



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE LABIO Y/O
PALADAR HENDIDO EN NIÑOS QUE
ACUDIERON A LA CIUDAD
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”, ESTADO CARABOBO DE
ABRIL 2014 A OCTUBRE 2015**

Autoras:
Ayleen Mantilla
Elimar Henriquez
María José Rivero

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN NIÑOS QUE
ACUDIERON A LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”,
ESTADO CARABOBO DE ABRIL 2014 A OCTUBRE 2015**

Trabajo de Grado para optar al título de Odontólogo

Autoras: Ayleen Mantilla
Elimar Henriquez
María José Rivero

Tutor: Rogelio Jiménez

San Diego, noviembre 2015



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
CONSEJO UNIVERSITARIO**

CU-UJAP-_____
San Diego, Estado Carabobo _____

Ciudadano

C.I. N° _____

Presente.-

Cumplo con informarle que la Comisión Delegada del Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sesión N° _____, celebrada el _____ acordó aprobar el proyecto de trabajo de grado presentado por usted, como requisito para optar al título profesional, titulado: **PREVALENCIA DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, ESTADO CARABOBO DE ABRIL 2014 A OCTUBRE 2015.**

Atentamente,

Lic. _____

Secretaria



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Rogelio J., Jiménez T.**, portador (a) de la cedula de identidad N° **7.063.408**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado realizado por las ciudadanas Aylen Mantilla portadora de la cedula identidad N° 15.200.805, Elimar Henríquez portadora de la cedula identidad N° 23.431.246 y María José Rivero portadora de la cedula identidad N° 20.813.243 titulado **PREVALENCIA DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, ESTADO CARABOBO DE ABRIL 2014 A OCTUBRE 2015**, presentado como requisito parcial para optar al título de **Odontólogos**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los _____ días del mes de _____ del año dos mil quince.

Dr. Rogelio Jiménez
C.I.: 7.063.408



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado titulado: **PREVALENCIA DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN NIÑOS QUE ACUDIERON A LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, ESTADO CARABOBO DE ABRIL 2014 A OCTUBRE 2015**, ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Tutor Académico
Rogelio Jiménez

_____ Cédula _____ Firma

Jurados:

_____ Nombre _____ Cédula _____ Firma

_____ Nombre _____ Cédula _____ Firma

_____ Nombre _____ Cédula _____ Firma

San Diego, a los _____ días del mes _____ de dos mil quince.

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por sobre todas las cosas y a la Virgen María, por iluminarme, guiarme, y enseñarme el camino correcto para no desfallecer en los momentos de angustia y ver que siempre hay solución para todo.

A mi Mamá, eres mi bastón, mi mejor amiga, te amo sin ti no lo hubiese conseguido, gracias por aguantar todas mis quejas, lágrimas, peleas y animarme siempre y por creer en mí. A mi Padre, porque eres el mejor ejemplo de esfuerzo y dedicación, encontrándole solución a todo, para nunca rendirme, que no hay edad para lograr todo lo que nos proponemos.

A mis tíos Pedro y Yoly, por creer en mí, por su apoyo en todos los aspectos de mi vida y en este Proyecto, gracias por estar siempre presentes.

A mi Hijo Gabriel, eres mi rey, el amor de mi vida, por ti hago todo esto, quiero ser tu mejor ejemplo de madre, ser humano y que tengas presente que siempre daré lo mejor de mí para que te sientas orgulloso de tu Mamá.

A mi hermano Enrique Armando, tus consejos siempre acertados, tu ayuda incondicional y tus sabias palabras para realizar mi trabajo grado.

A mi mejor amiga y confidente Soraya Castillo, tus palabras, tu apoyo, tu sinceridad, tu experiencia, por estar siempre para mí, en todo momento.

A mi cuñada Yesenia, por siempre escucharme, aconsejarme, y ayudarme, te quiero mucho cuñis.

A mi segunda madre, Adela Ribada, por toda tu ayuda y colaboración y también tus consejos, te quiero mucho, Gracias.

A la Señora Ankiza, gracias por toda su ayuda, por su ánimo, su colaboración y sus palabras de aliento en todo momento.

A mis amigas, compañeras de tesis y de carrera, María José y Elimar, tanto esfuerzo, día y noche, por su ayuda, colaboración, animo, perseverancia y constancia, gracias por ser parte de mi equipo y estar en este proceso tan importante de mi Vida.

Ayleen Mantilla

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a DIOS y a la Virgen María, quienes inspiraron mi espíritu para la conclusión de esta tesis.

A mis padres quienes me dieron vida, educación, consejos, los cuales nunca se rindieron y me dieron su apoyo incondicional a lo largo de la carrera son mi pilar y sin ellos esto no hubiera sido posible ¡LOS AMO!

A mis abuelas las cuales me llenaron de bendiciones y apoyo.

A mis compañeros de estudio, que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Estefanía Sánchez, Stefanie Rodríguez y Mary de Santis.

A mis maestros por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, que sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis. A todos ellos se los agradezco. Para todos ellos hago esta dedicatoria.

Y por último pero no menos importante a mis dos compañeras de tesis Ayleen Mantilla y María José Rivero, con cuyo esfuerzo y dedicación, logramos terminar nuestro trabajo de grado.

Elimar Henríquez

DEDICATORIA

Primeramente a Dios, a la virgen del Valle, a mis abuelos Luis Rivero y Regulo González por permitirme cumplir esta meta que con mucho esfuerzo he logrado, hoy puedo decir gracias por siempre haber estado ahí en los momentos más difíciles de mi carrera y nunca desampararme.

A mis padres y a mi hermano les agradezco profundamente por haber estado en todo momento prestándome su apoyo incondicional en toda mi carrera, son personas admirables que me demostraron que solo hay que tener constancia, dedicación, esfuerzo y mucha fe para lograr los objetivos. Hoy puedo decir que se perdieron batallas pero se ganó la guerra, los amo infinitamente y me siento orgullosa e inmensamente feliz de tenerlos como familia.

A mis abuelas Lucila Díaz y Josefina Casadiego por estar siempre presente en mi hermosa carrera, manteniendo siempre la fe en dios para que yo cumpliera mi meta. Gracias por creer en mi ¡las amo inmensamente!

A mis tíos y demás familiares Nubia González, Juan Galíndez, Nidia González, Jesús Gómez, Janie González, Zuleima Hernández por darme un apoyo incondicional en el momento que más los necesite.

A mis primas Patricia Galíndez y María Fernanda Skrut fueron esas personas maravillosas que estuvieron en los momentos felices y difíciles de mi carrera dándome apoyo para que siguiera adelante.

A mi novio Roberto Leañez te agradezco tu apoyo incondicional en mis momentos difíciles y felices, me enseñaste que hay que confiar en uno mismo y mantener siempre mente positiva te amo!

A mi amiga incondicional Luz Ferreira te agradezco inmensamente por ayudarme desde el principio hasta el final eres y seguirás siendo una excelente endodoncista.

María José Rivero

RECONOCIMIENTO

Le agradecemos primeramente a Dios y a la virgen por permitirnos realizar nuestro trabajo de grado que con mucho esfuerzo hemos logrado, esperamos que nos siga llenando de vida, salud y mucha fe para continuar con todas nuestras metas. Amen.

Le agradecemos inmensamente a nuestros padres por todo su esfuerzo y dedicación en nuestra carrera que Dios los bendiga siempre Amen. Los amamos!

Agradecemos a nuestro Tutor de tesis Rogelio Jiménez por haber aceptado nuestro proyecto de investigación y aportarnos sus conocimientos.

Agradecemos a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” del estado Carabobo (CHET) por permitirnos realizar nuestra investigación, especialmente al centro Maxilofacial COHEN por darnos esta valiosa oportunidad de haber realizado esta labor, de la mano de la Dra. Omaira Cohen y Gabriela Rodríguez residente de post Grado Maxilofacial gracias infinitas por su apoyo en nuestro trabajo de grado.

Le Agradecemos a los cirujanos Rodrigo Pino y Carmelo Delgado por darnos su apoyo en la validación de nuestro instrumento para poder realizar nuestro trabajo de grado.

Agradecemos a nuestros jurados de trabajo de grado OD. Karla de Abreu e Iliana Nazar por darnos todo el apoyo incondicional y sus conocimientos que a pesar de las dificultades nos prestaron su ayuda para la presentación.

Agradecemos a la Sra. Fanny Herrán por su infinito apoyo desde el principio hasta el final del trabajo de grado nuestro más sincero agradecimiento por sus valiosos conocimientos.

Agradecemos a la Dra. Nidia González por sus aportes y apoyo en todos los momentos que la necesitamos gracias infinitas.

