

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA



**“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
CON PROBLEMA DE FISURA LABIOPALATINA QUE ACUDEN AL
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, LIMA 2007”.**

Tesis presentada por la Bachiller:

JAQUELINE CRUZ VARGAS

Para optar el Grado Académico de:

**Magíster en Salud Pública con
Mención en Gerencia**

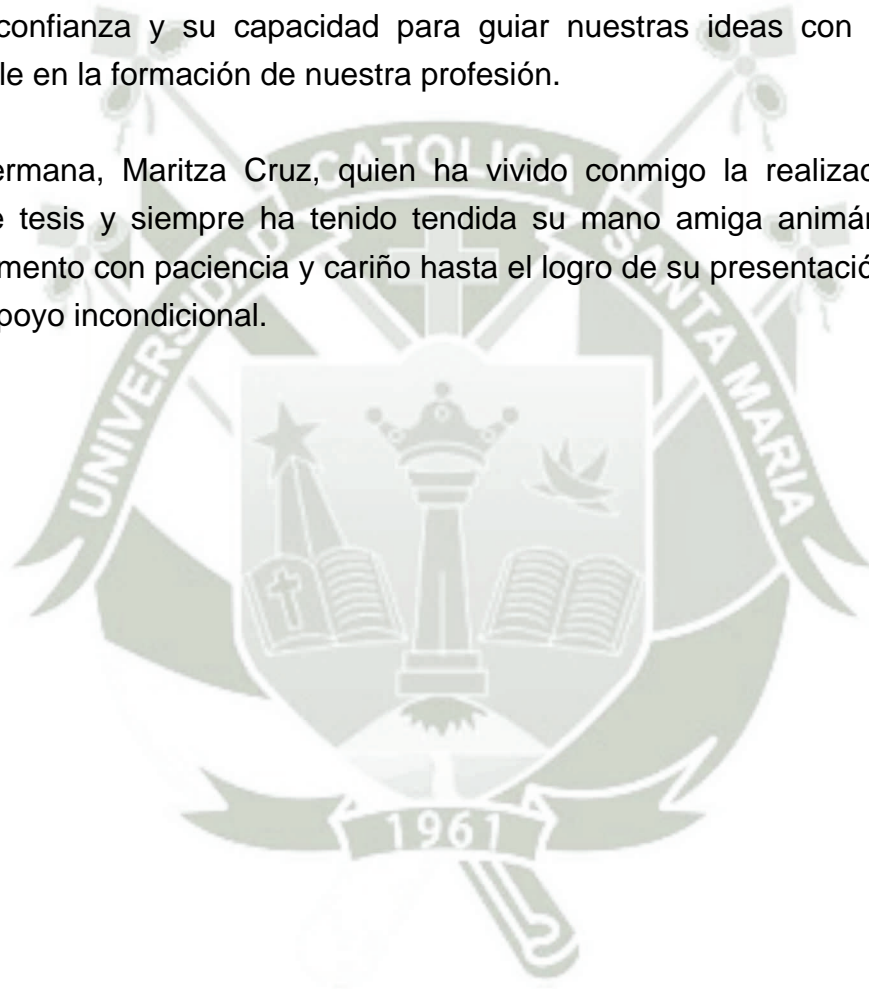
AREQUIPA, PERÚ

2010

AGRADECIMIENTO

A los profesores de las Maestrías de Estudios a Distancia de la Universidad Católica Santa María de Arequipa, quienes se esfuerzan constantemente para mejorar la calidad de su enseñanza; gracias por su disponibilidad para apoyo, por su confianza y su capacidad para guiar nuestras ideas con un aporte invaluable en la formación de nuestra profesión.

A mi hermana, Maritza Cruz, quien ha vivido conmigo la realización de la presente tesis y siempre ha tenido tendida su mano amiga animándome en todo momento con paciencia y cariño hasta el logro de su presentación, gracias por su apoyo incondicional.



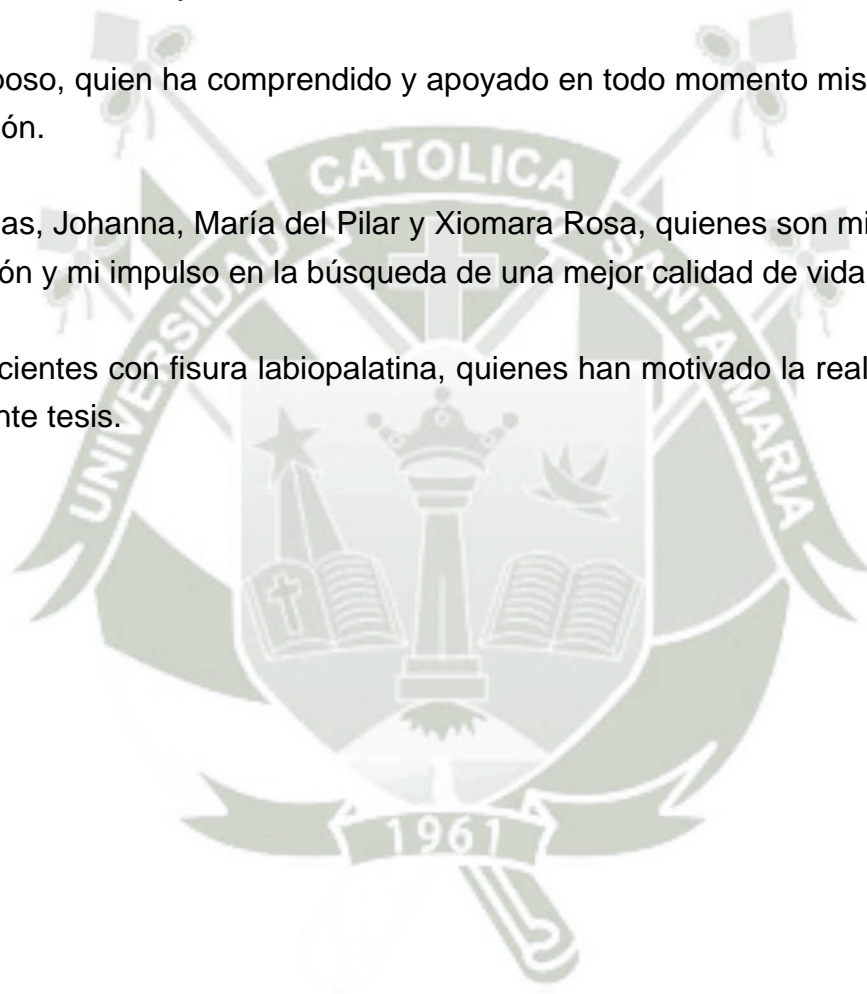
DEDICATORIA

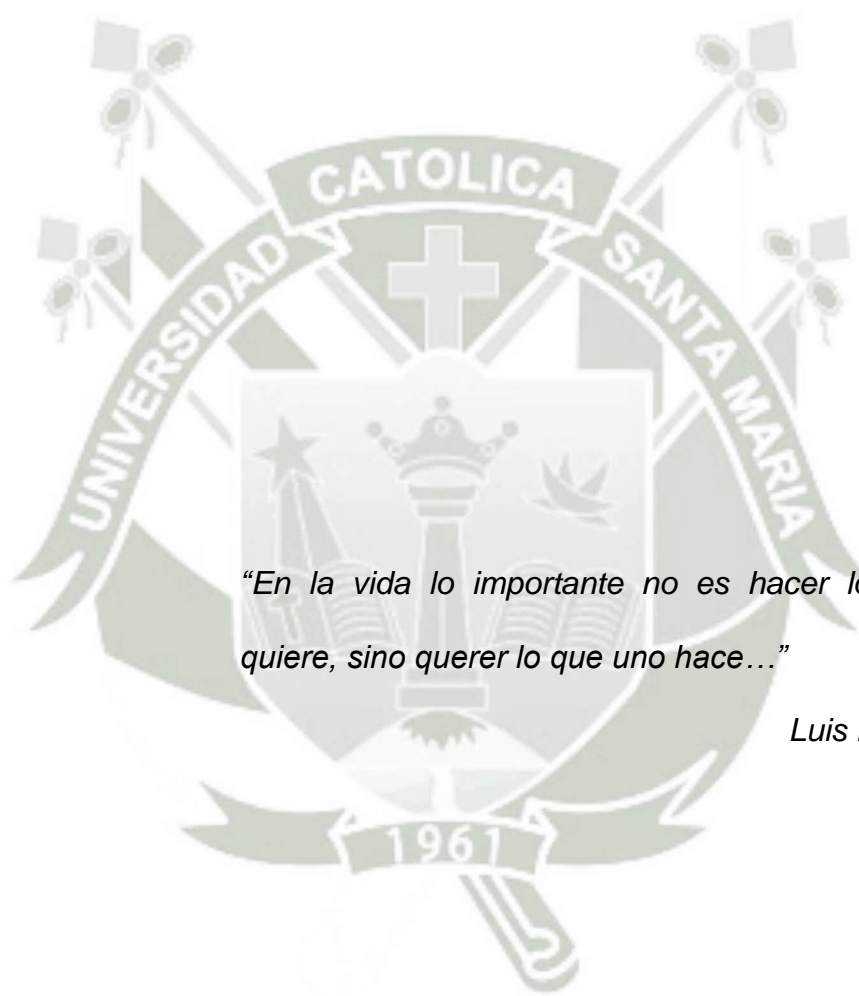
A mis padres, quienes me han brindado su apoyo para poder obtener la profesión de médico y servir a la comunidad.

A mi esposo, quien ha comprendido y apoyado en todo momento mis ansias de superación.

A mis hijas, Johanna, María del Pilar y Xiomara Rosa, quienes son mi fuente de inspiración y mi impulso en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

A los pacientes con fisura labiopalatina, quienes han motivado la realización de la presente tesis.





“En la vida lo importante no es hacer lo que uno quiere, sino querer lo que uno hace...”

Luis Monasterio

“El que aprende y aprende y no practica lo que sabe, es como el que ara y ara y no siembra”

Platón

ÍNDICE GENERAL

Resumen	6
Introducción	8
Resultados Sistematizados y Estudiados	9
1. Características Generales de la Población	10
2. Conocimientos de los Familiares Sobre Los Problemas de la Fisura Labiopalatina	29
3. Practicas de los Familiares en Torno a la Prevención y al Manejo Adecuado de los Problemas de la Fisura Labiopalatina	64
4. Relación Entre Conocimientos y Prácticas Sobre el Manejo Adecuado de los Problemas de la Fisura Labiopalatina	89
Conclusiones	99
Recomendaciones	100
Propuesta	102
Bibliografía	105
Anexos	107
Anexo N° 1: Proyecto de Investigación	108
Anexo N° 2: Matriz de Sistematización de Datos	151

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal con el objetivo de evaluar los conocimientos relacionados a las practicas que tienen los familiares de pacientes con fisura labio palatina que acudieron al Hospital Nacional Cayetano Heredia, a través de un cuestionario de preguntas aplicado antes de recibir atención en el consultorio médico de Cirugía Plástica.

La muestra estuvo representada por 80 cuestionarios efectuados en el período de 3 meses. Obtuvimos como resultado que la mayoría de los familiares de pacientes con fisura labiopalatina tienen conocimientos bajos a cerca de los problemas de los niños y estos están relacionados con prácticas inadecuadas.

Concluimos que los familiares de pacientes con problema de fisura labiopalatina tienen un nivel de conocimiento bajo a cerca del tratamiento del niño, tienen prácticas inadecuadas y existe una relación directa y fuerte entre el bajo nivel de conocimientos y las prácticas inadecuadas a cerca del tratamiento temprano, oportuno, cronológico y multidisciplinario del niño con fisura labiopalatina, las cuales son susceptibles de mejora con la finalidad de prevenir secuelas y complicaciones de difícil o ninguna solución en los niños.

Recomendamos la implementación de un sistema educativo que permita tener informados a los familiares a cerca del tratamiento adecuado de sus hijos y permita mejorar sus prácticas.

Proponemos mejorar el sistema educativo reforzado por un manual informativo para los familiares, el cual debe ser recibido en la primera consulta y aplicado en práctica, logrando una educación personalizada, dirigida y progresiva en los niños.

SUMMARY

A transverse study was realized with the objective of evaluate the knowledge related to the practices of the patient's family with cleft lip and palate who came to the Hospital Nacional Cayetano Heredia, across a questionnaire applied before receiving attention in the medical consulting room of Plastic Surgery.

The sample was represented by 80 questionnaires carried out in the period of 3 months. We obtained as result that the majority of the parents of patients with cleft lip and palate have low knowledge about the problems of the children and these are related to inadequate practices.

We concluded that the parents of patients with cleft lip and palate have a low knowledge level about the treatment of the child, inadequate practices and there are a direct and strong relation between low knowledge level and inadequate practices about the early, oportune, chronological and multidisciplinary treatment of the child with cleft lip and palate, which are capable to improvement with the purpose of anticipating sequels and complications with difficultly or no solution in the children.

We recommended the implementation of an educational system that allows having the informed parents near the adequate treatment of their children and allowing improve their practices.

We proposes to improve the educational system reinforced by an informative manual for the parents, who must received it in the first consultation and applied in practice achieving a personalized, directed and progressive education in children.

INTRODUCCIÓN

La educación en salud, con énfasis en actividades preventivo promocionales, es un elemento clave para el desarrollo socioeconómico de la comunidad. La educación de los padres de familia constituye un reto importante para lograr cambios que favorezcan el tratamiento oportuno y adecuado de la población infantil y sobretodo para aquellos que tienen menores posibilidades de acceso a sistemas integrales de salud, como es la población de niños con fisura labiopalatina que además tiene mayor vulnerabilidad para tener complicaciones y secuelas por desconocimiento del manejo oportuno, multidisciplinario y episódico que requieren los niños afectados por esta enfermedad.

