

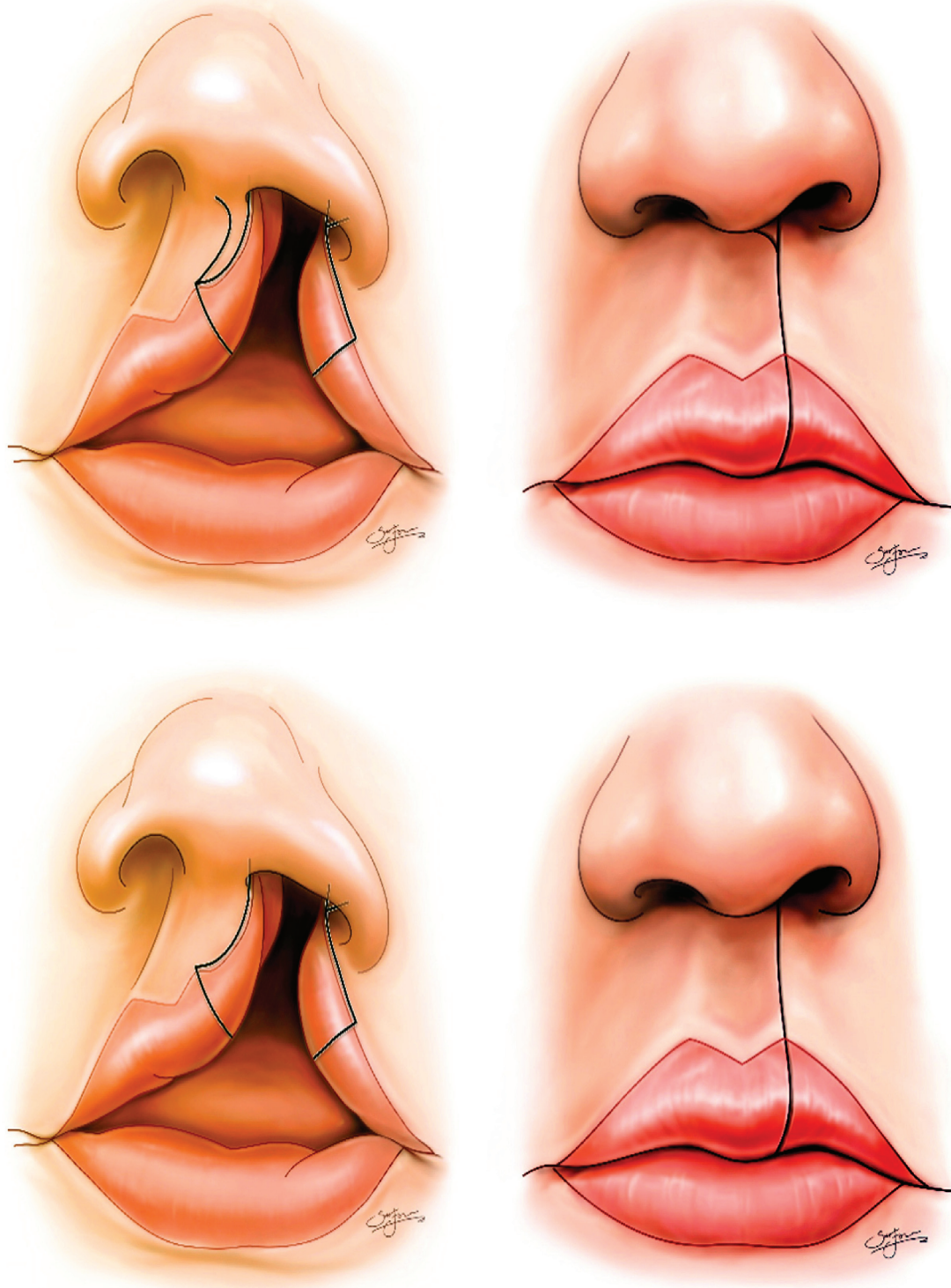


Contenido

Artículos

- ¿Qué Es Un Brigadista Voluntario? | 2
- Mitos En Adultos Mayores | 4
- Fisura Labiopalatina | 6

- Medidas Preventivas COVID - 19 | 12
- Convocatoria | 13



Fisura Labiopalatina

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Gustavo Reyes Terán
Titular de la Comisión
Coordinadora de los INS y HAE

Dirección General

Dr. Daniel Chávez Arias
Director Médico

Dra. Matilde L. Enríquez S.
Directora de Educación en Salud

Dr. Juan Antonio Madinaveitia V.
Director Quirúrgico

Dirección de Investigación

Dra. Maricela Verdejo Silva
Directora de Administración
Encargada de la Dirección General



Editor

Lic. Edgar Raúl Mendoza Ruíz
Jefe de la División de Difusión
y Divulgación Científica

Coordinación Editorial
Biol. Sylvia Nuñez Trías

Diseño Editorial y Producción de Imagen
D.G. Mónica García Gil
Lic. Miguel Ángel Dávalos Anaya

Distribución
inr.gob.mx/boletin.html

Portada:
<https://els-jbs-prod.cdn.jbs.elsevierhealth.com>

Contraportada:
Lic. Miguel Ángel Dávalos

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.
EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS
ES RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Núm. 87 mayo - junio de 2021.

¿Qué Es Un Brigadista Voluntario?

Dra. Ivonne Cynthia Vázquez Montiel

Servicio de Oftalmología : Cirugía de Cataratas y Segmento Anterior

Brigadista: es una persona voluntaria, que de acuerdo a sus aptitudes se le capacita mediante cursos teórico-prácticos para aplicar acciones específicas en una contingencia.

Brigada: es un grupo de personas voluntarias, organizadas, entrenadas y capacitadas para actuar antes, durante y después de una emergencia en la institución o centro de trabajo.

