



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima,

04 MAYO 2017

VISTO:

El expediente N° 17-007638-001/INSN-SB; sobre aprobación de la Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio Palatina; y,

CONSIDERANDO:

Que, los Artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

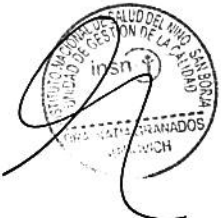
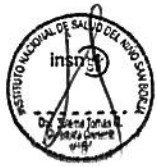
Que, el Segundo párrafo del Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, en el inciso b) del literal II.4.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que es función de la Unidad de la Atención Integral Especializada el elaborar y proponer en coordinación con la instancia correspondiente, las políticas, normas, guías técnicas, en el campo de su especialidad, así como efectuar su aplicación, monitoreo y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante el Anexo 2 de la Ficha de Descripción de Procedimiento: "Elaboración, Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento", del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad, aprobado por Resolución Directoral N° 155/2015/INSN-SB/T se establece la estructura de la Guía de Práctica Clínica;



Que, mediante la Nota Informativa N° 233-2017-SUAIEPEQ-INSN-SB, el Jefe de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remitió al Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada la Guía de Práctica Clínica, presentada por la especialidad de Cirugía Plástica mediante Nota Informativa N° 012-2017-CTDG-INSN-SB, la misma que cuenta con opinión favorable de la Unidad de Atención Integral Especializada y de la Unidad de Gestión de la Calidad, mediante la Nota Informativa N° 182-2017-UAIE-INSN-SB y la Nota Informativa N° 00161-2017-UGC-INSN-SB, respectivamente;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- Aprobar la "Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio Palatina" de la especialidad de Cirugía Plástica de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas;

ARTÍCULO 2.- Encárguese a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas la implementación de la Guía de Práctica Clínica aprobada por la presente resolución.

ARTÍCULO 3.- Encárguese a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación del cumplimiento de la presente Guía.

ARTÍCULO 4.- Disponer la publicación de la presente Resolución en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

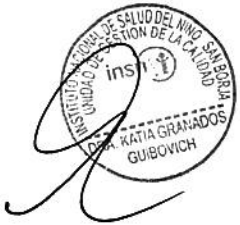
REGÍSTRESE y COMUNÍQUESE



Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

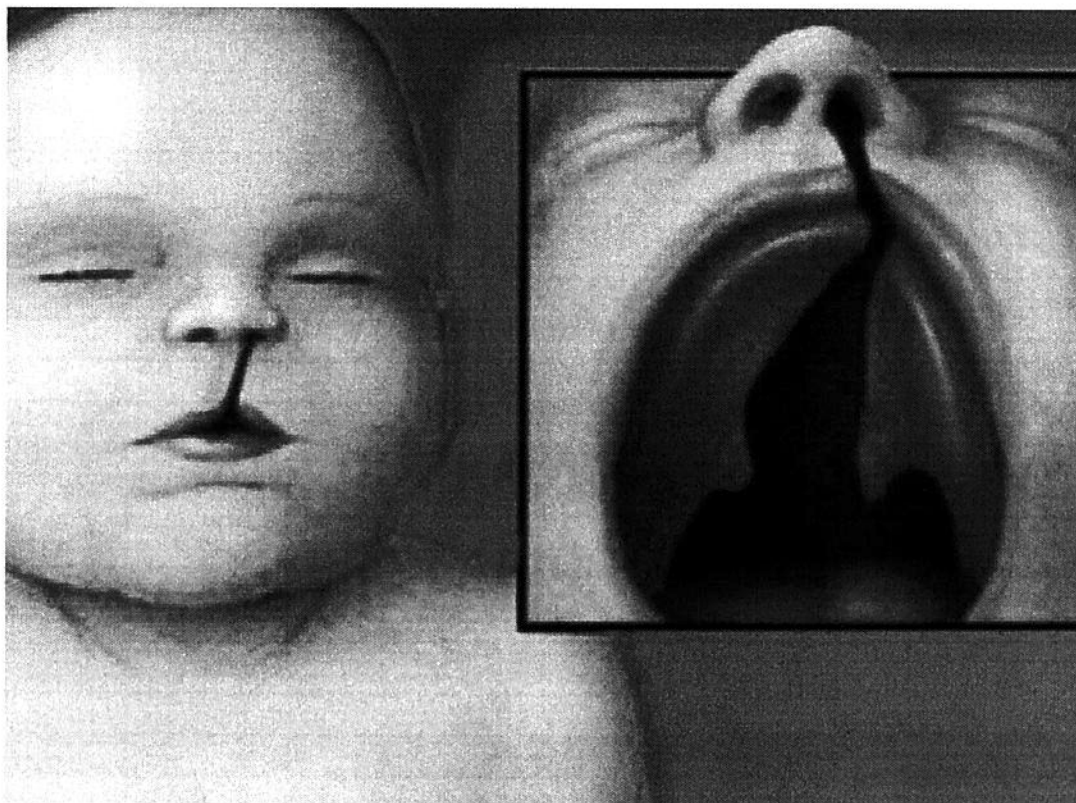
Dra. Zulema Tomás Gonzáles
DIRECTORA GENERAL

- EZTG/RRD/kfs
Distribución
() Dirección Adjunta
() Unidad de Atención Integral Especializada
() Unidad de Gestión de la Calidad
() Unidad de Asesoría Jurídica
() Archivo
() UTI





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA FISURA LABIO PALATINA



<p>Elaborado por:</p> <p>Equipo Técnico: Servicio de Cirugía Plástica</p>	<p>Revisado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializada • Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas • Unidad de Gestión de Calidad 	<p>Aprobado por:</p> <p>Dra. Zulema Tomas Gonzales</p> <p>Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>
--	--	--

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 1 de 43
--------------------	--	------------------



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

.....
Dra. Wieslawa de Pawlikowski A.
CIRUGÍA PLÁSTICA
CMP 21645 - RNE: 9503



Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Fisura Labio Palatina

Índice

1 Finalidad.....3

2 Objetivo.....3

3 Ámbito de Aplicación.....4

4 Diagnóstico y Tratamiento de Fisura Labio Palatina.....4

4.1 Nombre y Código.....4

5 Consideraciones Generales.....4

5.1 Definición4

5.2 Etiología.....6

5.3 Fisiopatología.....6

5.4 Aspectos Epidemiológicos.....7

5.5 Factores de Riesgo Asociado.....7

5.5.1 Medio ambiente.....8

5.5.2 Estilos de Vida.....8

5.5.3 Factores hereditarios.....8

6 Consideraciones Específicas.....8

6.1 Cuadro Clínico8

6.1.1 Signos y síntomas.....10

6.1.2. Interacción cronológica.....11

6.1.3 Gráficos diagramas o fotografías.....12

6.2 Diagnóstico.....14

6.2.1 Criterios de diagnóstico.....14

6.2.2 Diagnóstico diferencial.....15

6.3 Exámenes Auxiliares.....15

6.3.1 De Patología Clínica.....15

6.3.2 De imágenes.....15

6.3.3 De exámenes especiales complementarios.....15

6.4 Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva.....17

6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.....17

6.4.2 Terapéutica.....17

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....23

6.4.4 Criterios de Alta.....23

6.4.5 Pronósticos.....24

6.5 Complicaciones24

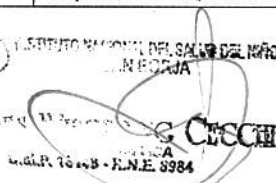
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....24

6.7 Fluxograma.....25

7. Anexos.....26

8. Referencias Bibliográficas o Bibliografía.....39

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 2 de 43
--------------------	--	------------------



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
 Dra. Wiesława de Pawlikowski A.
 CIRUGÍA PLÁSTICA
 CMP 21645 - RNE: 9503



1. FINALIDAD

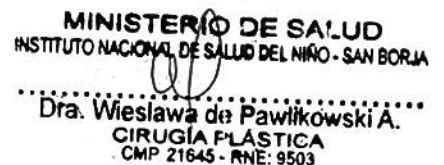
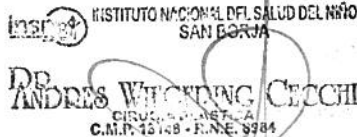
La **GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA FISURA LABIO PALADAR** tiene como finalidad establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, estandarizando acciones nacionales sobre la prevención, criterios diagnósticos (prenatal y al nacimiento), tratamiento oportuno, integral y continuo para la rehabilitación de los recién nacidos, niños y adolescentes con Fisura Labio-palatina hasta alcanzar su alta por las especialidades que integran el equipo multidisciplinario. Así como definir criterios de referencia para el tratamiento quirúrgico y del alta, favoreciendo la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo de esta manera a una adecuada escolaridad e incorporación a la sociedad.

2. OBJETIVO

El objetivo de esta guía clínica es orientar la toma de decisiones en relación con lo siguiente:

- Identificar los factores de riesgo en la fisura labio-palatina, para promover la prevención.
- Promover el diagnóstico prenatal, para preparar a la familia.
- Establecer los criterios para el diagnóstico de la fisura labio-palatina (prenatal y al nacimiento).
- Establecer los criterios para el tratamiento integral y multidisciplinario de la fisura labio-palatina, en relación a edad/especialidad.
- Establecer las secuelas más frecuentes de la fisura labio-palatina, para realizar su seguimiento y rehabilitación.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 3 de 43
--------------------	--	------------------





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

- Definir criterios de referencia para el tratamiento quirúrgico y multidisciplinario.
- Determinar los criterios para el alta, referencia y contrareferencia del paciente.
- Definir el equipo multidisciplinario que participa en brindar el tratamiento integral y oportuno.

3. AMBITO DE APLICACION

En las instituciones de salud pública a nivel nacional.

4. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIOPALATINA**4.1 NOMBRE Y CODIGO**

Código CIE-10: (1)

Q36 (Q36.0 a Q36.9) Labio Leporino

Q 35 (Q35.0 a Q35.9) Fisura del paladar

Q 37 (Q37.0 a Q37.9) Fisura del paladar con labio leporino

5. CONSIDERACIONES GENERALES**5.1 DEFINICION**

a) Fisura Labial: Se define Fisura Labial como defecto congénito en el labio superior uni o bilateral / completo o incompleto, donde falla la fusión de la prominencia maxilar con la prominencia nasal medial. Se piensa que esto puede ser causado por la falta de migración del mesodermo en la región cefálica.

Se clasifican:

- Completas o incompletas
- Unilateral, bilateral o central.

Fecha : Marzo 2017

Código : GPC -002-INSN-
SB/SUAIEPEQ-SC-V.01

Página : 4 de 43



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Dra. Wiesława de Pawlikowski A.
CIRUGÍA PLÁSTICA
CMP 21645 - RNE: 9503



Las técnicas quirúrgicas para corregir estas anomalías congénitas son muy variadas. Todas ellas consisten en incisiones en los bordes de las fisuras que permiten reubicar los tejidos. Tanto piel, músculo y mucosa se recolocan en su posición correcta para dar un aspecto armónico y simétrico en el plano anatómico, funcional y estético de la cara del niño. (5, 6,7 y 8)

b) Fisura Palatina: Se define fisura palatina cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Puede extenderse desde la parte frontal del alveolo dentario hasta la parte más distal del paladar blando.

El paladar fisurado no es tan perceptible como el labio leporino porque está dentro de la boca. Por lo que en las ecografías bidimensionales pasan inadvertidas. Puede ser la única anomalía del niño o puede estar asociado al labio fisurado u otros síndromes con malformaciones diversas, asociadas en algunos casos a cromosopatías como trisomías 21 o 13. En muchos casos otros miembros de la familia han tenido también el paladar hendido al nacer (3,11).

c) Fisura Labio Palatina: Se define como la combinación de la Fisura Labial y Fisura palatina en sus diferentes grados. Puede estar asociado a otros síndromes.

La Fisura Labio Palatina es una deficiencia estructural congénita, debido a la falta de coalescencia entre los procesos faciales embrionarios en formación. Se manifiestan, por tanto, precozmente en la vida intrauterina. Más específicamente en el periodo embrionario e inicio del periodo fetal.

El labio y paladar fisurado son deformaciones congénitas de la boca y del labio, existen diversos grados de severidad según la mayor

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 5 de 43
--------------------	--	------------------





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

hipoplasia del hueso maxilar subyacente que arrastra el ala nasal en su desplazamiento hacia atrás y en profundidad.

Los protocolos de tratamiento son variados, pero hay ciertos principios generales de tratamiento que se aplican en los principales centros del mundo en lo que se refiere a las secuencias operatorias según la edad y para ir cada servicio del equipo multidisciplinario. (1, 3, 13)

5.2 ETIOLOGIA

Las fisuras labio palatinas son defectos congénitos ya se producen durante la formación del embrión en las primeras semanas de embarazo, entre la 4ta y 8va semana de gestación.

Se conocen dos teorías:

- Una alteración de la migración del mesodermo de los procesos maxilares, hacia la línea media para su fusión con el proceso nasal medial (labial) o con entre los procesos palatinos secundarios (paladar) produciendo una hendidura.
- Un error en la fusión de los extremos libres de los procesos, al no desaparecer el epitelio del borde libre por un error en la apoptosis celular.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

La deficiencia estructural congénita debida a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación produce alteraciones en el labio y paladar. Se manifiestan, por tanto,

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 6 de 43
--------------------	--	------------------





precozmente en la vida intrauterina. Más específicamente en el periodo embrionario e inicio del periodo fetal.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia estimada de anomalías congénitas relacionadas con deformaciones del labio y paladar se estima en 1 por cada 700 nacidos vivos. El en Perú la tasa de nacimientos al año es alrededor de 638,000 nacidos vivos al año, por lo tanto esperamos alrededor de 900 casos nuevos cada año.

Su incidencia en las diferentes poblaciones, siendo mayor en los asiáticos e indioamericanos.

La Fisura labial afecta más a los varones con una relación de 7:3, predomina la forma unilateral, con una mayor frecuencia del lado izquierdo.

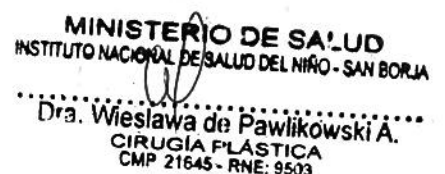
La fisura labial completa se asocia a paladar fisurado. La forma bilateral se asocia a fisura de paladar, y se relaciona a la herencia o síndromes malformativos en comparación a la presentación unilateral. En las mujeres predomina la fisura palatina, y en los varones la fisura labio-palatina.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

La relativa alta incidencia en Perú y el alto grado de agregación familiar encontrada, ha permitido postular la existencia de varios genes relacionados con la susceptibilidad a las fisuras faciales.

Asimismo, el déficit de ácido fólico y otros oligoelementos durante el embarazo podrían estar causando este problema. A mayor edad paterna, mayor riesgo.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 7 de 43
--------------------	--	------------------





5.5.1 Medio Ambiente

No aplica

5.5.2 Estilos de Vida

El diagnóstico y tratamiento oportuno mejora la deficiencia estructural congénita y disminuye las secuelas y discapacidades.

Un factor de riesgo es la hipoxia, favorecida por el tabaco y la altitud; el alcohol y la talidomina.

5.5.3 Factores Hereditarios

La fisura Labio-palatina no está relacionada directamente con factores hereditarios. Pero se ha visto que la frecuencia es mayor en parientes de sujetos afectados; así como también aumenta el riesgo si el defecto del familiar es más grave, y es proporcional al mayor número de familiares afectados.

Por otro lado si la madre ya tuvo un hijo malformado la incidencia aumenta 2 a 3 veces.

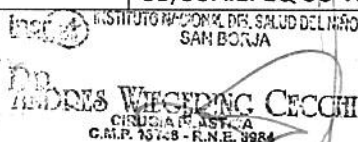
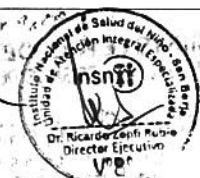
6. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

a. Fisura Labial

La falta de unión del proceso maxilar con el proceso frontonasal, produce una gran variedad morfológica que va desde las formas más sencillas representadas por los labios leporinos unilaterales incompletos, hasta las formas más complejas de fisuras labiales completas, en los que el defecto de coalescencia de las estructuras faciales llega a producir una disrupción en el hueso alveolar del

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 8 de 43
--------------------	--	------------------



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
 Dra. Wieslawa de Pawlikowski A.
 CIRUGÍA PLÁSTICA
 CMP 21645 - RNE: 9503



Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

maxilar superior, con mayor o menor distorsión de los tejidos blandos y duros en esa región.

Además se ve comprometida la estructura nasal, presentando desviación de la columela hacia el lado no fisurado y es más corto en longitud; la narina sana es estrecha, mientras que la del lado fisurado es ancha; la punta nasal presenta una muesca, y hay aplanamiento del ala nasal del lado fisurado.

La premaxila está protruida (evertida), lo cual es más notorio en la fisura bilateral.

b. Fisura Palatina

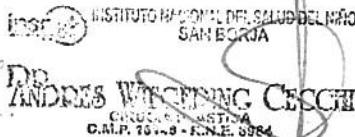
Falta de cierre del paladar que puede extenderse por toda la cavidad oral. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Presentan clínicamente:

- Problemas de alimentación y nutrición
- Infecciones otológicas recurrentes, que pueden llevar a otitis media serosa, y está a la pérdida de audición.
- Alteración de la producción del lenguaje, con hipernasalidad en la voz, produciendo en casos severos inteligibilidad del lenguaje.
- Alteración del crecimiento facial como micrognatia.

c. Fisura Labio palatina

Falta de continuidad en el labio y paladar, dos patologías que con frecuencia se encuentran juntas y que su presentación varía según la gravedad del caso. Presentan la misma clínica que la fisura palatina sola, pero más severa.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 9 de 43
--------------------	--	------------------





6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas variarán en cada caso, ya que un niño puede tener una o más anomalías congénitas. Un labio leporino puede ser simplemente una pequeña hendidura en el labio o también puede ser una fisura completa en el labio que va hasta la base de la nariz. Un paladar hendido puede estar en uno o en ambos lados del paladar y puede recorrerlo en toda su extensión.

