



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**Atención de Enfermería a Pacientes con Labio
y Paladar Hendidos**

T E S I S

Que para obtener el título de :

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

p r e s e n t a :

BEATRIZ FIGUEROA CUEVAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
HIPOTESIS Y VARIABLES	3
OBJETIVO GENERAL	5
MARCO TEORICO	6
ESQUEMA DE LA INVESTIGACION	28
PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS	28
FUENTES DE LOS DATOS	28
METODO DE RECOLECCION DE DATOS	29
DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN LA RECOLECCION DE LOS DATOS	31
ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DA- TOS	34
PRESENTACION ESTADISTICO DE LOS DATOS	37
DISCUSION O REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	61
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS - UTILIZADOS	63
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	66
SUGERENCIAS	68
GLOSARIO	69
BIBLIOGRAFIA	77
APENDICE	81

INDICE DE FIGURAS

FIGURA		Página
1	Embrión con labio y paladar hendid _o s	..... 7
2	Desarrollo embriológico de la cara humana	..... 9
3	Estructuras del paladar	..... 10
4	Clasificación del paladar hendido	..... 14
5	Deformidades presentes en la nariz en hendidura labio-nasal	..... 22
6	Técnica de Millard	..... 23
7	Técnica de Manchester	..... 24
8	Cirugía de paladar hendido	..... 26
9	Medidas antropométricas	..... 31
10	Tomas fotográficas	..... 32

I N T R O D U C C I O N

El labio hendido con o sin paladar hendido concomitante es una de las malformaciones congénitas más frecuentes. En nuestro país, de acuerdo a estadísticas actuales (Ryvemce - 1981)* muestra una incidencia de 0.84 en 1000 recién nacidos vivos; existen referencias en la literatura de cifras variables según los diversos autores y los diferentes grupos poblacionales estudiados. Se sabe que entre los orientales alcanza la mayor frecuencia, siendo la menor entre los negros.

Desde el punto de vista etiológico y epidemiológico deben considerarse como entidades separadas al labio con o sin paladar hendido y al paladar hendido aislado. El labio hendido con o sin paladar hendido es más frecuente en el hombre que

* Registro y vigilancia epidemiológica de las malformaciones congénitas externas; Mutchini, Osvaldo.- Datos obtenidos de 16 Centros Hospitalarios de la República Mexicana, integrados en el Centro de Cómputo del Instituto Nacional de la Nutrición. S.S.A.

en la mujer (3:1) y cuando es unilateral afecta más el lado izquierdo que el derecho (2:1). El paladar hendido aislado tiene una frecuencia de (1:2500 recién nacidos) y afecta más a las mujeres que a los hombres.

Según Fogh-Andersen la herencia es indudablemente uno de los factores más importantes en la génesis del labio y/o paladar hendidos, ya que existe agregación familiar y los parientes cercanos de sujetos afectados tienen un riesgo mayor de estar igualmente afectados o de tener hijos con dicha malformación, aún cuando no sigue los patrones de la herencia mendeliana simple. Estudios recientes han demostrado que participan más de dos pares de genes cuya acción aditiva, es decir, que suman sus efectos, constituyendo lo que se denomina herencia poligénica. Esta herencia determina una susceptibilidad genética sobre la que actúan agentes medio-ambientales, primordialmente intrauterinos, determinando la llamada herencia multifactorial responsable del 90% de los casos de labio y/o paladar hendidos.

Así mismo, se ha invocado la influencia de ciertos medicamentos, enfermedades agudas y crónicas, radiografías y traumatismos durante el primer trimestre de la gestación como posibles agentes causales o precipitantes de la malformación, en casos de susceptibilidad genética heredada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tratamiento integral de niños con labio y paladar hendidos se lleva al cabo idóneamente por un grupo multidisciplinario que valora y discute los diversos métodos a seguir para lograr una mejor restauración de la malformación existente y su rehabilitación completa, tanto física como funcional, psicológica y social.

Este grupo consta de los siguientes especialistas: Pediatra, Otorrinolaringólogo, Odontopediatra, Ortodontista, - Psicólogo, Foniatra y Terapista de lenguaje, genetista, cirujano plástico, enfermera y trabajadora social.

Dicho tratamiento integral requiere la habilitación de centros hospitalarios con alto grado de sofisticación, por lo que en algunas poblaciones se deja sin tratamiento adecuado a niños malformados pertenecientes a comunidades rurales, que carecen de medios económicos o de comunicación para acudir a -

dichos hospitales. La creación de brigadas móviles abre perspectivas importantes en la solución de este problema.

HIPOTESIS

Si existe una enfermera entrenada en el manejo integral de los niños con labio y paladar hendidos, entonces su -- contribución en el equipo multidisciplinario hará más eficiente la labor de las brigadas móviles.

b) VARIABLES

Las variables implicadas en el problema son las siguientes:

- 1.- Número de pacientes detectados en las diferentes comunidades y de acuerdo a los diversos medios de promoción.
- 2.- Número de personal médico y paramédico local y visitante.
- 3.- Número de pacientes valorados.
- 4.- Número de pacientes operados.
- 5.- Exitos de la cirugía.

En el presente trabajo se valorarán el tratamiento de los pacientes así como el éxito de la cirugía en relación a la existencia de la enfermera capacitada.

c) OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general en la elaboración de esta tesis es demostrar la importancia que tiene la enfermera como parte integral del grupo multidisciplinario que trata a los pacientes con labio y paladar hendidos, para lograr una mayor eficacia en el trabajo y éxito de la cirugía.

MARCO TEORICO

Desde el punto de vista morfológico se considera como hendidura facial a una solución de continuidad entre los tejidos que constituyen la cara, secundaria a una separación entre los procesos faciales embrionarios. Entre las fisuras faciales más comunes se encuentran la del labio superior y la del paladar. En la fisura labial, además del labio mismo, se afecta la región alveolar y los huesos del maxilar superior (fig. 1); en la fisura palatina no se unen los huesos que constituyen el techo de la boca, el cual a su vez forma parte del piso nasal. (1) Estas malformaciones ocasionan diversas alteraciones tanto físicas como funcionales, principalmente trastornos de la alimentación y del habla. Así mismo, se propician diversas enfermedades especialmente de las vías respiratorias altas y del oído.

(1) Converse-Saunders, Reconstructive Plastic Surgery, p. 1343.

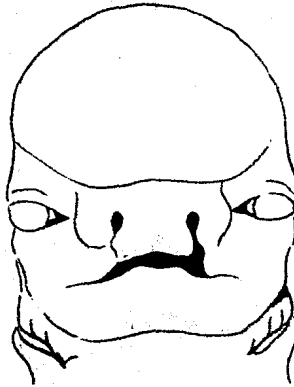


Fig. 1.- Embrión con labio y paladar hendidos.

Desde el punto de vista embriológico la cara se empieza a formar al inicio de la cuarta semana (Fig. 2-a), cuando se visualizan por primera vez unas prominencias alrededor de la boca primitiva o estomodeo. (2) Dichas prominencias o procesos faciales están formados por una doble membrana de ectodermo-endodermo entre las cuales migra el mesodermo y son: - una frontal, dos maxilares y dos mandibulares. El proceso --- frontal crece hacia abajo y alrededor de las placodas olfatorias para formar el proceso nasal, visible a la quinta semana (fig. 2-b); los procesos maxilares y mandibulares crecen hacia la línea media y al inicio de la sexta semana los procesos maxilares se han fusionado entre sí, formando el arco mandibular (fig. 2-c y d). En la séptima semana el proceso nasal se ha diferenciado en una área central denominada proceso naso-medial

(2) Patten, M. Brandly, Embriología humana; p. 376.

y dos laterales; los procesos maxilares siguen creciendo hacia la línea media y en la octava semana se unen con el proceso naso-medial (fig. 2-e y f). Se sabe que el crecimiento de los procesos se deben a la migración del mesodermo y que si ésta no ocurre o se hace deficientemente, la débil pared se rompe y se ocasiona la fisura, la cual será inversamente proporcional a la cantidad de mesodermo existente. Por otra parte, las células de la cresta neural migran desde su origen hacia la cara embrionaria en formación y se comportan como inductoras de la penetración mesodérmica, dando un soporte adicional a las células mesenquimatosas; si esta migración no se lleva al cabo o se hace deficiente, la penetración mesodérmica se verá afectada lo que resultará también en una fisura.

Durante la séptima semana se empieza a formar la lengua y aparecen unas prolongaciones laterales en ambos procesos maxilares; estas prolongaciones van creciendo y se dirigen inicialmente hacia arriba y luego hacia la línea media hasta reunirse entre sí, al final de la décima segunda semana, constituyendo el paladar y separando la cavidad nasal de la oral. Si no existe un adecuado crecimiento o una correcta dirección del mismo, las conchas palatinas no se fusionan, ocasionándose una fisura. (3)

(3) Converse - Saunders; op. cit. p. 2118.

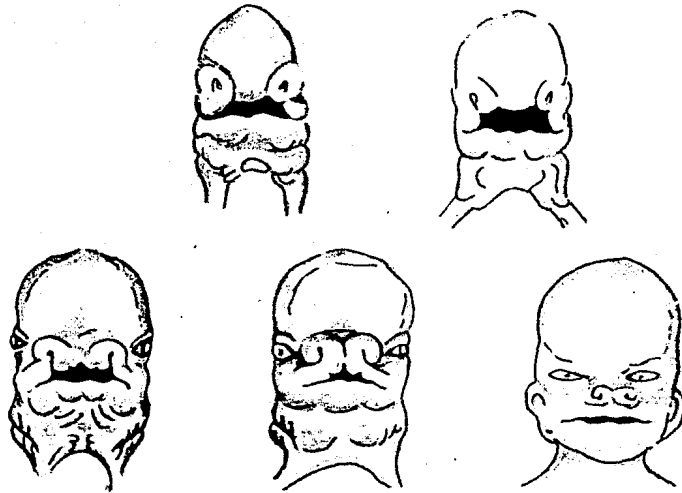


Figura 2.- Desarrollo embriológico de la cara humana.

Desde el punto de vista de su origen se considera como paladar primario al labio superior, a la premaxila que incluye a los cuatro incisivos centrales y a la parte anterior del paladar hasta el foramen incisivo, provenientes todos ellos del proceso naso-medial (fig. 3). El paladar secundario se origina de los procesos palatinos e incluye dos áreas: el paladar duro y el paladar blando. El paladar duro está constituido en su porción anterior por los dos maxilares y en la región posterior por los huesos palatinos; el paladar blando está sólidamente fijado al puente posterior de los huesos palatinos por la aponeurosis palatina y consta de dos músculos principales: el elevador del paladar y los tensores del paladar. Existen además otros músculos que contribuyen a la articulación de la palabra y a la deglución: el palatogloso, el palatofaríngeo, el estilofaríngeo y los constrictores faríngeos superio--

res. (4)

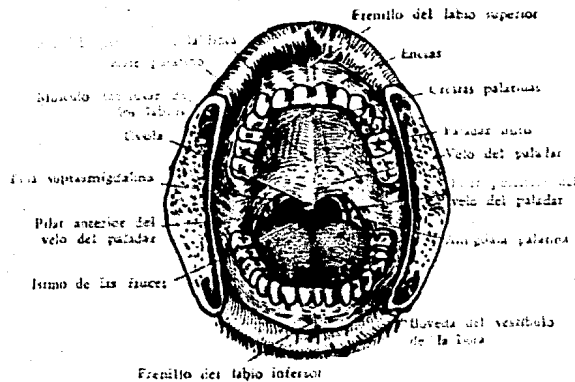


Figura 3.- Estructuras del paladar.

