado de su salud o de la salud de sus familiares, o personas bajo sus cuidados de salud.

Las Organizaciones e Instituciones de salud deben llevar una valoración de

que datos que maneja la población sobre los cuidados de salud, ya que una falta de información, se traduce en riesgos del estado de salud de los grupos poblacionales. En el caso de los padres y representantes de niños y niñas, deben poseer ese conjunto de datos organizado para realizar los cuidados, mas aun si su representado tiene cualquier situación del estado de salud que ponga en riesgo su vida.

2.2.1. Crecimiento y Desarrollo Humano

El desarrollo evolutivo del ser humano tiene algunas características implícitas en el mismo proceso, las cuales a continuación se describen. (Schlack, 2008)

El desarrollo es contínuo: en cada etapa infantil siempre existen cambios que no tienen detenciones, siempre existen funciones que están cursando hacia una mayor complejidad. Incluso en niños con alteraciones del desarrollo, se esperan cambios día a día en un área o en otra.

El desarrollo es progresivo: de no mediar patología, el sistema nervioso experimenta cambios que generan mejoría de funciones que permiten mayor adaptabilidad. En el desarrollo del tono por ejemplo, se pasa de la hipertonía del recién nacido a un tono menor que permita la posición sentado y a una optimización de la motricidad de las extremidades.

El desarrollo es irreversible: los avances ya adquiridos no se pierden, lo que permiten seguir instalando nuevas funciones sobre avances previos ya consolidados. La adquisición de la palabra con intención comunicativa alrededor del año, no se pierde aunque exista una estimulación poco intensa. A causa de este fenómeno es posible la aparición de la frase y formas más complejas de comunicación.

En lo motor, habilidades como chutear una pelota o pedalear en una bicicleta están presentes aún después de largos períodos sin ejercitación.

El desarrollo tiene una secuencia fija: para que aparezca una función determinada se requiere la adquisición previa de una función de base. Esto es lo que genera una secuencia fija. Así, en el área motora aparece primero la posición sentada sin apoyo, el pivoteo sobre la pelvis, luego la postura de pie con apoyo, la postura sin apoyo y al final, la marcha. Las inconsistencias al tomar datos anamnésicos sólo tienen que interpretarse como olvido de las madres de los detalles de la maduración de funciones determinadas. Es posible detectar diferentes velocidades de las etapas de la secuencia, pero la secuencia es la misma de un niño a otro.

Las características del desarrollo persisten por una generación: en cada niño, en cada individuo, existen características propias de un desarrollo. Son variables la velocidad, la intensidad la cualidad, la persistencia de funciones determinadas en un sujeto. En las generaciones siguientes no necesariamente persisten las características previas. Así por ejemplo, una especial musicalidad o el desarrollo de algunas habilidades cognitivas no tienen necesariamente que aparecer en hijos o nietos.

2.2.2. Etapas del Desarrollo Humano

El desarrollo, y en general, la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas. Tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada etapa, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales. Por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.

1. Pre natal: durante el embarazo
2. Recién Nacido: 1 día a 30 días
3. Lactante: de 1 a 2 años
4. Preescolar: de 3 a 6 años
5. Escolar: de 6 a 10 años

6. Adolescencia: de 11 a 19 años
7. Juventud: de 20 a 35 años
8. Adulthood: de 35 a 60 años
9. Vejez: de 60 años en adelante

Quizás la teoría de mayor influencia referente al desarrollo cognoscitivo del niño, sea del psicólogo suizo Jean Piaget, referido por Craig (2011), el cual distinguió un patrón y una serie de etapas a través de las cuales pasan todos los niños. Las etapas son las siguientes:

1. Etapa Sensomotriz: desde el nacimiento hasta los 2 años de edad.
2. Pensamiento Preoperatorio: de 2 a 7 años.
3. Operaciones Concretas: de 7 a 11 años.
4. Operaciones Formales: de 11 a 15 años.

2.2.3. Características Físicas, Psicológicas y Sociales, en el Lactante y Preescolar

El ser humano se concibe como un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos, en interacción constante con el entorno en el que está inmerso. Se entiende por entorno todo aquello que rodea a la persona, incluyendo tanto aspectos físicos, ambientales, culturas, familiares y económicos. La comprensión del ser humano como un ser global, implica la existencia de una relación de dependencia e influencia mutua entre las distintas partes o componentes de la persona, de forma tal, que la alteración de cualquiera de ellas ocasiona una alteración en las otras partes. (López, M, 2002:4)

De ello se deduce la importancia no solo de los aspectos físicos o biológicos, sino también de los aspectos bio-psicosociales en el funcionamiento normal de la persona.

Según Castro, M (1998), propone las siguientes como las características físicas, psicológicas y sociales del lactante y preescolar, las cuales van a estar

divididas según los cambios que ocurran en cada edad:

Lactante

1 mes

Características Físicas: aumenta 150 a 210 gramos de peso por semana y crece 2.cm cada mes y la circunferencia cefálica crece 1.5 cm al mes durante los primeros 6 meses de vida. Indica deseo de comida al llorar y demuestra saciedad quedándose dormido.

Características Psicológicas: asume la posición de flexión cuando acostado en posición prona. Puede mover la cabeza de lado a lado cuando se encuentra suspendido en posición prona. Dominan las posturas asimétricas, como el reflejo tónico del cuello. Reflejos primitivos presentes. Movimientos de los ojos son coordinados la mayoría del tiempo y siguen la luz.

Características Sociales: mira a la cara de la persona quien le está hablando, realiza sonidos como quejidos.

2 a 3 meses

Características Físicas: la fontanela posterior de cierra. Fuerte reflejo de succión

Características Psicológicas: sostiene la cabeza recta, por pocos períodos de tiempo, aguanta peso en las piernas cuando se sostiene en posición parada, sostiene cosas con las manos pero solo si se le dan en las mismas, juega con las manos y dedos, reflejo de moro, y cuello tónico desaparece lentamente. Sigue la luz hacia la periferia, oye sonidos e identifica los mismos.

Características Sociales: sonrío en respuesta a una persona u objeto, llora menos, ríe en voz alta y demuestra placer en hacer sonidos. A los 2 meses empieza la etapa de balbuceo y comienzan a repetir sonidos. Morris, C (1991:329).

4 a 5 meses

Características Físicas: el peso al nacer se duplica. Babea porque las glándulas

salivares ya están en funcionamiento, pero no logra coordinar el tragado de la misma. Utiliza las manos para comer, rompe las galletas con las mismas. A los 4 meses ya han duplicado el peso, talla, y el cabello fino está siendo sustituido por otro. Craig, G (2001:169).

Características Psicológicas: se puede sentar cuando tiene soporte en la espalda, balancea adecuadamente la cabeza, las posiciones simétricas predominan, puede sostener una porción de su cuerpo cuando se mantiene en posición parada, alcanza y sostiene objetos, la mayoría de las veces son llevados a la boca, pero no coordina las distancias. Puede darse la vuelta, reflejos primitivos desaparecen completamente. Reconoce objetos familiares y personas. A los 4 meses se coloca en posición decúbito, por lo general mantienen su cabeza firme y observa con curiosidad, además puede rodar sobre su espalda y estómago. Craig, G (2001:169).

Características Sociales: realiza gorjeos y balbuceos cuando se le habla, disfruta de la interacción social, vocaliza discomfort cuando un objeto es quitado de sus manos. Identifican a una persona determinada en una fotografía. Morris, C (1991:326).

6 a 7 meses

Características Físicas: aumenta 90 a 150 gramos semanal, crece 1.25 cm mensual, circunferencia cefálica aumenta 0,5 cm mensual, durante los siguientes 6 meses de vida. Comienzan a aparecer los dientes, con los 2 incisivos centrales inferiores y posteriormente los incisivos centrales superiores. Mastica sólidos.

Características Psicológicas: se siente sin soporte, levanta la cabeza cuando en posición supina, cuando acostado intenta levantar la cabeza. Agarra los juguetes con una mano y se los puede pasar de una mano a otra, juega con los pies y se los coloca en la boca. Tiene preferencias en los sabores, escupe lo que no le gusta. Reconoce que las cosas igual están presentes aunque no las pueda ver. Percibe la profundidad. Morris, C (1991:326).

Características Sociales: diferencia entre extraños y conocidos. A los 7 meses siente curiosidad por todo lo que observa, suele mostrar una obvia preferencia y apego por su madre, sonriendo y emitiendo sonidos especiales al verla, gimiendo y llorando

cuando se marcha. Morris, C (1991:321).

8 a 9 meses

Características Psicológicas: se sienta constantemente solo, se levanta y se mantiene parado sostenido de un mueble. Tiene coordinación de manos a boca. Comienza a tener preferencia de una mano sobre la otra y comienza a gatear. Sostiene la cuchara y juega con ella. Sostiene el tetero. Desarrolla la percepción de profundidad, demuestra interés por objetos pequeños. A los ocho meses los niños han ganado ya peso y estatura, aunque no difiere de los de cuatro meses, el comportamiento de los niños de ocho meses es que aprenden a sentarse sin recibir ninguna ayuda y lo sorprendente es que con ayuda y apoyo se pueden mantener de pies, se caen y solos se vuelven a incorporar. Craig, J (2001:173).

Características Sociales: apego social definido es evidente, demuestra ansiedad con extraños. Responde a su propio nombre, reacciona a la ira de los adultos, repite e imita sonidos usando consonantes y vocales, no palabras de verdad, pero sonidos. Lo niños parecen disfrutar el “hablar” en voz alta consigo mismos, aunque la vocalización es todavía primordialmente no social. Morris, C (1991:329).

10 a 12 meses

Características Físicas: el peso al nacer se triplica, la talla aumenta el 50%, la circunferencia abdominal y cefálica son iguales. Ya posee un total de 6 a 8 dientes. Puede tomar líquido de un vaso. Puede mantenerse de pie. Morris, C (1991:319). A los doce meses, los bebés lactantes han triplicado su peso y estatura. Craig, J (2001:179).

Características Psicológicas: gatea manteniendo el abdomen sin topar el piso. Se mantiene de pie sin soporte, por cortos periodos de tiempo, camina con ayuda, y se mueve sosteniéndose de muebles. Se puede sentar solo. Como con cuchara con ayuda, prefiere utilizar los dedos. Colabora al vestirse. Discrimina formas geométricas simples. Camina solo, quita cerrojos, abre gabinetes y tira juguetes. Craig, J (2001:179).

Características Sociales: demuestra emociones como celos, afección y rabia. Disfruta el entorno familiar y explora los alrededores sin la mama, todavía se demuestra nervioso ante situaciones extrañas. Puede decir dos palabras con significado, entiende reclamos. A los 10 meses siguen los dictados de su curiosidad: atraviesan los dinteles de las puertas gateando y arrojan al suelo libros, dominan varias técnicas, entre ellas el arte de gatear, de igual forma muestran señales de entender lo que se les dice. Morris, C (1991:321).

12 a 15 meses

Características Físicas: la tasa de crecimiento disminuye. Toma de un vaso y utiliza la cuchara. A los 13 meses comienza a caminar sin ayuda. Morris, C (1991: 319).

Características Psicológicas: camina solo a los 14 meses. Gatea para subir escaleras. Construye torres de dos bloques, le gusta lanzar objetos para luego buscarlos. El niño entre los 12 y 18 meses lleva la mano a la zona del dolor, sin precisar el lugar. Benk, L (2001:130).

Características Sociales: puede utilizar de 4 a 6 palabras, dice nombres.