Otros síntomas que pueden aparecer son:

- Cambio de la forma de la nariz
- Desalineación de los dientes: aunque se les haya reparado el paladar hendido, necesitarán visitar al odontólogo a medida que le vayan saliendo los dientes
- Insuficiencia para aumentar de peso
- Salida de flujo de leche a través de las fosas nasales durante la alimentación
- Crecimiento retrasado
- Repetitivas infecciones en el oído: además de problemas auditivos que deben prevenirse con audiometrías
- Dificultades en el habla

Fecha : Marzo 2017

Código : GPC -002-INSN-
SB/SUAIEPEQ-SC-V.01

Página : 10 de 43



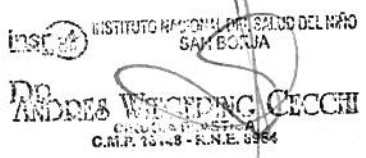
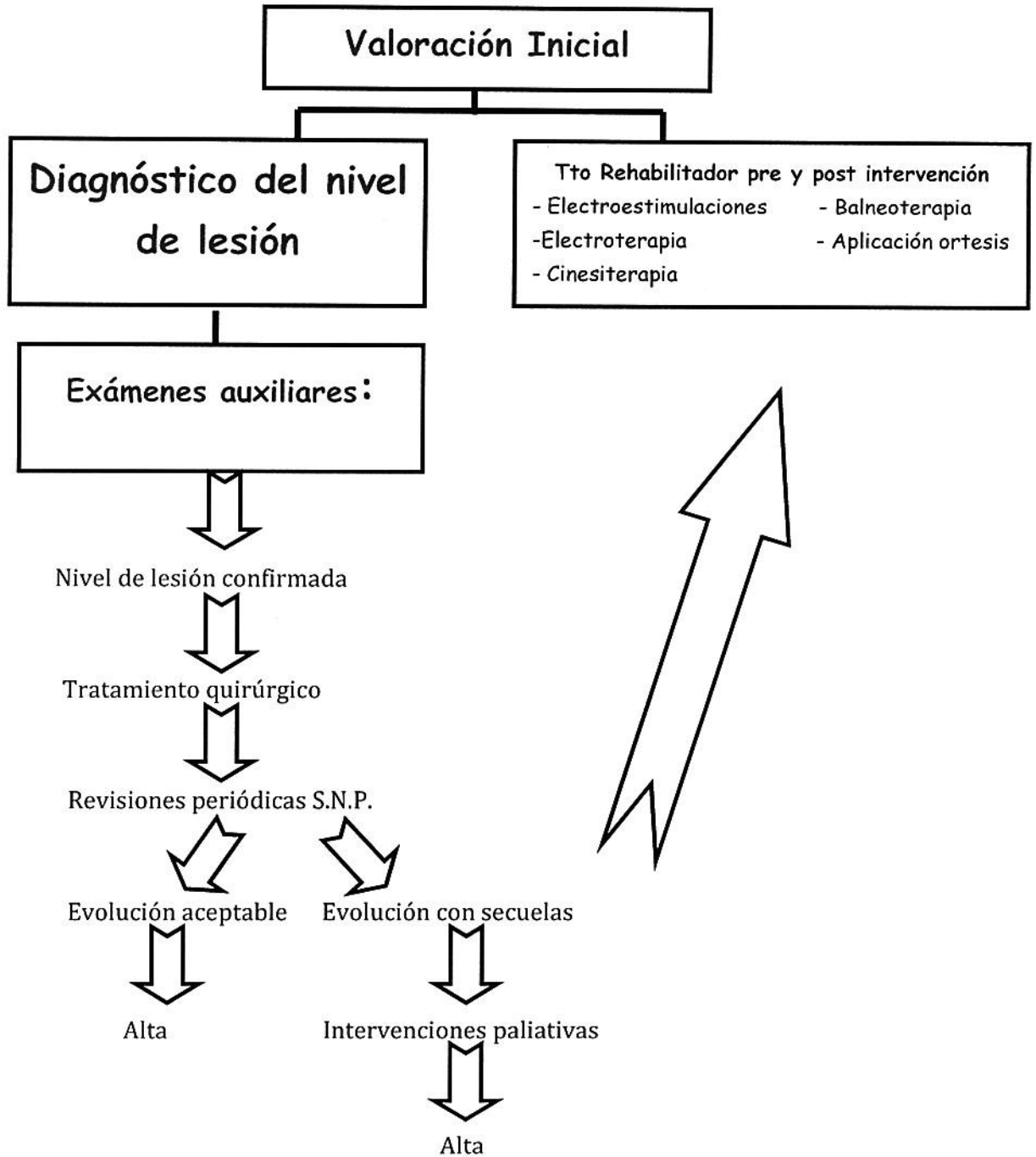
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SAN BORJA
DR. ANDRÉS WIEGANG CECCHI
CIRUGÍA PLÁSTICA
C.M.P. 15148 - R.N.E. 3984

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Dra. Wiesława de Pawlikowski A.
CIRUGÍA PLÁSTICA
CMP 21645 - RNE: 9503



6.1.2 Interacción cronológica

Fisura Labial con/sin fisura palatina





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

6.1.3 Gráficos diagramas o fotografías

a. UNILATERAL INCOMPLETA



b. UNILATERAL COMPLETA



Fecha : Marzo 2017

Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01

Página : 12 de 43



INSEI INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA
Dr. ANDRÉS WIEGAND CECCHI
C.M.P. 10143 - R.N.E. 6984

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Dra. Wiesława de Pawlikowski A.
CIRUGÍA PLÁSTICA
CMP 21645 - RNE: 13

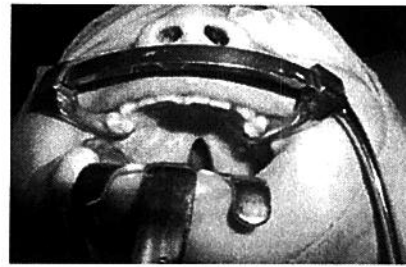
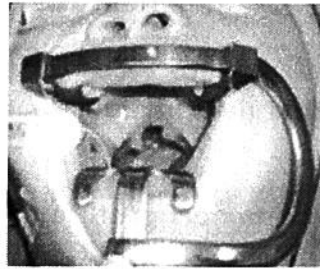


Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

c. BILATERAL INCOMPLETA



D. FISURA PALADAR



E. FISURA LABIO PALADAR



Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 13 de 43
--------------------	--	-------------------



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
 Dra. Wiesława de Pawlikowski A.
 CIRUGÍA PLÁSTICA
 CMP 21645 - RNE: 9503



6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico

Para el diagnóstico de fisuras orofaciales, se recomienda realizar un diagnóstico prenatal, con un examen ecográfico de screening y de rutina a todas las madres gestantes dentro de las 20 - 25 semanas de gestación. A las gestantes de bajo riesgo la ecografía bidimensional con corte medio sagital, transversal en labio-paladar y frontal en cara; quedando la de tipo tridimensional a las gestantes que tienen factores de riesgo o sospecha por ecografía bidimensional.

Con la sospecha de fisura labio palatina, la madre gestante debe ser enviada a un centro especializado para la atención de su parto, ya que muchos de estos pacientes presentan otras malformaciones concomitantes.

Tras el nacimiento debe realizarse el examen del recién nacido dentro las primeras 24h. Para que los pacientes con sospecha sean derivados al servicio de cirugía plástica o unidad de fisurados, para confirmar el diagnóstico respectivo.

Recordar que dentro del diagnóstico por ecografía prenatal, la fisura más compleja y menos sensible a ecografía es la fisura palatina, esta se diagnostica en el momento del nacimiento o poco después, y sobre la base de los datos de la anamnesis y del examen físico especializado.

Además se recomienda realizar un estudio genético ante la posibilidad de otras malformaciones concomitantes, destacando el cariograma y FISH del cromosoma 22.

Debido a que algunos fisurados cursan con patología otológica, debe ser evaluado por el otorrinolaringólogo, para su manejo.

El tratamiento integral del paciente fisurado es complejo, debido a la gran variedad de especialistas involucrados.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 14 de 43
--------------------	--	-------------------





Por esta razón el resultado final va a depender de los procedimientos terapéuticos llevados a cabo, como así mismo del patrón de crecimiento craneofacial de cada individuo y muy especialmente de las alteraciones anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas del niño.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

No aplica

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica

- Hemoglobina
- Hematocrito
- Hemograma
- Glucosa
- Creatinina
- Perfil de coagulación: TP, TPT, INR
- Serologicos: VIH, Set Hepatitis A y Hepatitis B
- Grupo y factor RH
- Examen de orina

6.3.2 De Imágenes

- Radiografía de tórax

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

PRENATAL (20 – 25 semanas)

1. Ecografía gestacional bi o tridimensional, según corresponda.

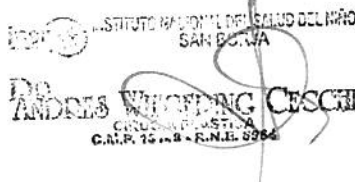
RECIEN NACIDO

1. Odontopediatría : Ortopedia pre quirúrgica

3 MESES

1. Evaluación por otorrinolaringólogo

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 15 de 43
--------------------	--	-------------------





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

- 2. Potenciales evocados
- 3. Impedanciometría

6 - 18 MESES

- 1. Evaluación por Otorrinolaringología
- 2. Evaluación por Terapeuta de Lenguaje
- 3. Evaluación por Psicología
- 4. Evaluación por Pediatría
- 5. Evaluación por Odontopediatría

ETAPA PRE-ESCOLAR

- 1. Evaluación Otorrinolaringólogo : Rinofibrolaringoscopia
- 2. Evaluación Terapeuta de Lenguaje : Fonoaudiología
- 3. Evaluación Psicología
- 4. Evaluación Pediátrica
- 5. Evaluación Odontopediatra
- 6. Evaluación Ortodoncica

ETAPA ESCOLAR

- 1. Evaluación Otorrinolaringólogo : Rinofibrolaringoscopia
- 2. Evaluación por Terapeuta de Lenguaje: Fonoaudiología
- 3. Evaluación Psicología
- 4. Evaluación Pediatría
- 5. Evaluación por Odontopediatría
- 6. Evaluación por Ortodoncia : Aparatología

15 AÑOS

- 1. Evaluación Otorrinolaringólogo : Alta
- 2. Evaluación Terapeuta de Lenguaje : Alta
- 3. Evaluación Psicología : Alta
- 4. Evaluación Pediátrica : Alta

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 16 de 43
--------------------	--	-------------------





- 5. Evaluación Odontopediatría : Alta
- 6. Evaluación Ortodoncia : Alta

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- Diagnóstico:
 - Dentro de 15 días desde sospecha
- Tratamiento
 - Ortopedia Pre-quirúrgica: Para casos con indicación, dentro de 90 días desde el nacimiento.
 - 1º Cirugía: A partir de 90 días del nacimiento.
 - Fisura labial, Fisura palatina o Labio-Palatina (uni o bilateral):
 - * Cierre labial: Entre 90 y 180 días del nacimiento
 - * Cierre de paladar blando: Entre 12 y 18 meses del nacimiento
 - * Cierre de paladar duro: Entre 12 y 18 meses del nacimiento
 - * Con malformaciones craneofaciales asociadas: Entre 90 y 365 días del nacimiento.

