

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-43



**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 04**

**Hoja:** 1 de 15

# MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS DE FISURA LABIOPALATINA

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de División de Foniatría	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje
Firma			

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 2 de 15</b>

## 1. Propósito

Establecer un criterio uniforme para el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos atendidos en el servicio de Foniatría.

## 2. Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal médico de la División de Foniatría integrante de la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de lenguaje.

## 3. Responsabilidades

### Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

### Jefe de Servicio:



- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

### Medico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

## 4. Políticas de operación y normas.

Revisión y actualización será cada dos años o antes si fuera necesario

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
		<b>Hoja: 3 de 15</b>	

## NOMBRE DE PADECIMIENTO

### 5. Definición

#### 5.1 Definición del padecimiento

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 <sup>(1)</sup>.

### 6. Diagnóstico

#### 6.1 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 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.

Las malformaciones por hendidura anterior son consecuencia de una deficiencia del mesénquima en la(s) prominencia(s) maxilares y el segmento intermaxilar.

Las malformaciones por hendidura posterior 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 3521 casos nuevos al año; esta es la cifra considerada como incidencia anual de labio y paladar hendido a nivel nacional (3).

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
		<b>Hoja: 4 de 15</b>	

Martelli encontró una asociación entre la edad materna y un riesgo elevado de labio y paladar hendido, sin embargo, la edad paterna, el orden del embarazo y el intervalo intergenésico no fueron significativos (4).

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 niño 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 maduracional. 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 las fisuras labiopalatinas completas la amplia comunicación de la boca con la cavidad nasal 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.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
		<b>Hoja: 5 de 15</b>	

- Dificultad para coordinar la respiración con la deglución, que puede ocasionar aspiración alimentaria por el tracto respiratorio (6).

### 6.2 Laboratorio y Gabinete

Se realizan en caso de sospecha de alguna patología concomitante, en cuyo caso se indica biometría hemática, química sanguínea básica, examen general de orina, así como radiografía lateral de cuello para determinar el estado de la vía aérea.

### 6.3 Estudios Especiales

En sus reportes iniciales, Skolnick describió el uso de la videofluoroscopia en la proyección lateral, frontal y de base.

La proyección lateral que es una vista media sagital de la faringe, muestra interacción del velo, la pared faríngea posterior y la lengua. La vista frontal muestra los movimientos mediales de las paredes faríngeas laterales en relación con la evolución del velo. La videofluoroscopia permite mirar a través de los tejidos de tal manera que toda la gama del funcionamiento del esfínter puede ser apreciada. El reporte de la videofluoroscopia se basa en la Escala de calificación para los estudios videofluoroscópicos del habla (Kummer et al., 1989), en esta se reporta el contacto velofaríngeo, espesor velar, longitud velar, altura velar durante el cierre en relación con el paladar duro, movimiento y simetría de la pared faríngea lateral, presencia o ausencia de rodete de Passavant, movimiento de la lengua y presencia o ausencia de adenoides <sup>(7)</sup>.

Actualmente, la nasofaringoscopia con nasofaringoscopio flexible de 3.4 ml por su diámetro delgado y sus características ópticas adecuadas, provee una observación en vivo del mecanismo velofaríngeo que incluye la mayoría, si no es que todos los movimientos y su anatomía. Cabe mencionar que la nasofaringoscopia y videofluoroscopia por sí sola, no proveen la información suficiente para un diagnóstico completo. Los datos obtenidos con estos procedimientos son independientes, por ejemplo, el patrón de cierre se califica en base a la videonasofaringoscopia y es una apreciación global que no necesariamente se correlaciona con la proporción de movimiento de estructuras por separado.

En combinación, estos dos procedimientos representan el mejor abordaje para el diagnóstico de la funcionalidad del esfínter velofaríngeo. <sup>(8)</sup> Figura 1.

De acuerdo con Pigott y Makepace, debe tenerse en cuenta para el diagnóstico endoscópico la calidad óptica con una buena saturación de luz, la posición y al ángulo de visión con un acceso visual a la mayor parte de la vía aérea posible. También debe tomarse en cuenta la cooperación del paciente.