16 a 18 meses

Características Físicas: fontanela anterior se cierra. El abdomen aumenta de volumen en comparación con el tórax. Utiliza la cuchara y el vaso sin ayuda. Disminuye el apetito. A los dieciocho meses, la tasa de incremento ponderal se ha reducido. Craig, J (2001:181).

Características Psicológicas: corre con torpeza. Construye torres de 3 a 4 bloques. Casi todos ya caminan solos, les gusta tirar, empujar y tomarlo en las manos. Ya en este momento apilan de dos a cuatro cubos para simular que construyen torres, garabatean con crayolas o lápices, se alimentan solos y se quitan algunas piezas de ropa solos. Craig, J (2001:181). A los 18 meses toca el lugar exacto donde siente dolor. Benk, L (2001:130).

Características Sociales: dice 10 o más palabras, comienza a tener objetos favoritos, le gustan las rutinas.

19 a 24 meses

Características Físicas: pesa entre 11 a 12 Kg. Mide entre 80 a 82 cm. Ya salieron 16 dientes temporales y deben de comenzar las citas con el dentista. A los veinticuatro meses ya se ve el aumento de estatura y de peso, pero en este momento se estanca el crecimiento, son muy pequeños para estar en cuidados y muy grandes para ir al médico una vez al mes. Craig, J (2001:190).

Características Psicológicas: motricidad gruesa muy desarrollada, puede subir y bajar escaleras caminando, un escalón a la vez, sostenido de la baranda. Construye torres de 6 a 7 bloques. Es aquí donde los vemos pedaleando un triciclo, saltar sobre dos piernas y subir y ocasionalmente bajar las escaleras. La audición se va agudizando según el niño crece, la integración a los sentidos de vista, oído, tacto, gusto y olfato están casi completos y mejoran a los seis meses. Craig, J (2001:190). El período ideal para comenzar el control de esfínteres, fluctúa entre los 18 a 24 meses. Benk, L (2001:132).

Características Sociales: vocabulario de aproximadamente 300 palabras. Benk, L (2001:130). Utiliza de dos a tres frases cortas. Obedece órdenes simples. Se desviste y se viste solo. No comparte posiciones, todo le pertenece. A los 2 años de edad, los niños empiezan a probar su fuerza rechazando todo: “no, no quiero que me vistan”, “no quiero dormirme”, como los primeros signos de independencia. Morris, C (1991:338-339).

Preescolar: 3 años

Características Físicas: 20 dientes temporales completos.

Características Psicológicas: se logra mantener parado en un pie. Comienza a disminuir el uso del pañal. Construye torres de 8 bloques.

Características Sociales: más independiente, ritualístico, negativo, comienza a verse como un individuo separado de los demás.

2.2.4. Labio y Paladar Hendido

El labio y el paladar hendido fue descrito por primera vez por Ambroise Pare (1579), citado por Chasis, R (2000), como “la presencia de monstruos y niños anormales por causa de la interacción de varios factores”. Afecta de manera significativa la vida cotidiana de los niños que la padecen, en el desarrollo psicológico y su relación con el entorno, al sentirse socialmente rechazados por su aspecto físico y más importante, afecta la salud y la funcionalidad de los órganos asociados a este entorno.

Este tipo de defecto ha venido en documento,

Moore, K (1999), define el labio y paladar hendido como:

Hendiduras que varían desde escotaduras pequeñas del borde bermellón del labio hasta hendiduras grandes que se extiende al piso de las narinas y a través de la parte alveolar de las maxilas. El labio leporino puede ser unilateral o bilateral. La hendidura pueda afectar solo la úvula o extenderse a través de las regiones palatinas blanda y dura. (P.95)

Según Burroughs, A (1999):

Una separación del labio superior. Puede ser de un solo lado, lo cual se conoce como labio hendido unilateral o en ambos, lo que constituye el labio hendido bilateral. Un paladar hendido es un cierre incompleto del paladar o lecho de la boca. (P.450)

El labio leporino y el paladar hendido son la cuarta malformación más común de nacimiento en los Estados Unidos y afecta a aproximadamente uno de cada 700 nacimientos por año (Castro, P. 2006). Estas malformaciones son menos frecuentes en la población afroamericana. La aparición de este tipo de defecto ha venido en aumento a través de los años. Hoy en día su incidencia se reporta como 1 de cada 700 nacimientos en la raza blanca, 1 de cada 2000 en la raza negra. En un estudio

colaborativo latinoamericano de malformaciones congénitas se encontró una tasa global para labio leporino de 0,49 por 10.000, observándose una alta frecuencia: en Bolivia 23.7%, en Ecuador 14.95% Paraguay 13.3%, Venezuela 7.97%, Perú 8.94%, Uruguay 9.37% y Brasil 10.12% (Urrusuno, F. 2006).

Según los datos de Operación Sonrisa Venezuela (2009), se observa que la incidencia varía entre la zona rural y la urbana. En las zonas del interior, la incidencia es de 1 entre cada 800 niños nacidos vivos. En la capital, es de 1 entre cada 1000 nacidos. Por año, nacen alrededor de 4.500 niños con estas anomalías en todo el país. En una revisión hecha de 314.732 historias clínicas en la Maternidad Concepción Palacios, entre los años 1974-1983, del total general de niños, las hendiduras de labio representan entre 20 y 30%, las hendiduras labio palatinas entre 30-50% y las hendiduras de labio y/o paladar se presentan en 1 por 1.000 nacimientos. (Acta Odontológica de Venezuela, 2000).

El labio leporino es una anomalía en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal. El grado de anomalía del labio puede variar enormemente, desde leve (muesca del labio), hasta grave (gran abertura desde el labio hasta la nariz).

El labio leporino recibe distintos nombres según su ubicación y el grado de compromiso del labio. Una hendidura en un lado del labio que no se extiende hasta la nariz se denomina unilateral incompleta. En cambio, una hendidura en un lado del labio que se extiende hasta la nariz se denomina unilateral completa. Mientras que una hendidura que compromete ambos lados del labio y que se extiende y compromete la nariz se denomina bilateral completa.

El paladar hendido se presenta cuando el techo de la boca no se cierra completamente sino que deja una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal. Esta hendidura puede comprometer cualquier lado del paladar y puede extenderse desde la parte anterior de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando). A menudo también llega a incluir el labio. Debido a que es una anomalía que se presenta dentro de la boca, el paladar hendido no es tan evidente como el labio leporino. Puede ser la

única anomalía que padece el niño o estar asociada con el labio leporino u otros síndromes. En muchos casos, otros miembros de la familia también han padecido esta anomalía congénita.

2.2.4.1. Etiología

La mayoría de los casos observados de labio y paladar hendidos, presentan etiología multifactorial que implica la interacción de varios agentes o factores del medio ambiente y herencia. Según la Acta Odontológica Venezolana (2000), estos factores son de índole hereditarios, genéticos, ambientales, nutricionales, estrés y otros.

Hereditarios, el factor herencia está presente en un 20 a 25% de los casos, como factor dominante. Se refiere a que existen otros factores diferentes a la herencia en relación con la Hendidura de labio y Paladar (HLP). Esta patología, según Langman, J (1991):

Se origina por la aparición de un cromosoma x, específicamente durante la cuarta y quinta semana de gestación. Esta afección puede ser considerada como una malformación congénita, relacionada a los antecedentes de los padres, hasta incluso de algún familiar que hubiese presentado la patología. También es asociada a factores externos que puedan afectar directamente a la madre durante la gestación, como el consumo de drogas, déficit alimenticio, estadio socio económico y cultural, que se pueden presentar también en el entorno. (p.117)

Genéticos, dicho factor describe el HLP como característica de numerosos síndromes. La mayoría de estos síndromes se presentan con paladar hendido aislado que no involucre el labio, y se ha calculado que es menos del 3% de estos casos de HLP caen dentro de esta categoría.

Ambientales, podemos mencionar las enfermedades infecciosas sufridas durante el

primer trimestre de embarazo, tales como la rubéola, otros son los agentes físicos entre los cuales se encuentran las radiaciones. Estas pudieran producir o no la malformación de acuerdo a la intensidad, duración y frecuencia de las exposiciones de la mujer embarazada.

Nutricionales, los regímenes dietéticos inadecuados han producido fisuras de desarrollo en animales. La administración de dietas bajas en riboflavina y ácido fólico en ratas grávidas, produjo también una descendencia con elevada frecuencia de hendiduras palatinas. Ella tiene la propiedad de atravesar la barrera placentaria llegando al embrión donde su deficiencia produce alteraciones de la organogénesis, apareciendo malformaciones de tipo división palatina.

Estrés, es producido como consecuencia de infecciones, traumatismos o alteraciones psicogenéticas, genera un aumento en la actividad adrenocortical con la consiguiente liberación de cortisona; si esta liberación se presenta durante alguna etapa de la organogénesis puede producir variados tipos de malformaciones.

Otros Factores, aporte vascular deficiente en la zona afectada, alguna perturbación mecánica en la cual el tamaño de la lengua impida la unión de las partes, sustancias que circulan en el organismo como alcohol, drogas o toxinas, falta de fuerza intrínseca de desarrollo.

2.2.4.2. Tipos de Malformaciones

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

En 1922 Davis y Ritchie, proponen una clasificación anatomoclínica que es la

siguiente:

Grupo I: Hendiduras pre-alveolares

- Unilateral
- Mediana
- Bilateral

Grupo II: Hendiduras Post-alveolares

- Paladar blando
- Paladar blando y duro: el reborde alveolar está intacto
- Hendidura submucosa del paladar

Grupo III: Hendiduras alveolares

- Unilateral
- Bilateral: Hay hendiduras de labio, alvéolo y paladar, y labio, alvéolo con paladar intacto

Posteriormente Kernahan y Stark en 1958 proponen una clasificación embriogénica basada en el desarrollo del paladar primario y paladar secundario en el embrión, la cual es la siguiente:

Hendiduras del paladar primario: (Labio y pre maxila)

- Unilateral:
 - Total
 - Sub-total

- Mediana:
 - Total (pre maxila ausente)
 - Sub-total (pre maxila rudimentaria)

- Bilateral:
 - Total

Sub-total

Hendiduras de paladar secundario:

Total

Sub-total

Sub-mucoso

Hendiduras del paladar primario y secundario:

- Unilateral:

Total

Sub-total

- Mediana:

Total

Sub-total

- Bilateral:

Total

Sub-total

En muchos de los servicios de cirugía maxilofacial pediátrica las clasificaciones que utilizan se basan en esta por idónea y práctica, como la es clasificada por la Cleft Palate Foundation (2008):

Clase I: Hendiduras del paladar primario. (Labio y/o pre maxilar).

Clase II: Hendiduras del paladar secundario.

Clase III: Hendiduras del paladar primario y secundario.

2.2.4.3. Complicaciones

Un niño con estos tipos de deformidades, presenta diferentes complicaciones, que

pueden ser:

Complicaciones Físicas:

- Dificultad para la alimentación ya que no puede realizar succión, trayendo como consecuencia una inadecuada nutrición. La alimentación se dificulta con la presencia de anomalías del paladar hendido. Generalmente, el lactante no puede succionar adecuadamente porque el techo de su cavidad bucal no está formado por completo.
- La respiración por la boca, resulta en un aumento de aire ingerido, lo que ocasiona distensión abdominal y presión contra el diafragma, las mucosas de la orofaringe se resecan, ocasionando un riesgo de contraer alguna infección.
- Infecciones de oído y pérdida auditiva: las infecciones de oído se deben a menudo a una disfunción del conducto que conecta el oído medio y la garganta. Se debe tener en cuenta que las infecciones recurrentes pueden producir la pérdida auditiva.
- Problemas odontológicos: debido a las anomalías, es posible que los dientes no logren erupcionar normalmente, por lo que a menudo es necesario un tratamiento de ortodoncia.