Existen diferentes tipos de brigadas:

Brigada Primeros Auxilios	Blanca	Reciben a los afectados de una emergencia.
Brigada de Búsqueda y Rescate	Azul	Buscar, ubicar y rescatar a las personas atrapadas en alguna parte del área afectada por la emergencia.
Brigada de Prevención y Combate de Incendios	Rojo	Eliminan los riesgos que puedan inducir al fuego en las diferentes áreas o centros de trabajo que por diferentes circunstancias manejan material inflamable o conductor de calor.
Brigada de Evacuación	Naranja	Aplica los procedimientos para el repliegue y/o evacuación de la población del inmueble ante una emergencia.
Brigada de Comunicación	Verde	Realizar campañas de difusión para el personal con el fin de que conozca cuáles son las actividades, normas de conducta ante emergencias y todo lo relacionado a la Protección Civil, para crear una cultura dentro de su inmueble.

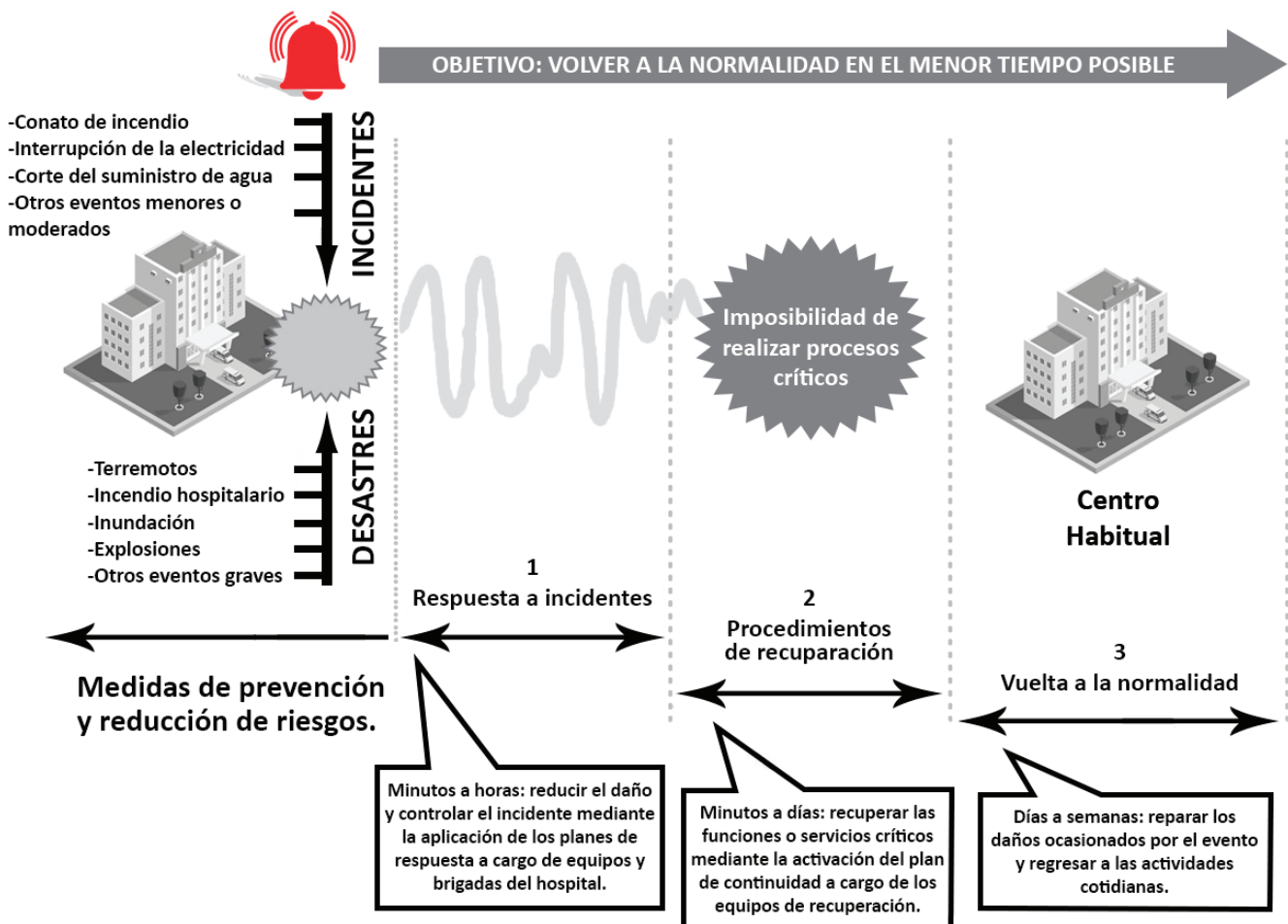
Características de un brigadista voluntario:

1. Alto nivel de motivación interna.
2. Poseen liderazgo que permite la participación de otros integrantes.
3. Autocontrol.
4. Estar en adecuada condición de salud física y mental.
5. Conocer las instalaciones y rutas.

Protocolo de seguridad de protección civil: es un instrumento de planeación y elaboración de las acciones preventivas en respuesta a una emergencia.



El establecimiento de salud frente a los eventos adversos



En la figura se observa que los eventos de origen natural pueden producir situaciones que son manejadas como incidentes, sin embargo, en caso que los efectos de estos eventos excedan los mecanismos previstos y la capacidad de respuesta, se activará el plan de emergencia.

Consideraciones en tiempo de COVID-19

El nuevo enfoque de actuación en caso de sismo durante la emergencia sanitaria causada por el COVID-19, nos obliga a diseñar medidas para disminuir el riesgo de contagio durante una emergencia sísmica.