La acción principal del paladar blando durante la fonación es una rápida y voluntaria desviación del paladar hacia arriba y atrás, lo que determina un contacto íntimo con la pared faríngea posterior, constituyendo así el llamado tabique velofaríngeo. (5) Si existe una fisura palatina o un paladar corto o hipoplásico, no se produce el cierre velofaríngeo lo que produce un escape de aire hacia la nariz, dando lugar a la voz hiperrinofónica (voz nasal) tan característica de estos pacientes. (6)

Las hendiduras pueden ser simples o complejas y desde hace varios años se han efectuado diversas clasificaciones;

(4) Voss, Herrlinger.- Anatomía Humana, p. 156.

(5) Grabh.- Cirugía Plástica Reconstructiva, p. 127.

(6) Nelson-Vaughan - Tratado de pediatría, p. 340.

entre las iniciales se encuentran la de Davis y Pitchi (1922) y la de Veau (1931). En la primera clasificación las hendiduras congénitas fueron divididas en tres grupos, de acuerdo -- con la posición de la hendidura en relación al proceso alveolar. Posteriormente Veau (1931) consideró cuatro tipos, al igual que en la anterior, pero primordialmente en función del paladar. En 1962 se elaboró otra clasificación por Harkins, Berkins, Harding, Longacre y Snodgrasse, la cual fue adoptada por la Asociación Americana de Paladar Hendido y es: (7)

1.- Hendidura de paladar primario.

A.- Labio hendido.

1) Unilateral - derecho e izquierdo.

Extensión: un tercio, dos tercios (incompleto)
tres tercios (completo).

2) Bilateral

Extensión: un tercio, dos tercios (incompleto)
tres tercios (completo).

3) Medio

Extensión: un tercio, dos tercios (incompleto)
tres tercios (completo).

4) Prolabio - pequeño, mediano o grande.

(7) Converse-Saunders. Op. cit., p. 1341.

5) Cicatrices congénitas - derecho, izquierdo o medial.

Extensión: un tercio, dos tercios (incompleto)

tres tercios (completo)

B.- Hendiduras del proceso alveolar.

1) Unilateral: derecho e izquierdo.

Extensión: un tercio, dos tercios (incompleto)

tres tercios (completo).

2) Bilateral

Extensión: un tercio, dos tercios (incompleto)

tres tercios (completo).

3) Medianas

Extensión: un tercio, dos tercios (incompleto)

tres tercios (completo).

4) Submucoso - derecho e izquierdo, medial.

5) Ausencia de dientes incisivos.

2.- Hendiduras de paladar secundario.

A.- Paladar blando.

1) Posteroanterior.

Extensión: un tercio, dos tercios (incompleto)

tres tercios (completo)

2) Amplitud - (mm).

3) Paladar corto: no, discreto, moderado, --
marcado.

4) Hendidura submucosa:

Extensión: un tercio, dos tercios (incom-
pleto).

tres tercios (completo).

B.- Paladar duro.

1) Posteroanterior.

Extensión: un tercio, dos tercios (incom-
pleto)

tres tercios (completo)

2) Amplitud (mm).

3) Unión al vómer: derecho e izquierdo, au--
sente.

4) Hendidura submucosa:

Extensión: incompleto y completo.

3.- Hendidura del proceso mandibular.

A.- Labio (inferior).

Extensión: un tercio, dos tercios (incomple-
to)

tres tercios (completo)

B.- Mandíbula.

Extensión: un tercio, dos tercios (incomple-
to)

tres tercios (completo)

C.- Fosetas congénitas: fistulas labiales congénitas.

4.- Naso-oculares.

Extendiéndose desde la región de la narina hacia la región cantal interna.

5.- Oro-ocular.

Extendiéndose del ángulo de la boca hacia la fisura palpebral.

6.- Oro-auricular.

Extendiéndose del ángulo de la boca hacia el pabellón auricular. (Figura 4).

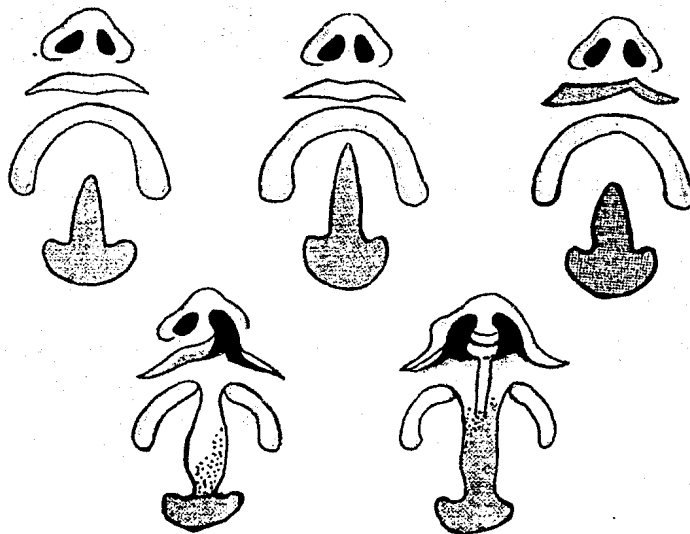


Figura 4.- Clasificación del paladar hendido.

El tratamiento integral se lleva al cabo por un equipo multidisciplinario. Las funciones primordiales de los dis-

tintos miembros del equipo son los siguientes: (8)

El pediatra es quien tiene a su cargo el cuidado general del niño, colaborando con el tratamiento de los diversos padecimientos que se presenten, además de la malformación. Así mismo, indica el momento en que el paciente se encuentra en condiciones óptimas para la cirugía y oriente a los padres con respecto a la alimentación y desarrollo del pequeño.

El otorrinolaringólogo es el responsable del tratamiento y vigilancia de los problemas otológicos que frecuentemente afectan a estos pacientes, ya que los niños con hendiduras del labio y paladar tienen una mayor susceptibilidad a las infecciones del oído medio, principalmente en edades tempranas. Normalmente existe una conexión entre la faringe y el oído medio dada por unos pequeños tubos denominados trompas de Eustaquio, los que ayudan a mover el aire desde la parte posterior de la nariz. Cuando existe un desarrollo incompleto del paladar y/o una función inadecuada de los músculos palatinos, se provoca un aumento de presión en el oído medio, el cual se llena de líquido que finalmente se infecta, ocasionando otitis media serosa o purulenta. Esto es debido a que las trompas de Eustaquio no se abren ni se cierran normalmente, evitando una adecuada ventilación del oído.

(8) Comunicación personal del jefe de servicio de Genética, --
Dra. Dolores Saavedra, Hospital General "Dr. Manuel Gea --
González", S.S.A.
Revista de Cirugía Plástica Iberolatinoamericana.
Número especial, Dic. 1979; Madrid, España. p. 126-141

El líquido en el oído medio causa una ligera disminución en la audición por que dificulta la transmisión del sonido desde el tímpano al oído interno. Por lo tanto, la remoción del fluido del oído medio, puede lograr que la audición -retorne a lo normal.

Así, la valoración otorrinolaringológica es muy importante en niños con labio y paladar hendidos, para determinar si se encuentra presente el fluido en el oído medio y de ser así, instituir el tratamiento que cure la infección y evite una pérdida auditiva. En ocasiones se indica cirugía menor para corregir este problema consistente en la colocación de tu ños de ventilación en el tímpano. Cuando se sospecha disminución en la agudeza auditiva debe realizarse una valoración audi tiva especializada, mediante timpanometría, impedanciometría o electroaudiografía.

El odonto-pediatra es el encargado de la salud dental de estos niños, quienes presentan problemas debidos a la hendi dura alveolar. El tratamiento debe iniciarse desde que comien zan a salir los dientes y no finalizar hasta que se logre co rregir, lo mejor posible la oclusión mediante la alineación de ntal, primordialmente de las zonas cercanas a la hendidura. Por otra parte pueden existir dientes presentes desde el nacimiento o brotar en el interior de la fisura, los cuales deben ser extraídos; así mismo en casos de fisuras muy grandes pueden existir ausencias dentales, los cuales deben ser sustituidas por prótesis. Finalmente cabe mencionar que es muy impor-

tante una buena higiene dental, ya que de ello depende muchas veces el éxito de la cirugía.

Generalmente se requiere la presencia del ortodoncista quien vigilará la relación de los segmentos mandibulares y alteraciones del crecimiento utilizando diversos procedimientos de ortopedia maxilar. En algunos pacientes se requiere el uso de prótesis o placas dentarias, que deberán ser manejadas por el prostodoncista. Las placas pueden usarse para cerrar la hendidura del paladar y facilitar la alimentación mientras se realiza el programa de cirugía reconstructiva, o para alinear las arcadas alveolares. Las valoraciones se deben efectuar en forma regular para determinar el desarrollo y medir el crecimiento facial mediante la toma de cefalometrías seriadas; además existen varios métodos de tratamiento ortodóncico para prevenir o tratar el colapso maxilar y alinear los dientes.

El psicólogo juega un papel de gran importancia ya que generalmente ocasiona un impacto severo en los padres que tienen hijos recién nacidos con esta malformación. El los orienta con respecto al sentir de los pequeños, disminuyendo de esta manera la ansiedad y el temor existentes y los instruye sobre el manejo necesario. Los niños con estas malformaciones necesitan trato afectivo, sin llegar a la sobreprotección, por parte de sus padres y familiares, ya que generalmente se sienten rechazados y menospreciados, lo que provoca su actitud de inferioridad. Se debe recordar que el labio y paladar hendidos no causan retraso mental.

A los niños escolares se les debe explicar el problema y tratar de ayudarlos en su actitud o conducta de aislamiento e inferioridad con respecto a los demás niños, para que se integren adecuadamente a su medio y cooperen con los especialistas a desarrollar y mejorar su lenguaje en la forma más adecuada.

El foniatra y la terapeuta de lenguaje son también - importantes pues los niños con problema de hendidura tienen -- trastornos en su capacidad para hablar; si no hay otros problemas de desarrollo, el niño puede adquirir un vocabulario adecuado y aprender a hablar como los otros niños. El defecto de la voz se caracteriza por el escape del aire a través de la fisura palatina que comunica la boca con la cavidad nasal, o por la incorrecta funcionalidad de los músculos palatinos y faríngeos, que dejan pasar el aire de la faringe a la nariz. Este defecto se hace más evidente al emitir determinados fonemas ya que si la válvula palatina no funciona correctamente no se --- crea la presión bucal necesaria para emitir los sonidos explosivos como la P, B, D, T, B, o silvantes como la S, Ch y por - lo tanto se comienzan a pronunciar los vocablos inadecuadamente en comparación con los demás niños; además el problema auditivo contribuye a agravar el defecto fonético. Por lo ante--- rior es recomendable que el niño vea al foniatra a una edad -- temprana, si es posible desde el nacimiento, pero primordialmente en los meses en que comienza a emitir sonidos, hasta lograr que su lenguaje sea adecuado.

Además la sobreprotección que frecuentemente ocurre por parte de los padres hace que el niño inicie tardíamente su lenguaje. Así, en forma conjunta los padres y el foniatra podrán ayudar al niño a que pronuncie y hable lo más normalmente posible.