El problema del tratamiento adecuado del paciente con fisura labiopalatina constituye un problema de Salud Pública en nuestro medio, ya que la falta de manejo oportuno, multidisciplinario y episódico se debe a desconocimiento de los familiares de estos pacientes sobre el esquema de tratamiento o a la imposibilidad de realizar prácticas adecuadas para el mismo por limitaciones de diversa índole.

La educación en salud se puede lograr en forma paulatina a través de diversos métodos y estrategias, siendo una de ellas la confección de un manual informativo que permita modificar la conducta de los familiares en beneficio de la mejoría de la salud y la prevención de las complicaciones en niños con fisura labiopalatina.

El contenido del presente documento incluye la descripción y análisis de los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los familiares de pacientes con problema de fisura labiopalatina que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, las características generales de la población estudiada, los conocimientos, las prácticas y los conocimientos relacionados a las prácticas, las conclusiones obtenidas, las recomendaciones, la propuesta de cambio, la bibliografía y los anexos que incluyen el proyecto de tesis y la matriz de sistematización de datos.



**RESULTADOS SISTEMATIZADOS Y
ESTUDIADOS**

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN.-

1.1. Datos Generales de la Población Encuestada.-

Tabla No. 01

Edades de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima – Perú

Grupo etáreo de las madres		
Edad de la madres	Número	Porcentaje
15 – 24	14	17.5
25 – 34	20	25.0
35 – 44	24	30.0
45 – 54	21	26.2
55 a más	01	1.3
Total	80	100%

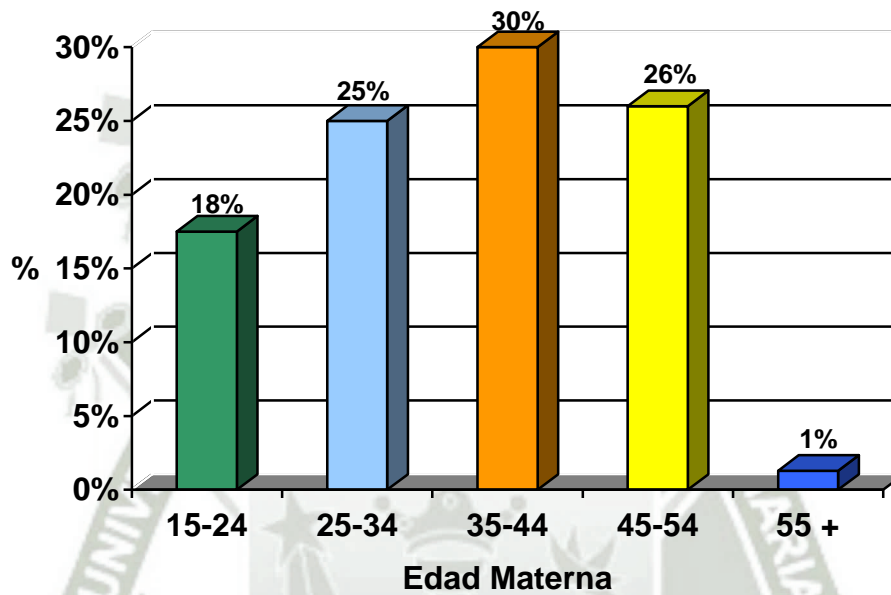
Fuente: Elaboración propia

Con relación a las madres encuestadas tenemos que el mayor porcentaje corresponde al grupo etáreo de 35 a 44 años teniendo un total de 24 (30%), seguido por los grupos de edades de 25 a 34 y 45 a 54 años llegando a un total de 25% y 26% respectivamente. Se aprecia que el grupo que predomina es de las madres mayores de 35 años, edad en la cual las madres asumen la responsabilidad de la atención de sus hijos y en el cual se pueden modificar los conocimientos y prácticas relacionados al tratamiento de sus hijos.

Tenemos un porcentaje elevado de madres jóvenes, de 15 a 24 años, con un total de 14 (17.5%), grupo caracterizado generalmente por la inexperiencia en el cuidado de sus hijos y por la necesidad de educación para el tratamiento de sus hijos con fisura labiopalatina. Tenemos también un porcentaje elevado de madres de 45 a 54 años (26.2%), grupo relacionado con los niños que tienen diversas secuelas y han acudido en forma reiterativa al consultorio solicitando tratamiento episódico debido a secuelas y complicaciones previas.

GRAFICO N° 01

Edades de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del Hospital
Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima – Perú



Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 02

**Número de Hijos de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

No. de Hijos de las Madres		
Nº Hijos	Número	Porcentaje
1 a 2	27	33.7
3 a 4	25	31.3
5 a 6	17	21.3
Mas de 6	11	13.7
Total	80	100%

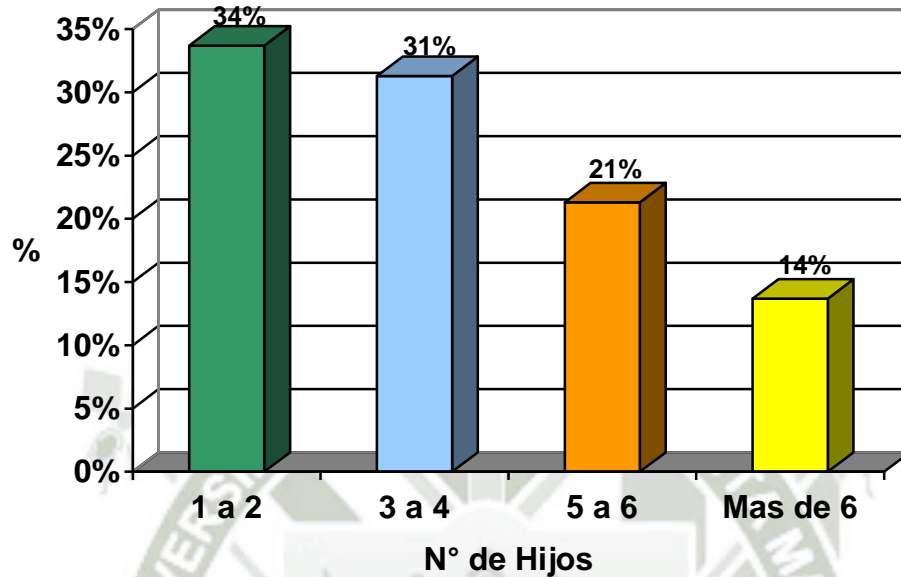
Fuente: Elaboración propia

Con relación al número de hijos, tenemos que la mayoría de madres encuestadas tiene de uno a dos hijos, llegando a un total de 27 (33,7%), seguido del grupo que tiene entre tres a cuatro hijos teniendo un total de 25 madres encuestadas (31,3%), llamando la atención que 17 (21,3%) tiene más de cuatro hijos y existiendo aún familias numerosas con mas de seis hijos llegando estas a un numero de 11 (13.7%) del total.

El mayor porcentaje de número de hijos esta dado por las madres que tienen de 1 a 2 hijos (33%), lo cual podría deberse a la edad joven de la mayoría de ellas y que podría ser beneficioso para disponer de mayor tiempo para el cuidado de sus hijos y el tratamiento de su enfermedad vigilando el crecimiento y desarrollo óptimo de los mismos. Sin embargo llama la atención que 28 (25%) de las madres tienen más de cuatro hijos y que en nuestro país corresponde a la clase socio económica con bajos recursos económicos en las cuales no se logra una adecuada efectivización de los métodos de planificación familiar y las mismas que tienen escasez en la atención de los servicios de salud debido a que habitan en poblaciones alejadas de nuestro ámbito; esto a su vez se relaciona con la etiología multifactorial en la producción de la fisura labiopalatina referido a la carencia vitamínica de ácido fólico en la etapa pre e intraconcepcional de la madre que va de mano con la escasez de recursos económicos que tiene la madre para mejorar su alimentación.

Grafico No. 02

Número de Hijos de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: Propia

Tabla No. 3

**Procedencia de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Procedencia de las Madres		
Procedencia	Número	Porcentaje
Costa	14	17,5
Sierra	44	55,0
Selva	22	27,5
Total	80	100 %

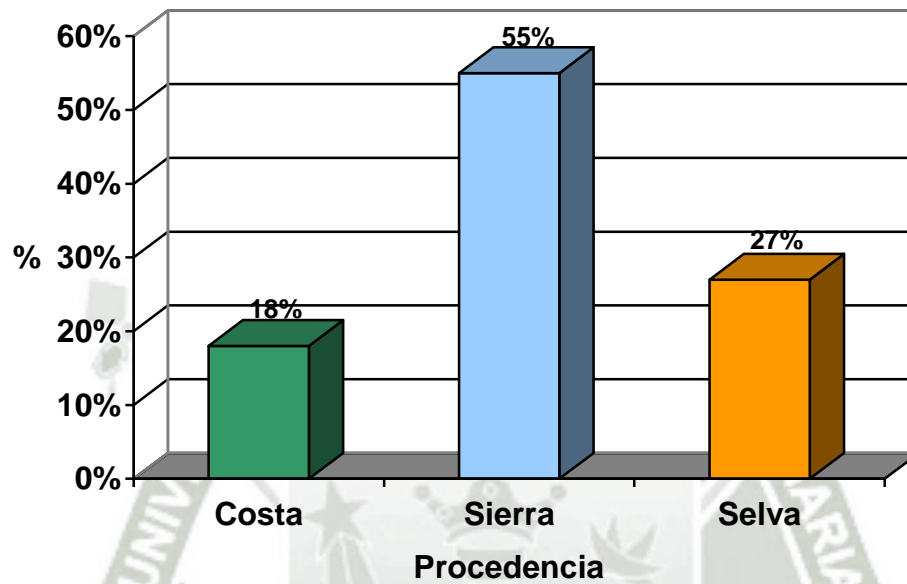
Fuente: Elaboración propia

La procedencia de las madres encuestadas en su mayoría es de la Sierra llegando a un total de 44 (55%), sin embargo existen también pacientes procedentes de la Selva con un número de 22 (27,5%) y de la Costa con un total de 14 (17,5 %).

El mayor porcentaje de fisuras en la población se correlaciona directamente con el mayor nivel de altura del hábitat de los pacientes, que ocurre en la Región Sierra, es decir que a mayor altitud de procedencia del paciente, tiene más riesgo de presentar fisura labiopalatina. Este dato coincide con la referencia encontrada por Navarro (12) donde menciona que hay mayor predisposición de tener fisura labiopalatina en pacientes procedentes de mayor altitud.

GRAFICO Nº 03

Procedencia de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 04

Grado de Instrucción de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Grado de Instrucción de las Madres		
Grado de Instrucción	Número	Porcentaje
Analfabeta	03	3,7
Primaria incompleta	21	26,3
Primaria completa	16	20,0
Secundaria incompleta	17	21,3
Secundaria completa	15	18,7
Superior	08	10,0
Total	25	100%

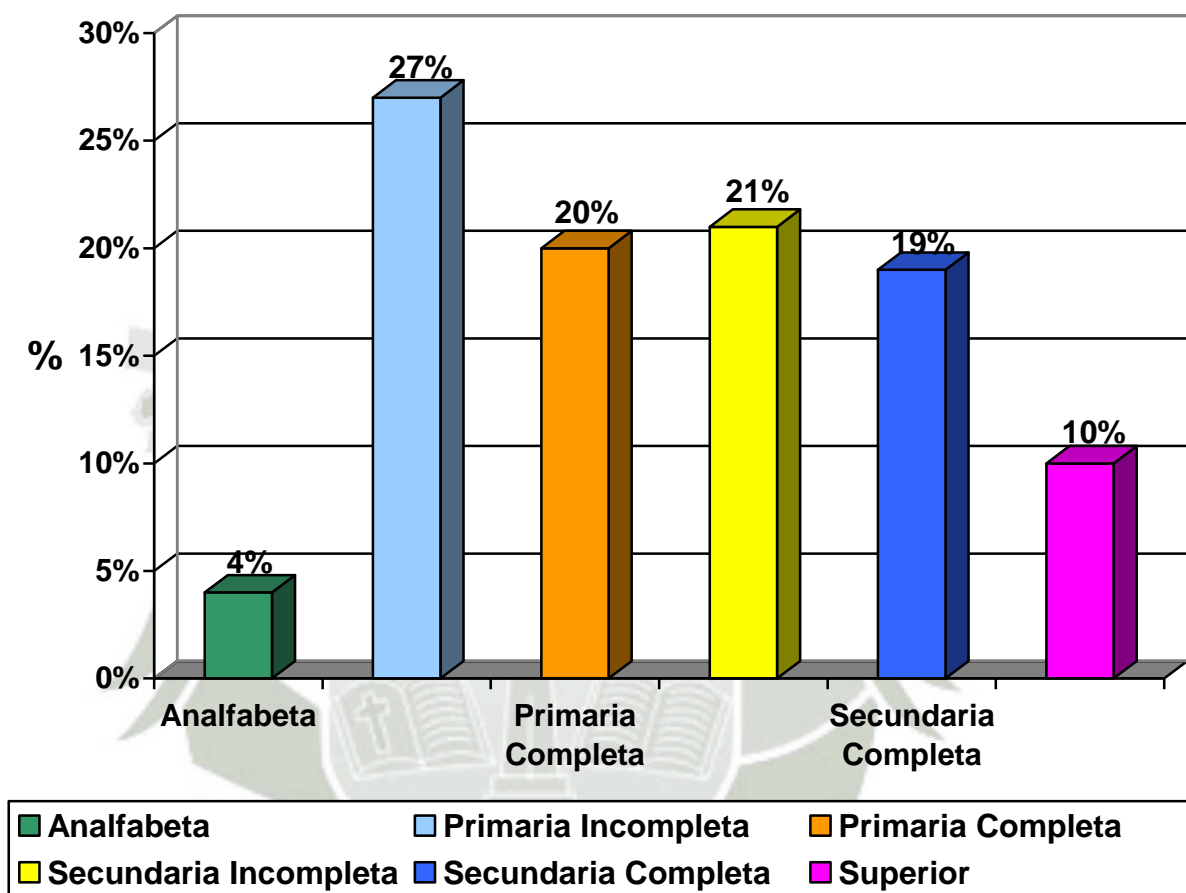
Fuente: Elaboración propia

El grado de instrucción de las madres es en su mayoría del nivel primario incompleto llegando a un total de 21 (26,3%), seguido del grupo que tiene secundaria incompleta con un total de 17 (21,3%) y del grupo que tiene primaria completa 16 (20%). El menor grupo esta conformado por las madres con educación superior que llegan a un numero de 8 (10%).