Ayleen, Elimar y María José

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

	pp.
LISTA DE CUADROS.....	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
RESUMEN INFORMATIVO.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	5
1.3. Objetivos de la Investigación.....	5
1.4. Justificación de la Investigación.....	5
II MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Bases Teóricas.....	10
2.3. Definición de Términos Básicos.....	16
III MARCO METODOLÓGICO.....	18
3.1. Tipo Investigación.....	18
3.2. Diseño de la Investigación.....	18
3.3. Población.....	19
3.4. Muestra.....	20
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	20
3.6. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos.....	21
3.7. Procedimiento.....	22

3.8. Variable.....	23
3.9. Operacionalización de Variables.....	23
IV RESULTADOS.....	24
4.1. Análisis de los resultados.....	24
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
5.1. Conclusiones.....	28
5.2. Recomendaciones.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
Impresas.....	31
Electrónicas.....	31
ANEXOS.....	34
A. Instrumento.....	35
B. Consentimiento informado.....	36
C. Validación del Instrumento.....	37
D. Fotos de Tetina y Biberones.....	40

LISTA DE CUADROS

CUADRO		pp.
1	Operacionalización de Variables.....	24
2	Distribución de la muestra según la edad.....	25
3	Distribución de la muestra según el género.....	26
4	Distribución de la muestra según el tipo de lesión.....	27

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	pp.
1 Caracterización de la muestra según la edad.....	25
2 Caracterización de la muestra según el género.....	26
3 Caracterización de la muestra según el tipo de lesión.....	27

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS	pp.
1 Tetina NUK MedicPro para el paladar hendido o fisura palatina.....	40
2 Biberón Mead Johnson Nurser.....	41
3 Biberón Haberman Feeder.....	41



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN NIÑOS QUE
ACUDIERON A LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”,
ESTADO CARABOBO DE ABRIL 2014 A OCTUBRE 2015**

Autoras: Ayleen Mantilla
Elimar Henríquez
María José Rivero
Tutor: Rogelio Jiménez
Fecha: noviembre 2015

RESUMEN INFORMATIVO

La presente investigación tuvo como objetivo, determinar la prevalencia de labio y/o paladar hendido, en los niños que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, (CHET) estado Carabobo de abril 2014 a octubre 2015. El propósito de este proyecto es valorar los hallazgos encontrados, en las historias clínicas, para lograr que la población se beneficie, en cuanto a diagnósticos más certeros y específicos que impliquen un tratamiento y atención multidisciplinario en pro del bienestar general del paciente. Para tal fin se formalizó una investigación enmarcada dentro de un estudio de tipo descriptivo, con un diseño de campo, no experimental, con una temporalidad transversal. La población manejada, estuvo conformada por treinta (30) pacientes infantiles con labio y/o paladar hendido, entre 3 meses a 7 años; la muestra quedó representada por la totalidad de las personas que conforman la población en estudio. En el desarrollo de esta investigación se empleó la técnica de la observación directa y como instrumento se recurrió a la historia clínica, ya que en ella se recoge la información del paciente. El procesamiento y análisis de los datos se hizo por medio de la estadística descriptiva, y luego de codificados y tabulados los resultados, se demostraron por medio de cuadros y gráficos. Los resultados señalaron, que la mayor prevalencia estuvo en las edades comprendidas entre 1-3 años 43,33% (13 casos), hay mayor tendencia a padecer labio y/o paladar hendido en varones 56,67 (17 casos), se observó que en el 2014 hubo mayor cantidad de casos que en el 2015 y que fue el labial unilateral el que arrojó una frecuencia de casos más alta (2014) con 10 casos, seguido por palatina unilateral, los datos del 2015 no fueron de mucha significancia estadística.

Descriptor: Prevalencia, Labio Hendido y Paladar Hendido.

INTRODUCCIÓN

Las estructuras de la cavidad bucal comienzan su formación aproximadamente a los 25 días después de la gestación, los arcos branquiales o faríngeos son las estructuras embrionarias que dan origen a la cavidad bucal; de los cuales se originan maxilar superior y maxilar inferior. Las anomalías Craneofaciales ocurren ya sea, como eventos primarios con secuencia de alteraciones específicas durante el desarrollo embrionario, o secundario al nacimiento como resultado de eventos traumáticos o procesos patológicos infecciosos o inflamatorios.

Entre las anomalías Craneofaciales más comunes se encuentra labio y/o paladar hendido; siendo esta congénita en la que se presenta el labio hendido parcial o totalmente, en forma unilateral o bilateral y que puede abarcar el alveolo dental, el ala y el suelo nasal. Muchas veces se encuentra compromiso del paladar duro y blando, en las llamadas completas, o puede presentarse con el labio normal, pero con fisura palatina. Su origen se atribuye en un 10% a factores ambientales, otro 10 % a factores genéticos y el 80% restante a la combinación de ambos factores, señalándose como una etiología genética multifactorial. Por tal motivo la orientación que el Odontopediatra presta al paciente con labio y/o paladar hendido es idéntico al que se le da al paciente sin esta malformación; debe ir dirigido a promover, prevenir, recuperar, mantener la higiene.

El primer paso para una adecuada alimentación en el niño con labio y/o paladar hendido, es que se le debe enseñar a la madre como conseguir que el bebé logre succionar el seno materno, ya que estos niños necesitan más tiempo y dedicación para aprender alimentarse, a la mayoría de ellos se les dificulta la succión debido a la poca fuerza para ejecutar entre una toma y la otra, esto se llevará a cabo con la ayuda y educación por parte del Odontopediatra. Con respecto al tipo de alimentación que debe tener un niño con labio y/o paladar hendido que ya se le ha realizado cirugías, debe ser una dieta blanda, que abarque cremas, puré, jugos naturales, compotas y

papillas. Los padres deben incluir en la dieta de los niños, alimentos de los cinco grupos básicos de la Placa de Alimentación, desde la aparición de los primeros dientes para un correcto desarrollo y crecimiento del niño.

El diagnóstico de esta malformación está determinado por el Odontopediatra, siendo quien determina la amplitud y el tipo de hendidura, los tejidos que están comprometidos y el diagnóstico de su salud bucal; es el encargado de seguir detalladamente el crecimiento, desarrollo Craneofaciales y psicológico, para tomar las medidas diagnósticas necesarias para solucionar los problemas dento esqueléticos inherentes al defecto. Formando parte de este grupo de profesionales encargados en llevar este tipo de casos, se encuentra el cirujano maxilofacial, quien se encarga del diagnóstico quirúrgico del sujeto para determinar las diferentes intervenciones que requerirá, además de las técnicas quirúrgicas a realizar.

El presente proyecto quedó estructurado en cinco capítulos:

En el capítulo I: El problema, que contiene el planteamiento del problema y su formulación, así como también el objetivo general y específicos y por último la justificación de la investigación, en la que se especifica las razones por las cuales se realiza la investigación y sus posibles aportes.

En el capítulo II: Marco teórico, se exponen los antecedentes, las bases teóricas, que serán las que respalden los conocimientos descritos y la definición de términos.

En el capítulo III: Marco metodológico, se describe la metodología utilizada comprende, tipo y diseño de la investigación, población, muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validez y la técnica para el análisis de los mismos.

En el capítulo IV: Resultados, se detallan los resultados arrojados después de la aplicación del instrumento.

En el Capítulo V, se presenta las conclusiones y recomendaciones del tema tratado y posteriormente se incorporan las referencias bibliográficas y los anexos que fuesen pertinentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Las hendiduras de labio y paladar (HLP) son un severo defecto que se visualiza antes y durante la gestación, además es una de las malformaciones más comunes encontradas en los recién nacidos; se origina por fusión incompleta de los procesos maxilar y naso medial del embrión, también pueden ocurrir juntos, son variaciones de un tipo de deformidad congénita causada por el desarrollo facial incompleto anormal durante la gestación. Estas deformidades de las estructuras de la cara incluyen desde desarrollo incompleto del labio superior en el que se presenta una hendidura hasta la prolongación bilateral de esta hendidura que incluye el hueso del maxilar, el paladar y llegando incluso hasta la úvula o campanilla (Vanderas; 1987).

La hendidura del paladar une la cavidad bucal con la cavidad nasal y la hendidura labial se origina por un crecimiento descompensado de los dos lados del labio dentro de los tres primeros meses de embarazo. El paladar hendido es una condición en la cual el velo del paladar presenta una fisura o grieta que comunica la boca con la cavidad nasal. Puede estar afectado solo el paladar suave que está hacia atrás junto a la garganta, o incluir el paladar duro formado de hueso y afectar también el maxilar. Esto ocurre cuando falla la unión de las prominencias palatinas laterales o maxilares con la prominencia palatina media o frontonasal durante el desarrollo del embrión. (Márquez; 2009)

Epidemiológicamente, existe una clara distribución racial en la susceptibilidad poblacional, al respecto Niall y cols. (2004), señalan que la incidencia general estimada de hendidura de labio, paladar y fisura palatina es de 1 en 1000 nacimientos vivos, no obstante las poblaciones de origen afrodescendiente, exhiben tasas menores (1:2500) y las orientales son las mayores (1:700), independientemente de la

región geográfica.

Según lo reseñado por Lagman (2010), en Latinoamérica, Bolivia es el país, que presenta mayor incidencia de esta malformación con una prevalencia de 2,09 por cada 1000 nacidos vivos, mientras que Venezuela se encuentra entre los países que muestran una de las tasas más bajas con este tipo de malformaciones congénitas, según estudios realizados tanto en las áreas urbanas y rurales del Distrito Federal y los estados Zulia y Mérida, en el Estado Carabobo la prevalencia de labio y/o paladar hendido es muy alta se trata de 12%, en relación a la ubicación geográfica, el Municipio Valencia presentó 76% y los Municipios Guácara y Bejuma 13%.

Además, esta malformación estructural se presenta desde el nacimiento, en la que intervienen causas genéticas y ambientales, siendo un factor importante en la susceptibilidad para presentar hendiduras labio palatinas. Algunos investigadores como Sacsquispe y Ortiz (2004), indican que las madres con mayor riesgo son las mayores de 35 años, otros estudios reportan una edad materna menor, entre 20 y 35 años. En Venezuela, en las dos últimas décadas ha existido un aumento progresivo del número de embarazos en menores de 19 años, asociado a otros factores de riesgo como pobreza, déficit educacional, consumo de alcohol y otras drogas.

Los niños que tienen paladar hendido presentan alteraciones fisiopatológicas tales como la imposibilidad para succionar por estar permanentemente comunicadas la boca con las fosas nasales, con alto riesgo de broncoaspiración, infecciones del oído medio, pérdida progresiva de la audición, masticación, deglución, también porque esta ocasiona problemas estéticos y psicológicos. Es importante señalar que esta anomalía se acompaña algunas veces de trastornos neurológicos y/o formando parte de algunos síndromes, agravando aún más el problema, razón por la cual se debe atender adecuadamente al tratamiento integral del paciente.