El genetista ayuda a determinar las causas existentes que pudieran haber provocado la presencia de la malformación, mediante la realización de diversos estudios. Se sabe que existen casos debidos a herencia multifactorial, a teratógenos ambientales, o a síndromes genéticos o cromosómicos, por lo que detectan si existen otras malformaciones en el niño o en sus familiares y valoran su desarrollo psicomotor e integran los diversos estudios realizados al paciente.

Este médico es el encargado de explicar la causa de las fisuras y proporcionar asesoramiento genético sobre el riesgo de que la malformación se repita, en cada pareja en particular y para la descendencia del paciente.

El cirujano plástico es el más indicado para realizar el tratamiento quirúrgico pues tiene la habilidad y destreza necesarias para el manejo de los pacientes con labio y paladar hendidos; en ocasiones al no contar con él, el cirujano pediatra puede efectuar la reparación, siempre y cuando haya tenido un entrenamiento quirúrgico especializado en este tipo de cirugía reconstructiva.

La enfermera es indispensable en el cuidado y orientación de los padres con hijos fisurados. Desde el nacimiento señalarán cuáles son las técnicas de alimentación necesarias - en cada caso, para evitar las broncoaspiraciones tan frecuentes como graves en estos niños. Posteriormente vigilará al niño y notificará cualquier evidencia de infección; en el preoperatorio enseñará al niño a que respire por la nariz y lo acostumbra al tipo de alimentación que se le dará en el postoperatorio. Así mismo lo irá habituando a las férulas de codos - empleadas como método de sujeción para que no se toque la herida quirúrgica. También ella le explicará al niño como debe comportarse para que el cirujano logre toda su cooperación durante el tratamiento y las curaciones. En el postoperatorio - la enfermera vigilará cuidadosamente si hay signos de obstrucción respiratoria o hemorragia y mantendrá limpia la boca. -- Orientará a la madre sobre la alimentación, el cuidado e higiene del niño en el momento que sea dado de alta. (9)

La trabajadora social realiza los estudios socio-económicos e interviene en la solución de los problemas económico-sociales de los padres o familiares de los niños con esta malformación, además los orienta con respecto a los problemas o vicisitudes que puedan surgir para lograr que los niños acudan a todas sus valoraciones y no abandonen el tratamiento.

(9) Waechter-Blake, Enfermería Pediátrica, p. 222.

La cirugía debe realizarse tanto para mejorar la apariencia del niño como para solucionar sus problemas funcionales.

Hace varios años algunos de los cirujanos plásticos efectuaban la reparación durante las primeras horas o días de vida; sin embargo, actualmente se recomienda que el niño comience a ganar peso y se encuentre en buenas condiciones de salud para realizar la cirugía, considerándose una edad adecuada del tercer mes en adelante. Además, el operarlo a esa edad, se interfiere menos con el crecimiento y se facilita más la cirugía por existir mayor cantidad de tejidos. El cierre del paladar se realiza a los 18 meses, también por las razones antes mencionadas. (10)

Para la cirugía del labio y del paladar se requiere generalmente de la hospitalización del niño durante uno a cinco días; en ocasiones la herida quirúrgica es más visible de acuerdo al tipo de cirugía realizada, a la destreza del cirujano y al cuidado postoperatorio que se haya tenido. Conforme el niño crece, se realiza cirugía adicional en las áreas que requieren corrección secundaria, como el labio, la columela, la nariz y el paladar. (11)

(10) Comunicación personal del Coordinador de las Brigadas Móviles.- Dr. Mario Mendoza, Cirugía Plástica Reconstructiva, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", S.S.A.

(11) Converse - Saunders, op. cit. p. 2177.

Todo el plan quirúrgico debe estar coordinado con -- otros aspectos del desarrollo del niño, particularmente el dental y el del lenguaje. La cirugía de una malformación como el labio y paladar hendido puede alterar el patrón facial de crecimiento, principalmente en casos severos, mientras que en pacientes no operados hasta etapas más tardías de la vida su desarrollo facial es normal. Así, una buena técnica en manos de un hábil cirujano con experiencia, es la conducta ideal. Por otra parte se debe investigar a fondo el patrón normal de crecimiento y la existencia de una mayor deficiencia congénita de tejidos en aquellos pacientes que muestran alteraciones del -- crecimiento.

En la fisura unilateral del labio asociada a deformi- dad nasal hay varios grados de ausencia de tejido y de distor- sión (fig. 5); lo esencial y lo primero es comprobar lo que es normal y reponerlo en la posición adecuada. Las fisuras, en- tre otras deficiencias, tienen cierto grado de disminución de la dimensión vertical, distinto en cada lado, y que afecta al

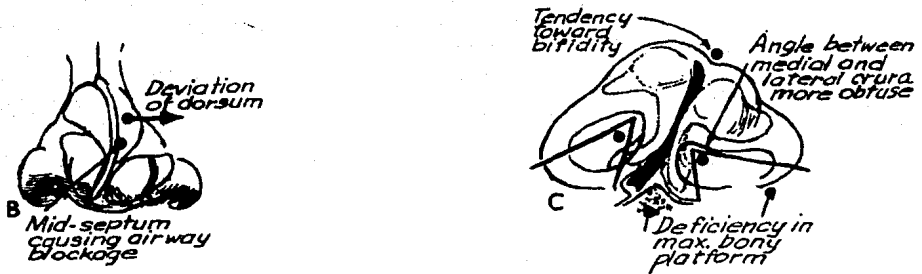
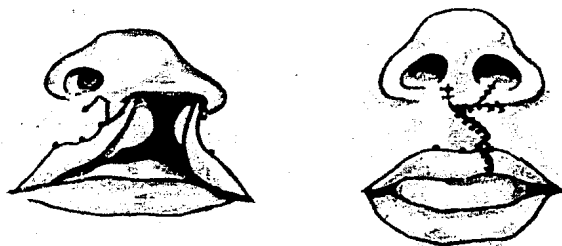


Fig. 5. Deformidades presentes en la nariz en hendi- duras labio-nasal.

labio y a la nariz ocasionando acortamiento de la columnela y un desplazamiento del ala nasal del lado afectado; (12) generalmente en este tipo de fisura la técnica a seguir es la de Millard (fig. 6).



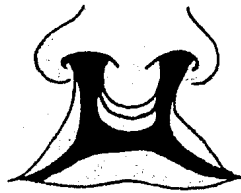
Preoperatorio

Postoperatorio

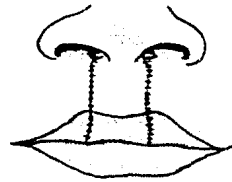
Figura 6. Técnica de Millard.

Las fisuras bilaterales, además de la ausencia de restos del arco de cupido, muestran una disminución en sentido vertical, de magnitud variable, relacionada embriológicamente con el proceso frontonasal y que se mide desde la punta de la nariz al punto medio inferior del prolabio. Existe discrepancia entre el tamaño del prolabio y el de la columnela; a causa de ello persisten las inversiones del prolabio, el que es deslizado hacia abajo y atrás. La técnica utilizada en este caso es la de Manchester con las modificaciones hechas por los médicos del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.A. ---- (fig. 7).

(12) The Scope of plastic surgery p. 2016.



Preoperatorio



Postoperatorio

Figura 7. Técnica de Manchester.

Durante la cirugía, la posición utilizada es la Rossier con la cabeza más baja que el cuerpo. Esta posición es adecuada para el cirujano y ayuda a evitar la broncoaspiración facilitando la extracción de las secreciones durante la operación; posteriormente se requerirá una vigilancia estrecha por parte de enfermería para evitar una broncoaspiración durante el postoperatorio inmediato. (13)

La asistencia postoperatoria se encamina a impedir que el suero que exuda de la herida forme una costra que favorezca la infección; por lo tanto es recomendable la limpieza frecuente con compresas húmedas en solución salina. Se debe evitar en lo posible el llanto pues ocasiona una tensión excesiva de la línea de sutura. Si existe infección, la cicatriz

(13) Nelson - Vaughan, Tratado de Pediatría, p. 341.

resultante será mayor y más visible o existirá tracción o dehiscencia de la sutura. La alimentación debe darse inicialmente sólo a base de líquidos, por medio de jeringa asepto o aparato de Breck, para que no exista movimiento brusco de la boca; al quinto o séptimo día se retiran los puntos y se da de alta, con indicaciones de alimentación e higiene adecuadas por parte de enfermería. Debe procurarse que el niño no se toque la herida, aún con la lengua, pues ocasionará así mismo problemas de dehiscencias. (14)

En el caso de fisura de labio anteriormente se utilizaba el arco de Logan, el cual provoca una tensión en las mejillas mejorando el contacto entre las superficies cruentas; éste debía mantenerse durante el tiempo de estancia en el Hospital.

En la reconstrucción del paladar hendido debe obtenerse un paladar flexible y de longitud adecuada para que el paciente pueda separar la bucofaringe de la nasofaringe y hablar claramente, lo que se logra utilizando diversas técnicas como la de Veau-Wardill-Kilner o mediante un "Push-Back" (fig. 8). Se emplea también la posición de Rossier.

(14) Mendoza Mario - Comunicación Personal. Op. cit.

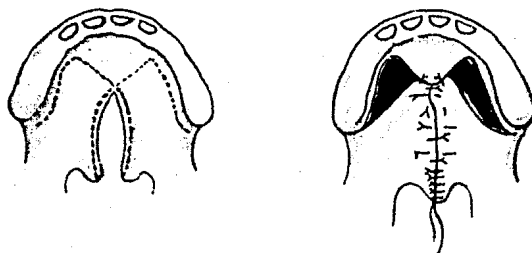


Figura 8.- Cirugía de paladar hendido.

El movimiento hacia adelante de la pared faríngea -- posterior (almohadilla de Passavant) es un factor importante -- en el cierre faríngeo; este movimiento es más intenso en los -- niños con paladar hendido que en los normales, como un intento de compensar la falta de cierre velopalatino. En ocasiones es necesario adicionar una faringoplastia o un colgajo velofaríngeo principalmente en casos de paladar corto. En la fisura -- del paladar duro y blando se administra la dieta líquida durante las primeras tres semanas del postoperatorio para no irritar al paladar. Cuando la cirugía es sólo del paladar blando raramente se utilizan antibióticos. Tres semanas después de la intervención es preciso exponer ampliamente el campo operatorio, para comprobar si han desaparecido las suturas de cadgut. En este momento el niño vuelve a su actividad normal y -- los padres ayudarán a estimular el vocabulario de acuerdo al -- programa de terapia de lenguaje y a crear una personalidad libre de complejos. Posteriormente el paciente será visto perio

dicamente para mantener un control o seguimiento, destinado a obtener un buen crecimiento y armonía faciales, un lenguaje -- adecuado, una buena función auditiva y una correcta alineación dental, lo que redundará en un individuo sano y feliz.

ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

a) PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS.

Para lograr dicho objetivo se acudió a las campañas organizadas por el DIF estatal en Hidalgo, Chiapas y Guerrero, colaborando conjuntamente con la brigada móvil del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.A., para el tratamiento integral de estos pacientes.

b) FUENTES DE LOS DATOS.