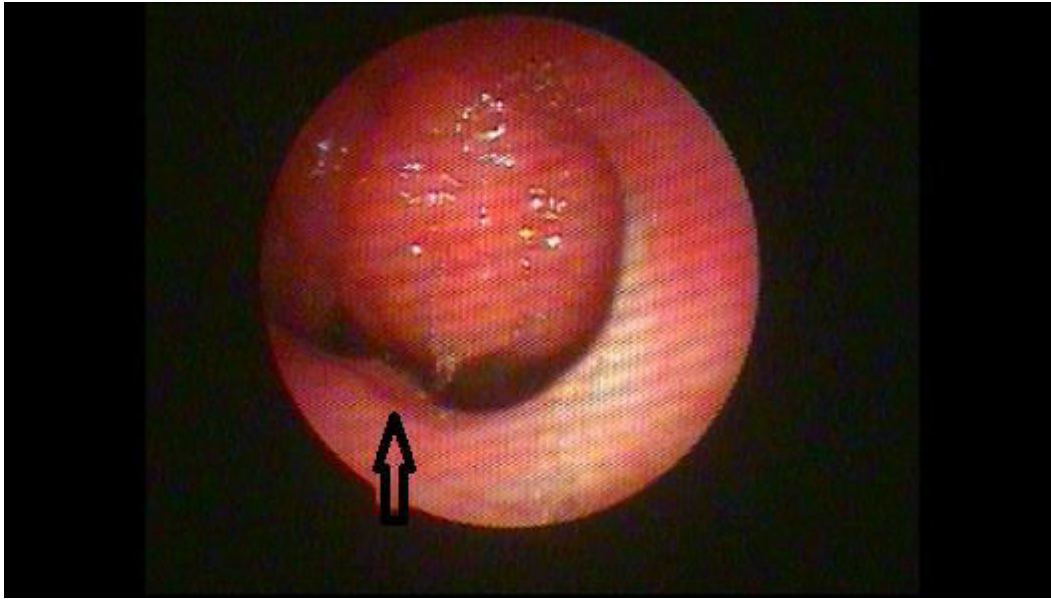




Figura 1. Paladar hendido corregido quirúrgicamente con una insuficiencia velofaríngea e hipertrofia adenoidea.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 7 de 15</b>

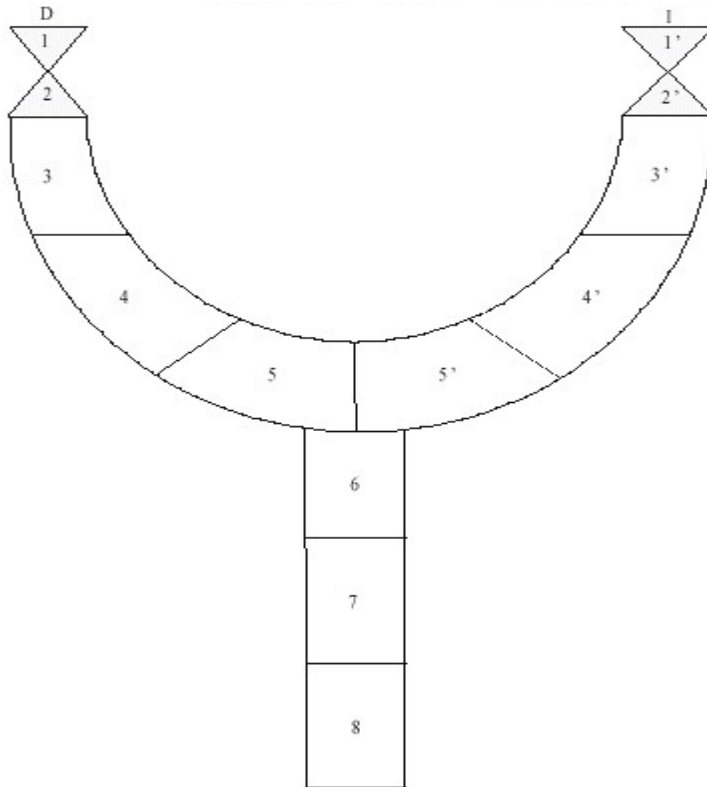
Un método de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de los niños con paladar hendido con o sin insuficiencia velofaríngea es el análisis objetivo de la voz, ya que aporta datos respecto a la anomalía, y puede servir como parámetro de la evolución en patología foniatría. En un estudio realizado en niños de 6 a 10 años de edad con labio y paladar hendido corregido quirúrgicamente con insuficiencia velofaríngea, demostró diferencias en los parámetros acústicos shimmer, jitter y frecuencia fundamental entre los niños con labio y paladar hendido e insuficiencia velofaríngea comparados con niños sin patología foniatría<sup>(9)</sup>. El jitter indica la estabilidad de la vibración de la cuerda vocal y el shimmer refleja la regularidad de la dinámica glótica, especialmente el cierre glótico<sup>(10)</sup>. Por lo que el análisis de estos parámetros pueden ser mediciones longitudinales que manifiesten la evolución de la calidad acústica de la voz en estos pacientes. La metodología consiste en se realiza grabación de la voz en fonación sostenida de la vocal /a/ (Suárez GS; 2004 y Murry y Doherty; 1980) durante 3 segundos, para realizar el análisis de parámetros como shimmer, jitter y frecuencia fundamental, y se ejecutan comparaciones periódicas entre estos con el objeto de cuantificar avances en la calidad de la voz.