En prematuros se utiliza la edad corregida.

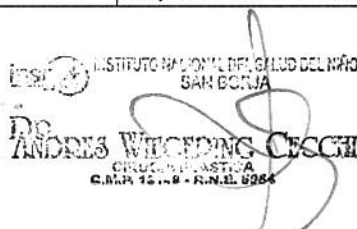
6.4.2 Terapéutica

Etapa Pre quirúrgica

a) Fase de Ortopedia Pre quirúrgica

Intervención realizada por el odontopediatra y/u ortodoncista capacitado para realizar el tratamiento ortopédico en pacientes con fisura labio patina, pacientes que a su vez han sido preseleccionados por el servicio de cirugía plástica. Este

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 17 de 43
--------------------	--	-------------------





procedimiento dura alrededor de 3 a 4 meses, siempre y cuando se inicie durante el primer mes de vida.

Requisitos:

- Realizada por odontopediatra u ortodoncista capacitado
- Participación de este especialista en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Ortopedia prequirúrgica realizada antes del mes de vida, salvo excepciones dadas por la condición de salud (prematuros, malformaciones asociadas u otras)
- Toma de impresión (con polivinil-siloxano de consistencia pesada), diseño, confección, instalación y activación de la placa ortopédica en el establecimiento con acceso expedito y oportuno a atención médica de urgencia (reanimación cardiopulmonar), en caso de complicaciones tales como: espasmo laríngeo y aspiración.
- Control y seguimiento con modelos de estudio y registro fotográfico.
- Todos los controles incluirán educación a los padres y/o cuidadores.

b) Entrevista de los padres con el Psicólogo

La evaluación por este servicio es continua, iniciando con el tratamiento prenatal, donde el psicólogo preparará a los padres para afrontar el momento del parto y para la aceptación de su hijo con la malformación, controlando el impacto del primer contacto madre-hijo.

Favorecer e impulsar la adaptación de los padres a la patología del niño, para que acepten y formen parte del tratamiento integral, evitando su abandono.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 18 de 43
--------------------	--	-------------------



INSN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
 DR. ANDRÉS WIEGANG CECCHI
 C.M.P. 1511-B - R.N.E. 6984

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
 Dra. Wiesława de Pawlikowski A.
 CIRUGÍA PLÁSTICA
 CMP 21645 - RNE: 950



c) Instrucción alimentaria

Debe recibir lactancia materna desde el nacimiento. En caso de fisura de paladar se recomienda que se realice con el niño en brazos manteniendo un ángulo de 30° - 45°.

d) Evaluación por el Otorrinolaringólogo

Se debe hacer un screening auditivo a todos los recién nacidos, con exámenes de potenciales evocados, para detectar neuropatías óticas.

Los pacientes con fisuras labio-paladar, pueden cursar con hipoacusias, debido a las otitis medias con efusión, de forma recurrente.

e) Evaluación genética

Debido a que las fisuras labio/paladar se pueden ver acompañadas de otros síndromes o malformaciones.

f) Evaluación pediatra y cardiólogo.

g) Evaluación por fonoaudiología.

Cirugía Primaria y/o Secundaria

El Servicio de Cirugía Plástica del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, como Centro de Referencia de pacientes con fisura labio palatina será el responsable de realizar el diagnóstico definitivo, manejo y tratamiento, apoyado en las especialistas que forman parte del equipo multidisciplinario para su atención integral.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 19 de 43
--------------------	--	-------------------





Equipo Quirúrgico del paciente fisurado

El equipo quirúrgico deberá estar compuesto a lo menos por los siguientes especialistas:

- Cirujano Plástico.
- Anestesista con experiencia en atención pediátrica.
- Enfermera instrumentista y circulante

La cirugía deberá ser otorgada en centros que cuenten con unidad de cuidados intermedios de Pediatría y/o con unidad de cuidados intensivos.

Rehabilitación y Seguimiento

- Si el paciente es incluido como un caso para el INSN San Borja, el seguimiento será realizado por el equipo multidisciplinario.
- Si el paciente es derivado al Instituto Nacional de Salud del Niño para una Cirugía Plástica. Una vez realizada la fase quirúrgica el niño retorna al hospital base para realizar seguimiento y rehabilitación, según evolución hasta los 18 años de vida.
- Los pacientes que son operados en otros hospitales los seguimientos se realizarán en cada uno de ellos.

Equipo de Especialistas para la rehabilitación del paciente fisurado

El equipo de atención al paciente fisurado deberá estar compuesto a lo menos por los siguientes especialistas:

- Ortodoncista
- Terapeuta de lenguaje
- Otorrinolaringólogo
- Odontopediatra
- Psicólogo
- Enfermera

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 20 de 43
--------------------	--	-------------------





Uno de estos profesionales deberá ejercer la función de coordinación.

Diagnóstico y plan de tratamiento por Otorrinolaringólogo

Requisitos:

- Participación en reunión de equipo multidisciplinario.
- Examen clínico realizado por ORL antes de los 3 meses de vida.
- Diagnóstico y plan de tratamiento integral, que incluya oído y velo faringe.
- Tratamiento que incluya la evaluación de exámenes complementarios, tales como: Impedanciometría, potenciales evocados, nasofibrolaringoscopia.
- Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Terapeuta de Lenguaje

Requisitos:

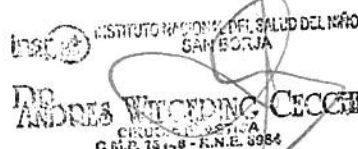
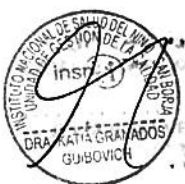
- Participación en reunión de equipo multidisciplinario.
- Evaluación de la función del velo, según necesidad, en conjunto con el Otorrinolaringólogo.
- Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Odontopediatra

Requisitos:

- Participación en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Evaluación y/o intervención ortopédica prequirúrgica a los días de nacido, previa coordinación con el cirujano plástico para la

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 21 de 43
--------------------	--	-------------------



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Dra. Wieslawa de Pawlikowski A.
CIRUGÍA PLÁSTICA
CMP 21645 - RNE: 9503



Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

selección del paciente que será tratado con ortopedia prequirúrgica.

- Se realizará la toma de impresión, diseño, confección, instalación y activación del moldeador nasal y/o moldeador naso-alveolo-palatino. Aproximadamente de 3 - 4 meses, según el caso lo requiera.
- Evaluación del estado de salud bucal a partir de los 6 meses de vida del niño fisurado.
- Evaluación y controles con exámenes complementarios como radiografías, modelos de estudio y fotografías.
- Plan de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Ortodoncista

Requisitos:

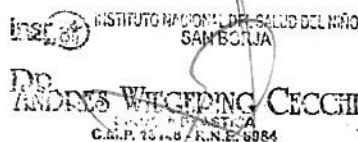
- Participación en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Evaluación de la oclusión y de la relación máximo mandibular, según necesidad.
- Evaluación y/o intervención: ortodoncia interceptiva / ortodoncia con aparatología fija.
- Evaluación y/o intervención: ortodoncia pre y post cirugía ortognática.
- Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Terapeuta Lenguaje.

Requisitos:

- Participación en reunión de equipo multidisciplinario.
- Evaluación del labio, cicatriz del labio, evaluación postural, evaluación del hábito de respiración bucal, según necesidad.
- Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 22 de 43
--------------------	--	-------------------





Diagnóstico inicial y plan de tratamiento por Psicólogo

Requisitos:

- Participación en reunión de equipo multidisciplinario.
- Entrevista realizada por el psicólogo a los padres y/o cuidadores del paciente fisurado antes de un mes de nacido el paciente.
- Plan de seguimiento y educación a padres y/o cuidadores.

Deberá existir una efectiva comunicación entre ambos equipos Quirúrgico y de Rehabilitación para el cuidado de los niños y adolescentes. Con una correcta coordinación en la entrega de la información a los padres, pacientes y el resto de los profesionales tanto del nivel primario como secundario.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento

Los efectos adversos y colaterales dependen de la gran variedad anatómica de ésta patología, no se cuenta con fórmulas rígidas y deben ser manejadas en el centro nacional de referencia para fisura labio palatina.

6.4.4 Criterios de Alta

Paciente dado de alta a los 18 años luego de la evaluación por el equipo multidisciplinario: Cirujano Plástico, Otorrinolaringólogo, Terapeuta de Lenguaje, Odontopediatra, Ortodoncista y Psicólogo.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 23 de 43
--------------------	--	-------------------



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
 Dra. Wieslawa de Pawlikowski A.
 CIRUGIA PLÁSTICA
 CMP 21645 - RNE: 9503



6.4.5 Pronostico

Es importante tener presente que el 99% de estos niños logran la mejoría, con la técnica y biberón indicados, alimentarse sin necesidad de sondas de alimentación. Los problemas se pueden suscitar en pacientes con secuencias de Pierre Robin o Síndromes de Treacher-Collins, por la dificultad respiratoria o en algunos síndromes complejos sobre todo con alteraciones neurológicas.

6.5 COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son mala cicatrización, fístulas oronasales, dehiscencias, alteraciones en la mordida, dislalias, etc.

Dichos pacientes deben ser transferidos para ser evaluadas por el equipo multidisciplinario.