Las brigadas móviles se llevaron al cabo en los estados de Hidalgo, Chiapas y Guerrero; ahí se determinó el número de pacientes detectados de acuerdo a los diversos medios de -- promoción, el número de pacientes valorados, operados y los -- éxitos en cada uno de los siguientes renglones: Promoción, -- Orientación, valoración y tratamiento integral.

En el estado de Hidalgo se realizó la promoción al -

través de los medios masivos de comunicación (televisión y radio) durante la semana comprendida del 5 de julio al 2 de agosto de 1982.

En el estado de Chiapas la promoción se realizó mediante la radio, la prensa y las trabajadoras sociales, del 16 de agosto al 22 de septiembre del mismo año.

En el estado de Guerrero se registraron 21 pacientes gracias a la promoción realizada durante el período comprendido del 20 de septiembre al 7 de octubre de 1982.

c) METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

Los datos provenientes de la orientación fueron recolectados mediante cuestionarios y las respuestas fueron tabuladas en hojas de concentración; los resultados del tratamiento integral fueron así mismo resumidos en hojas de concentración de acuerdo al criterio del jefe de la brigada. También se concentraron los datos de las valoraciones de acuerdo al examen médico personal.

Gracias a la promoción acudieron 21 pacientes con esta malformación en el estado de Hidalgo; de ellos, a 17 niños se les efectuaron todas las valoraciones requeridas durante el período del 8 de julio al 12 de agosto, los días jueves y viernes, pero solo 11 niños fueron intervenidos quirúrgicamente ya que seis presentaron complicaciones: tres tuvieron gastroenteritis, dos de ellos, enfermedades respiratorias y uno más, otitis

tis media; además hubo cuatro niños que no se presentaron a -- completar la valoración integral. Las intervenciones se lleva -- ron al cabo del 12 al 14 de agosto, en el Hospital Infantil -- del DIF (tabla 1).

En el estado de Chiapas se detectaron 18 pacientes - y durante la semana comprendida del 20 al 24 de septiembre se efectuó la valoración integral a 14 de ellos, de los cuales 8 fueron intervenidos quirúrgicamente. A los seis restantes no fue posible operarlos por diversas causas; tres de ellos pre -- sentaron complicaciones: dos gastroenteritis y uno bronconeumo -- nía; dos gemelos habían sido operados recientemente de cierre del labio encontrándose en el momento de la revisión la cic -- triz y los tejidos indurados, por lo que no se juzgó convenien -- te la reintervención en ese momento, quedando pendiente la co -- rrección de nariz y columela para una fecha posterior y, por -- último, un niño con retraso mental profundo por hipoxia neona -- tal en quién se consideró que el riesgo anestésico era muy al -- to. Las intervenciones fueron realizadas en los hospitales -- del IMSS, ISSSTE, Civil e Infantil de Tuxtla Gutiérrez, del 23 al 26 de septiembre (tabla 2).

En el estado de Guerrero se realizó valoración inte -- gral a 11 niños durante la semana del 8 al 10 de octubre y se intervino quirúrgicamente a 10 de ellos, durante los días 8 y 9 de octubre; sólo un niño no fue operado por presentar proble -- ma gastroenterítico (Tabla 3).

d) DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN LA RECOLECCION DE LOS DATOS.

Se elaboraron cuestionarios epidemiológicos y se -- realizó antropometría facial de los padres y de los niños --- afectados, en diversos grupos poblacionales.

El cuestionario epidemiológico que se aplicó consta de la ficha de identificación, datos del padre y la madre de acuerdo a la existencia de deformidad y consanguinidad; así - como, hermandad, y antecedentes durante los tres primeros me- ses de la gestación, el parto, problemas en el recién nacido y su desarrollo, (anexo I). Las medidas antropométricas toma das se señalan en la figura 9.

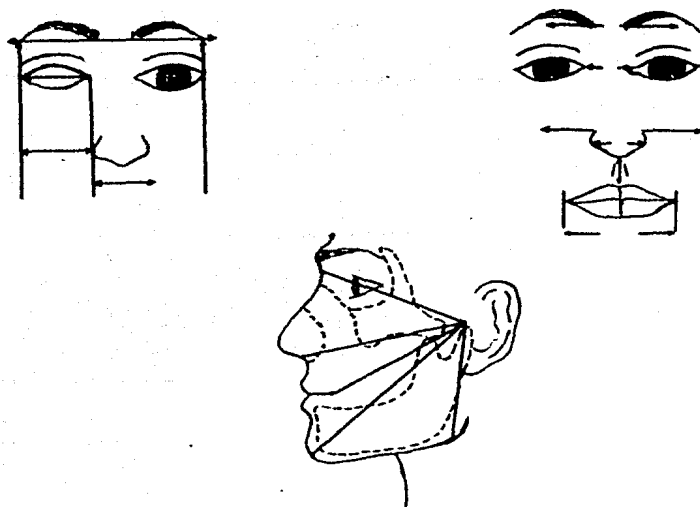


figura 9.- Medidas antropométricas.

La hoja de medidas se ubica en el anexo 2. Como material auxiliar para lograr una valoración completa, se utilizó la fotografía, empleando distintas tomas: frente y ambos - perfiles de la cara, así como fotografías intraorales. El estudio fotográfico se realiza así mismo en el postoperatorio - inmediato y tardío (figura 10).

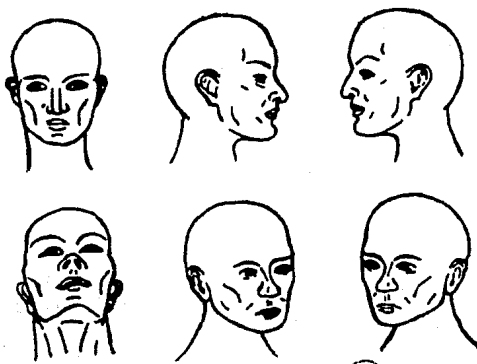


figura 10.- Tomas fotográficas.

Las antropometrías se realizaron en un total de 50 pacientes de los cuales 22 fueron del estado de Hidalgo, 18 - de Chiapas y 10 de Guerrero; solo en 47 de ellos fué posible medir a ambos padres ya que en los tres casos restantes únicamente acudió la madre. Estos estudios son complementarios a aquellos que se realizan en el departamento de genética del - Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.A. y se elaboran con el fin de obtener mas luz sobre la etiología de esta malformación, en los diferentes grupos poblacionales y con -- ello, dar un asesoramiento genético adecuado.

La valoración prequirúrgica incluyó, además de la apariencia general, la estimación de las proporciones que los distintos segmentos de la fisura guardan entre sí, así como las dimensiones absolutas y relativas; en el labio: la anchura y simetría, la configuración del arco de cupido, la unión de los músculos orbiculares y la continuidad del borde mucocutáneo; en el filtrum: su posición y longitud; en la nariz: la desviación del septum, la posición de la pirámide, la apertura de las narinas, el cartílago de la punta de la nariz, la configuración alar y la depresión de la base. Se observaron también las condiciones intraorales, recorriendo la extensión de la hendidura y valorando el tejido aprovechable para la reparación, así como las dimensiones de la faringe y la movilidad de los músculos del velo del paladar. El estudio fotográfico sirvió tanto para evaluar el resultado quirúrgico como para valorar el desarrollo facial.

ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS.

En la tabla número I se demuestra que de los 50 pacientes que acudieron por vez primera (100%) el 16% de ellos desertó; es decir, que problemas económicos y de comunicación, ocasionados por la distancia existente entre el hospital organizador y su lugar de procedencia, no completaron su tratamiento.

En la tabla número II se observa que, del 84% de pacientes valorados, sólo fue posible intervenir quirúrgicamente al 58% ya que el 26% restante presentó alguna contraindicación para la cirugía como: gastroenteritis, enfermedad respiratoria, otitis media, cirugía reciente y retardo mental.

En los pacientes estudiados (100%) predominaron --- aquellos del sexo masculino constituyendo el 58% de los casos, como lo indica la tabla número IV.

En relación a la edad, la tabla V muestra que la ma

yor asistencia fué de recién nacidos y de niños entre los --- tres y los ocho años de edad.

En la tabla VI se demuestra que el mayor porcentaje (36%) de los pacientes estudiados eran originarios de Chiapas, siendo el menor (2%) de Veracruz.

En la tabla VII se señala que el 64% de los pacientes tenían una escolaridad nula; ello es debido a la presencia de recién nacidos, lactantes y preescolares entre los pacientes estudiados.

Como se aprecia en la tabla VIII, el tipo de fisura labial más frecuente es la unilateral izquierda, dato que con cuerda con lo esperado, según se mencionó en la introducción, aunque se desconoce la causa que lo motiva.

En la tabla IX se señala la frecuencia relativa de los diversos tipos de fisuras palatinas en ambos sexos. Cabe mencionar que los casos de paladar hendido que no se acompañaron de fisura labial, no fueron tomado en consideración en es te estudio.

En la tabla X como se puede observar el 38% de los pacientes tenían otro familiar cercano afectado, lo que señala la importancia que el componente genético tiene en la géne sis de esta malformación.

En relación a la edad de los progenitores a la con-

cepción, se observa en la tabla XI que la mayor frecuencia de edad paterna se encontró entre los 21 y los 25 años y la materna de los 14 a los 20 años; estos datos indican que el factor conocido como "edad avanzada" no interviene en la etiología de esta alteración congénita, como lo hace en otras.

En relación a los antecedentes gestacionales del primer trimestre se muestra en la tabla XII que existen: traumatismos en el 12% de los casos, cuadros gripales en el 6% e ingesta de medicamento en el 4%.

En la tabla XIII se indica una gran frecuencia de endogamia (24%), lo que es debido al escaso número de habitantes de las poblaciones rurales de donde provienen los pacientes. Al existir tal endogamia se favorecen los padecimientos poligénicos como el labio y paladar hendidos.

PRESENTACION Y ANALISIS ESTADISTICO
DE LOS DATOS

Los resultados obtenidos se muestran en las siguientes Tablas y Gráficas:

TABLA I

Pacientes valorados integralmente en los
grupos poblacionales estudiados de los
estados de Hidalgo, Chiapas y
Guerrero.

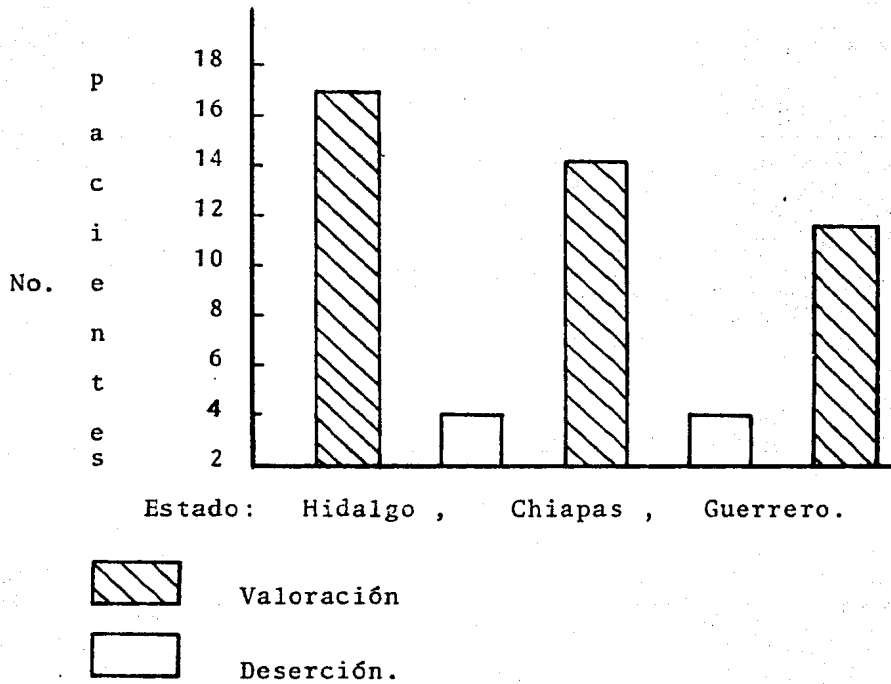
Pacientes	Hidalgo		Chiapas		Guerrero		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Valoración	17	34	14	28	11	22	42	84
Deserción	4	8	4	8	0	0	8	16
T o t a l	21	42	18	36	11	22	50	100

El % fue calculado en relación al total
de casos (50).