La presencia de alteraciones y disfunciones que afectan a las diversas estructuras que conforman la cavidad oro facial, hace necesario la intervención inmediata de un equipo multidisciplinario que garantice un adecuado tratamiento del niño afectado con el fin de prevenir y/o curar estas alteraciones. En la actualidad la

mayoría de las fisuras de labio palatino se corrigen quirúrgicamente en niños con edades comprendidas entre 18 meses a 3 años. La experiencia lograda por cirujanos latinoamericano plantea que el momento propicio para realizar la cirugía (palatorrafia), es entre 2 a 3 años, siendo el indicador la presencia del segundo molar ya erupcionado, lo cual proporciona un crecimiento maxilar adecuado y evita la inflamación de la arcada alveolar y paladar.

1.2. Formulación del Problema

Tomando en cuenta lo antes planteado, las investigadoras formularon la siguiente interrogante:

pública que repercute en lo económico, psicológico, social y familiar, y por tanto, es necesario destacar la importancia de la evaluación al nacer por parte del Odontopediatra, así como el manejo multidisciplinario por un grupo de especialistas profundamente interiorizados en el tema, con una gran interacción en la toma de decisiones, en conjunto con el ámbito familiar.

Por lo antes expuesto la presente investigación, tiene como propósito determinar la prevalencia de labio y /o paladar hendido, en los niños que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” entre los meses de abril 2014 y octubre 2015, lo cual permitirá realizar una valoración más específica de los hallazgos encontrados en las historias clínicas, alcanzando un impacto social positivo donde la población sea beneficiada en cuanto a diagnósticos más certeros y específicos que impliquen un tratamiento y atención multidisciplinario en pro del bienestar general del paciente.

Desde el punto de vista teórico-metodológico, el estudio serviría de base y apoyo a estudiantes tanto de la Universidad José Antonio Páez como a la población estudiantil de otras Universidades interesados en el contenido, aportándoles una nueva perspectiva del tema. Para las autoras, les permitirá fortalecer las debilidades existentes en materia de labio y/o paladar hendido.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Al elaborar el marco teórico, se extrae y recopila la información centrándose en el problema que se está manejando, tratando con profundidad únicamente los aspectos relacionados con el problema, organizándola con criterios lógicos que faciliten la delimitación del trabajo. En relación a este propósito, Balestrini (2006), considera que la función principal es, “situar al problema objeto de estudio dentro de un conjunto de conocimientos, lo más sólido posible, a fin de orientar la búsqueda y ofrecer una conceptualización adecuada de los términos utilizados, pudiendo ser manejado y convertidos en acciones concretas” (p.94). Por tal motivo, se presentarán los aspectos de carácter teórico, relacionados con el tema de estudio.

2.1. Antecedentes

Los antecedentes abordan investigaciones previas relacionadas con el tema en estudio, al referirse a este tema, Tamayo, (2009) señala que, “Todo hecho anterior a la formulación del problema que sirve para aclarar, juzgar e interpretar el problema planteado” (p. 149). Con ello, se pretende tomar elementos e ideas importantes de las investigaciones revisadas, a fin de que sirvan de base, para el desarrollo de este estudio.

Al abordar el tema es importante reseñar un trabajo realizado en Venezuela, por Hernández y Guerra, (2013), en el cual presentaron una investigación titulada **“Prevalencia de hendiduras de labio y/o palatinas en los pacientes que acudieron al centro de investigación y atención a pacientes con malformaciones Craneofaciales y prótesis maxilofacial durante los años 2000-2012”**. La cual tuvo como propósito reportar la prevalencia en niño/as con HLP en una población venezolana, desde el año 2000-2012, que acudieron al Centro de Investigación y Atención a Pacientes con Malformaciones Craneofaciales y Prótesis Maxilofacial

(CIAPA).

La investigación se fundamentó en un estudio retrospectivo, transversal y analítico de prevalencia; con una población de pacientes atendidos en el periodo 2000-2012. De este total 1430 pacientes asisten por CA, 30 pacientes presentan HLP relacionados a algún síndrome y 329 son pacientes HLP. Finalmente la muestra estuvo formada por los 329 pacientes con HLP. El instrumento manejado fue las historias clínicas

Los resultados arrojaron que los pacientes población fue de 329 niño/as, el 51,1% (168) varones y el 48,9% (161) niñas. En edades, 0-5 años 89,1% (293), el 9,4% (31) 6-10 años y el 1,5% (5) 11-15 años. "Tipo de hendidura" el 21,3% (70) HLP completa, 17,3% (57) HLP unilateral completa izquierda, 15,5% (51) HLP unilateral completa derecha, 14,3% (47) Hendidura de Paladar Secundario incompleta y el 31,6% cualquiera de los otros tipos de hendidura. Siendo la hendidura bilateral completa la de mayor prevalencia.

Sobre la misma temática De Souza (2011), realizó en Venezuela, una investigación denominada **“Prevalencia de la depresión ansiosa en los padres de niños que presentan fisura labio palatina de la fundación del niño con anomalías cráneo maxilofaciales (FUNDACARA)”**. La investigación es de tipo observacional-descriptiva de campo transversal, la misma tuvo como objetivo desarrollar un programa de acompañamiento psicológico dirigido a evaluar los niveles de depresión ansiosa en los padres de niños que padecen de hendidura labio palatina.

Su estudio abarcó una población de 20 padres a quienes se les aplicó el inventario de depresión de BECK (1978) y la escala de ansiedad de BECK (1998). Obteniendo como resultado que existe un alto nivel de depresión ansiosa de los padres frente a la perspectiva de tener un hijo con malformación labio palatina.

Dentro del mismo corte investigativo, Chavarriaga y cols. (2011), en Pasto Colombia, presentaron un trabajo de investigación **“Factores relacionados con la prevalencia de Labio y Paladar Hendido en la población atendida en el Hospital Infantil “Los Ángeles”. Municipio de Pasto (Colombia), 2003-2008”**, el cual tuvo

como propósito determinar la prevalencia de labio y paladar hendido (LPH) en pacientes atendidos en el instituto hospitalario antes mencionado. Metodológicamente fue un estudio transversal con la información de 223 historias clínicas de pacientes con LPH. Se encontraron 372 historias clínicas de pacientes con malformaciones Craneofaciales congénitas, de las cuales se incluyó para la muestra de 223 pacientes con labio fisurado, paladar hendido, o labio y paladar hendido, correspondiendo a un 59,9% del total de historias clínicas.

La investigación reportó que el 66,4% de la población infantil analizada iniciaron su tratamiento después de haber cumplido su primer año de edad. El 95,1% de los casos pertenecen a los estratos 1 y 2 y el 69,5% no tienen capacidad de pago. Los hombres afiliados al régimen subsidiado presentaron mayor probabilidad de manifestaciones clínicas bilaterales (OR 3,41 IC95% 1,13- 10,30) y las mujeres sin afiliación tuvieron mayor probabilidad de presentar dos estructuras comprometidas (OR 3,09 IC95% 1,09- 8,79). Los hombres que procedieron de la costa pacífica tuvieron mayor probabilidad de manifestaciones clínicas bilaterales (OR 4,61 IC95% 1,13-18,93).

En otro orden de ideas, pero dentro de la misma temática Fernández y Magán (2010) en Madrid España, realizó una investigación en la Universidad Complutense de Madrid, titulada, “**El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labio palatinas**”, donde hace referencia a las fisuras naso-labio-alveolo-palatinas o más comúnmente denominadas fisuras labio palatinas, estas malformaciones son defectos craneofaciales producidas por alteraciones embriológicas en la formación de la cara. Constituye la malformación congénita más frecuente de la región facial, provocada por la falta de fusión entre los procesos faciales embrionarios en la formación.

El propósito de esta investigación fue determinar las causas que provocan este tipo de fisuras labio palatinas y ofrecer al paciente fisurado la funcionalidad y la estética de las que carece, así mismo se concluye en que como Ortodoncistas se enfrentan a un tratamiento multidisciplinario que además de cirugías y rehabilitación,

requiere de un enorme componente psicológico, tanto como para el paciente como para sus padres.

2.2. Bases Teóricas

Se refiere a los postulados, principios, leyes y teorías que dan sustento a tema de investigación, estas deben ser coherentes con los planteamientos y postulados tomados por el investigador. Se hace referencia a los puntos de vista de autores de renombre que guardan relación o constituyen un apuntalamiento referencial al supuesto del trabajo (Orozco, Labrador y Palencia, 2002: 36). Sobre el mismo tema Arias (2012) acota: “Implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado” (p. 107).

2.2.1. Crecimiento y desarrollo

El complejo craneofacial primitivo se desarrolla durante la 4ta semana de desarrollo embrionario, después de la migración de las células de la cresta neural y el plegamiento lateral y cefalocaudal del disco germinativo trilaminar. Una serie de episodios inductivos mediados por las células de la cresta neural las cuales migran en el complejo craneofacial y los arcos faríngeos, dan origen a cinco prominencias faciales que forman el rostro definitivo (prominencia fronto nasal, maxilar y mandibular), siguiendo procesos de diferenciación, crecimiento y fusión.

2.2.2. Labio y Paladar Hendido

En relación al tema, García (2012), explica que el paladar consta de dos porciones el duro y el blando, el paladar duro, es de estructura ósea y es el más anterior, mientras que el paladar blando es un tabique músculo-membranoso, móvil y contráctil, que se prolonga hacia atrás y hacia debajo de la bóveda palatina. El velo del paladar se genera a partir del 1°, 2°, 3° arcos branquiales, en dos etapas:

El labio superior y el paladar primario, o anterior, por delante del agujero palatino anterior, están constituidos desde la 4° semana.