El brigadista voluntario puede contribuir en:

- La elaboración de estrategias ante los diferentes escenarios sismo-pandemia.
- Detectar personal de los grupos de trabajo con comorbilidades o sean >60 años.
- Reforzar la Implementación de medidas de autocuidado en todo momento, así como el uso de equipo de protección (casco, lentes de protección, cubrebocas o pantalla facial protectora, guantes, overol y zapato de seguridad).

Los brigadistas voluntarios juegan un papel fundamental ante una emergencia, son clave para la protección propia, del personal y de quienes asisten a las instituciones.

Mitos En Adultos Mayores

Biol. Sylvia Núñez Trías
Difusión y Divulgación Científica

Entendemos que un adulto mayor es alguien de edad avanzada, pero un adulto mayor feliz es una persona que vive exitosamente, producto de sus experiencias vividas, sus situaciones emocionales, familiares, sociales, económicas, y biológicas, acumuladas a través de los años. Todos estos factores son determinantes para llegar a la vejez con plenitud.

El mundo al que se enfrenta el adulto mayor es demandante, pero, actualmente, se cuentan con herramientas digitales para seguir aprendiendo e integrando a la modernidad, esto les permite interactuar con los jóvenes en plenitud de sus capacidades.



Adultos Mayores Integrados a la Modernidad.

Con respecto a la salud del adulto mayor, los avances en la medicina y en específico de la **geriatria**, han ampliado la expectativa de una vida saludable.

Es cierto que los sentidos como la audición, la visión, el tacto, y la percepción en general, sufren el efecto de la vejez, a causa de que la rapidez con la que el sistema nervioso central procesa los estímulos va disminuyendo en la medida que envejecemos; pero siempre se pueden **consultar a los médicos especialistas**: urólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, entre otros. Usar lentes graduados y auxiliares auditivos permite mejorar la calidad de visión y de audición.

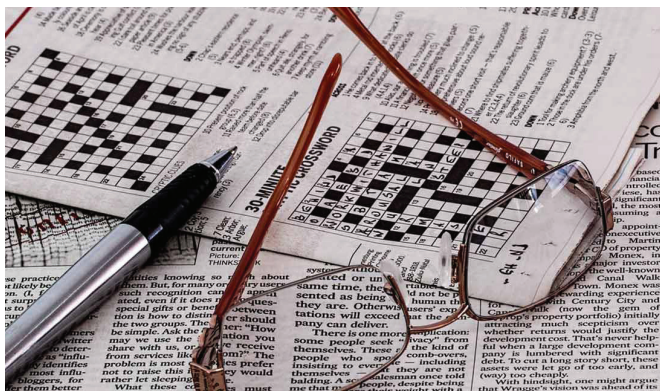
Los adultos mayores con un estado de salud y capacidades psicológicas aceptables, siguen teniendo un rol activo la sociedad, aportando conocimientos y adquiriendo nuevos; de forma que siguen siendo productivos y proactivos dentro del entorno que les rodea, ya que utilizan y desarrollan todas las cualidades, experiencias, conocimientos y técnicas que han aprendido y almacenado durante el curso de su vida.

La incontinencia no es un padecimiento exclusivo de los adultos mayores, se puede presentar a cualquier edad y la solución está en hablar con el médico para que determine la causa; puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, y no se resuelve limitando la ingesta de agua, que a la larga afecta la salud, ni limitando las salidas de casa. Recordemos que es esencial tomar 2 litros de agua por día, para mantener el riñón saludable.

Algunos deterioros de las facultades intelectuales son: la aparente pérdida de la memoria, dificultades para concentrarse y programar sus actividades. Es un error pensar que el adulto mayor pierde aptitudes y que las que le quedan son limitadas. **Los adultos mayores tienen muchas posibilidades de realizar y desarrollar aptitudes que poseían y aprender otras nuevas.**

Posiblemente las han almacenado y ya no las utilizan o lo hacen en diferente forma de como las realiza el joven. Al haber cambiado su situación vital ya no es necesario actuar tan rápida y competitivamente como lo hacen otras personas.

Si al anciano le cuesta trabajo recordar de forma inmediata, se recomienda hacer ejercicios que fortalezcan la memoria remota y los recuerdos en general. Cuando el adulto mayor se integra a programas de estimulación e interés, se puede observar que hay muchas cosas que se encuentran almacenadas que puede utilizar si se le da oportunidad.



Actividades que fortalecen las capacidades intelectuales.

Las personas viejas o muy viejas no pierden la inteligencia que la persona sana tiene, si ha vivido en ambientes que le dan la oportunidad de ejercitarla; el viejo posee las mismas capacidades de estimular y aplicar su inteligencia si la sociedad y su grupo familiar le dan la oportunidad.

El individuo sano en la tercera edad no pierde sus capacidades de independencia, decisión, juicio y relación; las supuestas pérdidas se deben más a las barreras de una sociedad cuyos principales valores son la juventud, la belleza, el poder adquisitivo y la producción.



Adultos mayores en plenitud.

Es un **mito que a mayor edad se aprende menos**, por lo tanto, los viejos no pueden aprender.

Es realidad que el aprendizaje tiene en el viejo una excelente capacidad, de ahí que las personas que después de jubilados realizan actividades nuevas, al tener el tiempo suficiente para aprender oficios, actividades lúdicas, así como todas las actividades que se realizan en los clubs y escuelas para la tercera edad. Esto se debe a que el aprendizaje depende en parte de la motivación y el interés, y los dos son evidentes en el adulto mayor que no queda encerrado en casa a vivir de sus recuerdos o pérdidas, sino que tienen una conducta positiva.

El aprendizaje se realiza en cualquier momento de nuestra vida, sólo se requiere motivación y el anciano necesita un mayor tiempo para asimilar los estímulos y aprender, esto y la motivación e interés no son privativos de las últimas décadas de la vida.