La evaluación clínica perceptual de estos pacientes se realiza de acuerdo a la Clasificación de parámetros universales para informar los resultados del habla en el paladar hendido (Henningsson G), donde se reportan parámetros como hipernasalidad, hiponasalidad, emisión audible de aire nasal, errores de producción de consonantes, inteligibilidad del habla, todos ellos se exploran tanto en palabras sueltas como en oraciones<sup>(11)</sup>.

#### 6.4 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 labio-palatinas 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, consideramos que la de Stark y Kernahan es la más representativa y completa, motivo por el cual es utilizada en nuestra clínica, Figura 2.



Clasificación de fisuras labio-palatinas.

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 y 8 - Paladar blando (8)



Figura 2. Clasificación de Fisuras labiopalatinas, Stark y Kernahan

Tomado de: Corbo R, Maria T, Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001.

## 7. Tratamiento

### 7.1 Médico



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
		<b>Hoja: 9 de 15</b>	

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 en el niño 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

El médico foniatra: Desde que el niño nace brindará 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 máxilofacial, por su lado, 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 buco faciales.

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.

### 7.1.1 Medicamentos



En caso de demostrarse la presencia de algún problema de tipo infeccioso o alérgico, se indica tratamiento con antibióticos, mucolíticos, analgésicos y/o antihistamínicos.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 10 de 15</b>

### 7.1.2 Rehabilitación

Tratamiento por etapas

- Neonatal: 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 columela 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 o 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 palatoplastia. Consecuentemente, la expansión del paladar puede exponer estas comunicaciones oronasales. Frecuentemente cierre quirúrgico es difícil frecuentemente quedando fístulas por lo que los ortodoncistas pueden elegir el uso de un obturador para el taponamiento de la fístula. - 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. El éxito del tratamiento es también incierto debido a la dificultad de anticipar el crecimiento futuro del maxilar cuando se trata de compensar con un crecimiento maxilar inadecuado.
- 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 se necesita usar por algún tiempo ya que el solo 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.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>Hoja: 11 de 15</b>		

La terapia de voz utilizando el apoyo visual como Speech Viewer, es de mucha ayuda para que los niños reconozcan las características de su voz en diferentes desórdenes vocales <sup>(12)</sup>, como los niños con paladar hendido.

- Salud oral:
- Prenatal: Información y soporte a los padres: Maximizar el soporte y apoyo familiar. Minimizar la transmisión de bacterias cariogénicas de los padres a niños. Proporcionar información a los padres sobre las opciones de tratamiento neonatal. Esto maximizará su habilidad para hacer discusiones informadas acerca de las opiniones de tratamiento, como la ortopedia infantil prequirúrgica.
- Neonatal: Información y soporte a los padres. Ortopedia infantil, monitoreo de crecimiento, desarrollo y prevención de caries.
- Lactante: Consejería en prevención de caries. Manejo peri – operatorio. Continuidad en la ortopedia infantil. Monitoreo en crecimiento y desarrollo
- Lactante Mayor: - Prevención de caries. Monitoreo de crecimiento y desarrollo
- Preescolar: Prevención de caries, monitoreo de crecimiento y desarrollo Modificaciones del comportamiento, manejo dental rutinario, ortodoncia interceptiva cuando sea apropiado, procedimientos restaurativos.
- Edad escolar: Lo mismo que en la edad preescolar más la preparación para el injerto óseo alveolar cuando sea necesario, guía de higiene oral, remoción de la dentición primaria en el sitio quirúrgico.
- Adolescentes: Higiene oral. Prevención periodontal, soporte durante el manejo ortodóntico completo, prevención de caries.
- Adulto: Preparación para transferir al odontólogo general u otro odontólogo especialista, monitoreo del tercer molar y remitir al Cirujano Maxilofacial cuando se apropiado <sup>(1)</sup>.