El nivel bajo de educación de las madres encuestadas esta relacionado con el bajo nivel socioeconómico de las familias y con la afluencia de este tipo de pacientes a hospitales estatales como es el Hospital Nacional Cayetano Heredia, constituyendo un grupo vulnerable ya que la producción de fisura labiopalatina se produce con mas frecuencia en población pobre y con recursos limitados que no les permite acceder a otros niveles de atención en salud y que además requieren de mayor educación a cerca del tratamiento adecuado de los niños con fisura labiopalatina.

Grafico N° 04

Grado de Instrucción de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 05

**Ocupación de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Ocupación de las Madres		
Ocupación	Número	Porcentaje
Labores de casa	70	87,5
Empleada	05	6,3
Obrera	02	2,5
Estudiante	01	1,2
Comerciante	02	2,5
Total	80	100%

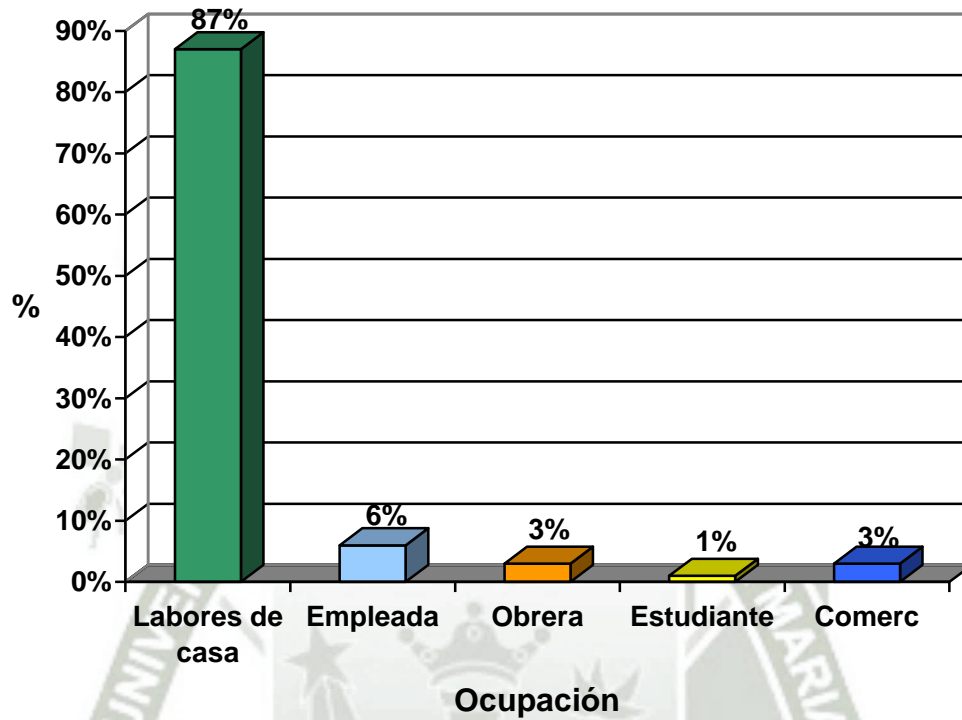
Fuente: Elaboración propia

Respecto a la ocupación de las madres encuestadas, La mayoría de ellas 70 (87,5%) tiene como ocupación las labores de casa. En número mínimo las madres encuestadas tienen como ocupación el ser empleada, obrera, estudiante o comerciante llegando a un total de 7 (9%).

La mayoría del grupo trabaja realizando labores de casa (87,5%), lo cual está relacionado con el bajo nivel socioeconómico que presentan, el bajo nivel de educativo que en su mayoría llega a la educación escolar inconclusa y a la procedencia de la Sierra de las mismas. Siendo el Hospital Nacional Cayetano Heredia un hospital público, acuden a este para tratamiento las familias con menores recursos económicos.

Gráfico N° 05

Ocupación de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 06

Ingesta de Medicamentos Durante los Tres Primeros Meses de gestación de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

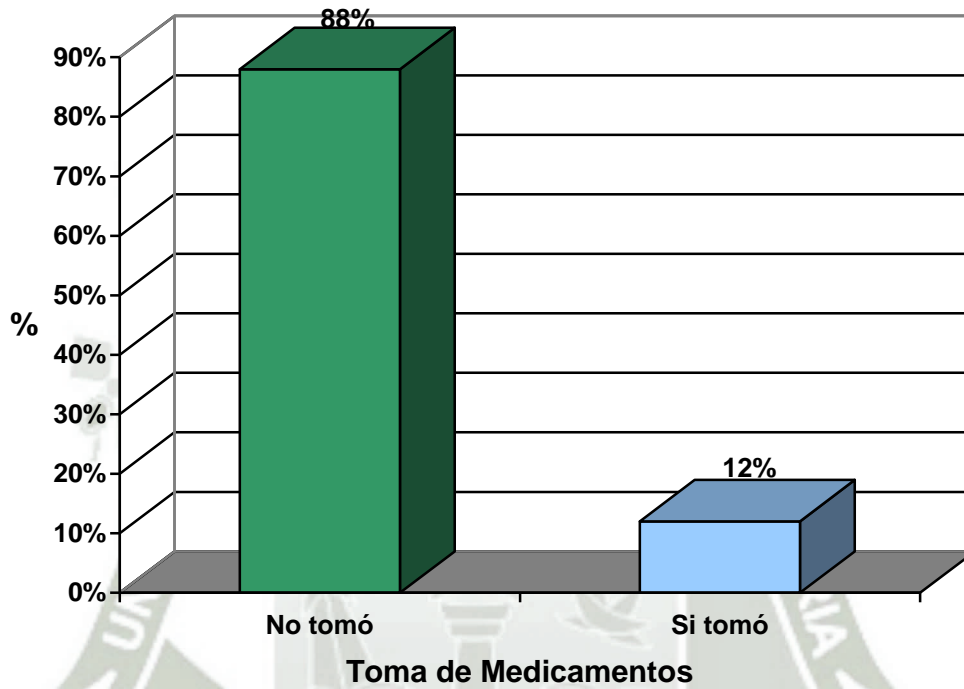
Ingesta de Medicamentos de las Madres		
Toma de Medicamentos	Número	Porcentaje
Si tomó	10	12,5
No tomó	70	87,5
Total	80	100 %

Fuente: Elaboración propia

La ingesta de medicamentos durante el primer trimestre de la gestación se produjo en 10 (12,5%) de las madres lo que podría explicar la etiología de la producción de la fisura labiopalatina, ya que el producto de la concepción es lábil a sustancias químicas que pueden alterar su proceso de formación intrauterina y juntamente a otros factores agravantes explican la etiología de la fisura labiopalatina. Es conocido que la madre no debe tomar medicamentos en el primer trimestre de la gestación sin prescripción médica debido a que estos podrían alterar el proceso de formación, crecimiento y desarrollo embrionario, siendo alarmante encontrar que un 12,5% de las madres encuestadas tomó medicamentos durante el primer trimestre, esto se correlaciona con el grupo numeroso de hijos que tiene cada familia, ya que se encontró que 66,3% tiene más de 3 hijos (tabla N° 2), probablemente debido al desconocimiento de la existencia de la gestación por falta de planificación familiar, hecho que ocurre más comúnmente en familias de escasos recursos económicos en nuestro país.

Grafico N° 06

**Ingesta de Medicamentos Durante los Tres Primeros Meses de gestación
de las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del Hospital
Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú**



Fuente de Elaboración: Propia

Tabla N° 07

Controles Prenatales en las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

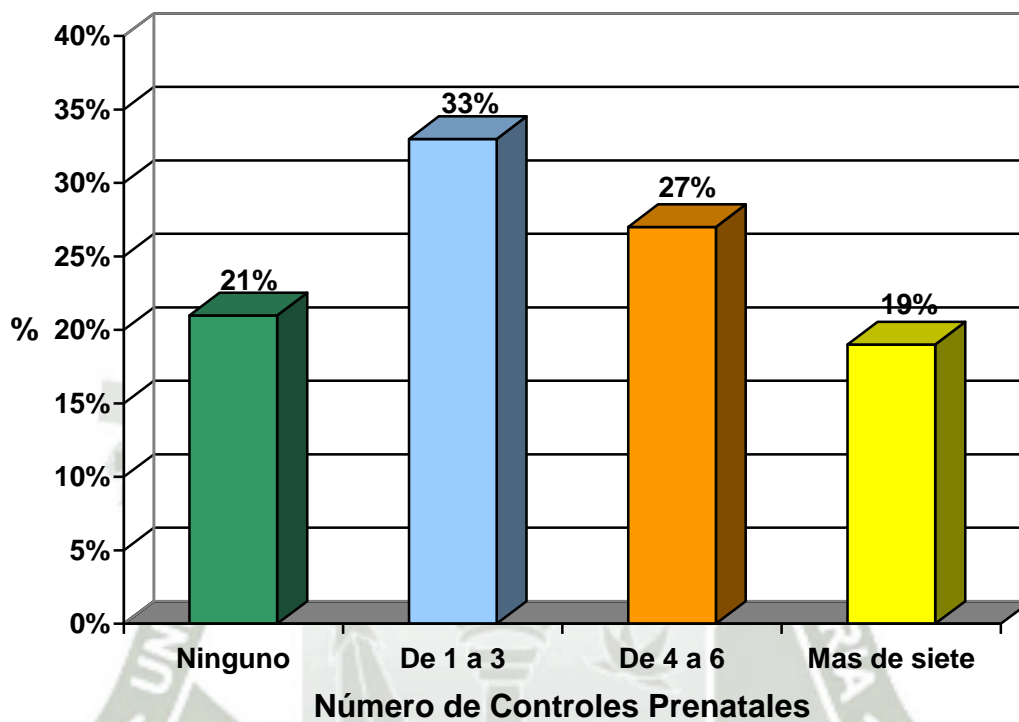
Controles Prenatales		
Controles	Número	Porcentaje
Ninguno	17	21,3
De uno a tres	26	32,5
De cuatro a seis	22	27,5
De siete a más	15	18,7
Total	80	100 %

Fuente: Elaboración propia

El número de controles prenatales fue en su mayoría de uno a tres durante la gestación en 26 (32,5%) de las madres, seguido por el grupo que tiene de cuatro a seis controles llegando a un número de 22 (27,5%) y por el grupo que no tiene ningún control en 17 (21,3%) de las madres. Llama la atención este último grupo, ya que es inaceptable en la actualidad que existan madres que no han tenido ningún control durante la gestación, estas madres provienen de lugares distantes y con desinformación acerca de los elementos básicos para el cuidado de la salud del binomio madre-niño.

Gráfico N° 07

Controles Prenatales en las Madres de Pacientes con Fisura Labiopalatina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: Propia

Tabla Nº 8

Familiares con Fisura Labiopalatina de Ambos Padres de Pacientes Fisurados del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Familiares con Fisura Labiopalatina de Ambos Padres		
Familiares	Número	Porcentaje
Padres	00	0
Hijos	00	0
Hermanos	04	5
Abuelos	05	6,3
Otro familiar	07	8,7
Ninguno	64	80
Total	80	100 %

Fuente: Elaboración propia

La presencia de otros familiares con fisura labiopalatina se dio en 16 (20%) de las madres encuestadas, lo cual significa que esta enfermedad ha tenido predisposición familiar hereditaria en uno de cada cinco niños, constituyendo un grupo de riesgo todos los pacientes fisurados en los cuales se deben disminuir a lo máximo posible los factores de riesgo que se suman a la heredabilidad para la producción de la fisura en la futura descendencia de los mismos.

La probabilidad de fisura en un próximo hijo es siempre mayor en la familia en la cual ya existe un caso de fisura labiopalatina que en la población en general (12).