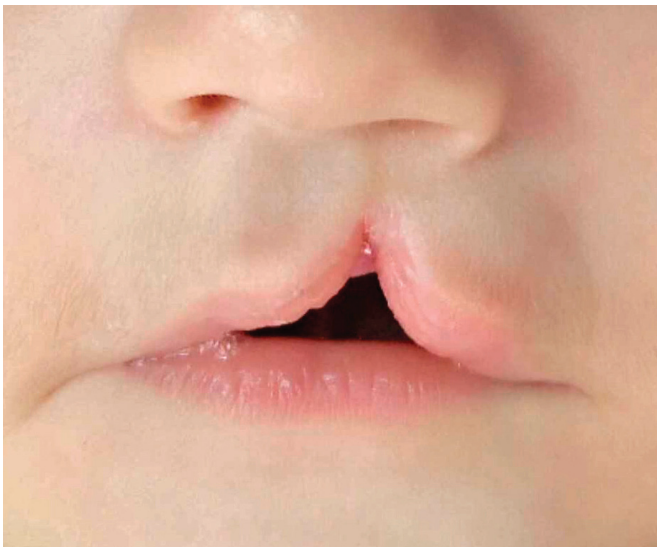


Adultos mayores en plenitud.

La importancia del cuidado, el cariño, el conocimiento y la comprensión de esta etapa adulta de la vida por parte de la familia, es fundamental para el bienestar de nuestros adultos mayores.

Fisura Labiopalatina

Jefatura de División de Foniatría



Fisura Labiopalatina

Definición

Se denominan fisuras naso-labio-alveolo-palatinas a las malformaciones craneofaciales congénitas producidas por defectos embriológicos en la formación de la cara, cuyo grado de compromiso se focaliza en ciertas zonas del macizo facial, especialmente el labio superior, la premaxila, el paladar duro, el piso de las fosas nasales y cuya afección se manifiesta a través de síntomas característicos que afectan los mecanismos respiratorios, deglutorios, articulatorios, del lenguaje, la audición y la voz.⁽¹⁾

Diagnóstico

Cuadro Clínico

Las hendiduras del labio superior y del paladar son comunes y especialmente notorias a simple vista, por causar desfiguración facial y habla defectuosa. Se agrupan en dos tipos principales: hendidura del labio superior y de la porción anterior del maxilar con o sin participación de las regiones dura y blanda remanentes del paladar, y hendiduras que abarcan las regiones dura y blanda del paladar.

La hendidura completa representa el grado máximo de anomalía, es una malformación donde el defecto se prolonga a través del paladar blando y por delante del agujero incisivo. El agujero incisivo sirve como referencia para clasificar las hendiduras anterior y posterior.

Las malformaciones por hendidura anterior comprenden labio hendido con o sin hendidura de la porción alveolar del maxilar. En la hendidura completa, el defecto abarca el labio y la porción alveolar del maxilar hasta el agujero incisivo, separando el paladar primario del secundario. Las malformaciones por hendidura anterior son consecuencia de una deficiencia del mesénquima en las prominencias maxilares y el segmento intermaxilar.

Las malformaciones por hendidura posterior incluyen paladar secundario o posterior que abarca paladar blando y duro hasta el agujero incisivo, separando el paladar secundario del primario. Las malformaciones por hendidura anterior y posterior son diferentes desde el punto de vista embriológico. Este tipo de malformaciones son ocasionadas por un desarrollo defectuoso del paladar secundario y son el resultado de deformación del crecimiento de los procesos palatinos laterales que impiden la migración medial y la fusión.⁽²⁾

La incidencia de fisura labio palatina en México, de acuerdo con Armendares y Lisker, está reportada en 1.39 casos por cada 1,000 nacimientos vivos. Esta es una cifra congruente con los reportes internacionales que varían de 0.8 a 1.6 por cada mil nacimientos. Estos datos permiten identificar que hay 9.6 casos nuevos por día, que en México representan 3,521 casos nuevos al año; esta es la cifra considerada como incidencia anual de labio y paladar hendido a nivel nacional.⁽³⁾

Una forma de estandarizar la descripción clínica basada en el examen físico y a modo de unificar criterios, es la utilización de la clasificación descrita por Kernaham y Stark, que incluye 3 grupos. **El grupo I**, que

compromete exclusivamente el paladar primario, el **grupo II** solamente paladar secundario y el **grupo III** que compromete a ambos paladares.⁽⁵⁾

Las fisuras afectan los aspectos estético, funcional y emocional de su portador. Estéticamente, deforma el semblante del individuo. En cuanto al aspecto funcional, ocasiona dificultades para la succión, deglución, masticación, respiración, fonación, audición y dentición que será de intensidad variable de acuerdo al tipo y extensión de la lesión.⁽¹⁾ Emocionalmente, el ajuste personal y social del individuo está comprometido.

Las alteraciones del habla surgen en la infancia, el infante fisurado comienza a hablar tardíamente y desde que inicia el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje puede tener un habla ininteligible, que puede no desaparecer, después de la corrección quirúrgica, por estos motivos el paciente requiere terapia foniátrica para el aprendizaje específico de patrones articulatorios correctos. La articulación puede mejorar con la edad, pero esto ocurre más por los mecanismos compensatorios aprendidos que por el desarrollo de la madurez. El individuo con fisura labiopalatina tendrá fallas en el proceso de articulación, debido a la dificultad de acción de los órganos lesionados.

También puede presentar voz hipernasalizada (rinofonía abierta) que es consecuente de la falta de separación entre las cavidades oral y nasal. Muchas veces presenta voz soplada como recurso para camuflar este exceso de nasalidad, además, presenta descenso en la presión intraoral lo que dificulta la articulación de determinados fonemas. Puede presentar también golpe glótico, ronquido faríngeo y soplo nasal.