El paladar secundario, o posterior, se forma más tardíamente al final del 2° mes la (7° semana) y proviene del crecimiento de dos láminas o crestas palatinas

horizontales emanadas de la pared interna de los mamelones maxilares superiores. Estas crestas crecen en sentido vertical y caudal, estando al principio, separadas en la línea media por la lengua que está muy desarrollada. Luego en su crecimiento, se horizontalizan, produciéndose la fusión de ambas. Alrededor de la 8^o semana la porción caudal del proceso nasoseptal contacta con el paladar secundario.

Las dos laminas formadoras del paladar secundario son de procedencia mesodérmica con un recubrimiento endodérmico. El mesénquima proviene del 1^o arco da lugar al musculo periestafilino externo. El mesénquima del 2^o arco da origen al musculo glosio-estafilino y al palato-estafilino. El mesénquima del 3^o arco dará lugar al faringo-estafilino. Finalmente ambos paladares secundario y primario se unen. Las anomalías en el crecimiento por una mala coalescencia de las dos láminas en la línea media producen una serie de mal formaciones que pueden ir desde el desdoblamiento de la úvula hasta el paladar hendido.

En el mismo orden de ideas, Gómez y Figueroa (2010), señala que existe una variabilidad anatómica considerable en LPH, se deben diferenciar:

1. Formas completas:

Labio hendido con proceso alveolar hendido

Labio y paladar hendido unilateral

Labio y paladar hendido bilateral

Paladar hendido

2. Formas incompletas: al nivel labial varían de cicatrices o indentaciones congénitas de poco espesor a hendiduras totales unidas por puentes de tejido blando.

Existen otras variaciones anatómicas de importancia. Entre ellas se incluye la variabilidad en tamaño del segmento pre maxilar en pacientes con labio y paladar hendido bilateral, y la relación entre la hendidura y los gérmenes dentales permanentes en pacientes con hendiduras unilaterales y bilaterales.

En relación al Paladar Hendido, Monserat (2002), expone que es un problema complejo que debe ser abordado por un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales como el cirujano bucal, cirujano maxilofacial, ortopedista, ortodoncista,

foniatra, terapeuta de lenguaje, psicólogo, pediatra, genetista, y por su frecuencia es un problema de salud pública, por lo cual se requieren los trabajadores sociales. En muchos de los servicios de cirugía maxilofacial pediátrica las clasificaciones que utilizan se basan en esta, por ser considerada la más idónea y práctica: 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.

Existen otras clasificaciones como la anatomoclínica de Víctor Veau (1931) y la de la Asociación Americana de Labio y paladar hendidos, las cuales tienen mucho parecido a las mencionadas anteriormente.

2.2.3. Anatomía Quirúrgica

Al respecto, Monserat (2002), explica que el paladar funciona normalmente como un diafragma que separa la cavidad nasal de la bucal, en la porción posterior o blanda, es móvil y funciona junto con la faringe como una válvula, constituyendo el mecanismo velo faríngeo para separar las dos cavidades durante la fonación y la deglución. Los músculos que forman el velo del paladar lo tensan y elevan, efectuando una acción de abrir y cerrar la Trompa de Eustaquio u ordeño que permite equilibrar las presiones del oído medio y salida de secreciones. Cuando está hendido la voz es nasal y la deglución es atípica, la no expulsión de las secreciones ocasiona la infección del oído medio, con la consecuente pérdida de la audición y la hiperplasia del tejido linfóide faríngeo a nivel de la abertura de la Trompa de Eustaquio.

Rodríguez y Sánchez (2013), sostienen que todas las intervenciones quirúrgicas para la corrección del labio y paladar hendido, son procedimientos electivos y el niño debe estar en buen estado general de salud, libre de cualquier infección para realizarla. La corrección quirúrgica del paladar fisurado tiene como objetivo darle una anatomía correcta para que se puedan llevar a cabo una serie de funciones como son la fonación, masticación y deglución en forma óptima. El paciente con Labio y/o paladar hendido, necesita cirugías primarias y secundarias. Restrepo (2010) señala que entre las primarias se encuentra la Queilorrafia o cierre del labio y la Palatorraffa o cierre del paladar; las secundarias, comprometen las fases estéticas posteriores al

final del crecimiento.

La mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en los niños de edades de 18 meses a 3 años, con un promedio de edad de 2 años, para evitar que adquieran hábitos perniciosos de lenguaje, por lo que al proveerles un mecanismo velo faríngeo adecuado, se logra también la ventaja psicológica del paciente. Hay cirujanos que operan el paladar secundario completo a partir de los 2 ½ a 3 años. La corrección quirúrgica del labio hendido a temprana edad comenzó hace muchos años. Es muy importante tener en cuenta que el paciente debe tener un seguimiento y control, porque estos pacientes necesitan de expansores palatinos para poder estimular el desarrollo correcto del maxilar superior, y hay que orientación a los padres sobre el proceso y la necesidad del manejo de un equipo de especialistas.

Las experiencias del equipo en “Protocolo de Tratamiento en los Pacientes con HLP en la FO-UCV”, al igual que ha sido señalado en la literatura Estrada y Pérez (2007), ha demostrado que la cirugía labio-nasal precoz afecta negativamente el crecimiento dento buco maxilo facial y que la postergación de la cirugía del paladar blando más allá de los 18 meses de edad, por eventuales beneficios en el crecimiento óseo, genera grandes secuelas funcionales y sus consecuencias en la comunicación oral, algunas de ellas muy difíciles de tratar. Es importante destacar que muchas son las variables que se han encontrado relacionadas con la hendidura de labio y/o paladar y de las cuales se han desencadenado muchas interrogantes y discusiones tratando de discernir el enigma de su etiología.

Por lo cual se hace imprescindible para conocer acerca de ella para orientar a las familias que acceden a la consulta. Al igual que lo reportado por Nazer y Cifuentes (2010), en donde destacan que la mayoría de los casos son de etiología multifactorial, en la que intervienen factores ambientales y factores genéticos. Todas estas intervenciones quirúrgicas se realizan con la finalidad y la misión de crear en el niño y/o paciente una buena conducta emocional, calidad de vida, percepción de los resultados del tratamiento, promoviendo aceptación personal (autoestima positiva), con un examen integral y evaluación permanente.

2.2.4. Maxilofacial

Hernández y cols. (2014) en el Acta Odontológica Venezolana, señalan que las malformaciones congénitas ocupan un lugar preponderante dentro de la patología humana tanto por su relativa frecuencia, como por las repercusiones estéticas, funcionales, psicológicas y sociales que ellas implican. Las malformaciones cráneo-faciales en el género humano tienen una importancia significativa, ya que la cara, por ser lo primero que observan los progenitores y la comunidad, encierra toda una interrogante interna y externa. Así mismo, el aspecto y la expresión facial son indicadores del estado emocional e intelectual de la personalidad del individuo y de sus reacciones sociales.

Las hendiduras faciales se presentan en muchos planos de la cara como resultado de las fallas o defectos en el desarrollo o maduración de los procesos embriológicos, además, existen varios tipos de hendiduras faciales, sin embargo, la más importante y frecuentes que afecta las estructuras buco faciales del hombre es la hendidura labio palatina, la cual en gran medida altera actividades funcionales tales como fonación, alimentación y deglución, además del desarrollo psico-social del individuo. (González y cols.; 2003). Entonces, Dado que las hendiduras producen síntomas visibles específicos, son fáciles de diagnosticar y se pueden detectar mediante una ecografía prenatal. Si la hendidura no se detectó antes del nacimiento del bebé, se la identifica inmediatamente después.

Se puede resaltar, dentro del mismo contexto temático, la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera es el nombre que recibe el complejo hospitalario conocido también como Hospital Central de Valencia o CHET, localizado en la ciudad de Valencia, en el estado Carabobo. Recibe su nombre en honor de Enrique Tejera Guevara (1889-1980) un médico, científico y político venezolano, (primer ministro de sanidad y asistencia social de Venezuela) nacido en Valencia. Se trata de la mayor institución de salud pública del estado Carabobo y de la región de los estados centrales del país; posee diversas especialidades establecidas en edificaciones dentro de su terreno.

El complejo hospitalario está compuesto por una serie de edificios en los que se desarrollan las principales especialidades de la institución, además de los salones correspondientes a la escuela de medicina de la Universidad de Carabobo.

2.2.5 Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET)

Misión

Ejercer las políticas públicas establecidas dentro del sistema nacional de salud, para contribuir con el bienestar social de los carabobeños, optimizando la atención integral y la promoción de la salud con la participación efectiva de las comunidades, logrando condiciones ambientales saludables que permitan mejorar la calidad de vida y el control de los factores de la salud en la población.

Visión

Ser la institución que garantice el cumplimiento de las políticas públicas de salud, ofreciendo al ciudadano carabobeño un servicio eficiente y oportuno, ajustado a las necesidades propias de las comunidades, con instalaciones adecuadas, dotadas y equipadas.

Objetivos Estratégicos

Ejecutar los programas destinados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Coordinar los programas de salud de manera institucional e interestatal, con la participación activa de las comunidades organizadas.

Integrar un eficiente equipo humano motivado, capacitado, bien remunerado e identificado con nuestra misión.

Recuperar, reacondicionar y mantener la red de centros de salud de nuestro Estado con los materiales y equipos necesarios para atender las actividades preventivas y curativas.

Incorporar las nuevas tecnologías a nuestro Sistema Estatal de Salud.

2.2.6. Maxilofacial Cohen

La Dra. Omaira, jefe del servicio de Cirugía Bucomaxilofacial de la Ciudad

Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), ha llevado de la mano al servicio en conjunto con el Dr. Cohen, por muchos años, transformándolo hoy en día en un servicio modelo, ejemplo a seguir dentro de la CHET y a nivel nacional. Distinguida por su talento quirúrgico y sobresaltado por su gran humanidad, le han llevado a ser reconocida y respetada dentro de nuestra institución, el gremio médico y de cirujanos bucomaxilofaciales.