Tabla N° 09

**Edades de los Pacientes Fisurados de las Madres Encuestadas del
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Edades de los Pacientes		
Edades	Número	Porcentaje
Menor a 1 año	07	8,7
De 1 a 2 años	16	20,0
De 3 a 5 años	17	21,3
De 6 a 10 años	18	22,5
Mas de 10 años	22	27,5
Total	80	100 %

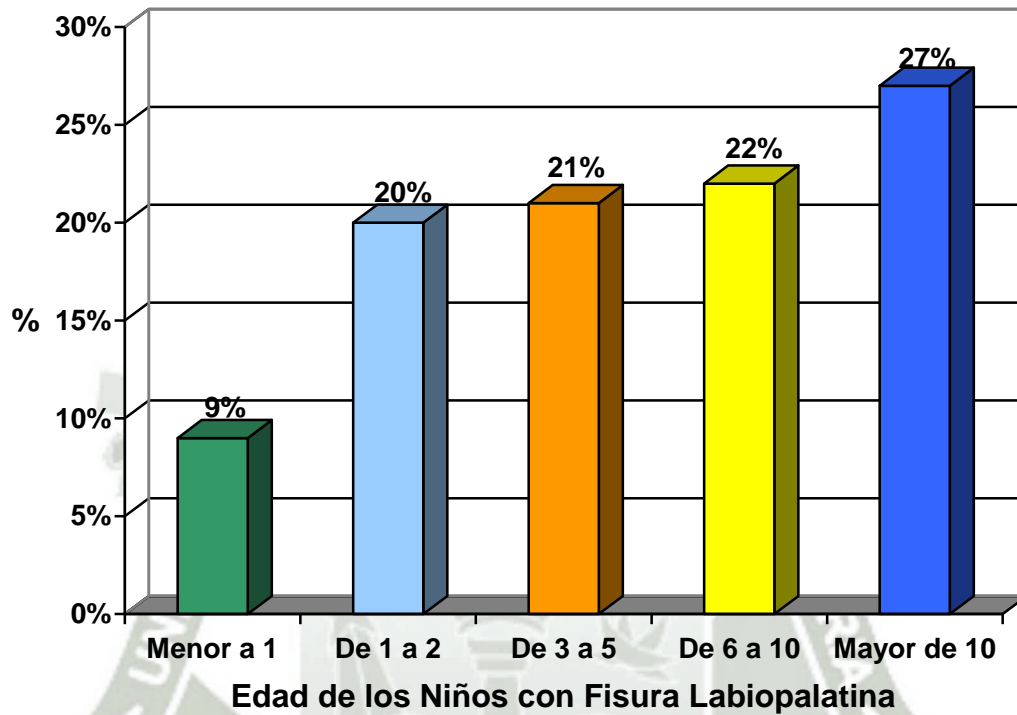
Fuente: Elaboración propia

Respecto a la edad de los pacientes se tiene que el grupo etéreo de mayor frecuencia corresponde a aquel que tiene mas de 10 años llegando a un total de 22 (27,5%), seguido por el de 6 a 10 años que llega a un total de 18 (22,5% y el que tiene menor cantidad de niños es el grupo con edad menor a un año con 7 pacientes (8,7%).

Se puede apreciar que los niños mayores a 6 años suman un total de 40 (50%), lo cual esta relacionado con la fase tardía en la cual acuden las madres para solicitar atención en salud para sus hijos, constituyendo un grupo que tiene secuelas de diferente magnitud debido a no haber recibido atención temprana. Solamente 7 (8,7%) pacientes corresponden al grupo menor a un año de edad, que es la edad adecuada para el tratamiento oportuno.

Grafico N° 08

**Edades de los Pacientes Fisurados de las Madres Encuestadas del
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**



Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 10

**Sexo de los Pacientes Fisurados de las Madres Encuestadas del Hospital
Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Sexo de los Pacientes		
Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	49	61,3
Femenino	31	38,7
Total	80	100 %

Fuente: Elaboración propia

Respecto al sexo de los hijos de las madres encuestadas, el mayor número corresponde al sexo masculino 49 (61,3%) y la menor cantidad al sexo femenino 31 (38,7%), coincidiendo con la mayor frecuencia de presentación de esta patología en este género a nivel nacional.

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES MAS RELEVANTES Y MENOS RELEVANTES

a. Características mas relevantes.-

- El numero de hijos en la mayoría de madres es de 5 a mas, lo cual esta relacionado con el bajo nivel socioeconómico de las mismas.
- El lugar de procedencia de las madres en su mayoría es la Sierra, relacionado con la mayor tasa de presentación de niños con fisura labiopalatina con relación a otras regiones.
- El grado de instrucción de las madres es en su mayoría el nivel primario.
- La ocupación en su mayoría es labores de casa.
- Los controles prenatales en su mayoría fue menor de 3 controles, con un porcentaje significativo sin control prenatal (21.3%).
- El antecedente de familiares con fisura labiopalatina se presentó en el 20% de las familias.
- El grupo etáreo de los pacientes con mayor frecuencia corresponde a aquel que tiene mayor a 6 años, relacionado esto con la fase tardía en la cual acuden las madres para solicitar atención en salud de las secuelas de sus hijos.
- La ingesta de medicamentos durante el primer trimestre de gestación fue baja (10%), sin embargo no se puede demostrar el tipo de medicación ingerida debido al nivel educativo bajo de las madres.

b. Características menos relevantes:

- El grupo etáreo predominante de las madres es de 35 a 44 años, sin embargo la distribución por grupo etáreo no tiene relevancia notable con los conocimientos y prácticas por ser variada.

2. CONOCIMIENTOS DE LOS FAMILIARES SOBRE LOS PROBLEMAS DE LA FISURA LABIOPALATINA



Tabla N° 11

Definición de la Enfermedad en las Madres de Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú

Conocimientos de la Definición		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Es una malformación congénita	30	37,5
b) Es un castigo divino	09	11,3
c) Es una enfermedad influenciada por el rayo	13	16,3
d) No sé	28	35,0
Total	80	100 %

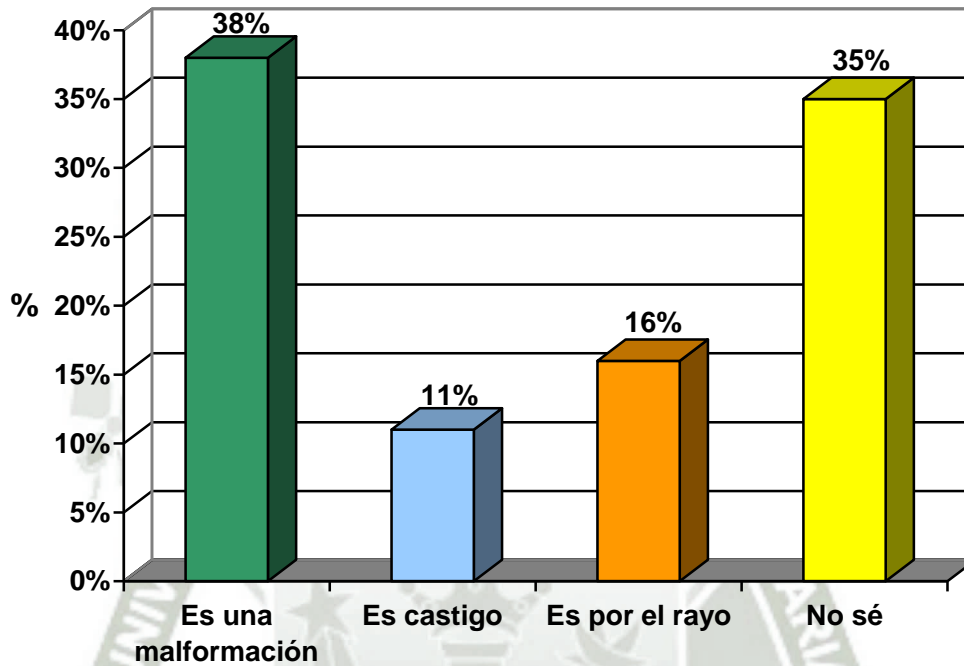
Fuente de elaboración: Personal

Con respecto al conocimiento de la definición de la fisura labiopalatina tenemos que el mayor número de las madres encuestadas define a la fisura labiopalatina como malformación, llegando a un número de 30 (37,5%), seguido por el grupo que responde no saber la definición con 28 (35%) y con menor cuantía los que responden que es una enfermedad influenciada por el rayo en 13(16,3%) y en los que piensan que se trata de un castigo divino en 9 (11,3%) de las madres encuestadas.

La tercera parte ha respondido con la respuesta acertada que es referida a que la fisura labiopalatina se trata de una malformación congénita, sin embargo llama la atención que las dos terceras partes no conozca de que se trata la enfermedad, llegando inclusive a tener ideas mágico-religiosas como es que se trata de un castigo divino o que la enfermedad es influenciada por el rayo mientras la madre se encuentra en la etapa de gestación, esto sobretodo en pacientes procedentes de la Sierra y Selva donde hay lluvias y en personas con bajo nivel educativo, constituyendo un grupo de alto riesgo que requiere de información adecuada para conocer de que se trata la enfermedad. Se debe resaltar que el 35% de las madres encuestadas dicen no saber la definición de la enfermedad.

Grafico N° 09

Definición de la Enfermedad en las Madres de Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú



Definición de la Fisura Labiopalatina

Fuente de elaboración: Personal

Tabla N° 12

Etiología de la Enfermedad en las Madres de Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento de la Etiología		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Por falta de vitaminas	10	12,5
b) Por herencia	18	22,5
c) Por factores múltiples asociados	12	15,0
d) Por la altura	2	2,5
e) No sé	38	47,5
Total	80	100 %

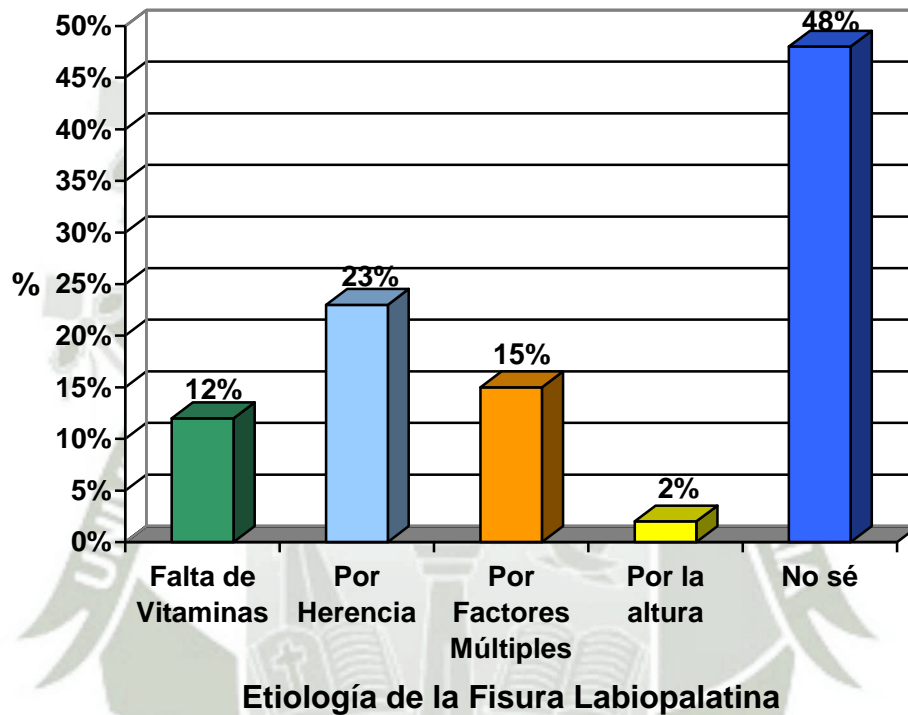
Fuente de elaboración: Personal

Respecto al conocimiento de la etiología de la fisura labiopalatina tenemos que, el mayor numero corresponde al grupo que desconoce la etiología, llegando a un numero de 38 (47,5%), seguido del grupo que atribuye a la herencia como factor etiológico llegando a 18 (22,5%) madres y con menor cantidad el grupo que atribuye la mayor altura del hábitat como factor etiológico. Solamente 12 (15%) han respondido correctamente refiriéndose a que la fisura labiopalatina se produce por factores múltiples asociados.

Es importante orientar a las madres a cerca de la etiología de la fisura labiopalatina, ya que existen factores múltiples asociados que explican su presencia y cuyo riesgo de producción se puede disminuir en determinadas condiciones. Los factores ambientales se reflejan en el hecho de que las fisuras labiales son mas frecuentes en clases socioeconómicas bajas, habiéndose demostrado que la deficiencia nutricional combinada con determinadas características genéticas puede producir el defecto. Así mismo se sabe que la ingesta de acido fólico en la época peri concepcional podría reducir la frecuencia de ocurrencia y recurrencia. La altitud sobre el nivel del mar es también un factor de riesgo, a mayor altitud hay mayor posibilidad de fisura (12). Se debe resaltar que el 35 % de las madres encuestadas dicen no saber el origen de la enfermedad.

Gráfico N° 10

Etiología de la Enfermedad en las Madres de Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Etiología de la Fisura Labiopalatina

Tabla N° 13

Forma de Lactancia de los Niños con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimientos de la Forma de Lactancia		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Semisentado directo del pezón	9	11,3
b) Extrayendo la leche en biberón	43	53,7
c) Con cucharilla	13	16,3
d) No tomó leche materna	15	18,7
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Personal

Respecto al conocimiento de la forma de lactancia de los niños con problema de fisura labiopalatina tenemos que 43 (53,7%) de las madres extraen la leche materna para luego darles a sus hijos en biberón, seguidas por el grupo que no tomó leche materna por dificultad técnica en la lactancia, debido al déficit anatómico de la fisura labial y palatina; el grupo minoritario amamantó a su bebe en posición semisentado directamente del pezón tapando la fisura, como debe realizarse.