En las fisuras palatinas el arco dentario generalmente es muy irregular. Hay presencia de mala oclusión y los dientes incisivos se encuentran apenas colocados. Pueden faltar dientes, especialmente los incisivos laterales. La premaxila está proyectada anteriormente debido a la presión ejercida por la lengua y la ausencia de la contrafuerza que el músculo orbicular de los labios debería ejercer.

En el recién nacido con fisuras labiopalatinas completas, existe una amplia comunicación de la boca con la cavidad nasal, lo cual impide la succión normal, por lo que gran parte de la leche

es devuelta por la nariz. La fisura palatina altera la acción de los músculos tensor y ascensor del paladar que mantienen relación con la apertura de la trompa auditiva. Esto altera la fisiología del oído medio que provoca aumento de la incidencia de otitis media. La amplia comunicación oronasal no permite la adecuada preparación del aire respirado, por lo que aumenta la frecuencia de padecer amigdalitis, faringitis y bronquitis.

Debido a las alteraciones anatómicas presentes, el recién nacido fisurado presentará algunas características fisiológicas diferentes a las de un bebé sin fisura, tales como:

- Ausencia de respiración, esencialmente nasal, ya que posee una comunicación entre las cavidades oral y nasal.
- Dificultades al amamantar por contacto deficiente del labio superior con el pezón del seno de la madre y asociado a menor presión negativa intraoral debido a la apertura en el paladar, lo que facilita escape de leche para la cavidad nasal.
- Dificultad para coordinar la respiración con la deglución, que puede ocasionar aspiración alimentaria por el tracto respiratorio.⁽⁶⁾

Clasificación En Su Caso

La variadísima morfología a que pueden dar lugar las fisuras labio-alveolopalatinas por implicar la deformidad de 4 estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, unido a la posibilidad de que la alteración sea unilateral o bilateral, ha sido un desafío adoptar una clasificación universal que debe estar basada en los datos embriológicos que han dado lugar a la deformidad.

Stark y Kernahan en 1958 proponen una **sencilla clasificación de fisuras labiopalatinas** que abarca todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario; en ella se utiliza una "Y" para indicar el o las áreas afectadas. Aunque se han hecho otras clasificaciones, se considera que la de Stark y Kernahan es la más representativa y completa, motivo por el cual es utilizada en el Instituto.

Clasificación De Fisuras Labiopalatinas.

D -Lado derecho.

I - Lado izquierdo.

1 y 1' - Alas nasales.

2 y 2' - Pisos de fosas nasales.

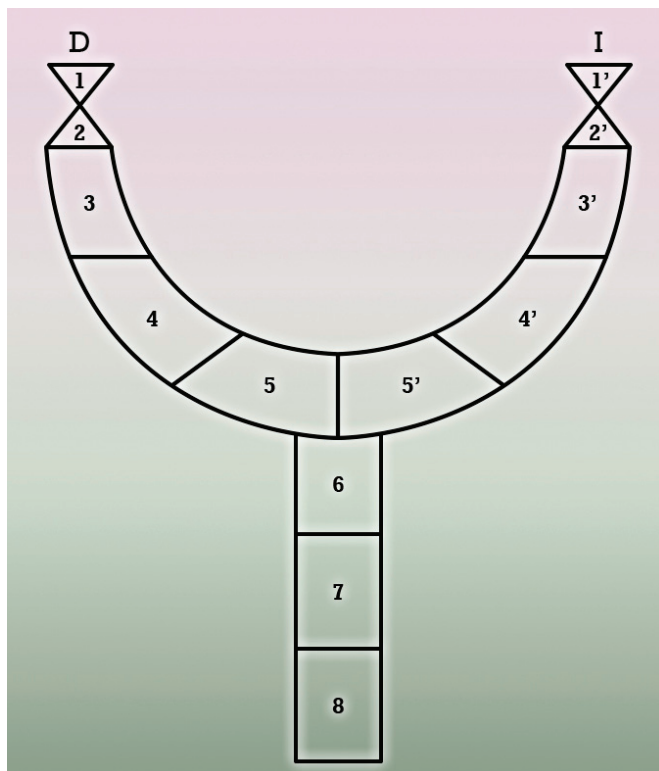
3 y 3' - Labios.

4 y 4' - Alvéolos.

5 y 5' - Paladar óseo entre alvéolo y agujero palatino anterior.

6 y 7 - Paladar óseo por detrás del agujero palatino.

8 - Paladar blando.⁽⁷⁾



Clasificación de fisuras labiopalatinas propuesta por Stark y Kernahan.

Tratamiento Médico

Debe efectuarse por un equipo multidisciplinario, con la finalidad de atender al paciente en forma integral con el objetivo de solucionar la problemática de cada paciente. Lo ideal es que este equipo trabaje desde el momento en que se detecta el problema y a lo largo del tratamiento hasta el alta definitiva, basándose en los siguientes parámetros:

- La edad del paciente, su estado general de salud y su historia médica.

- Las cualidades específicas de la anomalía.
- La tolerancia del paciente a los medicamentos, procedimientos o terapias.
- Comorbilidades de otras partes o sistemas del cuerpo.
- El trabajo y compromiso de los familiares para con el paciente.
- La opinión o preferencia del paciente.