Complicaciones Psicosociales:

- Rechazo de los padres y demás familiares, así como el resto de la sociedad.
- Retardo del habla y del lenguaje: la función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del techo de la boca y del labio, lo que origina un retardo en el habla o habla anormal.
- Cambio en las pautas de crianza.

Los padres o representantes deben de aprender los cuidados adecuados, los cuales no son los mismos que los que se realizan a un niño sano. La alimentación debe realizarse con el niño completamente sentado, utilizando una cuchara o un biberón largo, para que así no se tenga que realizar succión y no ocasione bronco aspiración. Los gases deben de ser extraídos constantemente para no ocasionar distensión del abdomen. Se debe de evitar que el niño lleve sus manos a la boca o algún otro objeto y realizar el adecuado higiene de la boca, así como constantes

consultas con el odontólogo. Por último, es importante consultar con un terapeuta de lenguaje, el cual realice ejercicios de fonación, para lograr un adecuado desarrollo en el habla.

2.2.4.4. Plan de Tratamiento

Los niños que nacen con hendiduras u otras condiciones craneofaciales a menudo tienen varios problemas complicados con la salud. La experiencia ha demostrado que se manejan mejor estos problemas con un equipo integrado por varios especialistas que colaboran con la familia para desarrollar y mejorar el plan de tratamiento para su niño. Según las necesidades individuales de cada niño, estos especialistas pueden incluir:

Un audiólogo u otorrinolaringólogo, quien realiza el control de infecciones.

Un cirujano como por ejemplo, cirujano plástico, cirujano bucal/maxilofacial, cirujano craneofacial o neurocirujano, quienes realizar la reparación quirúrgica del labio y paladar, así como las curas e imperfecciones que puedan quedar posterior a la misma.

Un dentista en pediatría u odontólogo quien coloca los dientes y la mandíbula en sus posiciones correctas u ortopedia funcional de los maxilares.

Un geneticista el cual es un especialista que somete a los pacientes a un chequeo para las anomalías craneofaciales y ayuda a los padres y pacientes mayores para que entiendan las probabilidades de tener otros hijos con las mismas deformidades.

Una enfermera quien se encarga de ayudar con los problemas de alimentación y verifica periódicamente la salud del niño.

Un pediatra el cual verifica la salud y el desarrollo total del niño.

Un psicólogo u otro especialista de la salud mental, el cual proporciona apoyo a la familia y evalúa los cambios.

Un foniatra o especialista del habla y del lenguaje es quién evalúa el habla y también los problemas al comer.

Cuando estos especialistas colaboran con la familia, pueden coordinar las

metas del tratamiento para cada niño, y los padres y proveedores médicos pueden tomar las mejores decisiones mediante este intercambio de información. Debido a que el desarrollo del niño es una parte integral en el resultado final del tratamiento, el niño debe ser evaluado bien y periódicamente por varios años.

2.2.4.5. Intervenciones Quirúrgicas

El tratamiento de estas anomalías incluye la cirugía y un enfoque integral de un equipo multidisciplinario. Para la mayoría de los bebés que solamente tienen labio leporino, la anomalía puede repararse en los primeros meses de vida, siendo el objetivo de la intervención reparar la separación del labio.

Las reparaciones del paladar hendido normalmente se hacen entre los 6 y 18 meses de edad. Es una cirugía un poco más complicada y se debe realizar cuando el niño tiene más edad y puede tolerarla mejor debido a su maduración y evolución neuro-anatómica.

Tipos de Cirugías

Corrección del labio: también denominado queilorrafia, la cual consiste en “unir los elementos separados del labio en sus planos mucoso, muscular y cutáneo y en reparar el piso y ala nasales, utilizando anestesia general”. (Villegas, F. 2006)

Corrección del paladar: también denominada palatorrafi, consiste en la reparación de la hendidura del paladar utilizando los mismos tejidos del paciente presentes en la boca.

Mejoría de escape de aire a la nariz, también denominada faringoplastia, en donde se efectúa el estrechamiento de la comunicación entre la faringe y la nariz.

Mejoría de las cicatrices: o revisiones, en donde se hacen procedimientos para disimular un poco más las secuelas del labio leporino.

Mejoría de la nariz: o septorinoplastia, en donde se hace alguna corrección de la nariz para lograr simetría o alargar la punta nasal deprimida.

2.2.5. Orientación

Para Martínez, M (2002), la orientación es “consiste en un proceso de ayuda continua y sistemática, dirigida a todas las personas, en todos sus aspectos, poniendo un énfasis especial en la prevención y desarrollo personal, social y cultural en relación a los cuidados” (p. 48).

El concepto de orientación del autor reseñado se enmarca en el desarrollo personal-social, dirigida a promover la autoestima, relaciones humanas, socialización y atención a las necesidades e intereses del individuo, de acuerdo a sus potencialidades, habilidades y destrezas.

La orientación que reciban los padres, debe ser dada por un personal calificado, el cual debe estar capacitado de toda la información adecuada sobre los cuidados respectivos a aquellos niños que se encuentren en el post operatorio de dichas malformaciones. La información que se les suministre a los padres tiene que darse de un modo holístico, es decir, debe de abarcar al niño desde una perspectiva psicológica, física y social.

2.2.6. Cuidados durante el Pre Operatorio

En la jornada pre quirúrgica se realiza una evaluación integral al paciente, en la cual participan diferentes especialistas: cirujanos, anesthesiólogos, pediatras, odontólogos, terapeutas del lenguaje, psicopedagogos, psicólogos, enfermeros, fotógrafos, comunicadores y nutricionistas en donde el objetivo es identificar el problema, sus magnitudes y las condiciones del paciente a ser operado en la jornada quirúrgica correspondiente.

Se deben de realizar exámenes pre operatorios, los cuales constan de:

radiografía de tórax, electrocardiograma, evaluación cardiovascular y evaluación preoperatoria por un médico pediatra. En los casos en que el paciente presente condiciones que no permitan la cirugía en esa oportunidad, se refiere a instituciones o centros para los tratamientos necesarios.

Los padres o representantes deben de firmar un consentimiento informado por escrito, el cual implica que éstos han recibido la información necesaria para comprender, la naturales del problema, los procedimientos que se van a ejecutar, las opciones disponibles y los riesgos asociados. Según Long, Phipps y Cassmeyer (1999): “los permisos escritos firmados por el paciente o sus familiares los protegen de ser sometidos a cualquier tipo de cirugía sin autorización y protegen al cirujano y hospital contra cualquier reclamo por cirugía no autorizada” (p.418).

Se aborda la dieta que debe seguir el paciente antes de la cirugía, que por lo general se basa en una dieta baja en residuos o una dieta líquida clara, aunque se permite una dieta completa el día anterior a la cirugía. Sin embargo, no se permite nada vía oral después de la media noche anterior a la misma. Según Long, Phipps y Cassmeyer (1999): “la presencia de líquidos y alimentos en el estómago aumenta la posibilidad de aspiración del contenido gástrico en caso de que el paciente vomite mientras se encuentra anestesiado, lo cual puede conllevar al paciente a una neumonía por aspiración” (p.422).

Los niños mayores de 6 meses que tomen tetero o comida, podrán hacerlo hasta las 12pm de la noche antes de la cirugía. Los niños menores de 3 años que tomen leche materna podrán hacerlo hasta las 3am y los niños mayores de 3 años, podrán ingerir líquidos claros hasta las 10pm. Si amanecen llorando y no encuentran manera de tranquilizarlos, se les podrá administrar agua con azúcar o refresco colita hasta las 4am.

El día de la jornada quirúrgica, deberán presentarse en el lugar establecido para la misma a las 6am, debidamente bañado, con los dientes cepillados, ropa limpia y cómoda con camisa con abertura de frente y que se abotone. No se permite el uso de zarcillos, pulseras o cualquier otro tipo de prenda.

2.2.7. Cuidados durante el Post Operatorio

La orientación que se les suministre a los padres y representantes se basa en una serie de acciones que deben de implementar para brindarle al niño el mayor bienestar posible y lograr la más efectiva recuperación.

La familia es el educador principal de sus miembros, es un lugar de apoyo y refugio, donde los miembros de una pequeña red se comunican y trabajan juntos, delegan funciones y responsabilidades, con un propósito compartido, el cual en este caso, es la protección y rehabilitación del miembro de la familia, post operado de labio o paladar hendido, a través de cuidados integrales.

El concepto de cuidados integrales implica que al cuidar hay que atender a la persona en su globalidad, contemplando tanto los aspectos psíquicos o físicos de la misma. Teniendo presente que la alteración o desarmonía en cualquiera de sus dimensiones (biológica, psicológica y social) afectará en mayor o menor grado a las restantes, es obvia la necesidad de cuidar desde una perspectiva global e integral.

2.2.7.1. Cuidados Físicos

Cuidados específicos, relacionados con la Intervención Quirúrgica

Las técnicas que se realizan para las curas de la herida, son muy sencillas y mientras más simple se les expliquen a los padres o representantes, más fácil va a ser el cuidado que van a tener que ejecutar.

Las acciones a realizar son, no lavar ni limpiar la herida, sólo hacerlo con un aplicador, como una gasa, no algodón, suavemente todos los días, con toques ligeros, más no frotando, ya que la herida está recubierta por una sustancia, llamada dermabond, que si se frota se elimina, por lo que se elimina la capa protectora. No dejar acumular secreciones en la herida.

No se debe de exponer el niño al sol, y de ser necesario, éste debe de utilizar una gorra o sombrero que disminuya el enfoque directo de los rayos solares. Del

mismo modo debe de utilizar protector solar en la zona quirúrgica para evitar que la cicatriz se oscurezca y se note la diferencia de color con respecto a la piel sana.

Luego de cada comida se debe enjuagar la boca con enjuague bucal diluido en dos partes de agua por una de enjuague, y no debe de realizar buches. Los dientes se deben de lavar con pasta dental, utilizando una gasa.

Otros Cuidados

Nutrición:

Se deben de administrar alimentos líquidos durante los primeros 15 días sólo con jeringas, especialmente realizadas por el equipo de Operación Sonrisa, las cuales tienen una terminación especial, para la fácil administración de alimentos líquidos, de ésta manera se evita que el paciente realice el movimiento de succión, el cual está contraindicado en el primer mes post operado.

Los siguientes 15 días se debe de administrar semi líquidos, como papillas o licuados.

No deben consumir lácteos ni alimentos que contengan azúcar, ya que la misma en un medio de cultivo para las bacterias. Si pueden recibir lactancia materna, siempre y cuando la madre se extraiga la leche y se la administre al bebé con la jeringa apropiada.

Manejo del Dolor:

El médico prescribirá un analgésico, como el Ibuprofeno, con la dosis indicada para el peso de cada niño.

Complicaciones:

Los padres o representantes, deben de vigilar la temperatura del niño. Si observa que

la misma es mayor a 38,5 grados Centígrados, debe de llamar al pediatra establecido. De la misma manera si observa algún sangrado difícil de controlar o alguna secreción o si el niño presenta problemas para respirar.

Restricción del Movimiento de los Miembros Superiores:

Las manos del paciente no deben de ser llevadas al área quirúrgica, para poder evitar esto, es recomendable colocar unos inmovilizadores en los pliegues de lo brazos.