En un niño fisurado es importante la lactancia materna exclusiva y el contacto madre-niño como cualquier otro niño por lo que este debe alimentarse directamente del pezón, significando esto mayor tiempo de dedicación a la lactancia, en posición semisentado y facilitando la eyección de la leche, practica que se realizó solamente en 9 (11,3%) de las madres encuestadas. Se ha identificado un factor importante de falta de conocimiento de la necesidad de lactancia materna que técnicamente se podría haber logrado con adecuada orientación y que perjudica la alimentación del niño y la relación madre-hijo que se lleva a cabo durante la lactancia.

Grafico N° 11

Forma de Lactancia Materna en Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

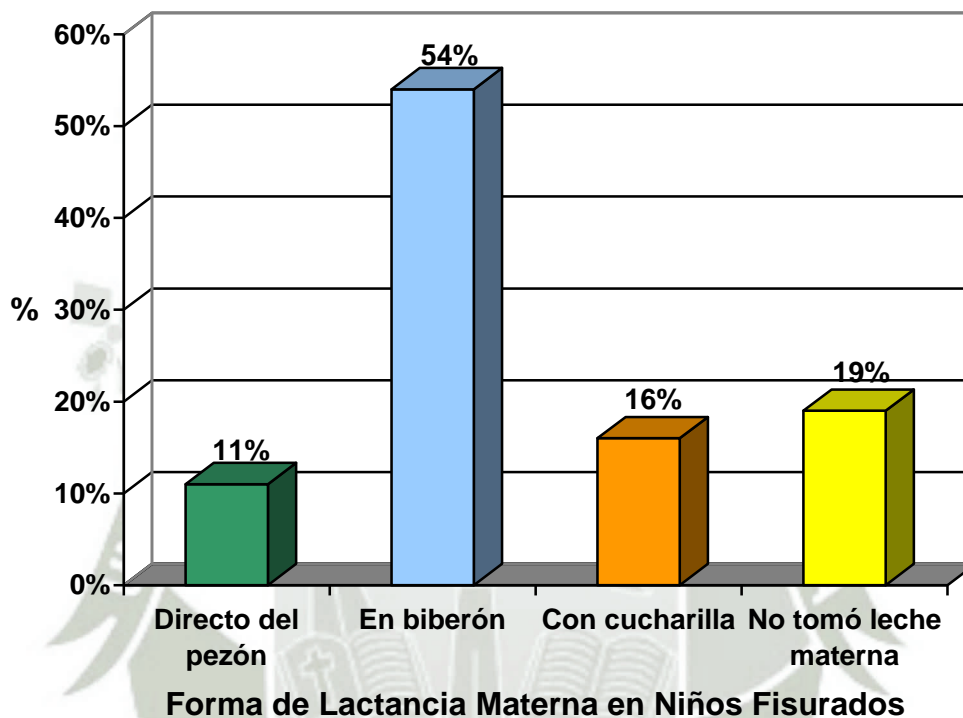


Tabla N° 14

Tiempo de Lactancia de los Niños con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimientos del Tiempo de Lactancia Materna		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Hasta los tres meses	10	12,5
b) Hasta los seis meses	22	27,5
c) Hasta los nueve meses	2	2,5
d) Hasta el año de edad	14	17,5
e) No se puede dar lactancia materna	32	40,0
Total	80	100 %

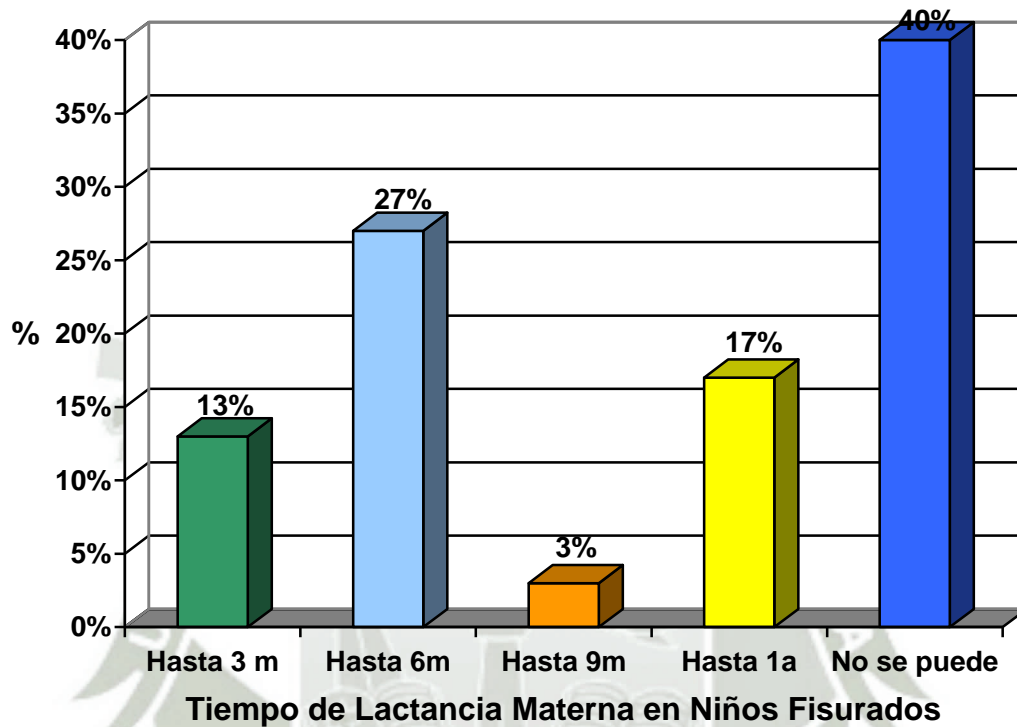
Fuente de elaboración: Personal

Con respecto al conocimiento del tiempo de lactancia materna de los niños con fisura labiopalatina tenemos que el grupo que afirma que no se puede dar lactancia materna es el que tiene mayor número llegando a 32 (40%), seguidos del grupo que conoce correctamente que se debe dar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad cuyo número llega a 22 (27,5%). El grupo minoritario que conoce que la lactancia debe ser hasta los tres meses, llega a un total de 10 (12,5%).

La mayoría tiene respuesta incorrecta, llegando esta al 72,5%, esto debido a la dificultad técnica que tienen las madres para amamantar a su bebé por la presencia de la fisura labiopalatina. El tiempo de lactancia materna exclusiva no debe ser diferente a cualquier otro niño sin fisura debiendo ser esta hasta los seis meses de edad. Se ha identificado un grupo que requiere información acerca de las técnicas de amamantamiento que facilitarían resolver la falta o escasez de lactancia materna en niños fisurados.

Gráfico N° 12

Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva de los Niños con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: Personal

Tabla N° 16

Conocimiento de la Edad Conveniente Para la Cirugía Labial en Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento de la Edad Conveniente Para la Cirugía Labial		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Recién Nacido	10	12,5
b) A los 3 meses	25	31,3
c) A los 6 meses	26	32,5
d) A los 9 meses	10	12,5
e) A los 12 meses o después	9	11,2
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Personal

Con respecto al conocimiento de la edad conveniente para la realización de la cirugía labial en pacientes con problema de fisura labiopalatina tenemos que la mayoría de madres encuestadas respondió que esta debería realizarse a los 6 meses de edad, llegando a un número de 26 (32,5%), seguido por el grupo que respondió que se debe realizarse a los 3 meses de edad llegando a un número de 25(31,3%) y con menor cuantía un grupo que opina que debe realizarse a los 12 meses o después con 9 (11,2%).

Solamente la tercera parte tuvo respuesta acertada, siendo la cirugía labial programada a los 3 meses de edad, una vez que las estructuras anatómicas hayan crecido y el niño este en condiciones de tolerar hemodinámicamente una cirugía. Sin embargo llama la atención que el 56% opine que debe realizarse después de los 6 meses de edad, ya que idealmente en esa época se debe preparar para la cirugía palatina. Este factor de retraso en la programación de la cirugía podría deberse a la poca accesibilidad que tienen las familias a los servicios quirúrgicos de salud considerando el bajo nivel socioeconómico que conforma la mayoría de las madres encuestadas. Constituye un conocimiento que se debe modificar para beneficio del niño, ya que la cirugía labial puede realizarse juntamente con la cirugía de deformidad nasal alrededor de los 3 meses de edad aproxima además los segmentos separados de la fisura palatina y facilitando su cierre quirúrgico posteriormente.

Gráfico N° 13

Conocimiento de la Edad Conveniente Para la Cirugía Labial en Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú

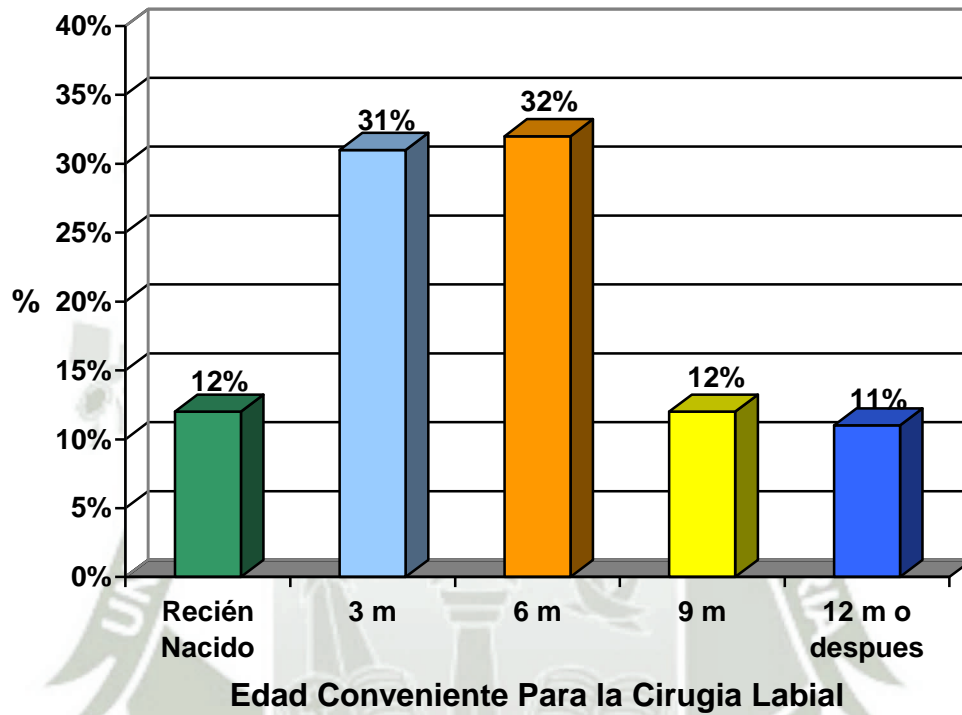


Tabla N° 17

Conocimiento de la Edad Conveniente Para la Cirugía Palatina en Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento de la Edad Conveniente Para la Cirugía Palatina		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Recién Nacido	02	2,5
b) A los 3 meses	03	3,7
c) A los 6 meses	11	13,7
d) A los 9 meses	05	6,3
e) Al año de edad	59	73,8
f) A los dos años o después	0	0,0
Total	80	100 %

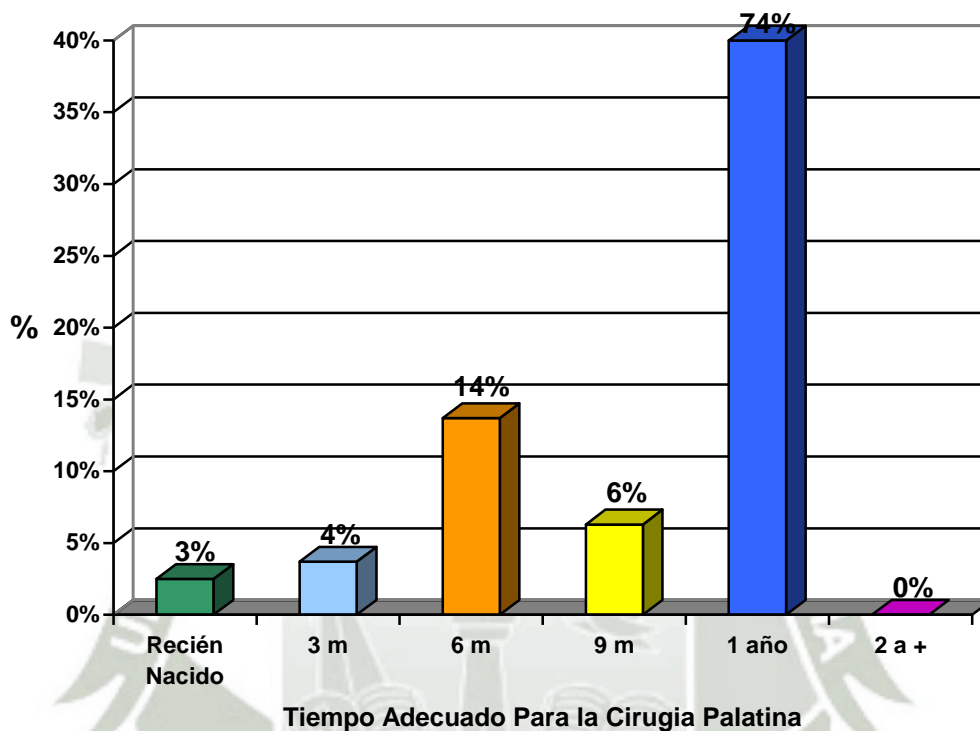
Fuente de elaboración: Personal

Con respecto al conocimiento de la edad conveniente para la cirugía palatina en pacientes con problema de fisura labiopalatina tenemos que la mayoría respondió que esta se debe realizar al año de edad, llegando a un número de 59 (73,8%), seguido por el grupo que opina que debe realizarse a los 6 meses de edad con 11 (13,7%) y con minoría el grupo que opina que debe realizarse en la etapa de recién nacido con 2 (2,5%).