El equipo multidisciplinario, debe estar a su vez consciente que tanto los problemas de habla, lenguaje y/o aprendizaje, son factores potenciales de riesgos psicológicos en los niños con labio y/o paladar hendido. (13)

## 7.2 Quirúrgico



### 7.2.1 Técnicas sugerida

El tratamiento quirúrgico se recomienda que sea 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 <sup>(13)</sup>. Esto puede explicar las complicaciones postoperatorias 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 <sup>(15)</sup>.

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.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 12 de 15</b>

### 7.2.2 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 kg). 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.

### 7.2.3 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.

### 7.2.4 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 nasofaringoendoscopia para valorar el estado del esfínter velofaríngeo.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 13 de 15</b>

## 8. Evaluación del resultado

### 8.1 Cuantitativo

Los resultados se obtendrán posteriores a la cirugía y la terapia cuando el niño logre una mejor articulación, se realizaran mediciones objetivas como nasofaringoendoscopia y videofluoroscopia en donde se pueda comprobar la mejor funcionalidad del esfínter velofaríngeo, así como análisis acústico de la voz para comparar parámetros como shimmer, jitter y frecuencia fundamental pre y posquirúrgicos, antes, durante y después de la terapia foniátrica.

### 8.2 Cualitativo

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 <sup>(16, 17)</sup>.

## 9. Criterios de alta

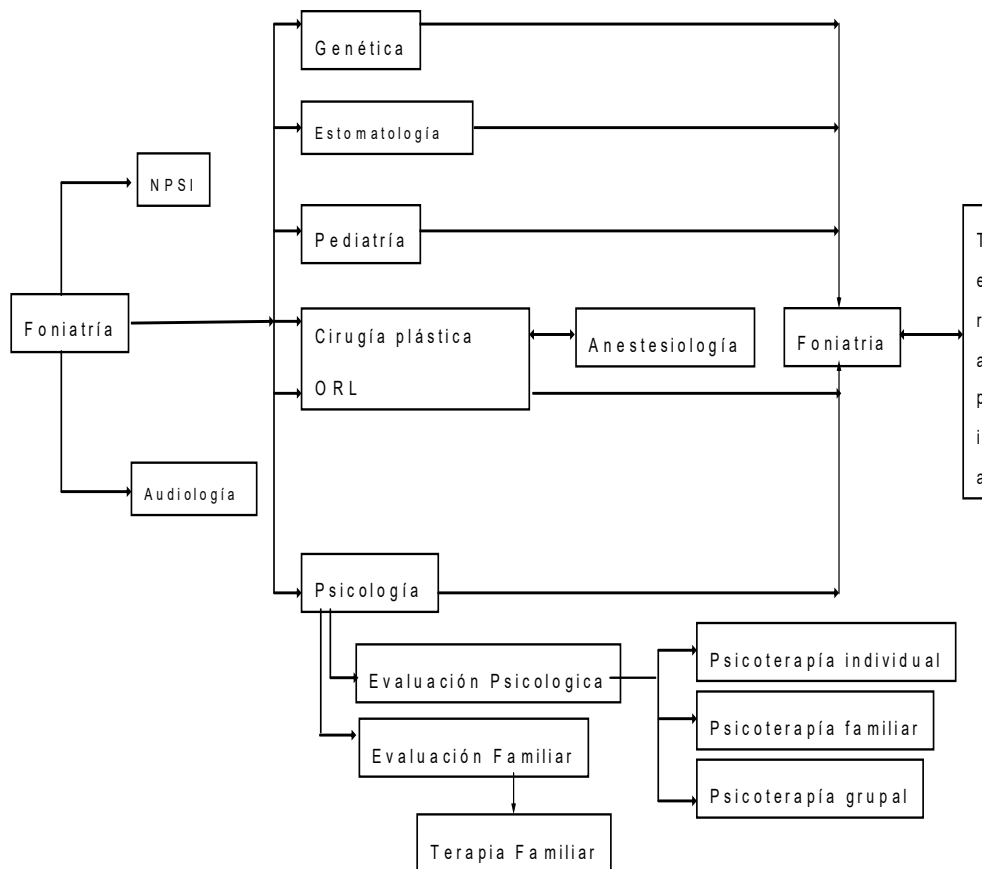
Cuando el paciente complete el crecimiento y desarrollo con articulación adecuada de fonemas velares, explosivos, fricativos y africados, habla inteligible, con una suficiencia velo faríngea lo más aceptable posible, adecuada oclusión dental, armonía craneofacial, buena estética facial y adecuada integración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