2.2.7.2. Cuidados Psicosociales

Cuidados de Recreación

Es recomendable, que el niño no juegue con objetos punzantes o pequeños, que puedan ser llevados a la boca, tampoco puede correr o saltar en el primer mes post operado. Del mismo modo es recomendable, que por lo menos en el primer mes, no se le permita el juego con niños menores de edad escolar, ya que éstos pueden entorpecer la cicatrización de la herida, ocasionando algún traumatismo de la misma.

Cuidados de Fonación

El desarrollo foniátrico permite la integración total del paciente que haya sido intervenido quirúrgicamente y que sólo le falta la correcta educación para enfocar de una buena manera su voz. Éste proceso es realizado por un terapeuta de lenguaje, el cual está formado para trabajar los trastornos del habla y la audición, así como la optimización del desarrollo lingüístico, factor determinante en la adaptación social y de acceso al conocimiento.

El terapeuta diagnostica, habilita y rehabilita a personas con deficiencia o alteraciones en la comunicación, participa en equipo para la aplicación de un tratamiento integral, diseña programas y selecciona técnicas que le permitan trabajar

los trastornos del habla.

Control

A la semana de haber realizado la intervención, se debe realizar un control con el cirujano plástico, el cual evaluará la cicatrización de la herida y retirará los puntos de la incisión.

2.2.5. Operación Sonrisa

Operation Smile International es una organización mundial de filantropía médica dedicada a ayudar a mejorar la salud y vidas de niños y adultos jóvenes.

En 1982, el cirujano plástico William P. Magee y su esposa Kathleen S. Magee, enfermera, participaron en un evento que cambiaría para siempre sus vidas y las de miles de niños alrededor del mundo. Los Magee, quienes crecieron en Fort Lee (Nueva Jersey, EU) y se casaron en 1967. El Dr. Magee se graduó en Ciencias en el Instituto Mount St. Mary's de Maryland y obtuvo sus especializaciones médicas en la Universidad de Maryland y en la Escuela Médica de la Universidad George Washington en 1972. Mientras el Dr. Magee iniciaba su carrera médica, la familia se asentó en Norfolk (Virginia, EU.), donde criaron a sus cinco hijos.

En 1992, coincidiendo con los diez años de la Fundación Operation Smile, el Dr. Bill Magee contactó a los doctores Jorge Carlesso, especialista en cirugía plástica y reconstructiva, y Teresita Pannaci, odontóloga, especialista en ortopedia maxilar, quienes integraban la Unidad de Labio y Paladar Hendido, cuya sede física era el Hospital San Juan de Dios en Caracas. El contacto lo hizo el Dr. Magee a través del padre José Heim, de la Pastoral Social de Barinas, invitándolos a Norfolk, Virginia EU, a la celebración del décimo aniversario y con el fin de iniciar los arreglos que incluyeran a Venezuela como país participante en las jornadas internacionales.

Es así como el año 1993, se inicia la convocatoria del voluntariado en Venezuela y se organiza la primera jornada que fue realizada en el Hospital Luis Razzetti en el Estado Barinas. Al finalizar dicha jornada quedaron 430 pacientes en espera de ser operados, pues la capacidad para ese momento era de 150 pacientes. A los pocos meses regresamos porque no podíamos permitir que se quedaran esos pequeños sin intervención quirúrgica. Han transcurrido ya 15 años regresando consecutivamente a Barinas. Hoy día existe un capítulo de Operación Sonrisa Barinas que se ocupa de atender no sólo a los niños de la región, sino de los estados adyacentes. Desde entonces, la Fundación se ha dedicado a sembrar la filosofía del tratamiento del paciente.

Actualmente se cuenta con un equipo multidisciplinario de médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas de lenguaje, odontólogos, anestesiólogos, debidamente certificados que cumplen con una labor clínica-educativa, pues cada jornada es un vehículo para la formación del personal médico, paramédico y odontológico regional y así poder ampliar el alcance del tratamiento postoperatorio de los pacientes.

Hasta la fecha se han realizado 120 jornadas quirúrgicas nacionales y 16 con apoyo internacional, 12.105 pacientes consultados y 7.064 pacientes operados.

1.3 Sistema de Variables

Variable: información que poseen los padres y representantes sobre los cuidados de niños de 0 a 3 años post operados de labio y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa.

Definición Conceptual: “La información es un conjunto organizado de datos que constituyen un mensaje, sobre ciertos fenómenos”. (Vivas Pérez, B. 2011).

Definición Operacional: se refiere a la información sobre los cuidados, direccionado por el personal de enfermería, para brindarle información de cuidados a los padres y representantes de niños post operados de labio y paladar hendido, en edades comprendidas entre 0 a 3 años, atendidos por Operación Sonrisa.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Investigación

El Marco Metodológico del presente estudio se enmarca en la elaboración y desarrollo de una investigación de carácter descriptivo bajo un diseño de campo. Por las características del estudio, es una investigación de campo, que según Sabino (2000), “Se basan en informaciones o datos obtenidos directamente de la realidad, lo cual permite al investigador cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han conseguido los datos”. (p. 44).

Por otra parte, Ramírez (1.999) define la investigación de campo como “La recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos”. (p. 29).

De acuerdo con lo expuesto, la investigación es de campo porque la información se obtuvo en forma directa, a través del contacto personal con los padres y representantes de los niños de 0 a 3 años beneficiarios de una jornada de Operación Sonrisa en la zona metropolitana, específicamente en la Policlínica Metropolitana en Caracas, (2011).

A su vez se apoya en una investigación de carácter descriptivo, definida por Tamayo y Tamayo (1.999) como aquellos que “Describe las características de un conjunto de sujetos o áreas de interés”. (p. 64).

Asimismo, Canales, Alvarado y Pineda, (1.999) refieren que los estudios descriptivos: “Son la base y punto inicial de otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población, la frecuencia (prevalencia o incidencia) y quiénes y cuándo se está presentando”.

En el presente estudio se determina la información que poseen los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años, post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa.

3.2 Población

Para Canales y otros (ob. cit.) la población “Es el conjunto de individuos y objetos de los que se desconoce algo en una investigación.” (p. 45).

Según Pérez (1993) la población “Es un conjunto finito o infinito de unidades de análisis, individuos, objetos o elementos que se someten a estudio; pertenecen a la investigación y son la base fundamental para obtener la información.” (p 65).

En la presente investigación, la población está conformada por los padres y representantes de 26 niños beneficiarios de Operación Sonrisa en el primer semestre del 2011, atendidos en la Policlínica Metropolitana de Caracas.

3.3 Muestra

Tamayo y Tamayo (1.999) acota que la muestra “Es una parte o subconjunto de la población.” (p. 57).

La muestra estuvo conformada por veintiséis (26) padres o representantes de niños beneficiarios de la jornada quirúrgica realizada por Operación Sonrisa. Es decir toda población de niños atendidos en la jornada quirúrgica del primer trimestre del año 2011 con los criterios de inclusión ya establecidos previamente: padres de niños

entre 0 y 3 años, operados de labio y paladar hendido.

El muestreo aplicado fue no probabilístico intencional, según Ramírez (ob. cit.) este tipo de muestreo implica que “El investigador obtiene información de unidad de población escogida de acuerdo a criterios previamente establecidos.” (p. 100). En esta investigación los criterios de inclusión de la muestra era ser padre o representante de un niño atendido por Operación Sonrisa, que fuera mayor de edad.

3.4 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento a utilizar en esta investigación es el cuestionario que según Sabino (2000) es...

Un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que se midan a través de éste. Los tipos de preguntas pueden ser cerradas o abiertas. (p. 8).

El diseño del instrumento respondió a la operacionalización de la variable, la cual está estructurada en cuatro (4) partes relacionadas con las dimensiones del estudio, conformado por un total de catorce (14) ítems con alternativas de respuesta múltiples, con una sola opción verdadera, el cual fue aplicado a una muestra piloto, ejecutada por Operación Sonrisa en el último trimestre del año 2012.

3.5 Validez del Instrumento

Según Hernández y Otros (2001), definen la validez como: “El grado en que un instrumento de medición realmente comprueba la variable que pretende medir” (p. 54).

En tal sentido, se utilizará el juicio de expertos, quienes determinarán la congruencia de la relación de los ítems en consonancia con los objetivos de la investigación, en relación a determinar la información que maneja los padres y representantes de los niños beneficiarios de operación sonrisa

3.5.1 Procedimiento

Los expertos consultados fueron un (1) profesor en el área de metodología y un (1) Licenciado en Enfermería y un (1) Médico Pediatra, perteneciente al grupo de Operación Sonrisa.

- Previa autorización del tutor académico se dirigió una comunicación escrita a cada experto solicitando su colaboración en el proceso de validación del instrumento.

- Se entregó el instrumento para su validación a cada uno de los expertos, con los siguientes anexos: título de la investigación, objetivos y operacionalización de la variable, constancia de validación del instrumento y validación de los ítems.

3.6 Confiabilidad

Según Polit y Hungler (1.997) la confiabilidad se refiere a “La esencia, el grado de congruencia con el cual mide el atributo que supuestamente debe medir”. (p. 351).

Cuando hablamos de confiabilidad, nos referimos al grado en que la aplicación repetida del instrumento a las mismas unidades de estudio, en idénticas condiciones, produce iguales resultados, por lo tanto se refiere a la exactitud de la medición. (Hurtado Banera J, 2000)

Para obtener la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a cinco (5) padres y representantes de niños post operados de labio y paladar hendido, que tienen la misma característica pero que no fueron seleccionadas para la muestra, atendidos por una terapeuta de lenguaje de Operación Sonrisa.

Luego de la aplicación del instrumento se procedió al cálculo del coeficiente mediante el método de Spearman Brown dando como resultado un coeficiente de

0,526 para todo el conjunto de preguntas. Este puntaje según la escala de Pérez, G (1981). Se interpreta como una categoría moderada en confiabilidad. En otras palabras los resultados de este estudio piloto permite concluir que los instrumentos contruidos para la presente investigación son confiables y cumplen con los criterios de validación necesaria y la prueba es apta para seguir con el próximo paso de esta investigación como es la recolección de datos (ver interpretación del Coeficiente de Spearman Brown en anexo).

3.7 Procedimiento para la Recolección de Datos

El procedimiento para la recolección de datos identifica los aspectos que deben incluirse en la planificación de los datos y además es una guía para la ejecución del estudio.

-Se delimitó el área de estudio mediante la presentación de un anteproyecto de investigación dirigido al tutor.

-Estudiado el problema y ubicado en la metodología se procedió a construir un instrumento ajustado a las necesidades previstas en el proyecto.

-Se construyó un instrumento de 14 items con alternativas múltiples, de acuerdo a los objetivos del estudio. Luego se procedió a realizar una prueba piloto del instrumento, validada por expertos y con el coeficiente de confiabilidad Spearman Brown.

-Luego se procedió a presentar el instrumento de manera individual a los potenciales sujetos, indicando los objetivos y del estudio y las condiciones de anonimato y confiabilidad en el manejo y recolección de información, previa autorización de la directiva de Operación Sonrisa.

-Una vez lograda la aprobación de los sujetos, se procedió a recolectar la muestra definitiva, conformada por 26 padres y representantes de niños post operados de labio y paladar hendido, en el primer semestres del año 2011, para su posterior análisis y tabulación como parte de la programación previamente establecida.

3.8. Presentación de los Resultados

A este nivel se procesaron y analizaron los datos obtenidos mediante el instrumento haciendo uso de diferentes técnicas tales como la tabulación. La misma según Tamayo (ob. cit.) “Es una parte del proceso técnico el análisis estadístico de los datos. La operación esencial en la tabulación es el recuento para determinar el número de los casos que encajan en las distintas categorías”. (p. 127).