Solamente un 6,3% tuvo respuesta acertada opinando que la fisura palatina debe cerrarse quirúrgicamente a los 9 meses de edad, esto porque en esa época el niño necesita de la integridad anatómica del paladar para la vocalización de determinados fonemas y esta en condiciones de recibir una segunda intervención quirúrgica después de la cirugía de labio que fue programada a los 3 meses de edad. Tuvo un conocimiento erróneo el 93,7%, llamando la atención que el 73,8% opina que el paladar debe cerrarse después del año de edad, retrasando su tratamiento y la posibilidad de rehabilitación temprana. Es un conocimiento que se debe modificar para que el niño pueda beneficiarse con la cirugía temprana.

Gráfico N° 14

**Conocimiento de la Edad Conveniente Para la Cirugía Palatina en
Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina en el Hospital Nacional
Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú**



Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 18

Conocimiento del objetivo del Tratamiento de la Fisura Labial en Niños con Problema de Fisura Labiopalatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento del Objetivo del Tratamiento de la Cirugía Labial		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Basta con la cirugía	12	15,0
b) Hasta que corrija la cicatriz	18	22,4
c) Hasta que sea funcional y estéticamente adecuada	40	50,0
d) Nunca termina	11	13,6
Total	80	100 %

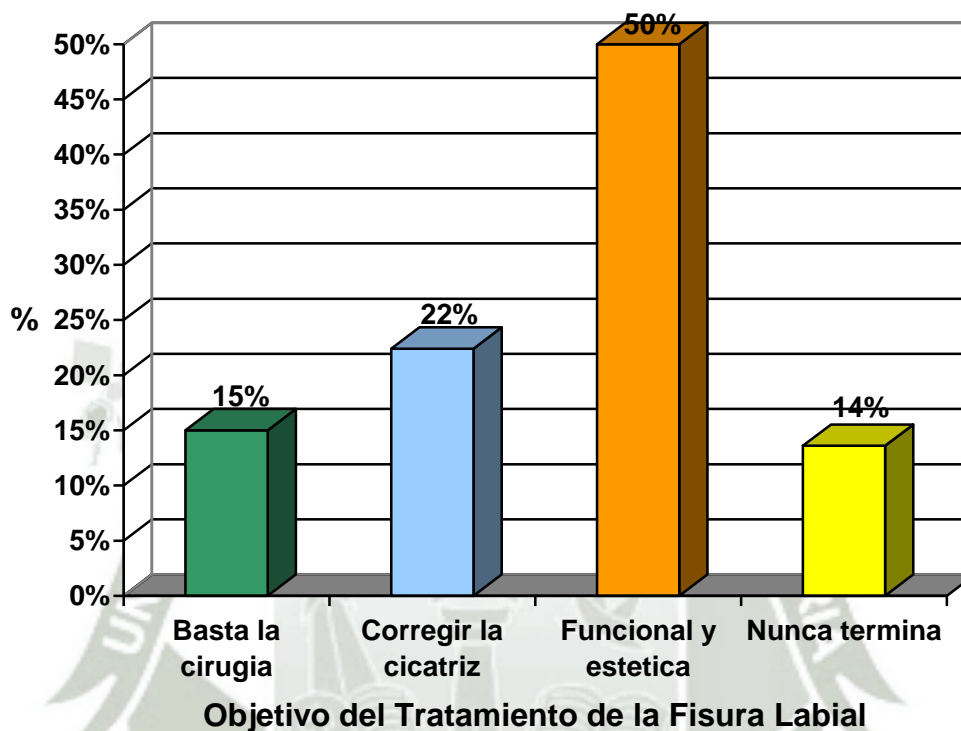
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento del objetivo del tratamiento de la fisura labial en niños con problema de fisura labiopalatina tenemos que la mayoría de las madres encuestadas opinan que debe realizarse hasta que sea funcional y estéticamente adecuada llegando a un número de 40 (50%), seguido por el grupo que opina que las cirugías de labio deben realizarse hasta que se corrija la cicatriz llegando a un número de 18 (22,4%). El grupo minoritario está formado por las madres que opinan que el tratamiento de la cirugía labial nunca termina llegando a un número de 11 (13,6%).

La mitad del grupo encuestado ha respondido correctamente con relación al objetivo que se desea lograr con la cirugía de la fisura labial en sus niños, sin embargo la otra mitad tiene respuesta errónea conformando un grupo que requiere educación.

Gráfico N° 15

Objetivo del Tratamiento de la Fisura Labial en Niños con Problema de Fisura Labiopalatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: propia

Tabla N° 19

Objetivo del Tratamiento de la Fisura Palatina en Niños con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento del Tiempo Adecuado Para la Cirugía Labial		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Basta con una cirugía	13	16,3
b) Hasta que comiencen a salir los dientes	13	16,3
c) Hasta que sea funcionalmente adecuada	40	50,0
d) Nunca termina	14	17,4
Total	80	100 %

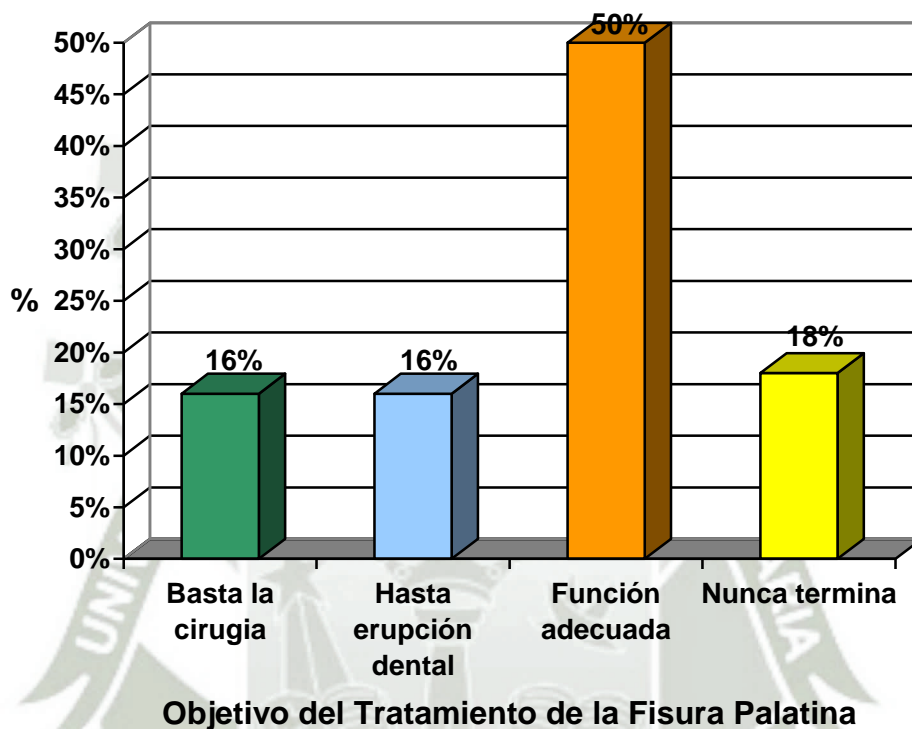
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento del objetivo del tratamiento de la fisura palatina en niños con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de las madres encuestadas respondió que la cirugía palatina tiene como objetivo lograr ser funcionalmente adecuada, llegando a un número de 40 (50%), seguido del grupo que opina que el tratamiento nunca termina con un número de 14 (17,4%).

La mitad de las madres encuestadas respondieron correctamente buscando que el objetivo del tratamiento quirúrgico de la fisura palatina sea funcionalmente adecuado para que el niño vocalice correctamente todos los fonemas, lo cual se logrará paulatinamente coadyuvado por la terapia de lenguaje. La mitad del grupo encuestado tiene un conocimiento erróneo, opinando que podría ser suficiente una cirugía (16,3%) conocimiento erróneo ya que en ocasiones se requiere de una cirugía adicional para mejorar el lenguaje. Otro grupo opina que el tratamiento duraría hasta que comiencen a salir los dientes (16,3%), conocimiento también equivocado debido a que el niño requiere tratamiento odontológico y ortodóntico debido a la malposición dentaria frecuente. El 17,4% opina que el tratamiento nunca termina, ya que en ocasiones el niño ha sido tratado tardíamente y tiene secuelas de difícil manejo. El 50% constituye un grupo con conocimiento erróneo que requiere información respecto al tratamiento de la fisura palatina.

Gráfico N° 16

Objetivo del Tratamiento de la Fisura Palatina en Niños con Problema de Fisura Labiopalatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 20

Tipo de Especialistas que Deben Evaluar a Niños con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento del Tipo de Especialistas que Deben Evaluar al Niño		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Cirujano plástico	24	30
b) Pediatra	01	1,3
c) Otorrinolaringologo	05	6,3
d) Fonoaudiologo	01	1,2
e) Odontologo	01	1,2
f) Todos	26	32,5
g) Alguno de ellos	22	27,5
Total	80	100 %

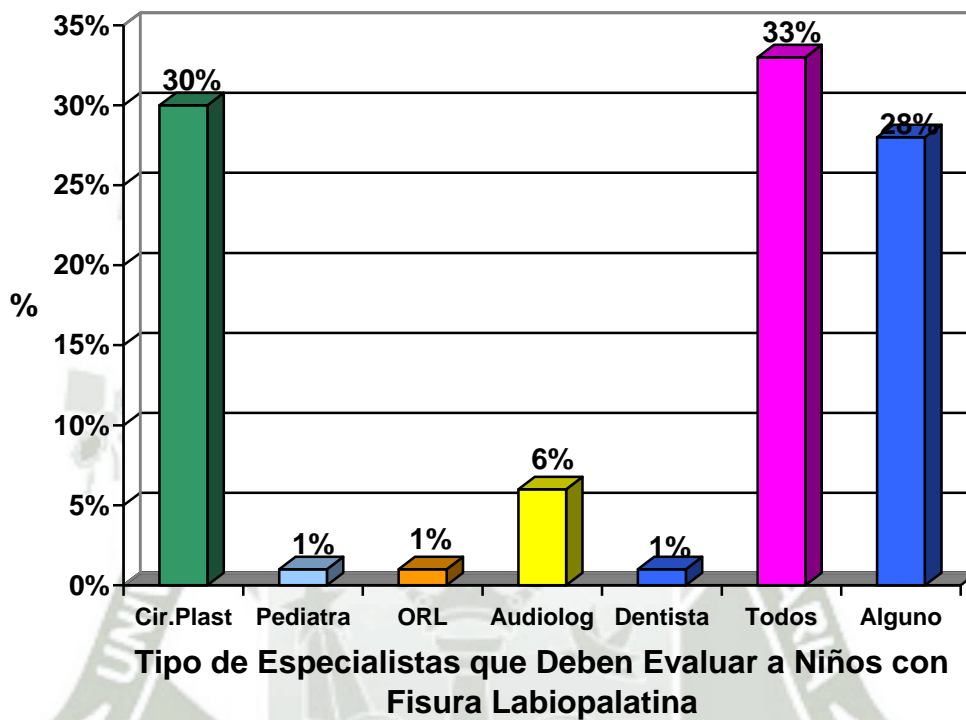
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento del tipo de especialistas que deben evaluar a niños con fisura labiopalatina tenemos que, el grupo con mayor numero 26 (32,5%) opina que los niños deben ser evaluados por todos los especialistas enumerados, seguidos por el grupo que opina que deben ser evaluados por algunos de ellos llegando a un numero de 22 (27,5%) y el grupo que opina que sólo el cirujano plástico debe evaluar estos niños llegando a un numero de 24 (30%). Un grupo minoritario (10%) opina que debe ser evaluado por el pediatra, otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo o el odontólogo.

Aproximadamente la tercera parte (32,5%) ha respondido correctamente haciendo ver la necesidad que el cirujano plástico, pediatra, otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo y odontólogo deben evaluar a un niño con fisura labiopalatina, es decir que requiere un tratamiento multidisciplinario episódico y cronológico. El 27,5% opina que sólo deben consultar con alguno de ellos debido a que no conocen la existencia de las otras especialidades o no están relacionadas a la enfermedad del niño. El 30% opina que solo debe evaluar a un niño fisurado el cirujano plástico, sin embargo no solamente se trata de cerrar el defecto anatómico, sino que se busca que ese cierre sea funcional y estéticamente adecuado. Es decir, que las dos terceras partes del grupo requieren educación respecto a los especialistas que deben evaluar al niño fisurado.

Gráfico N° 17

Tipo de Especialistas que Deben Evaluar a Niños con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 21

Conformación del Equipo Multidisciplinario que Debe Evaluar a Niños con Fisura Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima-Perú.