Equipo Multidisciplinario:

- **El médico foniatra**, desde que el niño nace, dará asesoramiento a la familia acerca de las técnicas de alimentación del niño, la estimulación temprana de las funciones prelingüísticas y posteriormente de las lingüísticas, trabajando en la rehabilitación orofacial, la respiración, la deglución, la articulación del habla y la voz.
- **El médico especialista en patología de lenguaje** realizará la valoración neuropsicológica correspondiente para detectar oportunamente cualquier alteración a este nivel e iniciar la rehabilitación correspondiente.
- **El terapeuta de lenguaje**, voz y habla, se encargará de llevar a cabo el programa institucional de rehabilitación, en coordinación con el médico foniatra.
- **El genetista** intervendrá en los estudios necesarios, así como el asesoramiento genético a la familia.
- **El odontopediatra** realizará inmediatamente, la colocación de la placa obturadora que facilitará la alimentación del niño, para iniciar las funciones prelingüísticas, además del seguimiento, para la colocación de diferentes prótesis necesarias para la rehabilitación orofacial.
- **El cirujano maxilofacial**, respetando los tiempos operatorios de acuerdo con cada caso en particular, intervendrá al paciente con la finalidad de restablecer la norma funcionalidad de las estructuras bucofaciales.
- **El ortopedista y ortodoncista** orientarán y estimularán el crecimiento óseo con el fin de lograr una buena relación intermaxilar y una alineación dentaria aceptable.



- **El psicólogo** intervendrá tempranamente, especialmente con los padres del niño. También brindará apoyo y contención ante los procesos quirúrgicos, proponiendo psicoprofilaxis prequirúrgica y posquirúrgica tanto al niño como a la familia.
- **El otorrinolaringólogo**, cuya función será la profilaxis y tratamiento de las infecciones de vías aéreas superiores, principalmente la otitis.
- **El audiólogo** vigilará los problemas de hipoacusia, generalmente de tipo conductivo que pueden presentar estos pacientes, y en caso necesario, realizará la adaptación de prótesis auditivas.
- **El pediatra**, vigilará integralmente el desarrollo del niño.

Rehabilitación

Tratamiento Por Etapas:

- **Neonatal:** La ortopedia prequirúrgica es usada algunas veces para reposicionar los segmentos de la hendidura del maxilar previo a la reparación del labio. Esto puede variar en complejidad, desde un tapón labial y de la hendidura, a un gorro con elásticos para retraer una premaxila protruida y hasta algunas prótesis más complejas, los cuales pueden propiciar un cierre labial efectivo. Este beneficio a corto plazo es claro, los efectos a largo plazo son poco claros y controvertidos. Algunos clínicos utilizan aparatos ortopédicos para modificar la apariencia de la nariz y/o columna para mejorar su forma, previamente a la reparación del labio.
- **Lactante:** Cuando comienza la erupción de la dentición primaria, los padres reciben información sobre la posibilidad de irregularidades dentales, particularmente un diente incisivo supernumerario erupcionando en el paladar. La recurrencia a largo plazo del tratamiento es delineada en términos generales.
- **Lactante mayor:** Los hábitos higiénicos dietéticos deberán ser direccionados. La comunicación con el odontólogo / odontopediatra de manejo primario se debe establecerse y delimitarse de acuerdo a las necesidades.

- **Preescolar:** En algunos casos, el maxilar puede ser expandido para mejorar la función dental, eliminar desplazamientos funcionales, dar acceso para el manejo restaurativo de dientes cariados impactados en el lado hendido y/o mejorar la vía aérea nasal. Sin embargo, retenciones a largo plazo son necesarias para mantener la expansión. - Las fístulas oronasales son algunas veces preocupantes porque hay escape de los líquidos a través de la nariz. La parte anterior de la hendidura puede llegar a tener una parte oculta por el movimiento de los segmentos maxilares, después de la reparación labial, quedando esta área sin reparar después de la palatoplastía. Consecuentemente, la expansión del paladar puede exponer estas comunicaciones oronasales. - Una máscara facial puede ser considerada para protruir el maxilar y mantener las relaciones maxilares normales. Esta es una modalidad de tratamiento efectivo, pero requiere una gran colaboración de parte del paciente.

- **Edad escolar:** La terapia de aparatología fija usualmente se realizará durante la dentición mixta entre las edades de 7 a 9 años, con el objetivo de preparar al paciente para el injerto óseo alveolar. Esta fase usualmente comprende la alineación de mal posiciones de incisivos y expansión del arco maxilar para lograr una apropiada interrelación con el arco dental inferior, cuando esto se consigue, se coloca un injerto óseo alveolar y se cierran las fístulas oronasales que existan. El mantenimiento de la expansión con una barra palatina o un aparato removible requiere ser utilizado por algún tiempo, ya que por sí mismo, el maxilar injertado no es suficiente para mantener la forma del arco corregida. La terapia con máscara facial puede iniciarse o continuarse durante este periodo de tiempo.

El equipo multidisciplinario, debe estar consciente de que los problemas de habla, lenguaje y/o aprendizaje, son factores potenciales de riesgos psicológicos en los niños con labio y/o paladar hendido.⁽⁹⁾

Tratamiento Quirúrgico

Se recomienda que el tratamiento quirúrgico sea efectuado a edad temprana, de preferencia antes de que el niño cumpla tres meses de edad. Estas cirugías se realizarán dependiendo del peso, la salud general

del niño y la severidad de la hendidura. Además, dependiendo de la severidad puede realizarse por etapas o en una sola intervención.

Existen varias técnicas de palatoplastia, pero no existen estudios que abarquen la osteogénesis postoperatoria del paladar fisurado⁽⁹⁾. Esto puede explicar las complicaciones posoperatorias que en ocasiones se presentan, tales como las fístulas nasopalatinas.

El adecuado tratamiento quirúrgico y de tracción maxilar beneficia el desarrollo del hueso maxilar fisurado.⁽¹⁵⁾

Posteriormente, cuando el niño es mayor, se puede practicar cirugía estética para corregir algunos defectos del labio, la nariz, las encías, y/o el paladar.

Manejo Preoperatorio

Para la mayoría de los bebés que solamente tienen labio hendido, la anomalía puede repararse en los primeros meses de vida (normalmente cuando pesa entre 4.50 y 5.50 kilogramos). La decisión la tomará el cirujano. El objetivo de esta cirugía es reparar la separación del labio. Algunas veces, es necesaria una segunda operación.