Luego de codificadas las respuestas del instrumento aplicado, se agruparon a fin de facilitar su procesamiento. Luego se aplicó un metraje de estadística descriptiva, específicamente la distribución de frecuencias y porcentajes, agrupándolos en cuadros estadísticas y realizando gráficos para el análisis de los datos obtenidos.

La presentación de los resultados se realizó mediante el empleo de gráficos que según Camel Fayol (2002) “Estos diagramas son los más frecuentemente empleados, con respecto al análisis, se descifra lo que revelan los datos recogidos”. (p. 35).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El contenido de este capítulo, corresponde a los resultados de la recolección y análisis de los datos, con el propósito de cumplir los objetivos de la investigación.

Resultados de la Investigación

A continuación se presenta resultados obtenidos de la investigación realizada, cuyo objetivo general es determinar la información que poseen los padres y representantes, sobre los cuidados de los niños de 0 a 3 años, post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos en Operación Sonrisa.

Estos resultados serán presentados por medio de tablas estadísticas y gráficos conformados por frecuencias absolutas y porcentajes, de los resultados de la aplicación del instrumento diseñado, que a su vez facilitan la interpretación de los resultados obtenidos. En ese sentido, se utilizó la categorización de respuestas correctas y respuestas incorrectas, para el análisis de las tablas.

TABLA No. 1

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL SOBRE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS POST OPERADOS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011

| Sexo | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------|-----------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % |
| | 7 | 26.92% | 19 | 73.08% | 26 | 100.00% |

| Edad | 18-25 | | 26-30 | | 30-35 | | 36-40 | | 40 o más | | Total | |
|------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|----------|-------|-------|---------|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % |
| | 9 | 34.62% | 10 | 38.46% | 4 | 15.38% | 2 | 7.69% | 1 | 3.85% | 26 | 100.00% |

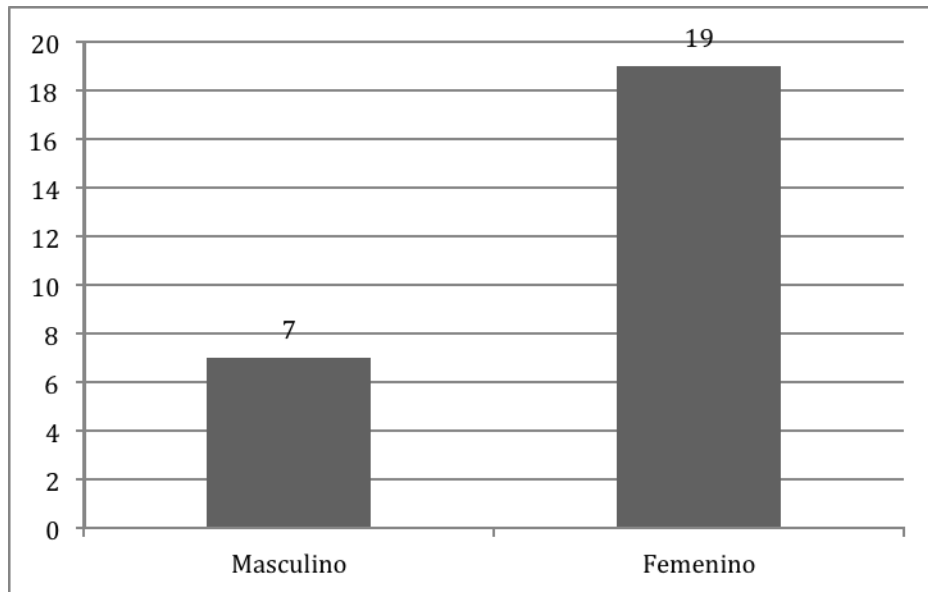
| Edo Civil | Solteros | | Casados | | Unidos | | Divorciados | | Viudos | | Total | |
|-----------|----------|--------|---------|--------|--------|--------|-------------|-------|--------|-------|-------|---------|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % |
| | 8 | 30.77% | 3 | 11.54% | 15 | 57.69% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 26 | 100.00% |

| Escolaridad | Primaria | | Secundaria | | Tecnico Medio | | TSU | | Universitario | | Total | |
|-------------|----------|--------|------------|--------|---------------|-------|-----|-------|---------------|-------|-------|---------|
| | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % |
| | 6 | 23.08% | 16 | 61.54% | 2 | 7.69% | 2 | 7.69% | 0 | 0.00% | 26 | 100.00% |

En el análisis de la tabla número 1, se observa que la muestra estudiada son en su mayoría del sexo femenino, en edades comprendidas entre los 18 – 30 años, estado civil unidos y con una escolaridad de secundaria.

GRÁFICO No. 1

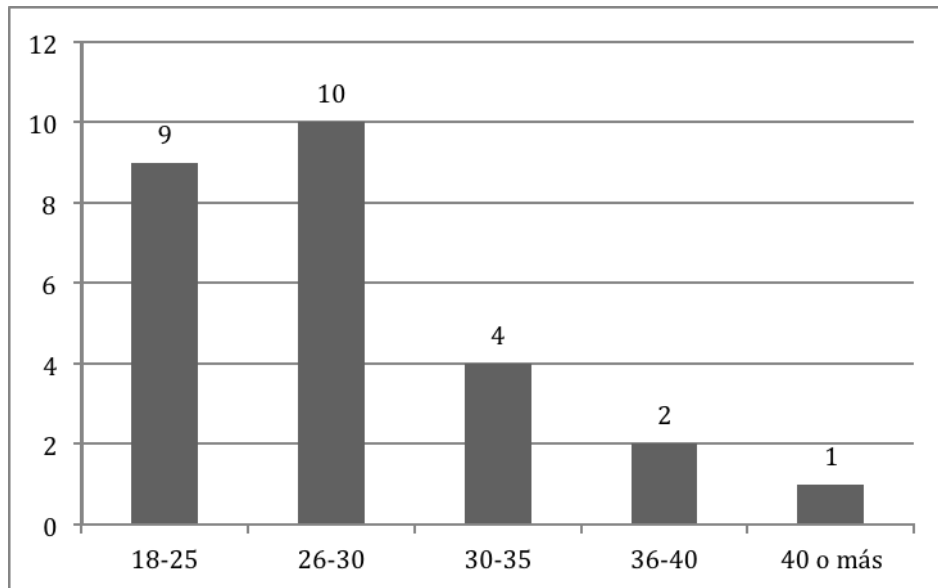
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS POST OPERADOS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: SEXO**



Fuente: Tabla 1/ 2011

GRÁFICO No. 2

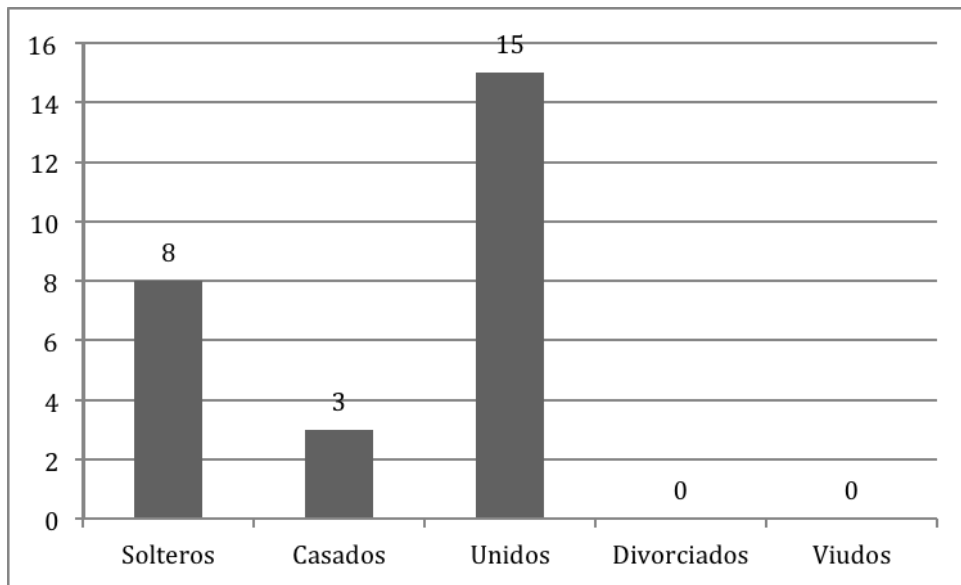
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS POST OPERADOS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: EDAD**



Fuente: Tabla 1/ 2011

GRÁFICO No. 3

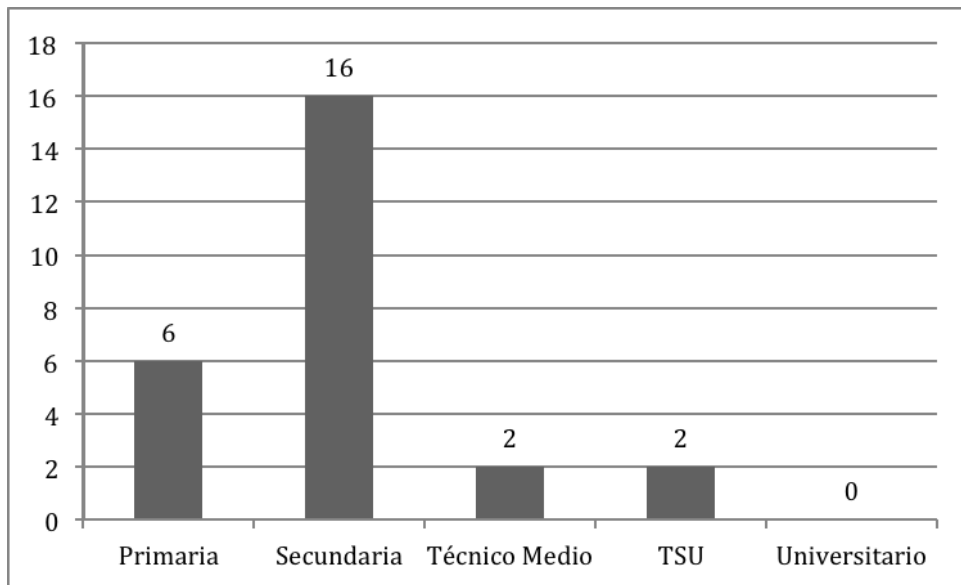
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS POST OPERADOS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: ESTADO CIVIL**



Fuente: Tabla 1/ 2011

GRÁFICO No. 4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES Y REPRESENTANTES DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS POST OPERADOS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: ESCOLARIDAD**



Fuente: Tabla 1/ 2011

TABLA No. 2

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
EMITIDAS POR LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS
CUIDADOS DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO
LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN
SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: CUIDADOS FÍSICOS
INDICADOR: CUIDADOS ESPECÍFICOS DE LA HERIDA
ITEMS: 1-2-3-4**

| CODIG O | Fr Item 1 | % | Fr Item 2 | % | Fr Item 3 | % | Fr Item 4 | % |
|--------------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|------------------|
| A | 13 | 50 | 8 | 30,8 | 5 | 19,2 | 10 | 38,4 |
| B | 2 | 7,7 | 13 | 50 | 3 | 11,5 | 0 | 0 |
| C | 5 | 19,2 | 5 | 19,2 | 4 | 15,3 | 6 | 23,1 |
| D | 6 | 23,1 | 0 | 0 | 14 | 54 | 10 | 38,4 |
| TOTAL | 26 | 100% | 26 | 100% | 26 | 100% | 26 | 100 % |

Fuente: Instrumento aplicado por la autora 2011

Item 1 Respuesta Correcta A Un aplicador o gasa

Item 2 Respuesta Correcta B Cepillar los dientes con crema dental y cepillo dental