Conocimiento de la Conformación del Equipo Multidisciplinario que Debe Evaluar al Niño		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Ortodoncista	00	00
b) Asesor genético	01	1,3
c) Psicólogo	02	2,5
d) Terapeuta de lenguaje	24	30
e) Nutricionista	04	05
f) Todos	30	37,5
g) Ninguno de ellos	12	15,0
h) Alguno de ellos	07	8,7
Total	80	100 %

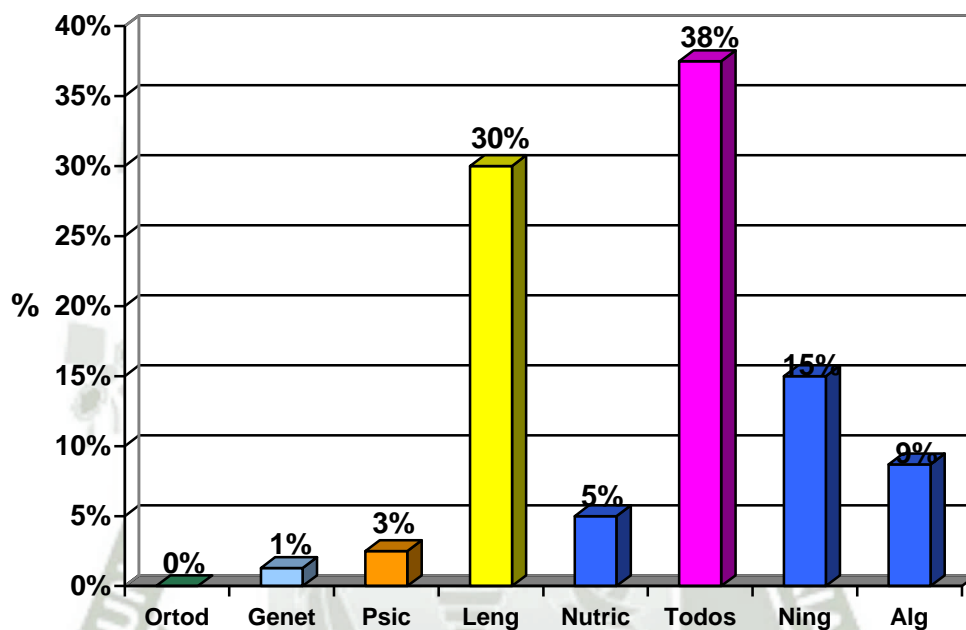
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento de la conformación del equipo multidisciplinario que debe evaluar a niños con fisura labiopalatina tenemos que el grupo de las madres encuestadas con mayor número 30 (37,5%) opina que todos los especialistas enumerados: Ortodoncista, asesor genético, psicólogo, terapeuta de lenguaje y nutricionista deben formar parte del equipo que debe evaluar a sus niños, seguidos del grupo que opina que sólo la terapeuta de lenguaje debe evaluarlos llegando a un número de 24 (30%) y del grupo que opina que ninguno de ellos debe evaluarlos alcanzando un número de 12 (15%).

Podemos apreciar que aproximadamente la tercera parte de las madres encuestadas (37,5%) opino correctamente respecto a la conformación del equipo multidisciplinario que debe evaluar a los niños con fisura labiopalatina. Un 30% opino que solamente al terapeuta de lenguaje debe evaluar a sus niños, desconociendo la participación del resto del equipo, llamando la atención que el 12% opina que ninguno de ellos formaría parte del equipo, aspecto preocupante ya que el niño estaría siendo privado del beneficio del tratamiento multidisciplinario y estando en riesgo de tener mayores secuelas y complicaciones relacionadas.

Gráfico N° 18

Conformación del Equipo Multidisciplinario que Debe Evaluar a Niños con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Conformación del Equipo Multidisciplinario que Debe Evaluar a Niños con Fisura Labiopalatina

Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 22

Necesidad de Controles Médicos en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento de la Necesidad de Controles Médicos		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Una sola vez	03	3,8
b) Cuando este enfermo	24	30,0
c) Así el niño este sano	43	53,7
d) Sólo si hay complicaciones	08	10,0
e) No necesita controles	02	2,5
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia.

Con respecto al conocimiento de la necesidad de realizar controles médicos en un niño con fisura labiopalatina tenemos que la mayoría de las madres encuestadas llevaría a su niño a control así este sano, llegando a un número de 43 (53,7%), seguido por el grupo que respondió que llevaría a su niño a control solamente cuando este enfermo llegando a un número de 24 (30%), el grupo con menor cantidad es el que respondió que su niño no necesita controles 2 (2,5%).

La mayoría tuvo una respuesta correcta (53,7%) respondiendo que debe llevar a control a su niño así este enfermo, ya que es importante realizar un control periódico en el niño para detectar posibles complicaciones, sin embargo llama la atención que un 46,3% tenga una respuesta equivocada, ya que los controles periódicos de niño sano forman parte del tratamiento multidisciplinario y sirven para optimizar el manejo y evitar detección tardía de complicaciones que podrían llevar a secuelas mayores. Es un grupo que requiere educación respecto a la necesidad de realizar los controles programados en un niño con fisura labiopalatina.

Tabla N° 23

**Factores de Riesgo en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital
Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Conocimiento de los Factores de Riesgo		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Bajo peso	23	28,7
b) Infecciones respiratorias frecuentes	13	16,3
c) Infecciones de oído frecuentes	02	2,5
d) Alteración en la posición de los dientes	02	2,5
e) Todas las anteriores	38	47,5
f) Ninguna de las anteriores	02	2,5
Total	80	100 %

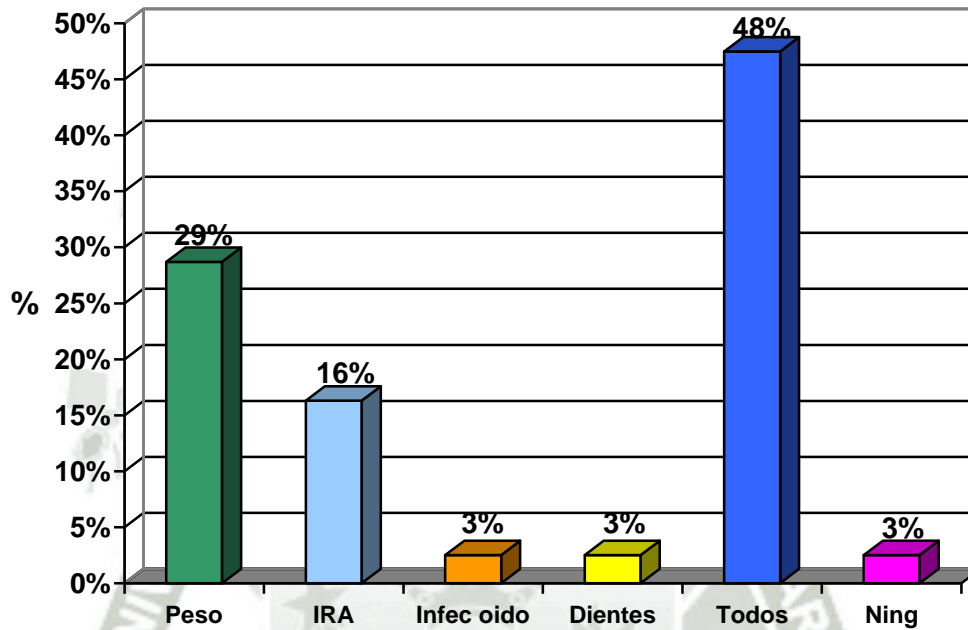
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento de los factores de riesgo en un niño con fisura labiopalatina tenemos que 38 (47,5%) madres encuestadas respondieron que constituyen factores de riesgo en un niño con fisura labiopalatina todos los factores listados, como son el bajo peso, las infecciones respiratorias frecuentes, las infecciones de oído frecuentes y la alteración en la posición de los dientes, factores que podrían empeorar el pronóstico de la enfermedad. Es seguido por el grupo que opina que sólo el bajo peso podría ser un factor de riesgo para un niño con fisura labiopalatina llegando a un número de 23 (28,7%). En tercer lugar tenemos al grupo que opina que solamente las infecciones respiratorias frecuentes podrían ser un factor de riesgo para producción de complicaciones en el niño fisurado llegando a un número de 13 (16,3%).

Tuvo una respuesta correcta el 47,5% del grupo encuestado, opinando que todos los factores listados constituyen factores de riesgo para la producción de complicaciones, sin embargo el 52,5% tiene una respuesta equivocada, llamando la atención que el 28,7% de las madres encuestadas relacionan solamente el bajo peso del niño como factor de riesgo para complicaciones desconociendo los otros factores. Este conocimiento equivocado requiere modificación.

Gráfico N° 19

**Factores de Riesgo en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital
Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**



**Conformación de los Factores de Riesgo en Niños
con Fisura Labiopalatina**

Fuente de Elaboración: Propia

Tabla N° 24

Afectación Funcional de la Fisura Labial en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento de la Afectación Funcional de la Fisura Labial		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Al funcionamiento del labio	07	8,7
b) Al desarrollo del labio	07	8,7
c) A la parte psicológica	12	15,0
d) A todos los anteriores	43	53,7
e) A ninguno de los anteriores	06	7,5
f) A alguno de los anteriores	05	6,4
Total	80	100 %

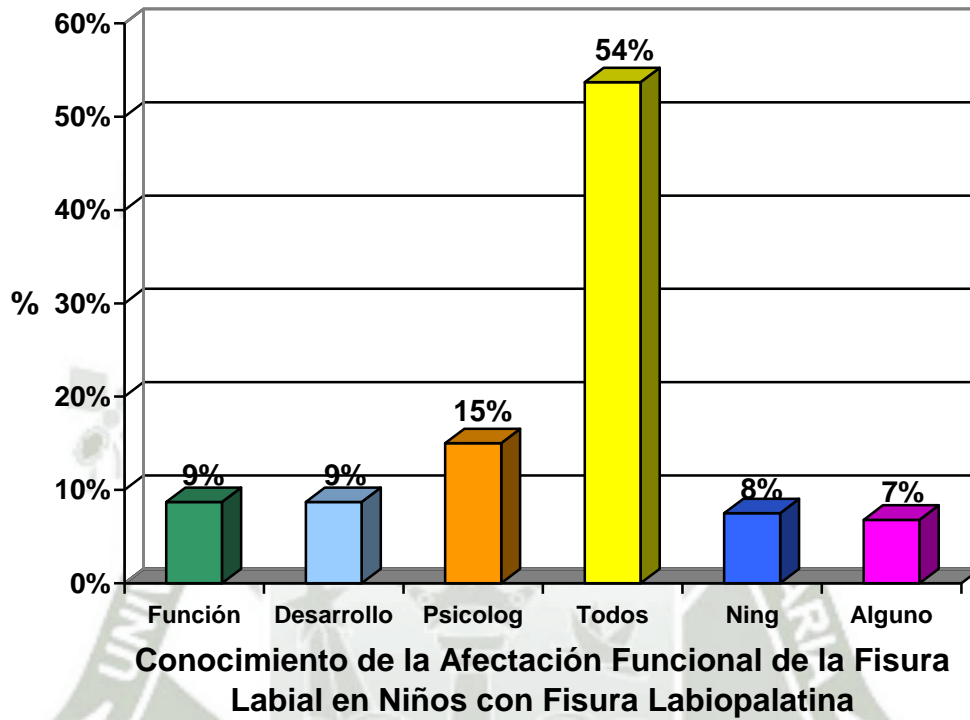
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento de la afectación funcional de la fisura labial en un niño con fisura labiopalatina tenemos que la mayoría de las madres encuestadas ha respondido que afectaría al funcionamiento y desarrollo del labio y a la parte psicológica, llegando a un numero de 43 (53,7%), seguido del grupo que opina que solamente esta afectada la parte psicológica con un numero de 12 (15%) de madres encuestadas.

La mayoría (53,7%) ha respondido correctamente indicando que la afectación del labio es tanto de la parte anatomo-funcional como psicológica, sin embargo el 46,3% tiene una opinión equivocada al indicar que solamente puede estar afectado uno de los factores o no afectar a ninguno de ello, constituyendo un grupo que necesita educación al respecto de este conocimiento incorrecto.

Gráfico N° 20

Afectación Funcional de la Fisura Labial en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de Elaboración: Propia

Tabla N° 25

Afectación Funcional de la Fisura Palatina en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimiento de la Afectación Funcional de la Fisura Palatina		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Al oído	03	3,8
b) A los pulmones	09	11,3
c) A la fonación	24	30,0
d) A la parte psicológica	04	5,0
e) A todos los anteriores	26	32,5
f) A ninguno de los anteriores	07	8,7
g) A alguno de ellos	07	8,7
Total	80	100 %

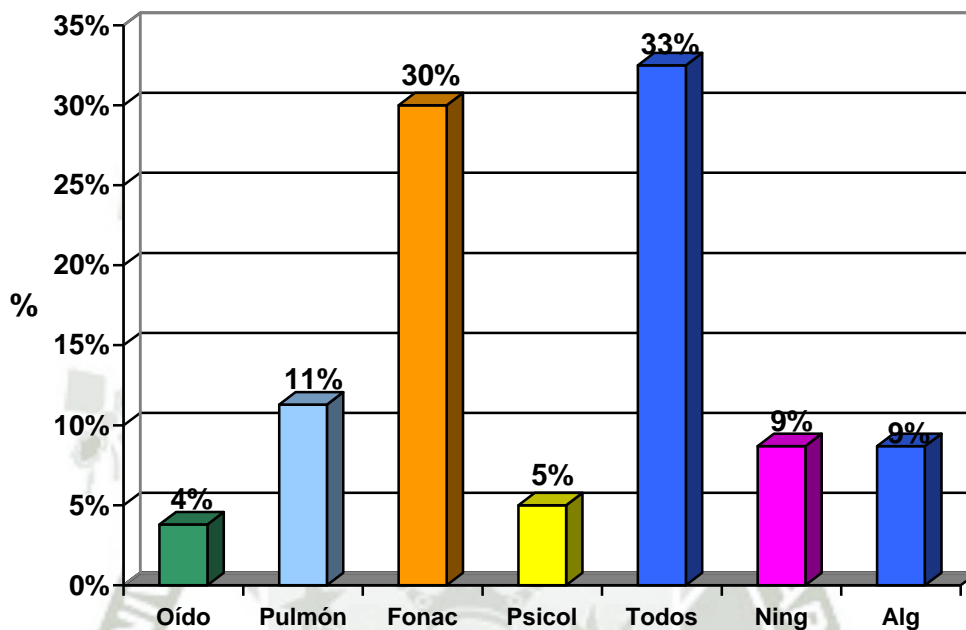
Fuente de elaboración: Propia.