2.3. Definición de Términos Básicos

Bóveda Palatina: Tiene forma de herradura, conformada por varios huesos y se une a través de suturas en forma de cruz, ubicada en el maxilar superior (paladar).

Broncoaspiración: Consiste en la aspiración accidental de líquidos o alimentos por las vías respiratorias.

Cavidad Nasal: Es la parte interna de la nariz.

Cirujano Bucal: Es el especialista de la Odontología que se encarga de diagnosticar y tratar quirúrgicamente las afecciones de la boca.

Cirujano Maxilofacial: Especialistas en tratar condiciones, los defectos, las heridas, y los aspectos estéticos de la boca.

Coalescencia: Es la posibilidad de que dos o más materiales se unan en un único cuerpo.

Congénito: Es cualquier rasgo o identidad presente en el nacimiento adquirido durante el desarrollo intrauterino.

Crestas Palatinas: Se derivan de los procesos maxilares, se fusionan entre sí en la séptima semana de vida intrauterina dando lugar al paladar secundario.

Deglución: Es el paso del alimento desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago.

Dento: Indica localización o carácter dental.

Embrión: En los seres vivos de reproducción sexual, óvulo fecundado en las primeras etapas de su desarrollo.

Epidemiológicamente: Es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los factores determinantes, las predicciones y el control de los factores

relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas.

Fonética: Parte de la lingüística que estudia los sonidos de las lenguas independientemente de su función lingüística.

Foniatra: Es el médico especializado en la prevención, evaluación, diagnóstico

Hendidura Labio Palatina: Enfermedad genética que cursa con defectos del desarrollo del paladar con comunicación oro nasal.

Maxilar: Es un hueso de la cara, par, corto, de forma irregular cuadrilátera, con dos caras, interna y externa, cuatro bordes y cuatro ángulos.

Odontopediatría: Es el encargado de explorar y tratar a niños y recién nacidos, también se encarga de detectar posibles anomalías de la posición de los maxilares.

Palatorrafia: Reparación quirúrgica de un paladar hendido.

Prevalencia: En epidemiología se denomina a la porción de individuos de un grupo o una población que presenta una característica o evento determinado en un momento o en un periodo determinado. La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo.

Psicólogo: Es un profesional de la salud mental especializado en un área determinada de la psicología.

Queilorrafia: Procedimiento quirúrgico de sutura de los labios, como la reparación de un labio hendido.

Velo Faríngeo: La función velo faríngea está relacionada con un cierre total que impide durante la deglución o fonación, el paso de comida o aire a la nasofaringe.

y tratamiento de los trastornos de la comunicación (dificultad de audición, lenguaje oral y escrito y de la voz hablada y cantada), en niños y adultos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La metodología de la presente investigación está orientada a definir los lineamientos fundamentales que debe tener todo estudio, en la búsqueda de hechos que revelen datos e información, permitiendo aproximarse al objetivo con mayor precisión. Al respecto Balestrini, M. (2006:126) define el marco metodológico “como la instancia referida, los métodos, las diversas reglas, registros, técnicas y protocolo con los cuales una teoría y su método calculan las magnitudes de lo real”.

3.1. Tipo de Investigación

De acuerdo al problema planteado concerniente a determinar la prevalencia de labio y /o paladar hendido, en los niños que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” entre los meses de 2014 y octubre 2015, y en función de sus objetivos, la investigación se sustentó en un estudio de tipo descriptivo, ya que el propósito de las investigadoras fue lograr describir una característica en una población determinada. Al respecto, Tamayo (2009) señala “Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos” (p.52). Este tipo de estudio se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales, una realidad.

Dentro de esta investigación descriptiva, se hará referencia a los estudios de prevalencia, que Szklo y Nieto (2003), la definen como “la frecuencia de casos existentes, viejos y nuevos (de aparición reciente)” (p.73). Siendo usado para medir la presencia de enfermedades o características que posee una determinada población, permitiendo al mismo tiempo determinar la carga de enfermedades y condiciones de la misma.

3.2. Diseño de investigación

Por otra parte, la investigación se ubica dentro del diseño de campo, ya que se

obtuvieron los datos directamente del medio donde están las personas sujetas a estudio, en relación al tema Tamayo (2009), señala “Los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad (...) su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos” (p.114). Es decir que las investigadoras consiguieron la información, sin alterar las condiciones existentes, facilitando la revisión o modificación en caso de que surja alguna duda.

Igualmente, la investigación fue no experimental porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables, basándose en la realidad que se observó, sin la intervención directa de las investigadoras, como lo explican Hernández y cols. (2010), “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p.149). Es decir que son estudios en los que no se construye ninguna situación, sino que se observan realidades ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quienes la realizan. Igualmente es retrospectiva, según Hurtado de Barrera (2012), “está dirigido a reconstruir hechos pasados” (p.156), es decir, que son aquellos donde el inicio de la investigación es posterior a los hechos estudiados y los datos se recogen de archivos o de lo que los sujetos o los profesionales refieren.

Finalmente fue de temporalidad transversal o transaccional porque se describieron las variables para analizar el fenómeno de estudio, como explican Hernández y cols. (2010), “Investigaciones que recopilan datos en un momento único” (p.151). En este caso particular se examinan la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo.

3.3. Población

Luego de definir los sujetos que serán estudiados y que reúnen las características comunes observables, se concretó la población sobre la cual se generaron los resultados. Al respecto Palella y Martins (2010) refieren es “el conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertinentes a una investigación y que generalmente suele ser accesible” (p.105). En este sentido, se puede afirmar que la población es la totalidad de los elementos del fenómeno a estudiar, y sus unidades

poseen una característica común. Por tal motivo, ésta quedó conformada por treinta (30) pacientes infantiles con labio y/o paladar hendido, entre 3 meses a 7 años, que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” entre abril 2014 y octubre 2015, distribuidos en veintiséis (26) pacientes del 2014 y cuatro (4) del 2015 .

3.4. Muestra

La muestra es una parte representativa de la población, cuyas características deben ser exactamente iguales. Refiriéndose al tema Tamayo (2009), reseña, “descansa en el principio de que las partes representan el todo y por tanto refleja las características que definen la población de la cual fue extraída, lo cual nos indica que es representativa” (p.180). Dada las características de esta población pequeña, se tomaron como unidades de estudio e indagación a todos los individuos que la integran.

Por consiguiente, en esta investigación, no se aplicaron criterios muestrales, a objeto de extraer una muestra reducida del universo, y extender la búsqueda a esta parte elegida de la población, para posteriormente efectuar la inferencia o generalización en el universo estudiado (Balestrini, 2006; p.145). En este caso la muestra fue aplicada a la totalidad de la población antes mencionada, al respecto Arias (2012) explica:

Si la población, por el número de unidades que la integran, resulta accesible en su totalidad, no será necesario extraer una muestra. En consecuencia, se podrá investigar u obtener datos de toda la población objetivo, sin que se trate estrictamente de un censo. (p.83).

Se incluyeron en la muestra las treinta (30) historias clínicas de aquellos pacientes con labio y/o paladar hendido, que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” entre abril 2014 y octubre 2015 y que tenían entre 3 meses a 7 años de edad.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En este nivel del estudio, se hizo necesario señalar y precisar de manera clara y de forma metodológica, las técnicas e instrumentos de recolección de información, utilizados, para obtener la información necesaria que permitió lograr los objetivos de

la investigación desarrollada. En consecuencia, dada la naturaleza del proyecto y tomando en cuenta los datos que se necesitan, la técnica que se manejó fue la observación directa, mientras que el instrumento, la historia clínica. En referencia a las técnicas Arias (2012) define este concepto como: “El procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p. 67).

En relación a la observación directa Tamayo (2009) señala: “Es aquella en la cual el investigador puede observar y recoger datos mediante su propia observación” (p.188). Fue utilizada por las autoras pues les permitió lograr los objetivos planteados al poder ir al sitio donde ocurren los hechos y detallar la situación problemática, evidenciada con los niños con labio y/o paladar hendido, que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) Estado Carabobo.

En cuanto al instrumento Palella y Martins (2010) lo definen como: “Cualquier recurso del cual pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información” (p.125), (Ver anexo A), para esta investigación se recopilaron los datos e informaciones se utilizó la historia clínica, que Gervas y cols. (1987) la definen como: “(...) el registro escrito de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, obtenidos directa o indirectamente, y constantemente puestos al día” (p.43); para tal fin se recolectó la información mediante un formato estándar elaborado para tal fin y validado por expertos en el área.

Previo a un consentimiento (Ver anexo B), firmado por la Dra. Omaira Cohen encargada del Servicio de Cirugía Buco-Maxilofacial Dr. Omar Cohen, del hospital, con la finalidad de utilizar los datos suministrados, para el desarrollo del trabajo de grado. Dicho instrumento constó de una (1) parte:

Datos clínicos del niño(a): Edad, Género y Tipos de Hendidura, labial y/o palatina.

3.6. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

En esta sección se mencionan los tipos de medida que se utilizan con mayor frecuencia y que son los que van a permitir decidir cuál es la más apropiada para analizar los datos, contenidos en el instrumento y considerados válidos, por tal

motivo el análisis estadístico de los resultados se formalizó a partir de la aplicación del instrumento, en forma cuantitativa a través del cálculo del porcentaje de respuestas, cuadros y gráficos; que según Palella y Martins (2010):

Una vez recogidos los valores que toman las variables del estudio (datos), se procede a su análisis estadístico, el cual permite hacer suposiciones e interpretaciones sobre la naturaleza y significación de aquellos en atención a los distintos tipos de información que puedan proporcionar (p. 174).