Item 3 Respuesta Correcta D

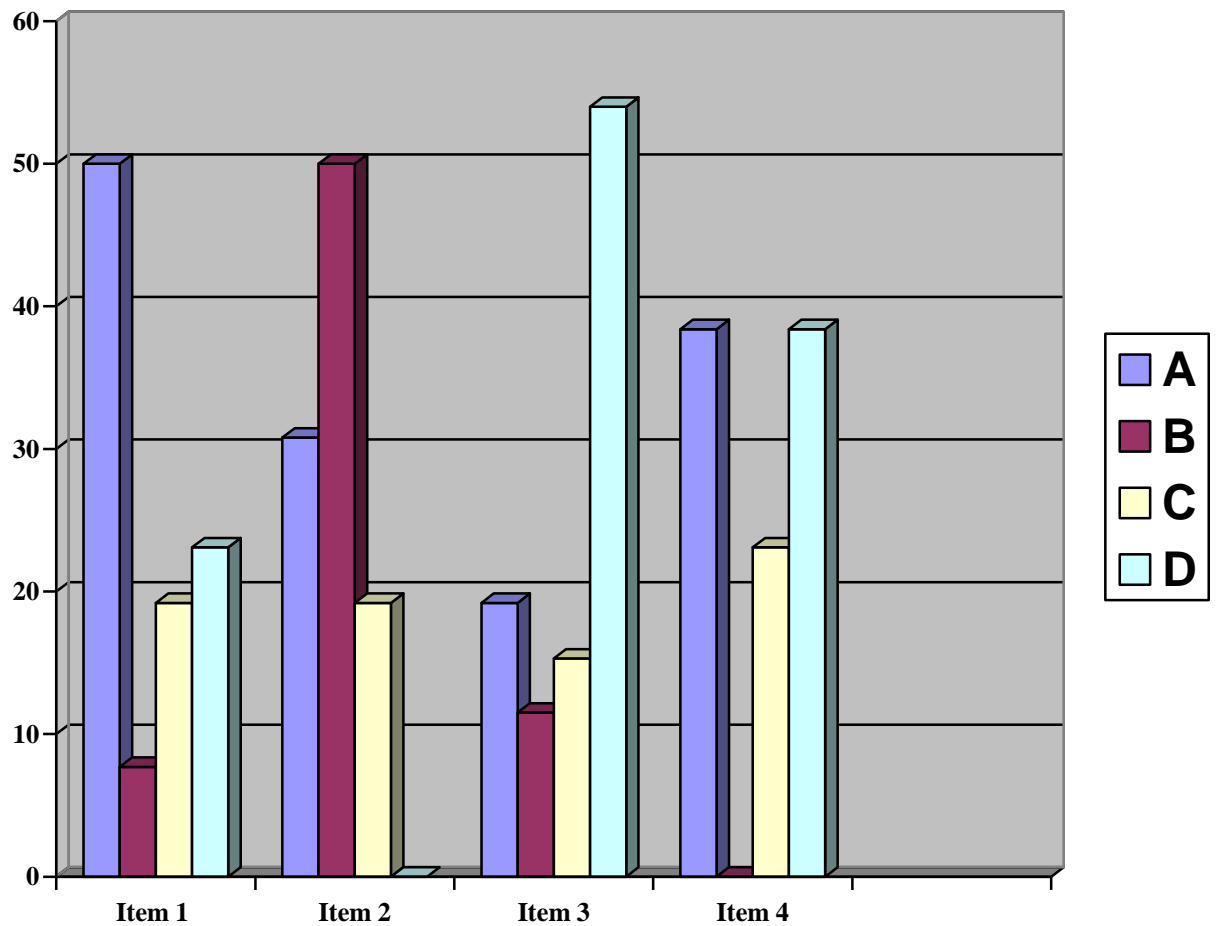
Item 4 Respuesta Correcta A

En el análisis de la tabla número 2, las respuestas emitidas por los padres y representantes de los niños de 0 a 3 años post operados, que corresponde a la limpieza de la herida, encontramos para el ítem 1 (opción a), utilizar un aplicador o gasa, que el 50% respondió en forma correcta, al igual que para el ítem 2 (opción b), cepillarse los dientes con crema dental. En el ítem 3 (opción d), que hace referencia a la protección solar del área operada el 54% del total de respuestas, y en el ítem 4 (opción a) sobre la importancia de los antibióticos sólo el 38,4 respondió en forma correcta, frente a un 61,6 que respondió en forma incorrecta.

GRÁFICO No. 4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR
LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS CUIDADOS DE LOS
NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO LEPORINO Y
PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER
SEMESTRE DE 2011.**

**DIMENSIÓN: CUIDADOS FÍSICOS
INDICADOR: CUIDADOS ESPECÍFICOS DE LA HERIDA
ITEMS: 1-2-3-4**



Fuente: Tabla 2/ 2011

TABLA No. 3

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
EMITIDAS POR LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS
CUIDADOS DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO
LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN
SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: CUIDADOS FÍSICOS
INDICADOR: CUIDADOS ESPECIFICOS DE LA HERIDA
ITEMS: 5-6-7-8**

| CODIG | Fr | % | Fr | % | Fr | % | Fr | % |
|--------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| O | Item 5 | | Item 6 | | Item 7 | | Item 8 | |
| A | 0 | 0 | 17 | 65,4 | 6 | 23,1 | 12 | 46,1 |
| B | 6 | 23,1 | 0 | 0 | 2 | 7,7 | 2 | 7,7 |
| C | 17 | 65,4 | 0 | 0 | 14 | 54 | 2 | 7,7 |
| D | 3 | 11,5 | 9 | 34,6 | 4 | 15,3 | 10 | 38,4 |
| TOTAL | 26 | 100% | 26 | 100% | 26 | 100% | 26 | 100% |

Fuente: Instrumento aplicado por la autora 2011

Item 5 Respuesta Correcta C Dar alimentos de consistencia blanda los primeros 15 días

Item 6 Respuesta Correcta A Administración de suficiente líquido vía oral

Item 7 Respuesta Correcta C Cumplir con los analgésicos que indicó el médico

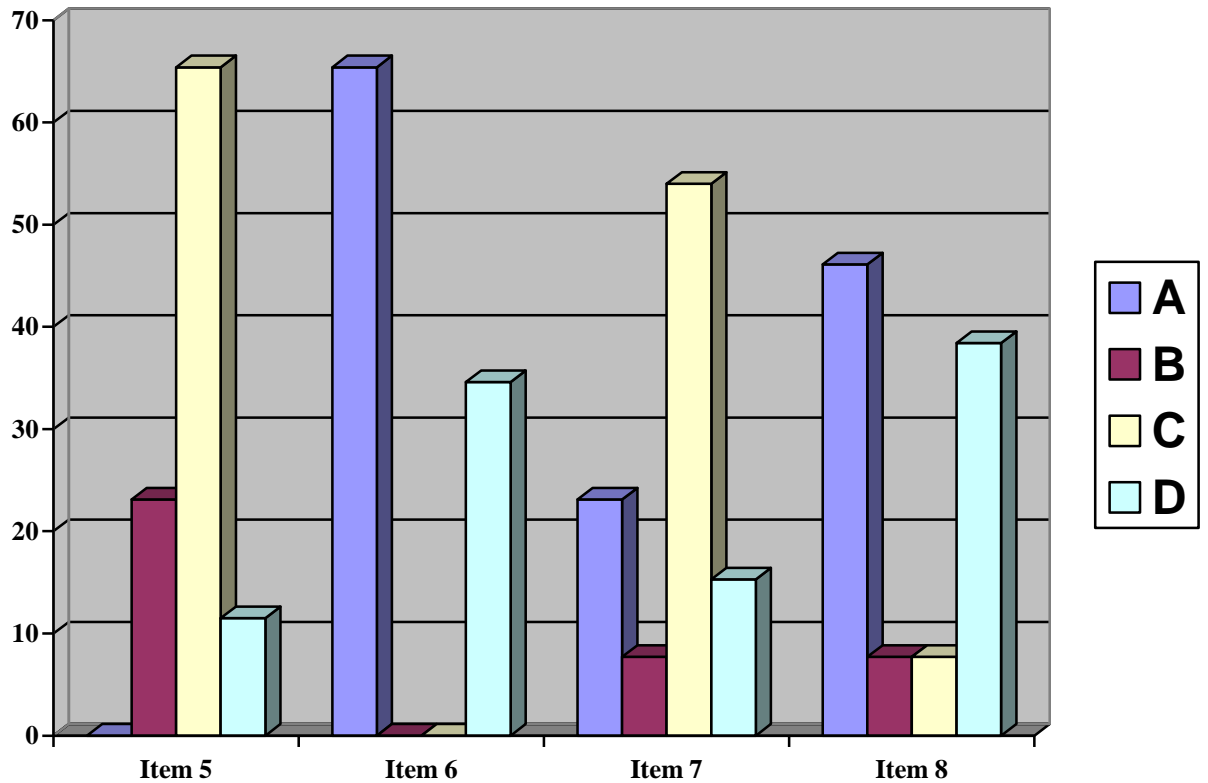
Item 8 Respuesta Correcta A Colocar inmovilizadores en pliegues de los brazos

En el análisis de la tabla No. 3, el ítem 5 (opción c), dar alimentos blandos, ocupó el 65,4% del total de respuestas. En el ítem 6 (opción a), administrar suficiente líquido por vía oral, obtuvo 65,4% del total de respuestas. Con relación al ítem 7 (opción c) correspondiente a cumplir con los analgésicos indicados por el médico alcanzó el 54% y finalmente en el ítem 8 (opción a), colocar inmovilizadores en los pliegues de los brazos para limitar el movimiento, ocupó el 46% total de respuestas.

GRÁFICO No. 5

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR
LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS CUIDADOS DE LOS
NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO LEPORINO Y
PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER
SEMESTRE DE 2011.**

**DIMENSIÓN: CUIDADOS FÍSICOS
INDICADOR: CUIDADOS ESPECIFICOS DE LA HERIDA
ITEMS: 5-6-7-8**



Fuente: Tabla 3/ 2011

TABLA No. 4

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
EMITIDAS POR LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS
CUIDADOS DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO
LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN
SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: CUIDADOS FÍSICOS
INDICADOR: ALIMENTACIÓN
ITEMS: 9 y 10**

| CODIGO | Fr Item 9 | % | Fr Item 10 | % |
|---------------|----------------------|-------------|-----------------------|--------------|
| A | 8 | 30,8 | 15 | 57,69 |
| B | 7 | 26,9 | 2 | 7,69 |
| C | 8 | 30,8 | 1 | 3,84 |
| D | 3 | 11,5 | 8 | 30,8 |
| TOTAL | 26 | 100% | 26 | 100% |

Fuente: Instrumento aplicado por la autora 2011

Item 9 Respuesta Correcta D Vía oral con jeringas especiales

Item 10 Respuesta Correcta D Todas las anteriores (tipo de dieta)

El análisis de la tabla 4, referida a los cuidados físicos en alimentación, el ítem 9 (opción d), vía oral con jeringas especiales corresponde el 30,8% del total de respuestas. En el ítem 10, (opción a), alimentos líquidos durante los primeros 15 días, con el 57,69% fue la opción con el mayor porcentaje de respuesta, en comparación con la respuestas correcta (opción d), que corresponde al 30,8% del total de respuestas.