H.G. "Dr. Manuel Gea González", S.S.A.
Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA I.

Pacientes valorados integralmente de los grupos poblacionales estudiados en los estados de Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

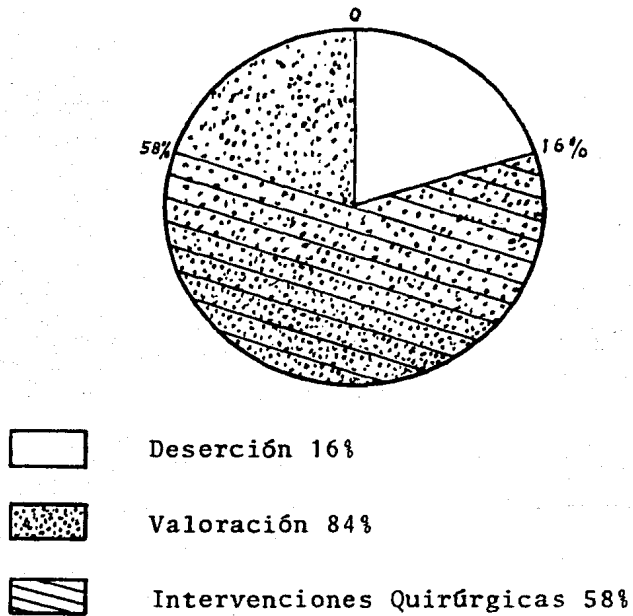


El % calculado es en relación al total de casos (50).

Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA 2

Pacientes valorados integralmente de los grupos poblacionales estudiados en los estados de Hidalgo, Chiapas y Guerrero.



El % calculado es en relación al total de casos (50)

Julio - Octubre de 1982

TABLA II

(gráficas 2 y 3)

Intervenciones quirúrgicas realizadas en los
pacientes estudiados en los estados de
Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Intervención quirúrgica	Hidalgo		Chiapas		Guerrero		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	11	22	8	16	10	20	29	58
No	6	12	6	12	1	2	* 13	26
Total	17	34	14	28	11	22	42	84

El % fue calculado en relación al total
de casos (50)

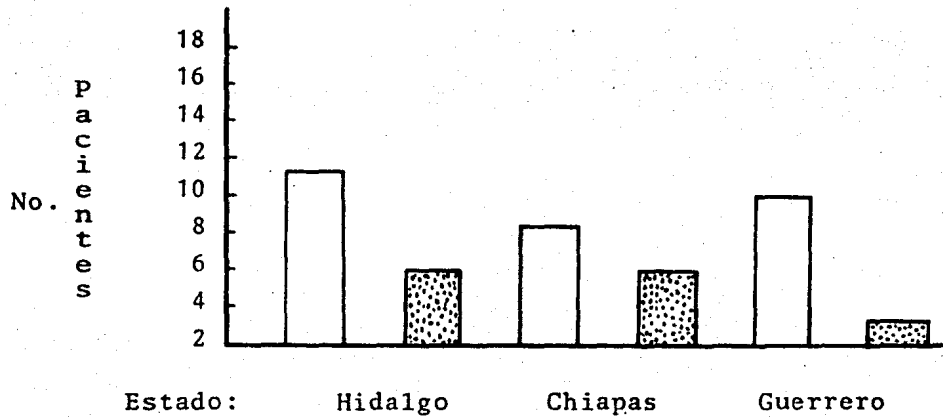
Tomando en cuenta que el 16% fue de deserción.

H.G. "Dr. Manuel Gea González" S.S.A.

Julio-Octubre de 1982

GRAFICA 3

Intervenciones quirúrgicas realizadas en los
pacientes estudiados en los estados de
Hidalgo, Chiapas y Guerrero.



□ Intervenidos quirúrgicamente.
▨ No intervenidos

En relación al total de casos estudiados (50).

Julio - Octubre de 1982.

TABLA III

Contraindicaciones de la cirugía que presentaron los pacientes estudiados en los estados de Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Contraindicación	Hidalgo		Chiapas		Guerrero		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Gastroenteritis	3	6	2	4	1	2	6	12
Enfermedades respiratorias	2	4	1	2	0	0	3	6
Otitis medias	1	2	0	0	0	0	1	2
Cirugía reciente	0	0	2	4	0	0	2	4
Retardo mental	0	0	1	2	0	0	1	2
T o t a l	6	12	6	12	1	2	13	26

El % fue calculado en relación al total de casos (50)

H.G. Dr. "Manuel Gea González " S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.

TABLA IV
(gráficas 4 y 5)

Pacientes estudiados en los estados de
Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de sexo.

Estado	Hidalgo		Chiapas		Guerrero		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mujeres	9	18	7	14	5	10	21	42
Hombres	12	24	11	22	6	12	29	58
T o t a l	21	42	18	36	11	22	50	100

El % fue calculado en relación al total
de casos (50).

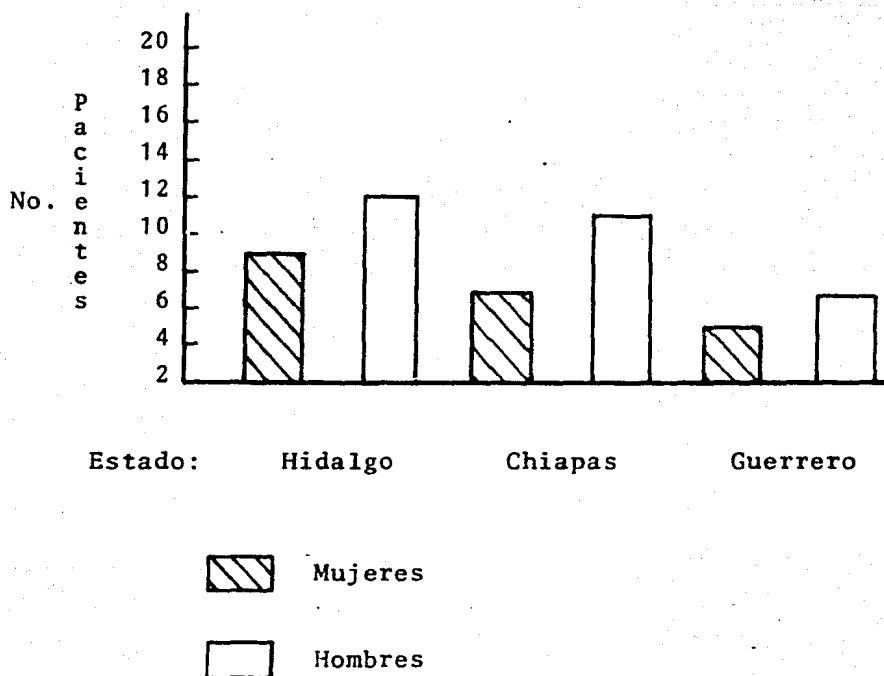
H.G. "Dr. Manuel Gea González" S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA 4

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo,
Chiapas y Guerrero.

Distribución por sexo



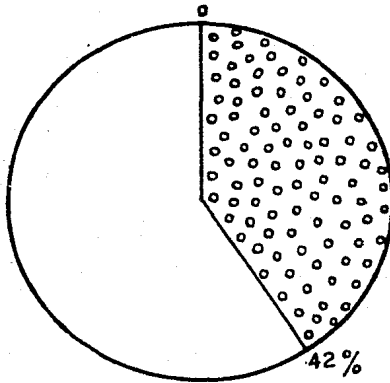
En relación al total de casos estudiados (50)

Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA 5

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo,
Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) por sexo.



Mujeres 42%



Hombres 58%

En relación al total de casos estudiados (50).

Julio - Octubre de 1982.

TABLA V

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de edades

Casos pacientes Edad	masculinos		femeninos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 1 mes	3	6	2	4	5	10
2 - 3 m.	2	4	2	4	4	8
4 - 5 m.	0	0	0	0	0	0
6 - 7 m.	0	0	1	2	1	2
8 - 9 m.	2	4	0	0	2	4
10 - 11 m.	2	4	0	0	2	4
12 - 2 años.	2	4	2	4	4	8
3 - 4 a.	5	10	1	2	6	12
5 - 6 a.	3	6	3	6	6	12
7 - 8 a.	3	6	3	6	6	12
9 - 10 a.	1	2	3	6	4	8
11 - 12 a.	1	2	2	4	3	6
13 - 14 a.	2	4	1	2	3	6
15 - 16 a.	2	4	1	2	3	6
17 - + a.	1	2	0	0	1	2
T o t a l	29	58	21	42	50	100

El % fue calculado en relación al total de casos (50).

H. G. " Dr. Manuel Gea González " S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.

TABLA VI
 (gráfica 6)

Pacientes estudiados en los estados de
 Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) en lugar de origen.

Lugar de origen	No. de pacientes	%
Hidalgo	16	32
Chiapas	18	36
Guerrero	11	22
Puebla	4	8
Veracruz	1	2
T o t a l	50	100

El % fue calculado en relación al total de
 casos (50).

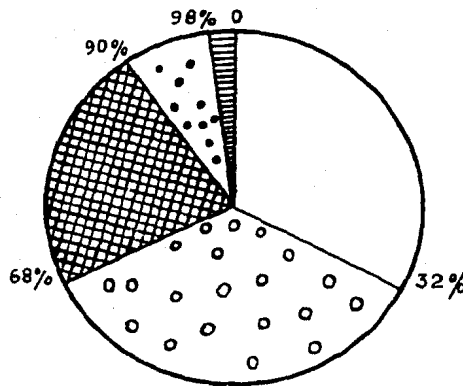
H. G. "Dr. Manuel Gea González" S.S.A.






Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA 6

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) en lugar de origen.



	Hidalgo	32%
	Chiapas	36%
	Guerrero	22%
	Puebla	8%
	Veracruz	2%

En relación al total de casos estudiados (50)

Julio - Octubre de 1982.

TABLA VII
(gráfica 7)

Pacientes estudiados en los estados de
Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo a la escolaridad.

Escolaridad	No. de casos	%
Nula	32	64
Primaria	incompleta	10
	completa	3
Secundaria	incompleta	4
	completa	0
Preparatoria	incompleta	1
	completa	0
T O T A L	50	100

El % fue calculado en relación al total de casos (50)

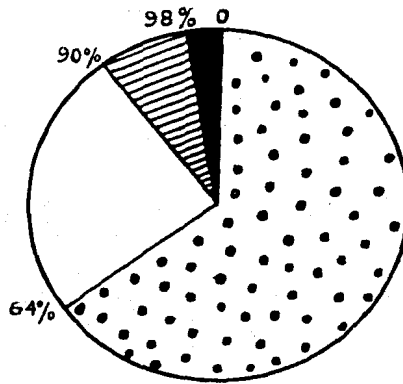
H.G. "Dr. Manuel Gea González" S.S.A.





Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA 7

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo,
Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo a la escolaridad.



	Nula	64%
	Primaria	26%
	Secundaria	8%
	Preparatoria	2%

En relación al total de casos estudiados (50)

Julio - Octubre de 1982.

TABLA VIII
(gráfica 8)

Pacientes estudiados en los estados de
Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo al tipo de
fisura presente en el labio hendido.

Tipo de fisura	Unilateral				Bilateral		Total	
	der.		izq.		No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%				
Completa	9	18	10	20	18	36	37	74
Incompleta	5	10	5	10	3	6	13	26
T o t a l	14	28	15	30	21	42	50	100

El % fue calculado en relación al total de casos (50)

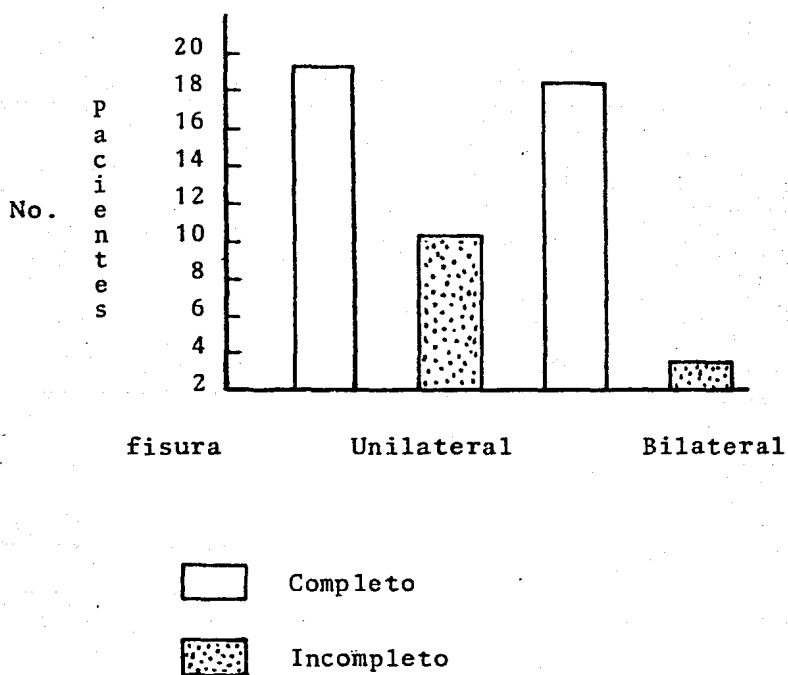
H.G. " Dr. Manuel Gea González " S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA 8

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo,
Chiapas y Guerrero.

Distribución de acuerdo al tipo de fisura
presente en el labio hendido



En relación al total de casos estudiados (50).

Julio - Octubre de 1982.

TABLA IX
(gráfica 9)

Pacientes estudiados en los estados de
Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo al tipo de
fisura presente en el paladar hendido
en hombres y mujeres.

Tipo de fisura	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Completo	21	42	11	22	32	64
Incompleto	submucoso	1	2	3	6	8
	blando	1	2	3	6	8
T o t a l	23	46	17	34	40	80

El % fue calculado en relación al
total de casos (50)

Tomando en cuenta que 10 casos no presentaron
paladar hendido.

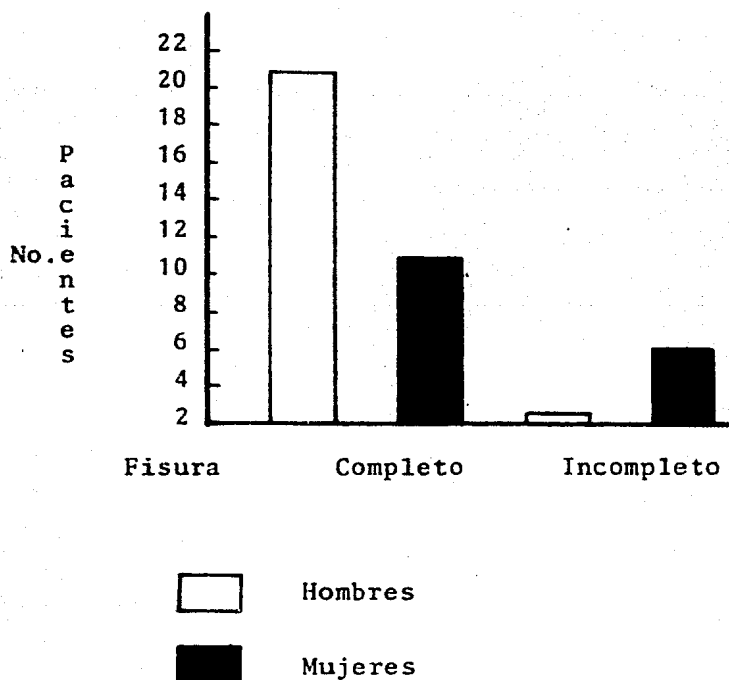
H.G. "Dr. Manuel Gea González" S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA 9

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo,
Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo al tipo de
fisura presente en el paladar hendido
en hombres y mujeres.



En relación al total de casos estudiados (50)

Julio - Octubre de 1982.

TABLA X

Pacientes estudiados en los estados de
Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo a otros
familiares afectados con labio y paladar hendidos.

Familiares afectado	No. casos	%
Padre	0	0
Madre	0	0
Hermanos	7	14
Otros	12	24
T o t a l	19	38

El % fue calculado en relación al
total de casos (50)

H.G. "Dr. Manuel Gea González" S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.

TABLA XI
(gráfica 10)

Distribución (%) de acuerdo a la edad de los padres en el momento de la concepción.

E d a d	Padre		Madre		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
14 - 20 a.	7	14	18	36	25	50
21 - 25 a.	19	38	15	30	34	68
26 - 30 a.	6	12	8	16	14	28
31 - 35 a.	11	22	7	14	18	36
36 - 40 a.	0	0	0	0	0	0
41 - 45 a.	2	4	1	2	3	6
46 - 50 a.	2	4	1	2	3	6
51 - + a.	3	6	0	0	3	6
T o t a l	50	100	50	100	100	200

El % fue calculado en relación al total de casos (50)

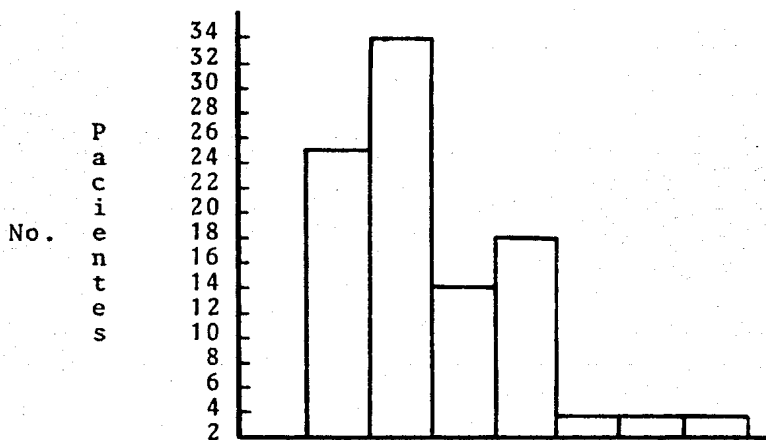
H.G. "Dr. Manuel Gea González" S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.

GRAFICA.10

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo a la edad de los padres en el momento de la concepción



Edades: A B C D E F F

A	14 - 20 años	E	36 - 40 a.
B	21 - 25 a.	F	46 - 50 a.
C	26 - 30 a.	G	50 - + a.
D	31 - 35 a.		

En relación al total de casos estudiados (50).

TABLA XII.

Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo a los antecedentes del primer trimestre de la gestación.

Tipo de antecedente	No.	%
Ingestión de medicamentos no especificados	2	4
Ingestión de vitamínicos	1	2
Ingestión de hormonas	2	4
Sangrado transvaginal	2	4
Cuadros gripales	3	6
Cuadros diarréicos	2	4
Fiebre no especificada	1	2
Epilepsia	2	4
Traumatismos	6	12
Toma de radiografías.	2	4
Tabaquismo	1	2
T o t a l	24	48

El % fue calculado en relación al total de casos (50)

H. G. "Dr. Manuel Gea González " S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.

TABLA XIII

(gráfica 11)

Pacientes estudiados en los estados de
Hidalgo, Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo a la existencia
de consanguinidad y endogamia.

Existencia de:	No. casos	%
Consanguinidad	2	4
Endogamia	12	24

El % fue calculado en relación al total
de casos (50).

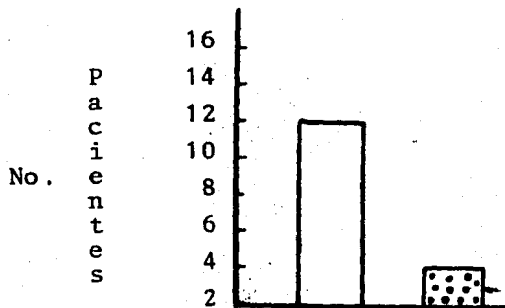
H.G. "Dr. Manuel Gea González " S.S.A.

Julio - Octubre de 1982.


GRAFICA 11.


Pacientes estudiados en los estados de Hidalgo,
Chiapas y Guerrero.

Distribución (%) de acuerdo a la existencia de
consanguinidad y endogamia.



Existencia:

 - Endogamia.

 - Consanguinidad.

En relación al total de casos estudiados (50).

Julio - Octubre de 1982.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

a) DISCUSION O REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La organización de las brigadas móviles abre una --- perspectiva importante en relación al aumento en la cobertura de servicios en las áreas marginadas y carentes de centros hospitalarios con alto grado de sofisticación, brindando un tratamiento integral a los niños económicamente débiles, quienes -- hasta ahora habían sido marginados del beneficio del grupo multidisciplinario. Así mismo se tiene la oportunidad de conocer el habitat natural y poder detectar la existencia de factores locales que contribuyen a la mayor frecuencia de esta malformación en ciertas áreas y poder evitarlos posteriormente.

Al trabajar conjuntamente con las brigadas se logró el objetivo establecido. De acuerdo con los resultados obtenidos se ha comprobado que una enfermera capacitada juega un papel muy importante dentro del equipo multidisciplinario que --

trata integralmente a los pacientes con labio y paladar hendidos.

Se puede considerar tres grandes áreas de influencia:

- Comunidad.

Es capaz de detectar los casos existentes y sensibilizar a los padres y familiares sobre el tratamiento integral y los cuidados higiénico-dietéticos que deben prodigar a sus hijos y de dar apoyo psicológico a los padres con respecto a la actitud a tomar tanto en el hospital como en el hogar. Además, capacitándose a sí misma, es capaz de otorgar el consejo genético tan necesario para los padres y familiares, como para estos niños.

- Hospitalización.