En tal sentido el análisis se realizó a través de la estadística descriptiva, que los mismos autores la definen como: “Consiste sobre todo en la presentación de datos en forma de tablas y gráficas (...). Se plantea cuando se trabaja con toda la población” (p.175).

Para tal fin en la presentación de los resultados se recurrió a, cuadros distributivos de frecuencias que para Ortiz y García (2008), es “Conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías (...) pueden completarse agregando las frecuencias relativas (...) son los porcentajes de casos en cada categoría” (p.136). De este modo, la codificación y tabulación de los datos se efectuó mediante tablas de información estructuradas en frecuencias y porcentajes de acuerdo a cada ítems establecido, con la finalidad de desarrollar los objetivos trazados; que luego de ser tabulados, se explicaron por medio de cuadros, gráficos, con el propósito de dar una mejor visualización e interpretación de los mismos.

3.7. Procedimiento: En caso del presente proyecto el procedimiento se basa en la observación directa para determinar un correcto análisis de datos. Como principal objetivo se indica Epidemiológicamente a los pacientes de 3 meses a 7 años, que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Utilizando como instrumento un formato estándar elaborado para tal fin, en el que se tomará en cuenta los datos de las historias clínicas. Como segundo objetivo se identificaron a los pacientes con labio y/o paladar hendido, utilizando como técnica la observación directa. Por último se establece la prevalencia de pacientes con labio y/o paladar hendido, utilizando el instrumento diseñado para tal fin.

Igualmente se procedió a validar el instrumento, el cual se hizo por medio del juicio de tres (3) expertos, vinculados con el tema de estudio, quienes evaluaron el instrumento bajo

los criterios de pertinencia, claridad, congruencia, así como decisión de los ítems con relación a los objetivos, dimensiones e indicadores del estudio, apoyándose en el cuadro de operacionalización de variables. En función a lo planteado, Hernández, y cols. (2010), afirman “Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se mide” (p.201). Es decir que el instrumento es válido si los datos obtenidos se ajustan a la realidad sin modificar los hechos.

3.8. Variable: Arias (2012) la define “Variable es una característica o cualidad; magnitud o cantidad, que pueden sufrir cambios, y que es objeto de análisis, medición, manipulación o control en una investigación” (p.57). Es decir, que puede sufrir cambios y por esta razón el sistema de variables se ajusta a un conjunto de características operacionalizadas. Según su clasificación pueden ser Independientes o Dependientes.

3.8.1. Variable Independiente: Como refieren Palella y Martins (2010), “expresa la causa que produce el resultado o efecto observado” (p.68). Partiendo de este concepto la variable independiente, a ser tomada en cuenta para este estudio, será:

3.8.2. Variable Dependiente: Según Palella y Martins (2010), esta variable se define como: “representa el efecto o resultado producido por la variable independiente” (p.68). Las autoras de la investigación señalan que la variable dependiente a ser tomada en cuenta para este estudio, será:

3.9. Operacionalización de Variables

En relación a este tema Palella y Martins (2010), expresan “Es el procedimiento mediante el cual se determinan los indicadores que caracterizan o tipifican a las variables de una investigación, con el fin de hacerlas observables y medibles con cierta precisión y facilidad” (p.74) (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1.
Operacionalización de Variables

Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Sub-Indicador	Instrumento
Edad	Número de años de un individuo desde el nacimiento hasta la actualidad	Biológica	3 a 7 meses		Historia Clínica
			8 a 11 meses		
			1 a 3 años		
			4 a 7 años		
Género	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer		Femenino		
			Masculino		
Hendidura Labio Palatina	Trastorno del desarrollo que se caracteriza por un defecto, producido por la ausencia de fusión de las dos partes del labio y/o de los huesos maxilares y de las láminas horizontales de los huesos palatino	Ubicación Espacial	Hendidura Completa	Labio hendido con proceso alveolar hendido	
				Labio y paladar hendido unilateral	
				Labio y paladar hendido bilateral	
				Paladar hendido	
			Hendidura Incompleta	Variedad de las cicatrices en el tejido blando	

Henríquez, Mantilla y Rivero (2015).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis de los Resultados

Una vez recogidos los valores que toman las variables estudiadas, se procedió al análisis estadístico, que permitió hacer observaciones e interpretaciones de los datos, en atención a los distintos tipos de información que fueron proporcionados, al momento de la aplicación del instrumento. Al respecto, Galicia (citado por Tamayo, 2009) afirma “No basta con recolectar los datos ni cuantificarlos adecuadamente. Una simple colección de datos no constituye una investigación. Es necesario analizarlos, compararlos y presentarlos de manera que realmente lleven a la confirmación o al rechazo de una hipótesis” (p.192)

En relación al tema Hernández, Fernández y Baptista (2010), señalan que “Una vez que los datos se han codificado, transferido a una matriz, guardado en un archivo y “limpiado” de errores, el investigador procede a analizarlos” (p.278). Luego, se procedió a representar de manera general, en forma gráfica y computarizada, el análisis porcentual de los resultados obtenidos, para facilitar su interpretación. Se estudiaron todos los datos, fueron analizados y tabulados, empleándose una tabla de distribución de frecuencia, los cuales fueron logrados mediante cuadros y gráficos, para la mejor interpretación de los resultados, y de esta forma ofrecer una explicación de los logros obtenidos, teniendo en cuenta los objetivos que se fijaron las investigadoras.

Cuadro 2. Distribución de la muestra según la edad

Edad (meses/años)	2014		2015		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
3-7 meses	11	42,31	1	25,00	12	40,00
8-11 meses	1	3,85	1	25,00	2	6,67
1-3 años	12	46,15	1	25,00	13	43,33
4-7 años	2	7,69	1	25,00	3	10,00
Total	26	100,00	4	100,00	30	100,00

Datos de la investigación (Henríquez, Mantilla y Rivero; 2015)

Caracterización según la Edad

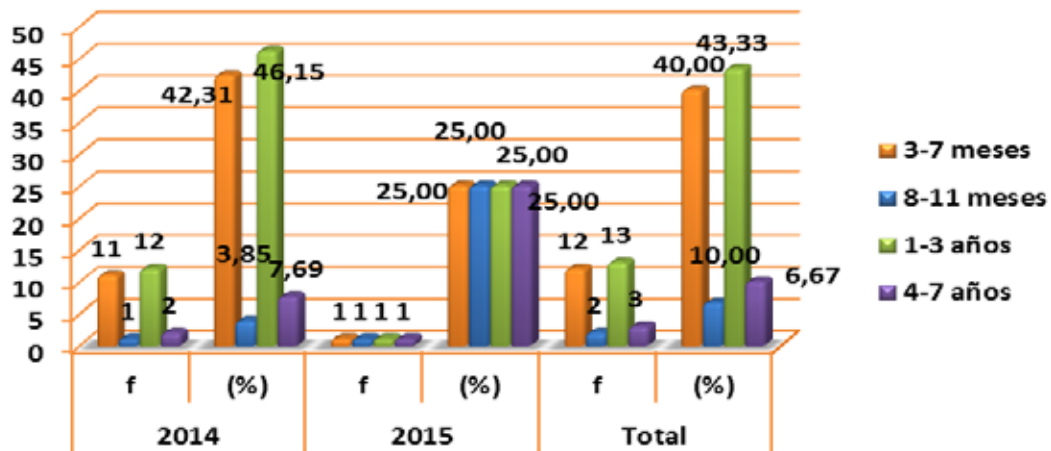


Gráfico 1. Caracterización de la muestra según la edad.

Datos de la investigación (Henríquez, Mantilla y Rivero; 2015)

Análisis

En base a este gráfico se puede concluir que en los pacientes en el año 2014 hay similar proporción en las edades 3-7 meses 42,31% (11 casos) y 1-3 años 46,15% (12 casos), a diferencia que los del 2015 en donde todas las edades tienen la misma ponderación 25,00% (1 caso) en todos los renglones de edades. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos años, sin dejar de tomar en cuenta que la mayor prevalencia estuvo en las edades comprendidas entre 1-3 años 43,33% (13 casos).

Cuadro 3. Distribución de la muestra según el género

Género	2014		2015		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Femenino	11	42,31	2	50,00	13	43,33
Masculino	15	57,69	2	50,00	17	56,67
Total	26	100,00	4	100,00	30	100,00

Datos de la investigación (Henríquez, Mantilla y Rivero; 2015)

Caracterización según el Género

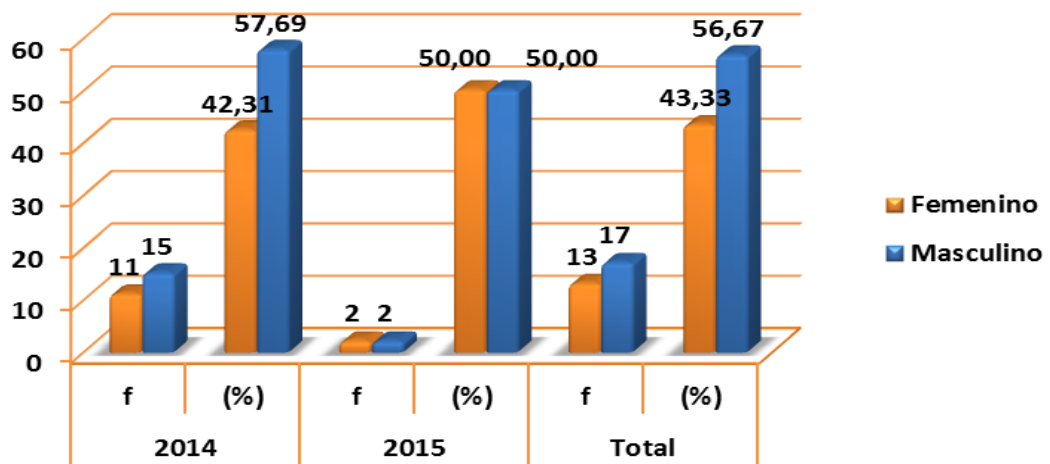


Gráfico 2. Caracterización de la muestra según el género. Datos de la investigación (Henríquez, Mantilla y Rivero; 2015)

Datos de la investigación (Henríquez, Mantilla y Rivero; 2015)

Análisis

En cuanto al género, el masculino (56,67%= 17 casos) por encima del femenino (43,33%= 13 casos). Los pacientes del año 2014 representaron en cuanto al género masculino un 57,69% (15 casos), a diferencia del femenino 42,31% (11 casos) mientras que del año 2015, en ambos géneros hay 50,00% (2 casos cada uno). Observándose, en líneas generales, que existe una tendencia a mayores casos en varones que en hembras.