## 10. Anexos



### 10.1 Flujograma



ANTECION AL PACIENTE CON LABIO Y PALADAR HENDIDO



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 15 de 15</b>

## 11. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1. Habbaby AN, Enfoque Integral del niño con fisura labio palatina. Panamericana; 2000; pp.1-147.
2. Moore, KL. Embriología Clínica. 8a edición. Madrid: Elsevier España; 2008; pp. 215-219.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Extracto del artículo Fisura labiopalatina. Roberta Souza dos Santos Silva Rio de Janeiro 1999 Traducción. Fga. Nidia Patricia Cedeño O.
7. Kummer AW, Curtis C, Wiggs M, Lee L, Strife JL; Comparision of velopharyngeal gap size; Cleft Palate-Craniofacial Journal, March 1992, 29 (2).
8. Ysunza A, Pamplona Ma, Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de articulación en el niño con paladar Hendido, 1ª ed. México: Porrúa; 2012
9. Villafuerte GR, Valadez JV, Hernández LX; (2013), *Análisis acústico de la voz en niños de 6 a 10 años de edad con labio y paladar hendido corregido quirúrgicamente e insuficiencia velofaríngea*; Tesis para obtener el grado de Médico especialista en Audiología, Otoneurología y Foniatría; México, UNAM-INR
10. Janaína Mendes Laureano, et al. Variations of jitter and shimmer among women in menacme and postmenopausal women. Journal of Voice, Vol. 23, No. 6 (2009) pp. 687-689.
11. Henningsson et al., Universal speech parameters, Cleft Palate Craniofacial Journal, January 2008, 45 (1).
12. Victor Valadez, Antonio Ysunza, Esther Ocharan-Hernandez, Norma Garrido-Bustamante, Araceli Sanchez-Valerio, Ma. C. Pamplona. Voice parameters and videonasolaryngoscopy in children with vocal nodules: A longitudinal study, before and after voice therapy. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 76 (2012) 1361–1365.
13. 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.
14. Corbo R, Maria T, Marimon T, Maria E, Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (4): 379-85
15. Saijo H, Mori Y, Fujihara H, Kanno Y, Chicazu D, Ohkubo K, Hikiji H, Lino M, Yonehara Y, Takato T. Evaluation and analysis of formation of bone at the palate in patients with cleft lip and palate after palatoplasty base don computed tomograms and three-dimensional data. Scand J. Plast Reconstr. Surg. Hand Surg. 2010 Feb; 44 (1): 21-5.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-43
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
		<b>Hoja: 16 de 15</b>	

16. Lei Y, Jian X, Ren B., Biomechanical study on 3-dimensional finite element model of simulated maxillary protrusion after maxillary fissure repair. Journal of Central South University. 2009 Apr; 34 (4):295-9.
17. Gomes KU, Rapoport A, Carlini JL, Lehn CN, Denardin OV. Social integration and inclusion after premaxilla surgical repositioning in patients with bilateral cleft palate and lip. Braz J Otorhinolaryngol. 2009 Jul-Aug; 75 (4):537-43.

## 12. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
02	Revisión y Actualización del contenido, actualización de la Imagen Institucional	JUN 15
03	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
04	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20