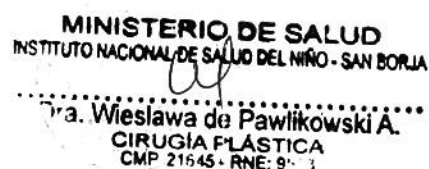
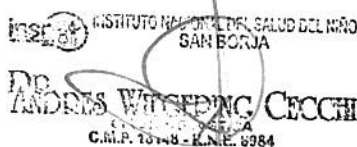
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Todo niño nacido con fisura Labio Palatina será derivado desde la maternidad para la confirmación diagnóstica en el Centro Nacional de Referencia de pacientes con fisura labio palatina, el cual está constituido por un equipo multidisciplinario especializado en el área y los que previa evaluación individual de cada caso y de acuerdo a la complejidad del mismo decidirá, la derivación respectiva. Estos entregarán a la madre, indicaciones en temas como: alimentación, cuidados al dormir, prevención de infecciones respiratorias agudas, etc.

La colaboración oportuna que el equipo multidisciplinario debe entregar permitirá evitar las secuelas prevenibles.

Se contrarrefiere al centro de origen al terminar tratamiento.

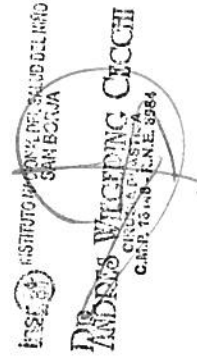
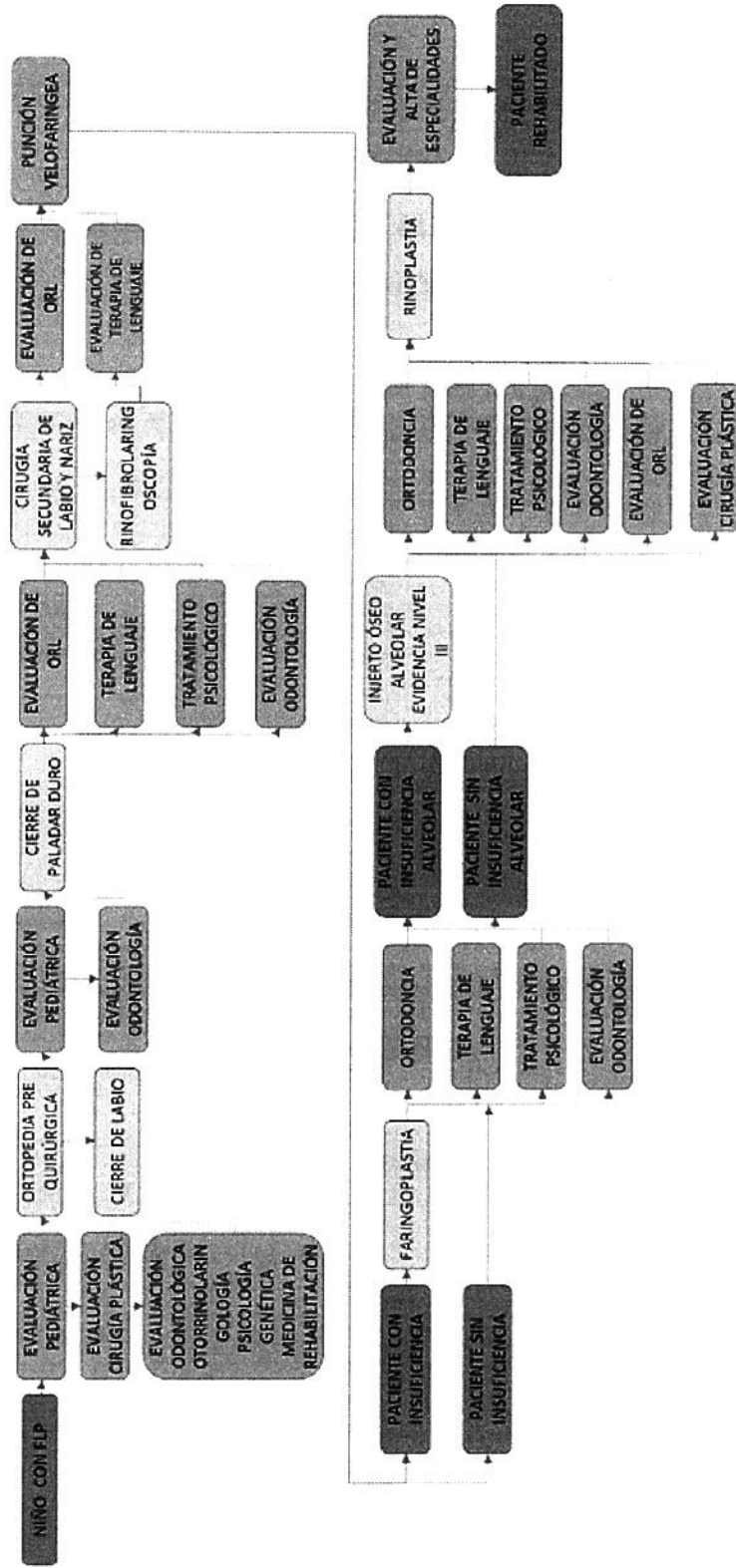
Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 24 de 43
--------------------	--	-------------------





6.7 FLUXOGRAMA

Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

7. Anexos

ANEXO 1

CRONOGRAMA ESTIMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIAL

MESES/AÑOS

Table with columns for MESES (1-11) and AÑOS (1-18) and rows for various medical specialties like Confirmación diagnóstica, Psicología, Conformador nasal, Cirugía, etc.

*entrevista a los padres

(x) periodo entre 3 y 6 meses

ANEXO 2

CRONOGRAMA ESTIMADO PARA LA ATENCIÓN FISURA PALATINA AISLADA

MESES/ AÑOS

Table with columns for MESES (1-11) and AÑOS (1-18) and rows for various medical specialties like Confirmación diagnóstica, Psicología, Cirugía, etc.

(x) periodo entre 3 y 6 meses

Fecha : Marzo 2017

Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01

Página : 26 de 43



MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA Dra. Wieslawa de Pawlikowski A. CIRUGIA PLÁSTICA CMP 21645



ANEXO 3

CUIDADOS DE ENFERMERIA
PACIENTES CON FISURA LABIO Y/ PALATINA

1. Alimentación en el lactante con fisura de labio, paladar o labio y paladar

El nacimiento de un niño o niña con fisura trae consigo una serie de interrogantes. Una de las más urgentes de solucionar es la relacionada con la necesidad básica de alimentación de este recién nacido, para que pueda crecer y desarrollarse en forma exitosa.

Es importante recordar que la alimentación de un lactante, no solo implica entregarle los nutrientes necesarios, sino también generar un espacio de contacto físico grato y relajante, que sea la base de una buena relación afectiva. También es muy importante el contacto visual y acunar al bebé como base de una comunicación temprana.

La técnica de amamantamiento de un bebé con fisura requiere preparación psicológica de la madre. El bebé se coloca en forma vertical adaptándose ambos a la posición más cómoda. Introducir la areola mamaria completa en la boca del bebé, realizar maniobras de ordeñamiento para ayudar a la succión y eliminar el aire deglutido unas cuatro veces durante la mamada.

Si al cabo de 48 horas, el bebé permanece insatisfecho, llora, no se aprecia incremento de peso post mamada, se deberá adicionar leche materna en biberón enseñando a la madre la técnica de extracción y conservación de su leche. Para compensar las posibles dificultades, se puede recurrir a:

- Lactancia materna (pecho) con técnica y postura adecuada. - Leche materna en mamadera, adecuando la técnica y postura, evaluando los diferentes tipos de mamaderas y chupones disponibles.
- Alimentación por mamadera mixta (leche materna y fórmula) o exclusivamente de fórmula, con técnica y postura adecuada, evaluando los diferentes tipos de mamaderas y chupones disponibles.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 27 de 43
--------------------	--	-------------------





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

En todo lactante es normal que se pierda hasta el 10% de su peso al nacimiento, como también es normal recuperarlo entre la 2ª y 3ª semana de vida. Este período de recuperación del peso, en algunos casos, toma más tiempo en los niños con fisura, pero se logra más exitosamente cuando hay una adecuada supervisión y asesoría en la técnica de alimentación ajustada a cada lactante.

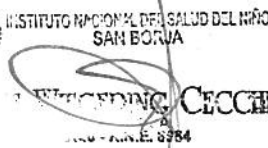
Un buen método de alimentación consiste en educación a las madres, uso de las mamaderas exprimibles y monitorización del peso hasta el cierre del labio. La técnica con biberón es similar a la utilizada en amamantamiento al pecho, manteniendo una posición de Fowler para disminuir el riesgo de salida de leche por las narinas, llenar siempre el chupón para disminuir la ingesta de aire de por sí más frecuente en los bebés con fisura labio palatina. Se han descrito innumerables adecuaciones para facilitar la alimentación: dirigir el chupón hacia el lado sano; realizarle varios orificios hacia abajo para emular la salida de leche del pezón materno y dirigir el chorro directo a la faringe; colocar un dedo sobre la fisura durante la alimentación para ayudar en los movimientos de succión; colocar una cinta adhesiva sobre la fisura como tracción y/o “cubrir el defecto”

Entre los chupones existen diferentes tipos, incluyendo aquellos con válvulas para regular el flujo y el acceso de aire durante la alimentación. Es importante tener presente que debemos estimular la succión del bebé, aunque su proceso de alimentación sea asistido. Cuando el bebé se presente con hambre y en estado de alerta siempre se debe permitir que succione en forma espontánea antes de “ayudarlo”.