Cuadro 4. Distribución de la muestra según el tipo de lesión

Tipo de Lesión	2014		2015		Total	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
Labial Unilateral	10	38,46	0	0,00	10	33,33
Labial Bilateral	1	3,85	0	0,00	1	3,33
Palatina Unilateral	9	34,62	2	50,00	11	36,67
Palatina Bilateral	1	3,85	0	0,00	1	3,33
Combinada Unilateral	4	15,38	1	25,00	5	16,67
Combinada Bilateral	1	3,85	1	25,00	2	6,67
Total	26	100,00	4	100,00	30	100,00

Datos de la investigación (Henríquez, Mantilla y Rivero; 2015)

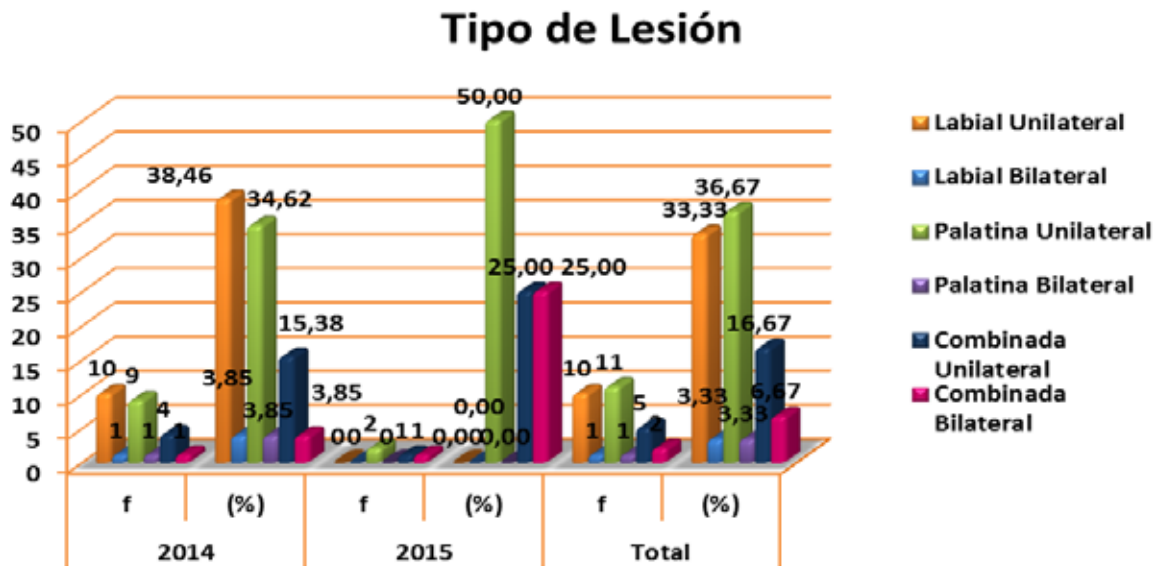


Gráfico 3. Caracterización de la muestra según el tipo de lesión.

Datos de la investigación (Henríquez, Mantilla y Rivero; 2015)

Análisis

Según el tipo de lesión, se puede apreciar que en el año 2014, la labial unilateral fue la de mayor prevalencia 34,46% (10 casos), seguida por la palatina unilateral con 34,62% (9 casos), luego la combinada unilateral 15,38% (4 casos) y las otras 3 lesiones con un caso cada una, mientras que en el año 2015 la mayor prevalencia fue en la palatina unilateral con 2 casos, la combinada unilateral y bilateral con 1 caso cada una y sin presencia en las otras 3 lesiones.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

De la información descrita en el presente trabajo de investigación y tras la realización de un análisis, es posible concluir que:

El labio y paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más comunes, es considerada la anomalía craneofacial más frecuente. La reparación quirúrgica de un paciente con labio hendido no es una urgencia. La reparación primaria de labio hendido se realiza alrededor de los 3 meses de edad, consistente en una serie de intervenciones quirúrgicas electivas que se realizan individualizando cada caso conforme requiera el paciente.

El labio y/o paladar hendido es un defecto de nacimiento que se manifiesta por una apertura uní o bilateral en el labio superior entre la boca y la nariz, y en un defecto de apertura en el techo de la boca.

El labio y paladar hendido es una anomalía en el que no se forman completamente en el desarrollo fetal, el labio hendido recibe distintos nombres según su ubicación y el grado de compromiso del labio, 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.

El labio y paladar hendido pueden ocurrir juntos o separados. El labio hendido con o sin paladar hendido ocurre en 1:1000 nacidos. El paladar hendido sólo ocurre en aproximadamente 1:2500 nacidos. El labio hendido (con o sin paladar hendido) es más común en el género masculino mientras el paladar hendido es más común en el género femenino.

Los factores etiológicos en el labio y/o paladar hendido no se pueden determinar con exactitud, por lo que hay que limitarse a clasificarlos como

“hereditario multifactorial”.

Es más frecuente el labio hendido unilateral sobre el bilateral, y con mayor frecuencia el lado izquierdo al derecho.

Es más frecuente la afectación del labio en el hombre, frente a la presentación palatina exclusiva más frecuente en las mujeres.

Como se sabe por lo complejo de los procedimientos se necesita un equipo multidisciplinario formado por profesionales que trabajen en forma armónica y deben concadenar su participación.

Para finalizar, la hendidura labio palatina es una enfermedad que afecta no solo a la persona que lo padece sino también a todas las personas del grupo familiar que comparten directamente con ellos día a día por el arduo trabajo de enfrentarse a los problemas y necesidades que se van presentando en el transcurso de la patología.

5.2. Recomendaciones

La madre debe tener un control prenatal después de haber tenido el diagnóstico del paciente con hendidura labio palatina en la gestación.

El odontólogo debe realizar un correcto llenado de historia clínica al paciente con hendidura labio palatina.

Considerar la edad del paciente para poder someterlo a la cirugía maxilofacial.

El paciente debe realizarse exámenes de sangre previos a la cirugía.

Se debe considerar la realización de exámenes radiográficos pre y post quirúrgicos

El representante del paciente debe estar al tanto de cuál es el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar al paciente, tomando en cuenta las consideraciones previas a la cirugía y los controles post quirúrgicos.

Se debe consultar con el Odontopediatra para que se le asigne alimentación rica en minerales.

Se les debe explicar, también, a las madres que la higiene oral se debe hacer desde el periodo neonatal, frotando las encías, mucosas, surcos dentarios y lengua;

dos veces al día, haciendo uso de gasas humedecidas en agua hervida. Esta limpieza cobra mucha importancia cuando se usa el obturador, ya que este facilita el acumulo de restos alimenticios y la aparición de hongos, tanto a nivel oral como sinusal.

La lactancia materna en estos gestantes es lo mejor, ya que tienen un 25% menos de infecciones del oído y del tracto respiratorio que los alimentados artificialmente.

Es importante la función cicatrizante del calostro sobre todo para los niños que requieren cirugía, se debe colocar al recién nacido en una posición vertical y apoyado a su pecho, con el fin de evitar que ocurra el reflujo nasal continuamente.

La madre debe ejercer presión sobre la aureola con los dedos para hacer que el pezón lleno sobresalga, sostener el pecho sobre el dedo pulgar e índice asegurándose de que el labio inferior del bebé esté doblado hacia afuera y que la lengua esté debajo del pezón, se recomienda ingestas frecuentes y cortas, éste proceso puede ser lento y frustrante, sin embargo el bebé recibirá más calorías y por lo tanto aumentara de peso.

La succión del seno materno asegura el poder enseñarle al niño a tomar alimentos de la cuchara con los labios y con la lengua, trabajarlos en su boca y tragarlos.

Durante las primeras semanas después de la cirugía, el especialista de nutrición y dietética debe realizar un esquema especial de alimentación.

Los bebés con hendiduras necesitan expeler más a menudo porque tragan más aire durante la alimentación.

Cabe destacar que el Odontopediatra realizara la toma de una impresión para confeccionar una placa obturadora, la cual evitara el reflujo nasal, la placa deberá estar hecha por un especialista.