Las reparaciones del paladar hendido normalmente se hacen entre los 6 y 18 meses de edad. Es una cirugía más complicada y se hace cuando el niño es más grande y puede tolerarla mejor. El médico decidirá el momento más conveniente para la cirugía. El objetivo de ésta es reparar el paladar de forma que el paciente pueda comer y aprender a hablar normalmente. Algunas veces, es necesaria una segunda operación.

Manejo Post Operatorio

Puede que se tenga que utilizar protectores acolchados en los codos para impedir que el paciente se frote en la zona de los puntos de sutura.

Se darán instrucciones específicas acerca de técnicas de alimentación después de la cirugía. El paciente no debe utilizar popotes ni chupones ya que ambos pueden dañar la reparación quirúrgica.

Dieta después de la cirugía: El médico puede permitir que se le dé el pecho, se le alimente con cuchara o con un vaso después de la cirugía. El niño debe recibir una dieta blanda durante los primeros 7 a 10 días después de la cirugía. Para los niños de más edad, los alimentos blandos apropiados para su edad pueden incluir puré infantil, paletas y gelatina.

Después de la cirugía de reparación paladar hendido: Generalmente esta cirugía es más compleja y puede causar más molestias y dolor que la cirugía de reparación de labio hendido.

Muchos niños muestran señales de congestión nasal después de la cirugía, estos signos pueden incluir ronquidos nasales, respiración oral y disminución del apetito.

El niño será tratado con antibióticos para evitar infecciones mientras esté en el hospital.

Actividad después de la cirugía: el niño puede caminar o jugar tranquilamente después de ésta. No debe correr ni participar en juegos violentos (lucha, escalar) ni jugar con "juguetes para la boca" durante una o dos semanas posquirúrgicas.

Seguimiento

Se realiza una revaloración foniátrica en promedio 3 semanas posterior a la cirugía, para determinar estado clínico del labio y/o paladar y en 3 meses aproximadamente se realiza una nueva nasofaringoscopia para valorar el estado del esfínter velofaríngeo.

La reparación estética de la cara del paciente en el momento del cierre del labio es definitiva, pero la restructuración de los órganos de la cavidad oral y nasal se irá dando en momentos determinados para lograr una mejor funcionalidad y equilibrio craneofacial de los mismos.

Una adecuada reposición de la premaxila posterior a una cirugía, mejora la confianza en sí mismo y facilita una aceptable inclusión social.^(10,11)



Criterios De Alta

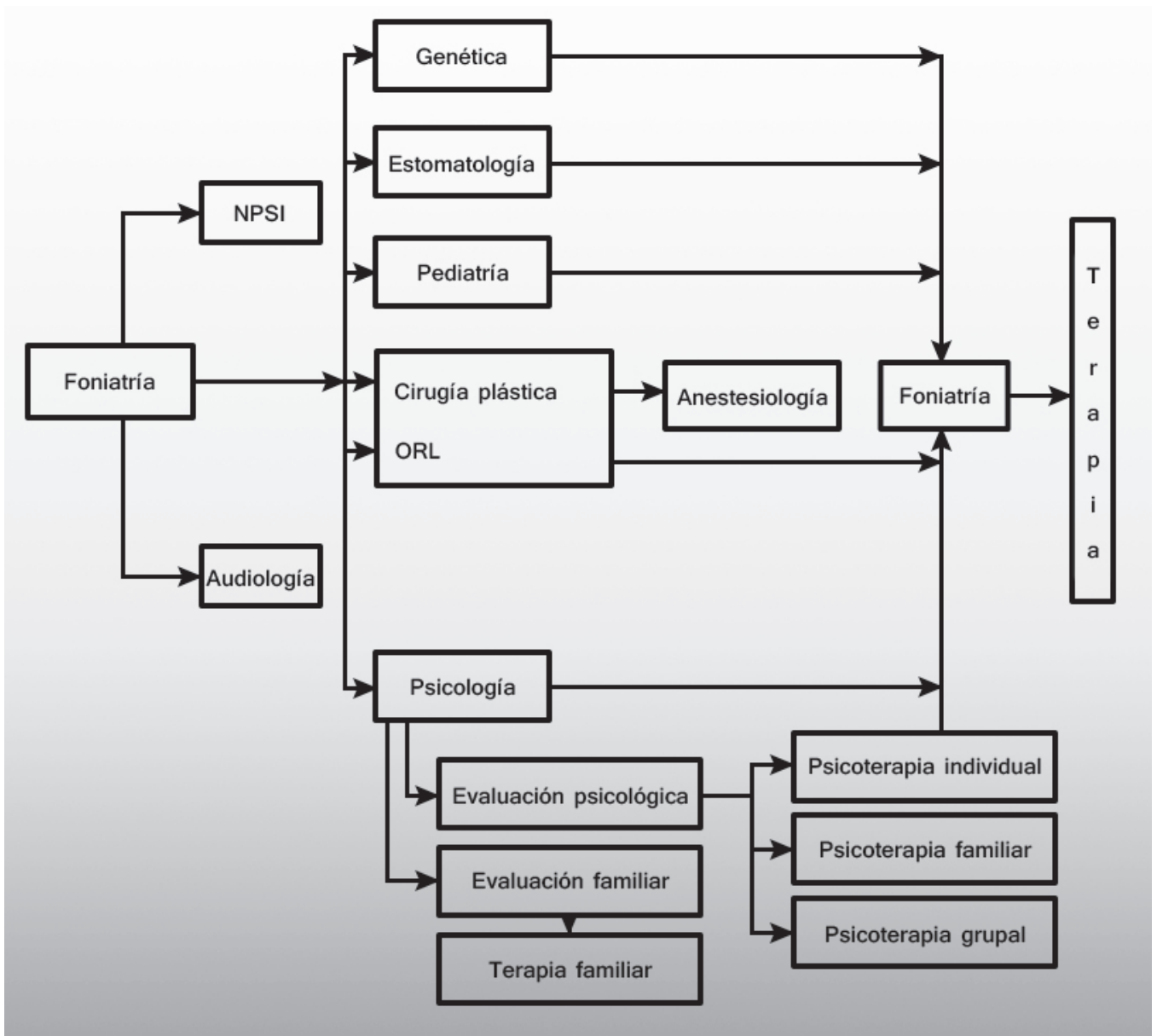
Cuando el paciente complete el crecimiento y desarrollo con articulación adecuada de fonemas velares, explosivos, fricativos y africados, habla inteligible, con una suficiencia velo faríngea lo más aceptable posible, adecuada oclusión dental, armonía craneofacial, buena estética facial y adecuada integración psicosocial y familiar.