Al colaborar con el médico pediatra en la organización y coordinación de las diferentes valoraciones, disminuye el trabajo de éste, quien podrá realizar otro tipo de labores. Además de orientar a los padres sobre los pasos a seguir en el camino hacia el tratamiento integral de su hijo y al cuidar -- que no se presenten problemas en el preoperatorio que impidan la cirugía, logra un mayor éxito en el tratamiento. Así mismo, ayuda en la detección y vigilancia de signos de hemorragia o complicaciones en el transoperatorio y en el postoperatorio, llevando un cuidado acucioso de la herida quirúrgica.

- Rehabilitación.

Al través de un buen seguimiento y un adecuado control tanto inmediato como mediato, se logra una mejor recuperación y rehabilitación de estos niños. Cabe mencionar su trascendente función al mantener la unión familiar que en ese momento es tan necesaria para el pequeño.

b) DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS:

En el grupo multidisciplinario la enfermera tiene -- funciones específicas, que en estas campañas fueron realizadas personalmente y que se pueden agrupar dentro de las siguientes actividades:

- Promoción.
- Orientación a los padres.
- Coordinación de las valoraciones clínicas.
- Cuidados pre y postoperatorios especializados.

Con el fin de realizar tales funciones fue menester recibir un adiestramiento teórico-práctico previo al inicio de labores, en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S. A. en los servicios de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Genética y Ortodoncia, del 3 al 21 de junio de 1982.

- Promoción:

Se realizó inicialmente mediante la información pertinente a las autoridades, tanto estatales como municipales y

locales, elaborando carteles ilustrativos y manuscritos para la prensa y la radio.

Por otra parte, se hizo difusión de la campaña por medio de orientación y enseñanza a grupos de enfermeras comunitarias. Esta actividad fue realizada en Pachuca del 5 de julio al 2 de agosto, los días jueves y viernes. En Chiapas y Guerrero la información local estuvo a cargo del personal estatal.

La detección y envío de los pacientes a los centros hospitalarios de concentración, para su valoración y tratamiento, se llevó al cabo a través de las trabajadoras sociales de los Centros de Salud y de los Servicios Coordinados de Salud Pública, ubicados en la entidad.

- Orientación a los padres:

Se entrevistó personalmente y en repetidas ocasiones a los padres de los niños malformados con el fin de adiestrarlos en las diferentes técnicas de alimentación adecuadas para ellos. Por otra parte se enfatizó sobre la higiene buco-dental con el objeto de que ésta sea suficiente para mantener en buen estado las piezas dentales y garantizar el éxito de la cirugía, informando acerca de los cuidados que los padres deben tener durante el postoperatorio inmediato.

Así mismo, se hizo hincapie en la necesidad de colaborar con los diversos especialistas para el control posterior

del lenguaje y la audición.

De primordial importancia fue el apoyo psicológico - dado a la pareja, al explicarles la causa de la malformación, evitando así sentimientos de culpa y de rechazo y sobreprotección del niño, así como asesorándolos sobre el riesgo de tener nuevos hijos igualmente afectados.

- Coordinación de las valoraciones clínicas:

Se utilizó un carnet de citas para lograr la máxima eficacia en la organización y se resumió el resultado de las - interconsultas en la hoja de concentración de datos, la cual - sirvió de guía para la programación quirúrgica.

- Cuidados pre y postoperatorios:

Como se informó anteriormente el éxito de la cirugía depende, en muchas ocasiones, de estos cuidados, los cuales -- son realizados por las enfermeras en conjunto con el grupo multidisciplinario.

Para el particular se trabajó con gran interés, con el fin de que los cirujanos pudieran evaluar subjetivamente -- sus resultados en relación a otras cirugías en que el paciente estuvo sin el cuidado específico de una enfermera capacitada - en el manejo integral del niño con labio y paladar hendidos.

c) RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

- Promoción:

Esta fue adecuada en relación a la información que se dió a las autoridades estatales e institucionales acerca de los conocimientos actuales sobre la malformación, su tratamiento integral y su rehabilitación, lo que permitió cambiar la mentalidad de algunas autoridades que inicialmente tenían como objetivo el "cierre del agujero"; sin embargo, después de la información surgió en ellos la necesidad de un tratamiento multidisciplinario. Esta información fue proporcionada constantemente a nivel poblacional para concientizar a un grupo numeroso de padres en relación a la importancia del tratamiento oportuno y de la asistencia a las entrevistas y diversas valoraciones, lo que se reveló en el número de personas y pacientes que se presentaron a revisión y control tardío, así como en las inquietudes manifestadas por ellos, solicitando la presencia de distintos especialistas además del cirujano.

- Orientación a los padres:

Esta fue satisfactoria en relación al aprendizaje por parte de los padres de las diversas técnicas de alimentación demostradas, así como en la comprensión, por parte de los familiares y de los pacientes, de colaborar eficazmente en las valoraciones necesarias.

Así mismo, los cuidados postoperatorios realizados por los padres fueron adecuados lo que revela una eficiente -- comprensión de la importancia que estos tienen para la buena -- evolución del niño. Por otra parte se logró que los padres -- aceptaron más fácilmente a estos niños, así como que evitaran sentimientos de culpa lo que redundó en una unión familiar más sólida.

- Coordinación de las valoraciones clínicas:

La elaboración del carnet de citas fue útil para mantener una buena organización y, por este medio, comprobar la -- realización de todas las valoraciones necesarias antes de la -- programación quirúrgica; además, gracias a las diferentes valo -- raciones fue posible detectar problemas asociados a la anoma -- lía o problemas nutricionales.

- Cuidados pre y postoperatorios:

Al realizarse la evaluación se comprobó que la enfer -- mera capacitada detectó oportunamente las contraindicaciones -- presentes en los niños antes de la cirugía, lo que dió la oportu -- nidad de brindar el tratamiento oportuno; verificó la buena -- higiene de las áreas fisuradas, administró los medicamentos -- preanestésicos y dió la orientación sobre la cirugía, al peque -- ño y a sus padres.

En el postoperatorio inmediato previno la presencia de hemorragias y broncoaspiraciones, lo que dió como resultado una disminución en la presencia de complicaciones.

d) SUGERENCIAS.

De acuerdo a lo antes expuesto, es de suma importancia que existan enfermeras capacitadas en el manejo integral de niños con labio y paladar hendido, para que el éxito del tratamiento multidisciplinario sea mayor, tanto en los hospitales de concentración como a nivel de las brigadas móviles.

Es necesario que se continúen organizando brigadas móviles, cuya finalidad no sea sólo el tratamiento quirúrgico de los niños malformados, sino la concientización tanto de las autoridades como de la población misma de los avances en el conocimiento de la etiología, tratamiento integral y rehabilitación de estos niños. La existencia de personal local adiestrado contribuirá en gran medida a la detección y prevención de estas anomalías congénitas.

Al capacitar profesionalmente a las enfermeras, de tal manera que su contribución sea activa en el equipo multidisciplinario de labio y paladar hendidos, se optimizan los recursos humanos permitiendo al médico descargar parte de su responsabilidad en otra persona competente.

G L O S A R I O

"A"

- acusioso.- minucioso, detallado.
- aditiva (o).- dice de cada uno de los factores no alelomórficos que condicionan un mismo carácter contribuyendo a reforzar el efecto final.
- amplitud.- extensión, espaciosidad.
- antropometrías.- ciencia que estudia las proporciones del cuerpo humano por procedimientos de medición.
- arcada.- estructura anatómica compuesta de una serie de arcos.
- arcada alveolar o dentaria.- curva formada por la serie de alveolos en el borde libre de los maxilares superior e inferior.

"C"

- cefalometrías.- determinación de la posición de cisuras - y circunvoluciones cerebrales por medidas de la cabeza.
determina el crecimiento del esqueleto fa
cial.
- cobertura.- cubierta que tapa o resguarda.
- copaso.- desplazamiento de los segmentos del maxilar superior, causa de las modificaciones que las fuerzas de tensión consecutivas a cirugía.
- colgajo.- masa de tejidos separada incompletamente del cuerpo; en especial el que con fines quirúrgicos se corta de una parte para cu
brir una superficie cruenta adyacente.
- concomitante.- que acompaña, accesorio; unido con otro.
- consanguinidad.- parentesco natural de individuos que descienden del mismo tronco.
- cruentas.- superficie deprovista de revestimiento --
epitelial.

"D"

- dehiscencia.- abertura natural o espontánea de una parte u órgano.
- depresión.- espacio o zona hueca o deprimida natural o accidentalmente. Desplazamiento hacia abajo o adentro.

- distorsión.- malformación adquirida o congénita por torsión de una parte.

"E"

- ectodermo.- hoja externa del blastodermo destinada a formar la epidermis.

- electroaudiometría.- estudio por medio del cual se registran respuestas de intensidad y frecuencia que capta el oído por acción de electrodos. (electroaudiografo).

- electroaudiografo.- instrumento por medio del cual se registra la intensidad y frecuencia del oído.

- endodermo.- endoblasto, capa interna del blastodermo primitivo.

- endogamia.- fecundación por la unión de células del mismo origen, matrimonio entre personas de una misma comunidad.

- epidemiología.- tratado sobre las epidemias.

- epidemias.- enfermedad accidental transitoria, generalmente infecciosa, que ataca al mismo tiempo y en el mismo país o región a gran número de personas.

- estomodeo.- fosa bucal primitiva; invaginación del ectodermo del embrión, de la que se forma la boca y la parte superior de la faringe.

"F"

- faringoplastia.- operación plástica en la faringe, para -- dar una enlongación del paladar blando pa-- ra dar una mejor cierre velofaríngeo.
- férula.- tablilla de yeso o madera rígida que ayu-- da a inmoviliar algún miembro.
- filtrum.- depresión central del labio superior com-- puesta por los dos arcos de cupido.
- fistula.- comunicación artificial, quirúrgica o ex-- perimental, entre un órgano y una superfi-- cie mucosa o cutánea.
- fónema.- cada sonido simple del lenguaje o letra - diptongo o sílaba.
- fonético.- ciencia de los sonidos vocales.
- foniatría.- tratamiento de los defectos del lenguaje o de la voz.
- foramen.- (lat) agujero presente en la porción cen-- tral de las narinas.
- fosetas.- depresión que existe en la superficie de algún hueso.

"G"

- génesis.- origen, principio, generación.
- genética.- ciencia que trata de la reproducción, he-- rencia, variación y del conjunto de fenó-- menos y problemas relativos a la descen-- dencia.
- genetista.- experto en genética.

- gestación.- embarazo, preñez.
- "H"
- habitat.- región en la que vive naturalmente una especie animal o vegetal.
 - herencia.- fenómeno biológico por el cual los ascendientes transmiten a los descendientes cualidades normales o patológicos.
 - herencia multifactorial.- condicionada por genes de efecto aditivo, en interacción con el medio ambiente.
 - herencia poligénica.- condicionada por diversos genes.
 - hiperrinofónica.- voz nasal.
 - hipoplasia.- disminución de la actividad formadora o productora, desarrollo incompleto o defectuoso.
- "I"
- idóneo.- que tiene buena disposición o suficiencia.
 - impedanciometría.- es un estudio por medio del cual se registra la impedancia acústica, que es la oposición que presenta el oído a la transmisión del sonido y su recíproca llamada complianza, que es la facilidad con que el oído transmite el sonido.
 - indurado.- endurecimiento de los tejidos de un órgano, región o parte endurecida anormalmente.
 - intraoral.- dentro de la boca.