Consejos a las madres

- Un niño o niña fisurado, tomará más tiempo para alimentarse.
- Si va a utilizar una mamadera exprimible, familiarícese con su uso antes de alimentar al bebé.
- La posición para alimentar debe adecuarse a su condición, manteniéndolo Fowler, y en una posición cómoda para la madre, o persona que alimenta al niño o niña.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 28 de 43
--------------------	--	-------------------





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

- La salida de leche por la nariz es habitual. Este evento puede generar temor y ansiedad en la madre y el niño o niña, pero no produce dolor en el bebé. Simplemente se debe tomar un descanso, limpiar al niño o niña con un paño, ajustar la postura y continuar con la alimentación.
- Un niño o niña con fisura aprenderá a alimentarse en buenas condiciones, al igual que los demás lactantes, luego de un período de aprendizaje. Para esto es indispensable que la madre esté tranquila.
- Si la decisión es la alimentación con mamadera, la madre puede lograr un vínculo afectivo igualmente sólido con su hijo o hija.

No sentirse culpable y disfrutar del tiempo que comparte con él. Existe evidencia de la importancia de un equipo interdisciplinario en la atención de un niño o niña con fisura; sin embargo, hay registro que esta intervención se realiza a partir de los 4 días de vida una vez egresado de la maternidad. En particular hay indicación de enfermeras especialistas para: consejo familiar, guía y técnicas de nutrición, educación continua sobre alimentación y ganancia de peso.

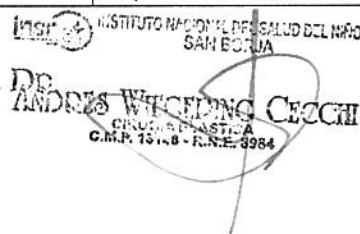
2. Atención de Enfermería Quirúrgica

Procedimientos de enfermería pre operatoria: mantener una información constante y fluida con la enfermera, supervisando el incremento pondo estatural, técnica de la alimentación indicada, estímulo del desarrollo psicomotor, y cuidados de la mucosa oral por falta de protección de la piel en el caso de presentarse morbilidad intercurrente.

Cuidados pre operatorios:

Precisar todo tipo de patologías: cardiopatías (CIV, CIA, etc), que exigen solicitar un pase del cardiólogo para la intervención, RGE, ITU; alteraciones neurológicas (microcefalia, hipotonía muscular, etc), lo que requerirá un pase del neurólogo; problemas esqueléticos: micrognatia o microsomía hemifacial que puede dificultar la intubación orotraqueal para la anestesia (colocación de abre bocas, en cirugía de paladar).

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 29 de 43
--------------------	--	-------------------





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

Solicitud exámenes sanguíneos: grupo y Rh, hemograma completo, tiempo de protrombina y TTPK. Estos exámenes deben estar dentro de rangos normales, de estos revisten primordial importancia las cifras de hematocrito y hemoglobina porque las pérdidas sanguíneas en niños(as) pequeños(as) en la cirugía del labio, alcanzan un promedio de 40 ml, en la cirugía de labio y rinoplastía primaria 55 ml y en la cirugía de paladar 110 ml, considerando que su volemia es alrededor de 550 ml. Son tan importantes como el hematocrito y la hemoglobina las pruebas de coagulación .

Realizar pre ingreso de enfermería: examen físico acucioso: antropometría, verificando peso mínimo para la cirugía, CSV, periodo de ayuno (2 hrs. para líquidos claros, 6 hrs. para leche y 4 hrs. en caso de lactancia materna exclusiva), reevaluar piel y mucosa, exámenes de laboratorio, verificar que se cumpla el examen cardiopulmonar y clínico de preingreso médico, lectura y firma del consentimiento informado. Entregar material educativo de apoyo con todas las indicaciones pre operatorias (horas ayuno, hora citación, aseo, pijama, etc).

Procedimiento de enfermería post operatoria fisura labio

- Realizar curaciones de la sutura labial mínimo 4 veces al días con agua destilada, isopos y unguento antibiótico.
- Educar a la madre y/o cuidadora sobre cómo realizar curaciones en casa. Indicación a la madre sobre alimentación de preferencia al pecho o mamadera ya que según estudios no produce dehiscencia y provoca menos irritación en el paciente.
- También indicaciones de analgesia y antibióticos si fueron prescritos.

Procedimiento enfermería post operatoria en fisura de paladar.

- La realimentación en niños sometidos al cierre del paladar es más lenta y dificultosa.
- Se inicia la alimentación con sorbos de agua fría, helado, jugo frío, yogurt, gelatina o leche con cucharita, o jeringa.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 30 de 43
--------------------	--	-------------------



MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Dra. Wiesława de Pawlikowski A.
CIRUGIA F. L. ASTICA
CMP 21645 - 1997-09-03



Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

- La alimentación exclusivamente líquida se debe mantener por 48 hrs, luego de las cuales y según condiciones de la herida quirúrgica puede cambiar a papilla, todo el alimento deberá ser colado.
- Posterior a cada alimentación dar a beber agua pura para limpiar la zona operada en forma de arrastre, sea esta líquida o papilla.
- Debe evitarse el uso de biberón, cañitas o cualquier aditamento que requiera succión.
- Es posible que a consecuencia del uso de abre bocas el paciente presente erosiones en las comisuras, explicar a los padres y señalar la mejor forma de revertir la situación aplicando cremas cicatrizantes a base de óxido de zinc con vitaminas o vaselinas.

Procedimiento enfermería post operatorio de faringoplastía.

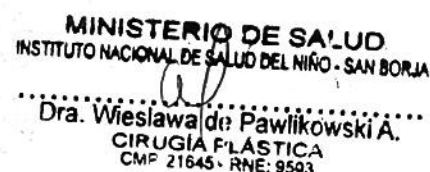
- Es una cirugía con riesgo de sangrado, odinofagia, con dolor cervical por varios días. - Analgesia y antiinflamatorios.
- Régimen líquido por 48hrs. y posterior régimen de papilla.
- Ingesta de agua post alimentación y enjuague con antiséptico bucal.
- Restricción actividad física por unos 15 días.
- Controles periódicos.

Procedimiento enfermería post operatorio injerto óseo.

Existen 2 zonas operatorias que proteger:

- a) **Zona intraoral:** requiere como curación enjuague bucal con clorhexidina después de cada alimentación.
- b) **Zona de la cadera:** no se toca por ser considerada una herida limpia no contaminada y generalmente las suturas se retiran después de 10 días.
 - Dieta líquida fría por 2 días (leche, helado, jalea, etc) y luego papilla de bebé por 10 días.
 - Reposo en cama los primeros días en posición semi fowler.
 - No realizar esfuerzos físicos, ni actividad física por unos 15 días.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 31 de 43
--------------------	--	-------------------





Procedimiento enfermería pre y post operatorio correcciones labiales, retoques nasales o nasolabiales

Verificar exámenes preoperatorios, ayuno, morbilidad.

- Educar al niño o niña para cuidar su herida quirúrgica.
- Realizar curaciones 4 veces al día con agua destilada o agua hervida fría cuando el niño o niña sea dado de alta, más isopos y ungüento antibiótico.
- Lavar sus dientes con suavidad.
- Restricción de alimentación según cirugía por algunos días.

Procedimiento de enfermería pre y post operatoria de rinoplastías y rinoseptoplastías

- Verificar exámenes preoperatorios.
- Horas de ayuno (8hrs).
- Piel de la cara: libre de espinillas, impétigo, herpes u otras infecciones; en casos de jóvenes con acné, derivar al dermatólogo.

- ✓ En caso de náuseas o vómitos por la anestesia general se indicarán antieméticos.
- ✓ Quedan con yeso o férulas moldeables y tapones nasales que se retiran entre 3er y 4to día post operado.
- ✓ Aplicar hielo molido en el post operatorio inmediato para favorecer la vasoconstricción, y disminuir el edema y dolor.
- ✓ Mantener posición semi-fowler.
- ✓ Realizar reposo.
- ✓ Evitar deportes de contacto.
- ✓ Las primeras horas de post operado régimen líquido-liviano y realimentarse según tolerancias.
- ✓ Higiene oral cuidadosa.
- ✓ Realizar curaciones 4 veces al día con agua destilada, cotonitos y ungüento oftálmico de CAF.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 32 de 43
--------------------	--	-------------------





Anexo 4

Guía para padres

Labio leporino y fisura palatina

El nacimiento de un hijo con “labio leporino” (que técnicamente se llama Fisura Labio Alveolo Palatina- FLAP) es un suceso que preocupa profundamente a los padres y que ocasiona desorientación ante los interrogantes sobre su causa y la posibilidad de que pueda afectar a otros hijos en el futuro.

El propósito de esta guía es dar información a los padres de las posibles causas y explicar qué se puede hacer cuando nace un niño con labio leporino y cómo se puede obtener una adecuada recuperación con los tratamientos disponibles actualmente.

La fisura va a condicionar el crecimiento del área del labio y el paladar y, dependiendo de su severidad, tiene repercusiones en la alimentación, el habla y la audición, el nacimiento de los dientes y desarrollo del maxilar.

Por ello, en el tratamiento del niño participarán desde el primer momento un equipo multidisciplinario que lo integran el cirujano plástico, el pediatra, el otorrinolaringólogo, el terapeuta de lenguaje, el psicólogo, el dentista y el ortodoncista, cada uno con una función secuencial y coordinada.

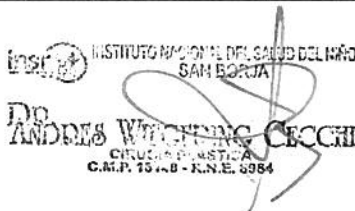
Sabemos que nuestra sistemática de tratamiento es una más dentro de las posibles opciones de tratamiento integral, lo más importante es seguir una línea coherente de tratamiento para cada paciente que nos conduzca al mejor resultado posible para el cual es imprescindible la máxima colaboración de todos, niños, padres y profesionales

LA FISURA LABIO-ALVEOLO-PALATINA

La fisura labio-alveolo-palatina (FLAP) es una malformación congénita de la cara que afecta al labio superior, la región alveolar (encías) y al paladar duro y blando en una amplitud variable. Así, puede afectar desde solamente el rojo del labio o solamente la úvula (campanilla), hasta la abertura total del labio y el paladar en los dos lados de modo completo.