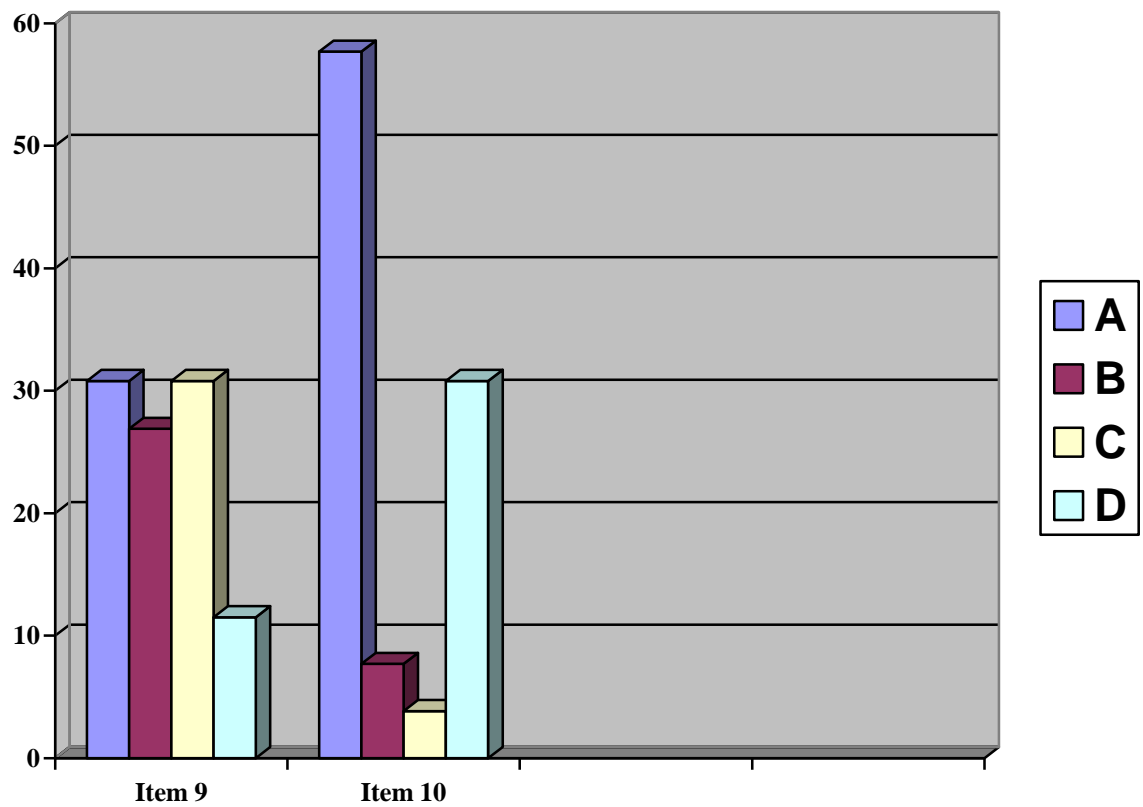
GRÁFICO No. 6

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR
LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS CUIDADOS DE LOS
NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO LEPORINO Y
PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS EN OPERACIÓN SONRISA. PRIMER
SEMESTRE DE 2011.**

DIMENSIÓN: CUIDADOS FÍSICOS

INDICADOR: ALIMENTACIÓN

ITEMS: 9 y 10



Fuente: Tabla 4/ 2011

TABLA No. 5

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
EMITIDAS POR LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS
CUIDADOS DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO
LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN
SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: CUIDADOS PSICOSOCIALES
INDICADOR: RECREACIÓN
ITEMS: 11 y 12**

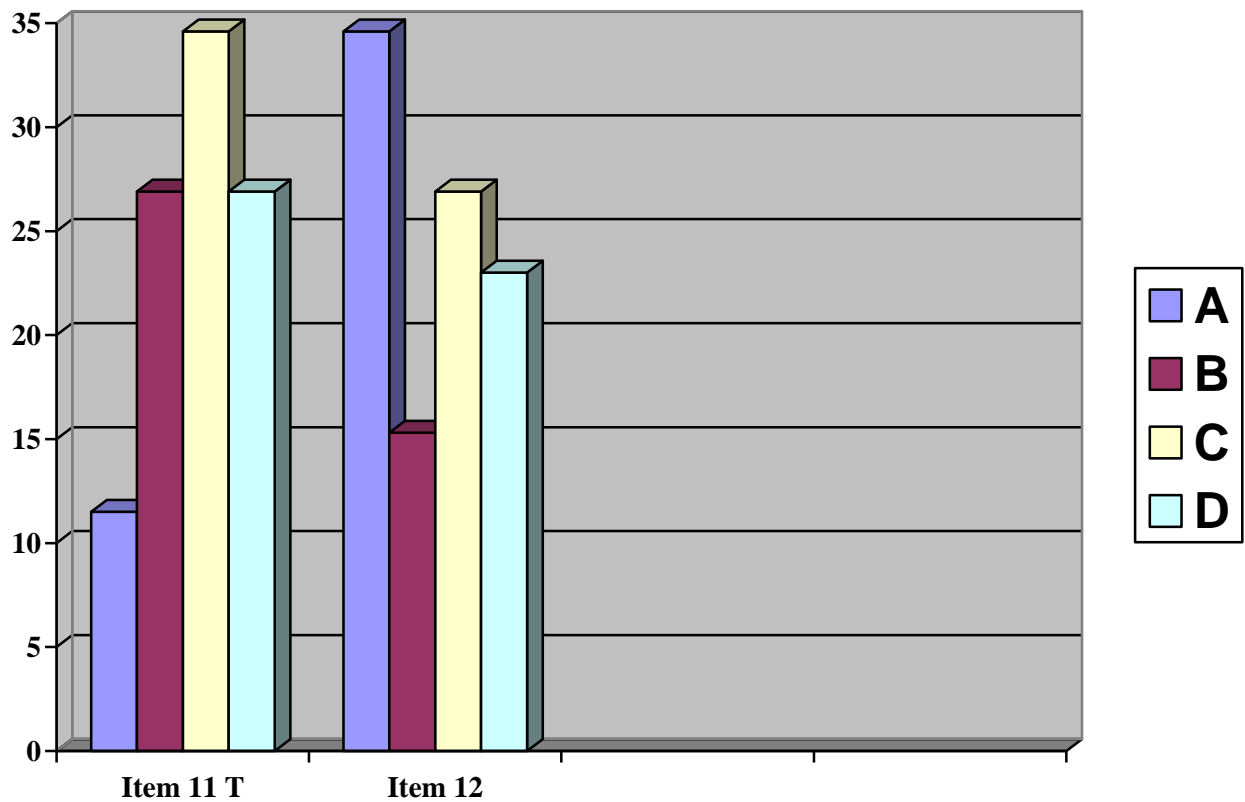
| CODIGO | Fr Ítem 11 | % | Fr Ítem 12 | % |
|---------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| A | 3 | 11,5 | 9 | 34,6 |
| B | 7 | 26,9 | 4 | 15,3 |
| C | 9 | 34,6 | 7 | 26,9 |
| D | 7 | 26,9 | 6 | 23 |
| TOTAL | 26 | 100% | 26 | 100% |

Fuente: Instrumento aplicado por la autora 2011
Ítem 11 Respuesta Correcta C Peluches
Ítem 12 Respuesta Correcta D Todas las anteriores

El análisis de esta tabla No. 5, asociada a la dimensión cuidados psicosociales, en el indicador recreación, en el ítem 11, el mayor porcentaje lo ocupó la opción c, peluches, con un 34% del total de respuestas, En el ítem 12, las respuestas incorrectas superan a la correcta (opción d), todas las anteriores, obteniendo ésta el 23% del total de las respuestas.

GRÁFICO No. 7

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR
LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS CUIDADOS DE LOS
NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO LEPORINO Y
PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER
SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: CUIDADOS PSICOSOCIALES
INDICADOR: RECREACIÓN
ITEMS: 11 y 12**



Fuente: Tabla 5/ 2011

TABLA No. 6

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
EMITIDAS POR LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS
CUIDADOS DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO
LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN
SONRISA. PRIMER SEMESTRE DE 2011.
DIMENSIÓN: CUIDADOS PSICOSOCIALES
INDICADOR: FONACIÓN
ITEMS: 13 y 14**

| CODIGO | Fr Item 13 | % | Fr Item 14 | % |
|---------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| A | 5 | 19,2 | 4 | 15,3 |
| B | 11 | 42,4 | 1 | 3,84 |
| C | 5 | 19,2 | 14 | 54 |
| D | 5 | 19,2 | 7 | 26,9 |
| TOTAL | 26 | 100% | 26 | 100% |

Fuente: Instrumento aplicado por la autora 2011

Item 13 Respuesta Correcta D Todas las anteriores (ejercicios del habla)

Item 14 Respuesta Correcta D Todas las anteriores (precauciones post operatorias)

En la tabla No. 6, se observa que el ítem 13 (opción b), alcanzó el mayor porcentaje con 42,4% del total de respuestas frente a la respuesta correcta (opción d), todas las anteriores con 19,2 % de las respuestas correctas. En el ítem 14, la alternativa correcta (opción d), todas las anteriores, obtuvo 26,9% del total de las respuestas.

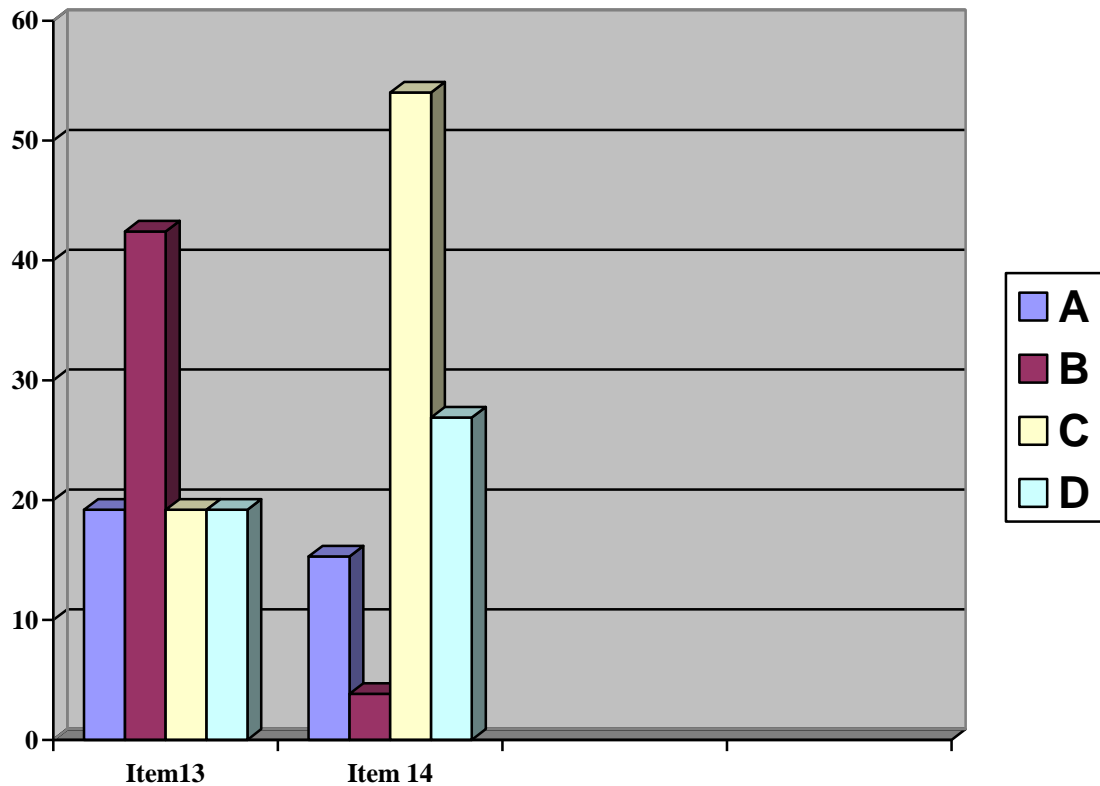
GRÁFICO No. 8

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR
LOS PADRES Y REPRESENTANTES, SOBRE LOS CUIDADOS DE LOS
NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS, POST OPERADOS DE LABIO LEPORINO Y
PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR OPERACIÓN SONRISA. PRIMER
SEMESTRE DE 2011.**

DIMENSIÓN: CUIDADOS PSICOSOCIALES

INDICADOR: FONACIÓN

ITEMS: 13 y 14



Fuente: Tabla 6/ 2011

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de tabulados los datos de la muestra definitivas se presenta a continuación una visión global en torno a los principales hallazgos y resultados del estudio.