Antes y después de la cirugía

<https://medic.citizen.co.za>

Flujograma Atención Al Paciente Con Labio Y Paladar Hendido



Referencias Bibliográficas Y Guías Clínicas Específicas

- Habbaby AN, Enfoque Integral del niño con fisura labio palatina. Panamericana; 2000; pp.1-147.
- Moore, KL. Embriología Clínica. 8a edición. Madrid: Elsevier España; 2008; pp. 215-219.
- Trigos MI, Guzmán y López Figueroa M. Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México. Cirugía Plástica. 2003; Enero-Abril; 13 (1): 35-39.
- Martelli DR, Cruz KW, Barros LM, Silveira MF, Swerts MS, Martell Junior H. Maternal and paternal age, birth order and interpregnancy interval evaluation for cleft lip-palate. Braz J Otorhinolaryngol. 2010 Jan-Feb; 76 (1):107-12.
- Sedano R, Rodríguez JG, Morovic C, Pizarro O, Alarcón J, Salgado E. Fisura labial y/o palatina en un Centro de Derivación de malformaciones congénitas. Rev. Chil. Ultrasonog. 2007, 10:4-10.
- Extracto del artículo Fisura labiopalatina. Roberta Souza dos Santos Silva Rio de Janeiro 1999 Traducción. Fga. Nidia Patricia Cedeño O.
- Ysunza A, Pamplona Ma, Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de articulación en el niño con paladar hendido, 1ª ed. México: Porrúa; 2012.
- Victor Valadez, Antonio Ysunza, Esther Ocharan-Hernandez, Norma Garrido-Bustamante, Araceli Sanchez-Valerio, Ma. C. Pamplona. Voice parameters and videonasaloryngoscopy in children with vocal nodules: A longitudinal study, before and after voice therapy. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 76 (2012) 1361–1365.
- Billaud Feragen Kristin, Kristin Saervold Tone, Aukner Ragnhild and Stock Nicola Marie. Speech, language and Reading in 10 rear olds with cleft: Associations with teasing, satisfatcion with speech, and psychological adjustment. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. March 2017, Vol 54, No. 2, pp. 153-165.
- Lei Y, Jian X, Ren B., Biomechanical study on 3-dimensional finite element model of simulated masillary protraction after maxillary fissure repair. Journal of Central South University. 2009 Apr; 34 (4):295-9.
- Gomes KU, Rapoport A, Carlini JL, Lehn CN, Denardin OV. Social integration and inclusión after premaxilla surgical repositioning in patients with bilateral cleft palate and lip. Braz J Otorhinolaryngol. 2009 Jul-Aug; 75 (4):537-43.

Lavado De Manos

Duración De Todo El Procedimiento: 40 - 60 segundos

- Mójese las manos con agua;
- Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;
- Frótese las palmas de las manos;
- Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;
- Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;
- Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;
- Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;
- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;
- Enjuáguese las manos con agua;
- Séquese con una toalla desechable;
- Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;
- Sus manos son seguras.

Lávate las manos con agua y jabón.

Desinfecta objetos y superficies de uso frecuente.

Utiliza cubrebocas en caso de tener enfermedades en vías respiratorias.

EVITA EL CONTACTO

EVITA EL CONTAGIO

Utiliza gel antibacterial.

NO te toques la cara.

Cubre tu nariz y boca al toser o estornudar con el ángulo interno del brazo.

COLOCACIÓN Y USO CORRECTO DEL CUBREBOCAS

- Lava ó higieniza tus manos antes y después de colocarlo.
- Cubre por completo nariz, boca y barbilla.
- Retíralo por detrás sin tocar el frente.
- Tíralo en forma correcta (RPB) si es desechable.
- Si es de tela lávalo después de cada uso.

No lo dejes por debajo de la barbilla o cuello.

Nunca debes tocar el frente.

No toques ojos, nariz y boca.

Tu nariz no debe quedar descubierta en ningún momento.

No dejes tu cubrebocas sobre superficies.



CONVOCATORIA

A todos los compañeros del INR LGII, los invitamos a participar en el Boletín Bimestral de Instituto, en el que puedes publicar artículos relacionados con tu especialidad o hacer de nuestro conocimiento el trabajo que se realiza en tu área.

Es también importante enterarnos de sus logros y los premios que reciben por los mismos, dentro y fuera de nuestra Institución. La información anticipada de los cursos o cualquier otro evento, nos permitirá asistir oportunamente, y si no fuera posible, la reseña del mismo nos mantendrá informados de la dinámica de nuestro Instituto.

**División
de Difusión y
Divulgación Científica**



Recuerda que el Boletín es un medio de comunicación interna, por lo que cualquier sugerencia y/o comentario siempre será bien recibido.

**Informes:
Biol. Sylvia Núñez Trías
Coordinadora Editorial del Boletín Bimestral del INR LGII
Extensión: 18343**