Las fisuras labio-palatinas se dan en uno de cada setecientos nacimientos y su causa es desconocida.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 33 de 43
--------------------	--	-------------------





Alimentación y cuidado de enfermería del niño fisurado

Los patrones de deglución y alimentación del niño fisurado están alterados. Los niños con labio hendido quizás tengan problemas a la hora de coger el pezón. Los niños con fisura del paladar no pueden crear suficiente presión negativa para succionar la leche y pueden tener en algún momento retorno de alimento por la nariz. Para minimizar esto, será bueno colocar al niño incorporado al menos 45 grados para aprovecharnos de la ventaja de la gravedad y estimular el reflejo de deglución. Además es fácil que los niños fisurados traguen más aire de lo habitual con la ingestión de leche lo que favorece la regurgitación y la aparición de cólicos. Se ha de tener paciencia y dedicar algo más de tiempo de lo normal en la alimentación

En algunos casos se pueden utilizar placas de plástico que cierran el paladar para facilitar la alimentación. Estas placas requieren modificaciones y ajustes frecuentes

El tratamiento de un niño con fisura labio-palatina no consiste en una sucesión de operaciones quirúrgicas, sino más bien en una serie de tratamientos complementarios tendentes a la rehabilitación funcional (respiración, deglución, masticación, audición y habla) y estética completa.

El tratamiento quirúrgico

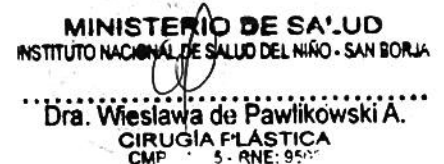
Si el niño goza de buena salud y ha ganado peso según lo previsto a la edad de tres meses se realiza el tratamiento quirúrgico del labio con el que el pequeño paciente recupera la armonía del rostro

A partir de los 12 meses se realiza la operación para el cierre del paladar. En la parte dura del paladar se obtienen tejidos de la parte lateral que se llevan al centro y se suturan cerrando así la comunicación con las fosas nasales. Para reparar el paladar blando se reconstruye el velo del paladar, que representa la parte funcionalmente más importante para la fonación y la deglución.

A la edad de 5-6 años se valora definitivamente la competencia del paladar reconstruido y si ésta no es la adecuada puede plantearse una intervención para estrechar la faringe (faringoplastia) que podrá corregir el defecto.

Entre los 9 y 11 años de edad se realiza la osteoplastia (injerto de hueso) de la fisura alveolar. Se trata de reconstruir la continuidad del hueso a nivel de la encía para que los dientes puedan salir y ordenarse adecuadamente. El injerto se obtiene de la cadera.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 34 de 43
--------------------	--	-------------------





Hacia los 15 años algunos pacientes necesitarán de pequeños retoques de la estética nasal o del labio y un pequeño porcentaje necesitarán de intervenciones mayores para corregir la oclusión dental (cirugía ortognática).

Después de la cirugía

En el postoperatorio inmediato la alimentación del lactante se hará con leche con la ayuda de una jeringuilla, evitando las tetinas, chupetes. Los pacientes operados de paladar deberán tomar una dita líquida estricta por un mes después de la cirugía.

Es importante que los padres estén en el hospital en la hora de las comidas.

Los puntos del labio NO se retiran después de la cirugía y se debe mantener la herida libre de costras con UNGUENTOS ANTIBIOTICOS. Los puntos de dentro del paladar se dejan para que caigan espontáneamente. Puede haber mal aliento, sangrado leve por la nariz o, a veces, expulsión de membranas durante las primeras semanas.

Algunas complicaciones pueden ocurrir en el postoperatorio. La más frecuente es la apertura de un agujero en la línea de sutura del paladar que puede aparecer hasta en un 20% de los casos y que puede requerir una segunda corrección más adelante.

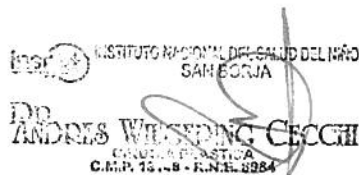
Papel del dentista

Los problemas de la dentición no sólo afectan al aspecto sino que tienen repercusión en la articulación del lenguaje y la capacidad de masticación, por lo que la atención al desarrollo dental del niño es importante.

El tratamiento ortopédico-ortodóncico se diseñan para guiar el crecimiento óseo mediante distintos aparatos. En los primeros meses de vida se puede modificar la disposición de los segmentos palatinos para favorecer el cierre del paladar y del labio utilizando diferentes sistemas que se preparan a medida para cada niño y deben utilizarse todo el día para ser eficaces, exigiendo la colaboración activa de los padres.

Mediante pequeños ajustes que se le hacen semanalmente, se guía el crecimiento del paladar estrechando la fisura alveolar y favoreciendo el cierre de la encía. En general, el niño se acostumbra pronto a la placa y su uso se hace simple en pocos días.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 35 de 43
--------------------	--	-------------------





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

El tratamiento de ortodoncia final mediante aparatos fijos con bracketts se realizará entre los 13 y 15 años y tiene como objetivo conseguir un buen engranaje dental (oclusión) y una sonrisa agradable desde el punto de vista estético

El papel del otorrinolaringólogo

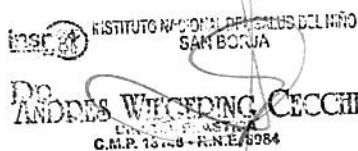
Las fisuras de paladar se asocian en muchos casos a patología del oído medio debido a un mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio (otitis fibroadhesiva, colesteatoma, etc.). Muchas veces es necesaria la colocación de tubos de ventilación.

El papel de la Terapia de lenguaje

El ámbito del lenguaje, la comunicación y el habla es uno de estos aspectos y será el logopeda quien acompañe al niño y a los padres en su normal desarrollo.

El niño debe poder desarrollarse normalmente, hablar de un modo comprensible y no presentar estigmas estéticos que le dificulten su vida de relación. Todo ello puede conseguirse con la estrecha colaboración de los profesionales y los padres del niño.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SCIV.01	Página : 36 de 43
--------------------	--	-------------------





8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. National Guideline Clearinghouse:
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=8571&nr=4764
2. CPG Infobase:
<http://www.cps.ca/english/statements/FN/fn06-01.pdf>
3. EBM Guidelines:
<http://www.joannabriggs.edu.au/protocols/obsbrachplexus.pdf>
4. SIGN SCOTISH INTERCOLEGIATE GUIDELINES NETWORK:
<http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html>
5. Newzalan guidelines group.:
<http://www.nzgg.org.nz>
6. Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001, "Using systematic reviews in clinical guideline development," in *Systematic Reviews in Health Care: Meta Analysis in Context*, 2nd edn, Egger M, Smith GD, & Altman D, eds., BMJ Publishing Group, Chatam, pp. 400-409. Ref ID: 3
7. Field MJ & Lohr KN 1992, *Guideline for Clinical Practice: from development to use*, National Academy Press, Washington DC. Ref ID: 1
8. Lohr KN 2004, "Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, pp. 9-18. Ref ID: 2
9. Philips J, Warren D, & et al. 2000, *Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies*. Chapel Hill (NC). Ref ID: 3
10. The AGREE Collaboration 2001, *EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA*., Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco AGREE Instrument Spanish version, London. Ref ID: 4
11. <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=fisura%20and%20labial&lang=pt>

Fecha : Marzo 2017

Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01

Página : 38 de 43



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SAN BORJA
Dr. ANDRÉS WIERCZING CECCHI
C.M.P. 16145 - R.N.E. 9503

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Dra. Wiesława de Pawlikowski A.
CIRUGÍA PLÁSTICA
CMP 21645 - RNE: 9503



Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

12. Interventions for the management of submucous cleft palate (WEB: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=palate%20and%20cleft&lang=pt>)
13. Manual de malformaciones y deformaciones Maxilofaciales. Montoya H, Ediciones Universidad de Concepción Mayo 1997
14. Incidence of the cleft lip and palate in the University of Chile Maternity Hospital and in maternity Chilean participating in the Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC) Nazer J, Hubner ME, Catalan J, Cifuentes L. Rev Med Chil. Mar; 129 (3)285 – 93
15. Parameters for Evaluation and treatment of patients with cleft Lip/Palate or other craniofacial anomalies. Official Publication of the American Cleft palate – Craniofacial Association. March 1993 Reviused April 2000.
16. Environment and genetics in the etiology of cleft lip and palate with reference to role of folic acid . Bianchi F, Calzolari E, Ciulli L, Cordier S, Gualandi F, Pierini A, Mossey P. Epidemiología e Prevenzione 2000; 24(1), 21-27
17. Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica, Diciembre 2000 y Abril 2001.
18. Roberts CT, Semb G, Shaw WC Strategies for the advancement of surgical methods in cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 1991 Apr;28(2):141-9
19. Etiopatogenia y tratamiento de las fisuras labio – máximo – palatinas.. Fac. Odontología U. De Chile.2004. Prof. Dra Dosris Cauvi León. Klga Rosa Córdova Mella.
20. Health Monitoring Poland: Oral Health and cleft lip – palate programes. Ministry of health in Poland, July 2000
21. Guías prácticas para el manejo del dolor agudo, 2002; 9-69 Sociedad de Anestesiología de Chile
22. Piffko, Mever y Joos , de la clínica de cirugía maxilofacial . Universidad de Munster, Alemania.
23. Optimal timig of clefft palate closure. Richard E. Kirschner, M.D.; Scott P. Bartlett, M.D. Plastic and reconstructive Surgery 2000; 106: 423- 425