De acuerdo a las aéreas exploradas a través del instrumento y como se observa en las tablas y gráficos 2, 3 y 4 los padres y representantes se muestran mejor informados en lo que respecta a los cuidados físicos (cuidados específicos de la herida y alimentación) sin embargo los resultados de las tablas y gráficos 5 y 6 muestran que existe mayor déficit de información en lo que refiere a los cuidados psicosociales (recreación y fonación)

Para los ítems que corresponden a los cuidados específicos de la herida (1 al 8), podríamos decir que los padres y representantes manejan la información mas básica, evidenciado por un 52,91% de respuestas correctas.

Con respecto a los ítems que corresponden a los indicadores Alimentación (9 y 10) los padres y representantes muestran el mayor déficit en lo que respecta a los cuidados físicos obteniendo en promedio solo un 21,15% de respuestas correctas.

Para los ítems que corresponden a Recreación y Fonación (11 al 14) ocurre una situación similar a la presentada en los indicadores de alimentación, ya que en ninguno de los ítems las respuestas correctas son mayores en porcentaje que las incorrectas.

Los resultados pudiesen explicarse, debido al perfil demográfico de la muestra

estudiada, en donde se observa que el mayor porcentaje de la muestra estudiada son mujeres en edades comprendidas entre 18 y 30 años que no están casadas y con un grado de escolaridad que no supera la secundaria.

Situación que constituye un reto y remarca la importancia del trabajo del personal de enfermería encargado de orientar e informar a padres y representantes con estas características demográficas sobre los cuidados de sus hijos o representados que son quienes sufren las consecuencias de la falta de información.

Recomendaciones:

De acuerdo a las conclusiones se puede recomendar, la creación de un soporte digital en donde se expliquen las cirugías y procedimientos así como los cuidados post operatorios, el cual se difundir a los padres y representantes mientras el paciente se encuentra en quirófano, así mismo para reforzar la información se recomienda la realización de un manual didáctico para llevar a la casa donde se refleje a través de imágenes los cuidados que deben seguir la familia en el post operatorio, de esta manera el apoyo será visual y mas fácil de captar para los padres y representantes.

Se recomienda también que el personal de enfermería realice prácticas en vivo y con el paciente sobre el cuidado de la herida, para que el familiar observe directamente y pueda despejar cualquier tipo de duda.

Por último recomendamos la difusión de este material tanto a los directivos y todo el personal perteneciente a operación sonrisa y a otras entidades hospitalarias, así como a otros investigadores en especial aquellos relacionados con el área de la enfermería para que profundicen sobre otros factores físicos cognitivos y psicosociales que puedan complementar el trabajo realizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIZPURUA, R y EDUARDO, A (2002) **Incidencia del Labio y Paladar Hendido en una región de Venezuela, período (1995-1996)**. Revista Latinoamericana de Ortodoncia Odontopediatría. [Revista en Línea]. Fecha de consulta: 12 de Diciembre de 2009. Disponible en <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/incidencia-labio-leporino-paladar-hendido-venezuela.asp>

ALONSO, J (1995) **Orientación Educativa: Teoría, Evaluación e Intervención**. Madrid.

ARREDONDO, C (1993) **Programa de Evaluación y Orientación**. [Revista en Línea] Fecha de consulta: 24 de Enero de 2010]. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.cl/cta/tp-completa/0-1371.html>.

HUFFSTADT, A (1981) **Malformaciones Congénitas**. Volumen 4, Segunda edición, El Manual Moderno. México.

BERMÚDEZ, L (2007) **Reparación quirúrgica del Paladar Hendido**. Fundación Operación Sonrisa, Caracas.

CARLESSO, J (2003) **Hendiduras Labio Palatinas**. Universidad Central de Venezuela, Venezuela.

CASSIS, R (2000) **Evaluación Ecográfica del Sistema Nervioso Central del Feto**. Segunda edición, Interamericana Mac Graw Hill. México.

CASTRO, P (2006) **Labio Leporino** [Revista en Línea]. Fecha de consulta: 16 de Diciembre de 2009. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVIZAZFVZxeeHcOBb.phpn>.

CLEFT PALATE FOUNDATION (2009) **Cuidado Dental para un niño con Labio y Paladar Hendido**. [Revista en Línea] Fecha de Consulta: 21 de Enero de 2010. Disponible en <http://www.cleftline.org>.

DAVIS, J y RITCHIE, H (1922) **Classification of congenital clefts of the lip and palate**. Am Med Ass.

HERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ, C y BAPTISTA, L (1998) **Metodología de la Investigación**. 19 edición. Interamericana Mac Graw Hill. México.

LANGMA, T (2004) **Embriología Médica con Orientación Clínica**, Novena edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina.

MORRIS, H (1991) **Psicología**. Prentice Halla. México

POLIT, D y HUNGLER, B (2000) **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**. Sexta Edición. Interamericana Mac Graw Hill. México.

ROSILLÓN, C (2007) **Manual de Orientación de Cuidados para padres de niños post operados de Labio y Paladar hendido, atendidos por Operación Sonrisa**. Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

SACSAQUISPE, S y ORTÍZ, L (2004) **Prevalencia de Labio y Paladar Fisurado y Factores de Riesgo**. [Revista en línea] Fecha de consulta: 13 de Noviembre de 2009. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe>

URRUSUNO, F (2006) **Labio Leporino** [Revista en Línea] Fecha de consulta: 16 de Diciembre de 2009] Disponible en:

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVIZAZFVZxeeHcOBb.phpn>.

VILLEGAS,F (2006) **Cirugía de Labio y Paladar Hendido**. [Revista en Línea]
Fecha de consulta: 18 de Enero de 2010. Disponible en:
[http://www.cirurgiaplasticahoy.com/cirugia de labio leporino o paladar hendido e
n colombia.html](http://www.cirurgiaplasticahoy.com/cirugia_de_labio_leporino_o_paladar_hendido_en_colombia.html).

TAMAYO y TAMAYO, M (1990)**El Proceso de la Investigación Científica**. 3era edición, Noriega. Caracas, Venezuela.

ANEXOS

Anexo A: Instrumento de Recolección de Información.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS PADRES Y REPRESENTANTES,
SOBRE LOS CUIDADOS DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS POST
OPERADOS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO, ATENDIDOS POR
OPERACIÓN SONRISA. PRIMER SEMESTRE 2011.

AUTORA:

T. S. U. Maria Emilia Silva

TUTOR:

Lic. Alirio Aguilera

Caracas, Junio 2011

Respetada madre y/o Padre, este es un cuestionario que tiene como objetivo conocer la información con que usted cuenta acerca de de los cuidados en niños de 0 a 3 años, post operados de labio leporino y paladar hendido, atendidos, en operación sonrisa, todos los datos son anónimos. Por favor conteste una sola respuesta encerrándola en un círculo.

Gracias la autora

DATOS PERSONALES

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridad:

Parte I: CUIDADOS ESPECÍFICOS DE LA HERIDA

1. Al limpiar la herida en el labio operado se debe hacer con:

- a. Un aplicador o gasa
- b. Frotando la herida
- c. Con jabón
- d. Ninguna de las anteriores

2. El aseo bucal luego de cada comida el niño o niña post operado debe incluir:

- a. Cepillar los dientes con crema dental y cepillo dental
- b. Enjuagar la boca con enjuague bucal luego de cada comida
- c. Realizar buches con agua después de cada comida
- d. Ninguna de las anteriores

3. Con relación a la protección solar del área operada debe incluir:

- a. Uso de gorra o sombrero
- b. Utilizar protección solar
- c. Minimizar la exposición de los rayos solares en la herida
- d. Todos las anteriores

4. La importancia de la acción de los antibióticos está asociada a:

- a. Disminuir las infecciones
- b. Ayudar a la cicatrización
- c. Mejorar la situación del paciente
- d. Ninguna de las anteriores

5. La hemorragia en la zona operatoria se previene:

- a. Lavando los dientes con crema dental
- b. Evitando en lo posible que el niño o niña toque la herida
- c. Dar alimentos de consistencia blanda los primeros 15 días después de operado
- d. Todos los anteriores

6. La deshidratación en el niño o niña, durante los primeros 15 días después de operado, se previene:

- a. Administrando vía oral suficiente líquido
- b. Administrando alimentos sólidos en su dieta
- c. Eliminando los líquidos de la dieta
- d. Ninguna de las anteriores

7. En el caso que el niño o niña presente dolor debe:

- a. Colocar hielo en la herida operatoria
- b. Dejar al niño que aguante su dolor
- c. Cumplir con el analgésico que le indico el médico
- d. Consolar al paciente

8. Para limitar que el niño o niña no debe tocar la herida operatoria:

- a. Colocar inmovilizadores en los pliegues de los brazos que limita movimiento
- b. Refrenar al niño para que no se toque la herida
- c. Mantener al niño o niña cargado para evitar que se toque la herida
- d. Limitar movimiento del niño o niña de cualquier forma.

Parte II: ALIMENTACIÓN

9. La vía de alimentación para los niños recién operados es:

- a. Vía Oral libre (tomado)
- b. Vía endovenosa (inyectado)
- c. Vía oral con restricciones
- d. Vía oral con Jeringas especiales

10. El tipo de dieta que debe seguir el niño o niña después de la intervención quirúrgica debe ser:

- a. Alimentos líquidos durante los primeros 15 días
- b. No consumir lácteos
- c. No consumir azúcares
- d. Todas las anteriores

Parte III: RECREACIÓN

11. El tipo de juguete adecuado para el niño o niña luego de la intervención quirúrgica debe ser:

- a. Juguetes masticables
- b. Juguetes pequeños
- c. Peluches
- d. Juguetes con sonidos

12. El tipo de juego permitido para el niño o niña recién operado es aquel que incluya:

- a. Control de juegos orales
- b. Con movimientos lentos
- c. Limite de contacto cuerpo a cuerpo
- d. Todas las anteriores

Parte IV: FONACIÓN

13. En niños que han iniciado el habla:

- a. Realizar ejercicios para enfocar la voz
- b. Movimientos de labios y lengua
- c. Estimular el habla
- d. Todas las anteriores

14. Entre las precauciones que se deben tener en el niño (a) post operado están:

- a. Uso de chupón
- b. Usar trapo para chupar
- c. Uso de juguetes punzantes
- d. Todas las anteriores

Junio/2011

Anexo B: Cartas de Validación por Expertos.

Anexo C: Coeficiente de Confiabilidad Spearman – Brown

**Anexo D: Carta de Aceptación Institucional. Solicitud para recabar
Información.**

Anexo E: Soporte Fotográfico