"M"

- mesenquima.- tejido conjuntivo embrionario que forma la mayor parte del mesodermo, y del que derivan los tejidos conjuntivos y vasos sanguíneos y linfáticos.
- mesodermo.- mesoblasto, capa media del blastodermo - entre el ecto y el endodermo de que derivan el tejido conjuntivo.

"O"

- oclusión dental.- cierre de las arcadas alveolares y la -- cual puede ser normal o patológico.
- relación del cierre alveolar de la arca- da superior con la inferior.
- odontopediatra.- especialista de niños en el tratamiento de los dientes.
- óptimo.- estado ambiente propicio para el mejor - cumplimiento de la función o actividad.
- ortodoncista.- quien alinea los segmentos dentales.
- ortodoncia.- situación regular de los dientes, correc- ción de las irregularidades dentarias.
- ortopedia.- corrección quirúrgica y mecánica de las - desviaciones y deformidades en general.
- ortopedia dentaria.- corrección de las deformidades o irregu- laridades de los dientes.
- otología.- suma de conocimientos relativos al oído.

"P"

- perspectiva.- apariencia o representación engañosa de las cosas.
- placoda.- placa o lámina del estodermo, que forma la primera diferenciación de algún órgano en el embrión.
- prolabio.- porción roja descubierta del labio.
- prostodoncista.- especialista en prótesis
- prostodoncia.- prótesis dentaria.

"S"

- septum.- (lat) tabique nasal.
- sofisticación.- adulteración con sofismo.
- sofismo.- argumento capsioso.
- susceptibilidad.- propiedad o disposición natural o adquirida para recibir modificaciones o impresiones.

"T"

- teratógeno.- causante de los moustros.
- tracción.- acción de estirar, tirar o atraer.

"V"

- velo del paladar.- tabique músculo-membranoso, móvil, cuadrilátero, cuyo lado superior está fijo en el borde posterior de la bóveda palatina, y el lado inferior, libre y péndulo sobre la base de la lengua, presenta en su parte media la úvula.

- visciditudes.-

problemas o complicaciones de algo.

- vómer.-

lámina cuadrilátera compacta, impar y --
central con dos caras y cuatro bordes. -
En la parte posterior de las fosas nasa-
les, cuyo tabique constituye. Se articu-
la con el esfenoides y el etmoides, por
arriba, con los palatinos y maxilares su-
periores por abajo.

B I B L I O G R A F I A

- Antunez, Amendolla;
Atlas de anatomía humana;
2a. ed., Ed. Interamericana;
México, 1978.
- Baena, Paz;
Manual para elaborar trabajos de investigación documental;
Editores Mexicanos Unidos, S. A.
2a. Ed. México, 1972.
- Baena, Paz;
Instrumentos de Investigación;
Editores Mexicanos Unidos, S. A.
México, 1979.
- Bancroft, H;
Introducción a la bioestadística;
Eudeba, Buenos Aires, 1969.
- Banister, Roger;
Neurología Clínica;
3a. ed. Ed. Marin, S.A.:
España, 1974.
- Bullejos, José;
Métodos para la redacción de tesis profesionales;
UNAM, 1978.
- Cannon, Fisher;
Plastic surgery;
M.S. Thesis, University of Illinois;
New England 1963.

- Colem, Mason;
For parentes of new born babies with cleft lip/pa-
late;
ACPEF, Pittsburg 1981.
- Colem, Mason;
Information for the teenager born with a cleft
lip, and/or cleft palate;
ACPEF, Pittsburg, 1981.
- Converse, Saunders;
Reconstructive Plastic surgery;
V - III, Ed. Converse M.D.
Philadelphia and London 1964.
- Davis-Geck;
Atlas of normal anatomy;
Ed. Laboratories Division of American Cyanomid;
- Escamilla;
Manual de metodología y técnicas bibliográficas:
UNAM: México 1978.
- Ganony, William;
Fisiología humana;
T-I, 3a. ed; Ed. El Ateneo;
Argentina 1975.
- Gayton, C., Arthur;
Fisiología humana;
4a. ed. Ed. Internacional;
México 1975.
- Grabb;
Cirugía plástica reconstructiva;
Ed. Salvat;
México 1980.
- Hernández Torres;
Apuntes estadística; "Seminario de tesis"
ENEO, UNAM; 1981.
- Himan, Herber;
Diseño de análisis de encuestas sociales;
Ed. Gráficas Dibot;
Buenos Aires, 1971.
- Hobbs, Julia;
Cleft lip and cleft palate the child from birth
to three years;
ACPEF, Pittsburgh, 1981.

- Kaplan, Issacc;
The scope of plastic surgery;
Ed. Jerusalem academic presa;
Israel 1976.
- Kimber, Diana;
Manual de anatomía y fisiología;
9a. ed. Ed. Prensa Médica Mexicana.
México, 1977.
- Korn, Francis;
Conceptos y variables en la investigación;
Ed. Nueva Visión, S. A.
Buenos Aires 1971.
- Marlow, Dorothy;
Enfermería Pediátrica;
4a. ed. Ed. Interamericana;
México 1978.
- Mendoza Arguelles, Mario;
Investigaciones personales sobre cirugía plástica
y reconstructiva de labio y paladar hendido;
México,
- Nelson, Vaughan;
Tratado de pediatría;
6a. ed., T-II, Ed. Prensa Médica Mexicana;
México, 1977.
- Olea, Franco;
Manual de técnicas de investigación documental;
Ed. Esfinge; México 1974.
- Ortiz, Monasterio and Serrano;
Cultural aspects of cleft lip and palate treatment
cleft lip and palate;
Ed. W.C. Grabb, A. W.
Boston 1979.
- Partinas, Felipe;
Metodología y técnicas de investigación;
Ed. Siglo XXI, México 1972.
- Patten, M. Brandly;
Embriología humana;
5a. ed. Ed. El Ateneo;
Argentina 1975.
- Persis, Hamilton;
Asistencia Infantil de Enfermería;
3a. ed.; Ed. Interamericana;
México, 1975.

- Rajs, Danuta;
Variables y clasificación de datos;
Impreso NAS Q080, Fac. de Medicina,
UNAM, México 1978.
- Rojas, Soriano;
Guía para realizar investigaciones sociales;
F.C.P. y U.N.A.M.; México 1977.
- Rosenbluth, A;
El método científico;
Ed. Fovaner S.A.;
México, 1972.
- Saavedra, Dolores;
Experiencias personales e investigaciones realiza-
das en el campo de la genética;
- Tecla, Garza;
Teoría, método y técnicas en la investigación so-
cial;
Ed. Cultura Popular;
México 1974.
- Testut;
Tratado de anatomía humana;
T-I, Ed. Salvat, S.A.;
España, 1978.
- Valenzuela, Luegas;
Manual de Pediatría;
9a. ed; Ed. Interamericana;
México 1975.
- Voss, Herrlinger;
Anatomía Humana;
T-II, 3a. ed., Ed. El Ateneo;
Argentina 1979.
- Wachter, Blake;
Enfermería Pediátrica;
9a. Ed. Ed. Interamericana;
México 1978.
- Wilson, L. John;
Manual de Cirugía;
3a. ed; Ed. El manual moderno;
México 1975.

A P E N D I C E

CAMPAÑA MOVIL
LABIO Y PALADAR HENDIDOS

HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS

Ficha de identificación.

DEL PACIENTE:

NOMBRE:

SEXO:

DIRECCION:

ESCOLARIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

TIPO DE MALFORMACION:

Labio hendido bilateral: _____ Unilateral _____
Der. _____ Izk. _____
Paladar hendido: Duro _____ Blando _____
Otras deformidades: _____

DEL PADRE:

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

PRESENCIA DE DEFORMIDADES:

LUGAR DE NACIMIENTO:

LUGAR DE RESIDENCIA:

LUGAR DE ORIGEN DE SU PADRE:

LUGAR DE ORIGEN DE SU MADRE:

DE LA MADRE:

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

PRESENCIA DE DEFORMIDADES:

LUGAR DE NACIMIENTO:

LUGAR DE RESIDENCIA:

LUGAR DE ORIGEN DE SU PADRE:

LUGAR DE ORIGEN DE SU MADRE:

¿Existe parentesco entre los padres y/o abuelos del paciente?

NO _____ SI _____ GRADO _____

¿Existen otros miembros de la familia con labio y/o paladar --
hendido?

NO _____ SI _____ ESPECIFICAR _____

HERMANDAD

Especificar todos los embarazos de la madre, en orden cronológico incluyendo sexo, edad y presencia de deformidades de los que están vivos, edad y causa aparente de los que hayan fallecido y si existió alguna causa en caso de haber abortos.

1° _____	9° _____
2° _____	10° _____
3° _____	11° _____
4° _____	12° _____
5° _____	13° _____
6° _____	14° _____
7° _____	15° _____
8° _____	16° _____

Especificar si durante los primeros tres meses del embarazo -- existió alguno de los siguientes antecedentes (especificando, de ser posible tiempo, duración, tipo, dosis, etc.).

FIEBRE:

SANGRADO VAGINAL:

TRAUMATISMOS (Golpes y accidentes):

MEDICAMENTOS O YERBAS:

ENFERMEDADES AGUDAS:

ENFERMEDADES CRONICAS:

RADIOGRAFIAS:

ALCOHOLISMO:

TABAQUISMO:

OTROS (especificar):

Parto:

Domiciliario _____ Hospitalario _____ Partera _____

Fácil _____ Difícil _____ Especificar _____

Problemas en el recién nacido: NO _____ SI _____ Especificar _____

Alteraciones en el desarrollo de niño _____ No _____

SI _____ ESPECIFICAR: _____

EXPLORACION FISICA:

CABEZA:

CARA:

TORAX:

ABDOMEN

GENITALES:

EXTREMIDADES:

DIAGNOSTICO:

HOSPITAL GENERAL
"Dr. MANUEL GEA GONZALEZ"
SERVICIO DE GENETICA.

NOMBRE: _____
EDAD: _____
ORIGEN: _____
ANTECEDENTES: _____
PERIMETRO CEFALICO: _____
FORMA DE CRANEO: _____ FONTANELA: _____
D.I.C.I. (1) _____ D.I.C.E. (2) _____
APERTURA PALPEBRAL DER. (5) _____ IZQ. _____
NASION/CANTO INTERNO DER. (3) _____ IZQ. _____
NATION/NASION: (6) _____ ANCHURA DE NARIZ: (4) _____
NATION/ALA NASAL DER: (7) _____ IZQ. _____
ALTURA DE COLUMNELA: (9) _____ NASION/MENTON: _____
DISTANCIA BICIGOMATICA: (11) _____
DISTANCIA INTERCOMISURAL: (12) _____
LINEA MEDIA/COMISURA ORAL DER: _____ IZQ: _____
FILTRUM: LARGO. (8) _____ ANCHO _____
PAB. AURICULAR LARGO: DER. (13) _____ IZQ. _____
PAB. AURICULAR ANCHO: DER. (14) _____ IZQ. _____
TRAGO/NASION DER. (15) _____ IZQ. _____
TRAGO/CANTO EXT. DER. (16) _____ IZQ. _____
TRAGO/NATION DER. (17) _____ IZQ. _____
TRAGO/COMISURA ORAL: DER. (18) _____ IZQ. _____
TRAGO/MENTON DER. (19) _____ IZQ. _____
ANGULO MANDIBULAR/MENTON DER. (20) _____ IZQ. _____