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 39 de 43
--------------------	--	-------------------



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

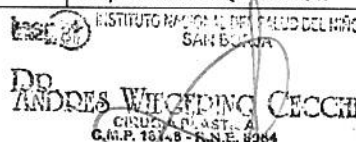
 Dra. Wieslawa de Pawlikowski A.
 CIRUGÍA PLÁSTICA
 CMP 21645 - RNE: 9503



Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

- 24. Health Monitoring in Poland: Oral and clef Lip-Palate programes. Ministry of Health Poland and European Commission, July 2000
- 25. Sommelard BC, Cleft Palate Craniofac. J. 2002, May; 39(3): 295 – 307
- 26. Izunza A, Plast Reconstr Surg, 2002, Nov; 110(6): 1401 – 7,
- 27. Rolando Prada M., Iván Cárdenas, FISULAB, Revista Colombiana de Cirugía Plástica y reconstructiva 2003
- 28. Yang S, Stelnicki EJ, Lee MN. Pediatr Dent. 2003 May-Jun;25(3):253-6.
- 29. Cleft Palate Craniofac J. 2001 Sep;38(5):468-75 Lip movement in patients with a history of unilateral cleft lip. Rutjens CA, Spauwen PH, van Lieshout PH.
- 30. Grabb and Smith Plastic Surgery 5ª edición: Chapter 20: Presurgical Orthopedics for Cleft lip and Palate. Barry H. Grayson and Pedro E. Santiago
- 31. 19 Short – term cost effectiveness analysis of presurgical orthopedic treatment in children with complete unilateral cleft lip and palate. Severens J L, Prah C, Kuijpers – Jagtman A M, Prah – aAndersen B. Cleft Palate – Craniofacial J.1998; 35(3):222-226
- 32. An intelligibility assesment of toddlers with cleft lip and palate who received and did not recieve presurgical infant orthopedic treatment. Konst EM, Weersink – Braks H, Rietveld T, Peters H. J. Commun Disord 2000 Nov-Dec ; 33(6): 483-499
- 33. Millard D. R. Jr. Cleft Graft: The evolution of its surgery. Vol I Unilateral Cleft. Boston Little Brown 1976,1977.
- 34. Mulliken JB., Repair of Bilateral Complete Cleft lip and nasal Deformity- State of the art. Cleft Palate Craniofacial. Journal, July 2000, vol 37 N° 4
- 35. Furlow LT Jr., Cleft palate repair by double opposing Z – plasty. Plast Reconstr. Surg 1986; 78: 724 – 736.
- 36. Kriens OB. An anatomical approach to veloplasty. Plast Reconstr. Surg. 43: 29, 1969

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 40 de 43
--------------------	--	-------------------



MINISTERIO DE SA'UD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
 Dr. Wieslawa de Pawlikowski A.
 CIRUGÍA F ÁSTICA
 CMP 21645 1503



37. Millard Dr. Jr. Cleft Craft: The evolution of this surgery, III in: Cleft Palate. Boston. Little Brown, 1976

38. René Rodríguez Martín. Revista Cubana de Estomatología, enero-junio, 1995.

39. Etiopatogenia y tratamiento de las fisuras labio – máximo – palatinas.. Fac. Odontología U. De Chile.2004. Prof. Dra Dosris Cauvi León. Pag 187-200

40. Cleft palate repair at 3 to 7 months of age, Kirschner, Richard. M.D. Plastic and Reconstructive Surgery Ma1 2000 Volume 105(6) pages2127-2132

41. Delaire, J.; Precious, D.; Gordeeff, A. "The advantage of wide superiostal exposure in primary surgical correction of labial maxillary clefts".

42. Karl-Víctor Sarnas, Bodil Rune. "Extraoral Traction to the Maxilla with face mask: A Follow-up of 17 Consecutively Treated Patients With and Without Cleft Lip and Palate" Cleft Palate Association Vol 24 N° 2 Pág 95-103. 1987.

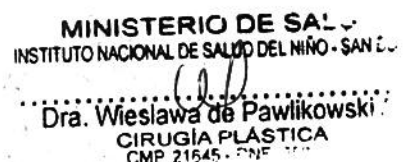
43. Fuchslocher G, Marti I, Cauvi D, "Ortopedia mediante el uso de la máscara de Delaire, en niños portadores de labio leporino unilateral y fisura velopalatina operados" Rev. Chilena de Ortodoncia 8:54-68. 1991.

44. Changeeng Yi Xue Za Zhi. 1994 (Sept) 17 (3); 226 -34.

45. Nasoalveolar molding and gingivoperiosteoplasty versus alveolar bone graft: An outcome analysis of costs in the treatment of unilateral cleft alveolus. Tracy M, Pfeifer, MS, MD., Barry H. Grayson, DDS and Court B. Cutting M.D. The Cleft palate Craniofacial J ;39(1): 26-29

46. Kozelj, Vesna. The Basis for presurgical orthopedic treatment of infants with unilateral complete cleft lip and palate. Cleft palate J. 2000; 37:26-31

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 41 de 43
--------------------	--	-------------------





Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

47. NATIONAL RECONFIGURATION OF CLEFT SERVICES. Guidance on making appointments to new cleft centres. 2001. Department of Health, Area 414, Wellington House. 133-155 Waterloo Road, London.
48. Intervenciones alimentarias para el crecimiento y desarrollo de niños con labio leporino, fisura palatina o labio leporino y fisura palatina - Glenny AM, Hooper L, Shaw WC, Reilly S, Kasem S, Reid .
49. The Cleft Palate – Craniofacial Journal
50. “Cleft Lip and Palate perspectives in management” SAMUEL BERKOWTTZ.
51. “Cleft Lip and Palate” R.B. Ross and M.C. Johnston
52. “Tratamiento de labio leporino y fisura palatina” – TRESSERRA W. 1977.
53. Converse, J.M. (ed): Reconstructive Plastic Surgery. Vol. 4. Philadelphia, W.B. SAUNDERS COMPANY. 1977.
54. Early treatment of cleft lip and palate: “Proceedings of the third International Symposium” September 27 – 29, 1984. University of Zurich, switzerland.
55. Mc CARTHY, J.G. (ed): Plastic Surgery Vol. 4.
56. Base de datos: CD-ROM (Health Source Plus, Serline) y en LÍNEA (ScienceDirect, EBSCO, OVID, MEDLINE).
57. MILLARD, D.R. J.R. (ed). Cleft Craft. Vol. 1-2-3. Boston, LITTLE, BROWN and Co., 1976.
58. BARDACH, J. y SALYER, K. (ed): Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate. Chicago, Year Book Medical Publishers Inc. 1987.
59. Plastic Surgery- Volume 3- The face Part 2 – McCarthy – p.2094, 1990.
60. Osorno, G.: Autogenous Rib Cartilage Reconstruction of Congenital Auricular Defects: Report of 110 Cases with Brent’s Technique. Plast Reconstr Surg, 104:1951, 1999.
61. Early treatment of cleft lip and palate. Hotz Margarit, Hans Huber Publishers, 1986. 15. Oral and Maxilofacial Surgery Clinics of North

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 42 de 43
--------------------	--	-------------------



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Dra. Wieslawa de Pawlikowski
CIRUGÍA PLÁSTICA
C.M.P. 15148 - R.N.E. 6984



Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio palatina

America Vol. 12 No. 3 August 2000. 16. Multidisciplinary Management of Cleft and Lip Palate. Januz Bardach, M.D. W.B. Saunders Company.

62. CORE CURRICULUM FOR CLEFT LIP/PALATE AND OTHER CRANIOFACIAL ANOMALIES A Guide for Educator prepared by the American Cleft Palate-Craniofacial Association 2002.

63. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for the evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Cleft Palate Craniofac. J. 30, (Suppl. 1):S1, 1993.

64. Clinics in Plastic Surgery – Advances in management of cleft lip and palate. Robert A. Hardesty. 1993

65. Plastic Surgery- Volume 4 – Cleft lip & palate – McCarthy – 1990.

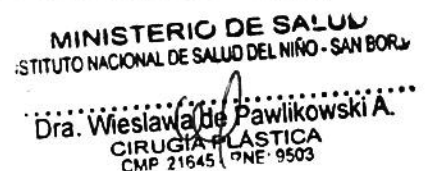
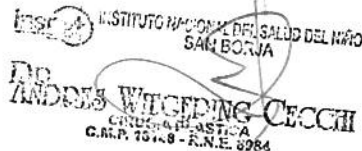
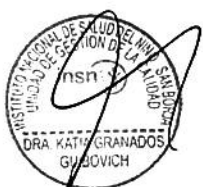
66. Witt, P.D., and Marsh, J.L. Advances in assessing outcome of surgical repair of cleft lip and cleft palate. Plast. Reconstr. Surg., 100: 1907, 1997.

67. Currículo Fundamental para Labio/Paladar Hendido y Otras Anomalías Craneofaciales. Una Guía Para Educadores Preparada Por La Asociación Americana de Hendiduras de Paladar y Craneofacial, 2007.

68. El Proyecto Eurocleft 1996 – 2000 (Who, Eurocleft, Eurocran)

69. Manejo Interdisciplinario De Labio Y Paladar Fisurado: Presentación De Protocolo.1989, Facultad de Odontología, Universidad Nacional De Colombia.

Fecha : Marzo 2017	Código : GPC -002-INSN-SB/SUAIEPEQ-SC-V.01	Página : 43 de 43
--------------------	--	-------------------



MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
CALLE 130 No. 130-10, San José, Costa Rica