Si el recién nacido será alimentado con leche artificial utilizando el biberón, se controlara la forma de la tetina y el tamaño del orificio para lograr que haga succión y la leche no descienda por gravedad, en el mercado existen tetinas especiales como la de Nuk, hay también biberones especiales como los de Mead Johnson Nurser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Impresas

- Arias, F. (2012). **El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica.** 6ª edición. Caracas: Editorial Episteme.
- Balestrini, M. (2006). **Como se elabora el Proyecto de Investigación.** Séptima edición. Venezuela: BL Consultores Asociados, Servicio Editorial.
- De Souza (2011). **Prevalencia de la depresión ansiosa en los padres de niños que presentan fisura labio palatina de la fundación del niño con anomalías cráneo maxilofaciales (FUNDACARA).** Trabajo de Investigación.
- Estrada, M.; Espinosa, R. y Pérez, E. (2007). **Resultados del manejo multidisciplinario de labio y paladar fisurado unilateral.** Rev. Espa Cir Oral y Maxilofacial 2007; 29:3:164-170.
- Gérvás, J., Burgos, J. y Pérez, M. (1987). **La historia clínica. Los sistemas de registro en lo atención primaria de salud.** Madrid: editorial Díaz de Santos.
- Gómez, D. y Figueroa, A. (2010). **Crecimiento y Desarrollo Craneofaciales Anormales: Anomalías Craneofaciales. Odontología Pediátrica. La Salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual.** 1ª edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- González T.; Arias J.; Lassaletta L. y Martorell V. (2003). **Malformaciones Craneofaciales y su Tratamiento.** Nascere e Crescere revista do Hospital de Crianças Maria Pia año 2003, vol, XII, n 4.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P., (2010). 5ta. Edición. **Metodología de la Investigación.** México: Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hurtado de Barrera, J. (2012). **El Proyecto de Investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación.** Séptima edición. Ediciones Quirón. Caracas, Venezuela.
- Lagman, S. (2010). **Embriología Médica.** 10a Edición. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Márquez, F. (2009). **La Familia del Niño con Hendidura Labio Palatina.** Trabajo de ascenso para optar a la categoría de Agregado en en el Escalafón Universitario de la UCV.
- Nazer, J.; Ramírez, M.; Cifuentes, O L. (2010). **38 Años de vigilancia epidemiológica de labio leporino y paladar hendido en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.** Rev. méd. mayo 2010.

- Niall, M.H.; McLeod, ML; Arana U., Nadeem, S. (2004). **Prevalencia de Nacimientos con de Labio y Paladar Hendido en Sucre, Bolivia. Paladar Hendido Craneofacial Journal**, marzo 2004, vol. 41 N 2 216-225.
- Orozco, C.; Labrador, M.; Palencia de M., A. (2002). **Metodología. Manual Teórico de Metodología para Tesistas, Asesores, Tutores y Jurados de Trabajos de Investigación y Ascenso**. Valencia: Editorial Ofimax de Venezuela C. A.
- Ortiz, F. y García, M. (2008). **Metodología de la Investigación. El proceso y sus técnicas**. México: Editorial Limusa, S.A. de C.V.
- Parella, S., y Martins, F. (2010). **Metodología de la Investigación Cuantitativa**. 3^{ra} edición. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, (FEDUPEL). La editorial pedagógica de Venezuela.
- Restrepo, C. (2010). **Diagnóstico y Tratamiento Multidisciplinario del Labio y Paladar Hendidos. Odontología Pediátrica. La Salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual**. 1^a edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, M. y Sánchez K. (2013). **Alteraciones dentarias según las variaciones de número, tamaño y caries presentes en pacientes con labios y paladar hendido tratados por operación sonrisa**. Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo. Universidad José Antonio Páez, San Diego estado Carabobo.
- Sacsquispe, S.; Ortiz, L. (2004). **Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo**. Rev. Estomatol. Herediana v. 14 n. 1-2 Lima jan./dic.2004.
- Szklo, M. y Nieto, J. (2003). **Epidemiología Intermedia. Conceptos y Aplicaciones**. España: EdicionesDíaz de Santos, S.A.
- Tamayo y Tamayo, M. (2009). **El Proceso de la Investigación Científica**. 5ta ed. México: Editorial Limusa, S.A. de C.V.
- Vanderas, AP. (1987). **Incidencia de labio leporino, paladar hendido y labio leporino y paladar hendido entre las Razas: Una revisión**. Paladar Hendido Diario.

Referencias Electrónicas

- Chavarriaga, J., González, M., Rocha, A., Posaqda, A. y Agudelo, A. (2011). **Factores relacionados con la prevalencia de Labio y Paladar Hendido en la población atendida en el Hospital Infantil “Los Ángeles”. Municipio de Pasto (Colombia), 2003-2008**. Revista CES Odontología, ISSN-e 0120-971X, Vol. 24, N°. 2, 2011, págs. 33-41. [Revista en línea] Disponible en: <http://adf.ly/1RxoOo>. [Consultado: 2015, junio 25].

- Fernández, J., Magán, A. (2010). **El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labio palatinas.** [Artículo en línea] Disponible en: <http://adf.ly/1Ry4VX>. [Consultado: 2015, abril 20].
- García, J. (2012). **Formación del labio superior y del paladar.** [Artículo en línea] Disponible en: <http://bit.ly/1HuDW7m>. [Consultado: 2015, abril 20].
- Hernández, M. y Guerra M. (2013). **Prevalencia de hendiduras de labio y/o palatinas en los pacientes que acudieron al centro de investigación y atención a pacientes con malformaciones Craneofaciales y prótesis maxilofacial durante los años 2000-2012.** [Trabajo de grado en línea] Disponible en: <http://adf.ly/1Rxb1y>. [Consultado: 2015, junio 22].
- Hernández, M. y Guerra, M. (2014). **Características postquirúrgicas dento-buco-maxilo-faciales de niños con hendidura de labio y paladar.** [Documento en línea] Disponible en: <http://bit.ly/1FS1JZj>. [Consultado: 2015, abril 22]
- Monserat, E. (2002). **Paladar Hendido Tratamiento Quirúrgico: Reporte de un Caso.** Acta odontol. venez, Caracas, v. 40, n. 3, dic. 2002. [Documento en línea] Disponible en: <http://bit.ly/1Nxb3HU>. [Consultado: 2015, abril 20]
- Nationwide Childrens (s.f). [Imagen en línea] Disponible en: <http://adf.ly/1Rzpei>. [Consultado: 2015, noviembre 17]
- Nuk. (s.f). **Entendiendo la vida.** [Imagen en línea] Disponible en: <http://adf.ly/1Rzo4s>. [Consultado: 2015, noviembre 17]

ANEXOS

(ANEXO A: INSTRUMENTO)
DATOS CLÍNICOS DEL NIÑO

GÉNERO	Femenino		Masculino	
EDAD	3-7 meses		3-7 meses	
	8-11 meses		8-11 meses	
	1-3 años		1-3 años	
	4-7 años		4-7 años	
TIPO DE HENDIDURA	Femenino		Masculino	
LABIO	Unilateral		Unilateral	
	Bilateral		Bilateral	
PALADAR	Unilateral		Unilateral	
	Bilateral		Bilateral	
COMBINADA	Unilateral		Unilateral	
	Bilateral		Bilateral	

(ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO)

(ANEXO C: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO)



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: PREVENCIÓN DENTOBUCODENTOMAXILOFACIAL DE OCLUSIÓN EN NIÑOS EN HEMORRAGIA DE LA GINGIVA FACULTAD 2014-2015 TO EL POSGRADO (PARALELO CERO)
AUTORES: MARIA SOC BIVERO, ALLEN MARTINEZ, ROLAND HERNANDEZ

CRITERIO	PERTINENCIA		CLARIDAD		CÓNCERENCIA		SEGUREZ		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Alto	Medio	Bajo
1	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	/	/	/	/	/	/	/	/	/

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<u>Rodolfo Bero</u>	<u>19399734</u>	<u>[Firma]</u>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<u>CRISTIAN</u>	<u>4º NIVEL</u>	<u>09/10/15</u>



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGUN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TITULO DEL TRABAJO: ANÁLISIS DE LA TERCERA DIMENSION DE LA OCLUSIÓN EN UNOS CASOS DE OCLUSIÓN DE CLASE II CON MODIFICACIONES EN LA POSICION DE LA CINTILLA
 AUTORES: ARLA SOC. RUIBO, AYLLEN MARTINEZ, WILMA MARICRISTINA

CRITERIOS	PERTINENCIA (Aptitudinal / Consonancia)		ESTRUCTURA (Claridad)		CORRENCIA (Aptitudinal / Consonancia)		VALORACION		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	OTRO
1	X		X		X		X		
2	X		X		X		X		
3	X		X		X		X		
4	X		X		X		X		
5	X		X		X		X		
6	X		X		X		X		
7	X		X		X		X		
8	X		X		X		X		
9	X		X		X		X		
10	X		X		X		X		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE X NO APLICABLE _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES _____

Dr. Rogelio J. Jiménez Tortolero
 Grado: Odol / Implantología
 REP: V-07663408-9
 C.O.C. 1077 - COV. 11/80
 Firma: [Firma] 1072

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	CI	
<u>Rogelio Jiménez</u>	<u>7063100</u>	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<u>Ortopedia Bucal Implantología</u>	<u>4º Nivel</u>	<u>06-10-15</u>



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: Prevalencia de Caries y Maloclusión en niños con Neurología de Leído y Síndrome de Turner en el Hospital Central (CHOT)
 AUTORES: Marta José Rubio, Aylén Michelle, y Lilian Hernández

ÍTEMES	FRECUENCIA (Apariencia Característica)		CLARIDAD (Indicador)		CUMPLENDA (Acordeamiento)		DECISION		
	Adaptado	Modificado	Adaptado	Modificado	Adaptado	Modificado	SI	NO	OTRO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<u>Carla José Rubio</u>	<u>17505907</u>	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<u>Carióloga</u>	<u>Superior</u>	<u>9/10/15</u>

(ANEXO D: FOTOS DE TETINA Y BIBERONES)



Figura 1. Tetina NUK MedicPro para el paladar hendido o fisura palatina.
Nuk entendiendo la vida (Vía WEB).



Figura 2. Biberón Mead Johnson Nurser.
Nationwide Childrens (Vía WEB).



Figura 3. Biberón Haberman Feeder.
Nationwide Childrens (Vía WEB).