Con respecto al conocimiento de la afectación funcional de la fisura palatina en un niño con fisura labiopalatina tenemos que la mayoría de las madres encuestadas ha respondido que afectaría a todos los factores mencionados, es decir al oído, los pulmones, la fonación y la parte psicológica, llegando a un número de 26 (32,5 %), seguido del grupo que opina que solamente esta afectada la parte fonación, es decir a la inadecuada pronunciación de determinados fonemas que ocurre característicamente en niños fisurados, llegando a un número de 24 (30%).

La tercera parte (32,5%) ha respondido correctamente indicando que la fisura palatina afecta tanto al oído, a los pulmones, a la fonación y así como a la parte psicológica. Sin embargo el 67,5 % tiene una opinión equivocada al indicar que solamente puede estar afectado uno de los factores o no afectar a ninguno de ellos, constituyendo un grupo que necesita educación al respecto de este conocimiento incorrecto.

Gráfico N° 21

Afectación Funcional de la Fisura Palatina en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Conocimiento de la Afectación Funcional de la Fisura Palatina en Niños con Fisura Labiopalatina

Fuente de Elaboración: Propia

Tabla N° 26

Formas de Prevención de Complicaciones en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimientos de las Formas de Prevención de Complicaciones		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Con controles periódicos	07	8,7
b) Con buena alimentación	18	22,5
c) Con buena higiene dental	02	2,5
d) Evitando infecciones respiratorias y auditivas	08	10,0
e) Todas las anteriores	39	48,8
f) No sé	06	7,5
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento de las formas de prevención de complicaciones en un niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de las madres encuestadas ha respondido que considera como formas de prevención a todos los factores mencionados, es decir, a los controles periódicos, la buena alimentación, la buena higiene dental y a la prevención de infecciones respiratorias y auditivas en el niño, llegando a un número de 39 (48,8 %), seguido del grupo que opina que solamente prevendría la aparición de complicaciones con buena alimentación llegando a un número de 18 (22,5%). Un grupo minoritario opina que prevendría complicaciones solamente con controles periódicos con un número de 7 (8,7 %), sólo evitando infecciones respiratorias y auditivas en 8 (10 %) y no sabe como realizar prevención en 6 (7,5%) de las madres encuestadas.

Casi la mitad (48,8 %) ha respondido correctamente indicando que los controles periódicos, la buena alimentación, la buena higiene dental y la prevención de infecciones respiratorias y auditivas en el niño, son factores importantes para la prevención de complicaciones, sin embargo 51,2 % tiene una opinión equivocada al indicar que solamente puede estar afectado uno de los factores o no afectar a ninguno de ello, constituyendo un grupo que necesita educación al respecto de este conocimiento incorrecto.

Tabla N° 27

**Necesidad de Educación en un Niño con Fisura Labio Palatina en el
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Conocimiento de la Necesidad de Educación		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Como cualquier otro niño	67	83,8
b) Suficiente para leer y escribir	11	13,7
c) Solo para manualidades	02	2,5
d) No debe educarse	00	00
Total	80	100 %

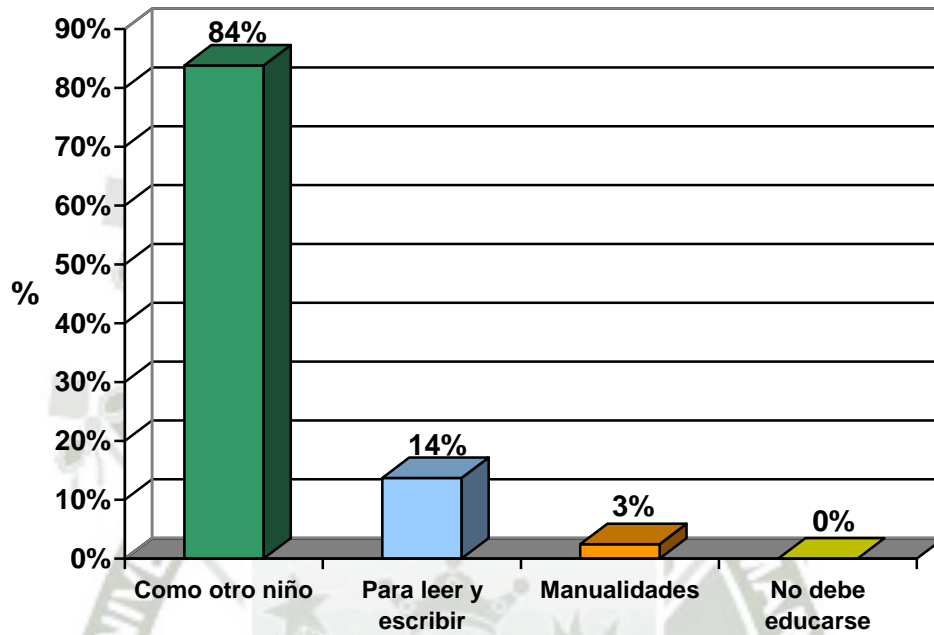
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento de la necesidad de educación en un niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de las madres encuestadas ha respondido que puede educarse como cualquier otro niño, llegando a un número de 67 (83,8 %), seguido del grupo que opina que solamente debe recibir educación suficiente para leer y escribir llegando a un número de 11 (13,7). Un grupo minoritario opina que sólo debe educarse para realizar manualidades con un número de 2 (2,5%) de las madres encuestadas.

La mayoría (83,8%) ha respondido correctamente indicando que el niño con fisura labiopalatina puede educarse como cualquier niño, ya que tiene la potencialidad para desarrollarse en el aspecto educativo sin limitación. Sin embargo el 16,2 % tiene una opinión equivocada llegando al extremo de pensar que el niño debe recibir educación suficiente para leer y escribir o para realizar manualidades, es un grupo que necesita educación para cambiar este conocimiento incorrecto, ya que la educación es un pilar importante para el desarrollo de la comunidad.

Gráfico N° 22

**Necesidad de Educación en un Niño con Fisura Labio Palatina en el
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**



**Conocimiento de la Necesidad de Educación en
Niños con Fisura Labiopalatina**

Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 28

**Sociabilidad en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional
Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Conocimiento de la Sociabilidad		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Debe ser poco sociable	02	2,5
b) Debe ser regularmente sociable	15	18,7
c) Debe ser muy sociable	61	76,3
d) No debe ser sociable	02	2,5
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento de la sociabilidad en un niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de las madres encuestadas ha respondido que el niño debe ser muy sociable, llegando a un número de 61 (76,3 %), seguido del grupo que opina que el niño debe ser regularmente sociable llegando a un número de 15 (18,7). Un grupo minoritario opina que debe ser poco sociable y que no debe ser sociable con un número de 2 (2,5%) respectivamente.

La mayoría (76,3 %) ha respondido correctamente indicando que el niño con fisura labiopalatina debe ser muy sociable, ya que tiene la potencialidad para sociabilizarse adecuadamente superando el problema estético de las cicatrices labiales, la pronunciación nasalizada de determinados fonemas, la mal posición dentaria, secuelas diversas, así como otros innumerables factores que podrían alterar su sociabilidad. Sin embargo el 23,7 % tiene una opinión equivocada al pensar que el niño debe alterar su sociabilidad debido a las alteraciones anatómo-funcionales fruto de la fisura labiopalatina con la cual ha nacido, constituye un grupo que necesita educación para cambiar este conocimiento incorrecto, ya que la sociabilidad del niño es un factor importante para su desarrollo integral.

Tabla N° 29

**Capacidad de Ayuda del Psicólogo en un Niño con Fisura Labio Palatina
en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Conocimiento de la Capacidad de Ayuda del Psicólogo		
Conocimiento	Número	Porcentaje
a) Ayudaría a la integración del niño en diferentes grupos	34	42,5
b) A veces podría ser necesario	38	47,5
c) No necesita psicólogo	08	10,0
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto al conocimiento de la capacidad de ayuda del psicólogo en un niño con fisura labiopalatina para la integración del niño en diferentes grupos tenemos que, la mayoría de las madres encuestadas ha respondido que a veces podría ser necesario para el niño, llegando a un número de 38 (46,5 %), seguido del grupo que ayudaría al niño, llegando a un número de 34 (42,5 %) y teniendo un grupo minoritario que opina que su niño no necesita psicólogo con un número de 8 (10 %).

Un 42,5 % de las madres encuestadas ha respondido correctamente indicando que el psicólogo ayudaría en la integración del niño con fisura labiopalatina en diferentes grupos, ya que debido a la alteración anatómico-funcional que tienen en ocasiones son marginados socialmente por los compañeros de colegio, los amigos e incluso por la familia y constantemente reciben muestras del desagrado de su apariencia. Los trastornos psicológicos ocurren no solamente en personas con enfermedades, sino también en personas sanas, ya que normalmente existen y un 10% opina que su niño no necesita psicólogo constituyendo grupos que necesitan educación para cambiar este conocimiento incorrecto, ya que el bienestar psicológico del niño es un factor importante para su desarrollo.

RESUMEN DE LOS ASPECTOS MAS RELEVANTES Y MENOS RELEVANTES DE LOS CONOCIMIENTOS

a. Aspectos más relevantes.-

- La definición de la enfermedad es conocida por la tercera parte de las madres (37.5%), el resto conoce definiciones equivocadas inclusive con ideas mágico-religiosas.
- La etiología de la enfermedad es conocida acertadamente por la sexta parte de las madres (15%), esto impide conocer las formas de prevención de la fisura en futuros embarazos.
- La forma correcta de lactancia, dificultada por la presencia de la fisura, es conocida por la novena parte de las madres (11.3%), el resto no brinda lactancia adecuada a los niños.
- La edad adecuada para la realización de la cirugía labial es conocida por la tercera parte de las madres (31.3%), el resto no sabe a que edad conviene realizar la cirugía.
- La edad adecuada para la cirugía palatina es conocida por la décimo quinta parte de las madres (6.3%), el resto desconoce a que edad conviene realizar la cirugía palatina.
- El objetivo del tratamiento funcional de la fisura labial y la fisura palatina son conocidos por la mitad de las madres (50%), la otra mitad solamente busca una apariencia estética buena sin valorar la funcionalidad.
- El tipo de especialistas que deben evaluar a los niños es conocido por la tercera parte de las madres (32.5%), por consiguiente el resto no intenta la búsqueda de atención especializada para su niño.
- La conformación del equipo multidisciplinario que debe evaluar a los niños es conocido por la tercera parte de las madres (37.5%), el resto desconoce la necesidad de la evaluación de este equipo.
- La necesidad de controles médicos en el niño fisurado es conocida por más de la mitad de las madres (53,7%), sin estar relacionado este dato a la necesidad de tener un control especializado y multidisciplinario.
- Los factores de riesgo que pueden desencadenar secuelas en el niño fisurado son conocidos casi por la mitad de las madres (47,5%), estando el resto de los niños en riesgo por el desconocimiento de las madres a cerca de los factores que pueden ocasionar secuelas.
- La afectación del déficit funcional como secuela de la fisura labial en el niño es conocida por la mayoría de las madres (53,7%), siendo

relacionado esto con la apariencia física del niño.

- La afectación del déficit funcional como secuela de la fisura palatina en el niño es conocida por una tercera parte de las madres (32,5%), este déficit es el que puede desencadenar mayores secuelas funcionales que la fisura labial.
- Las formas de prevención de complicaciones es conocida por menos de la mitad de las madres (48,8%), el resto no conoce como podría prevenir complicaciones.
- La capacidad de ayuda del psicólogo es conocida por casi la mitad de las madres (42,5%), el resto cree que la ayuda no sería trascendente en el niño.
- El período de lactancia, no varía con relación a los niños normales, es conocido por la tercera parte de las madres (27,5%).
- El tipo de alimentación, no varía con relación a los niños normales, es conocido por la mayoría de las madres llegando a las dos terceras partes (73,7%).
- La necesidad de educación en el niño, no varía con relación a los niños normales, es conocida por la mayoría de las madres (83,8%).
- La necesidad de sociabilidad del niño fisurado, no varía con relación a los niños normales, es conocida por la mayoría de las madres (76,3%).

b. Aspectos menos relevantes.-

No hay aspectos menos relevantes en los conocimientos de los familiares de pacientes con fisuralabiopalatina.



3. PRACTICAS DE LOS FAMILIARES EN TORNO A LA PREVENCIÓN Y AL MANEJO ADECUADO DE LOS PROBLEMAS DE FISURA LABIOPALATINA

Tabla N° 30

Practica de la Forma de Amamantamiento de un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Forma de Amamantamiento		
Practica	Número	Porcentaje
a) Semisentado tapando la fisura con la mama	10	12,5
b) Echado como cualquier niño	03	3,8
c) Extrayendo la leche en biberón	43	53,7
d) No puede lactar	21	26,2
e) No toma leche materna	03	3,8
Total	80	100 %

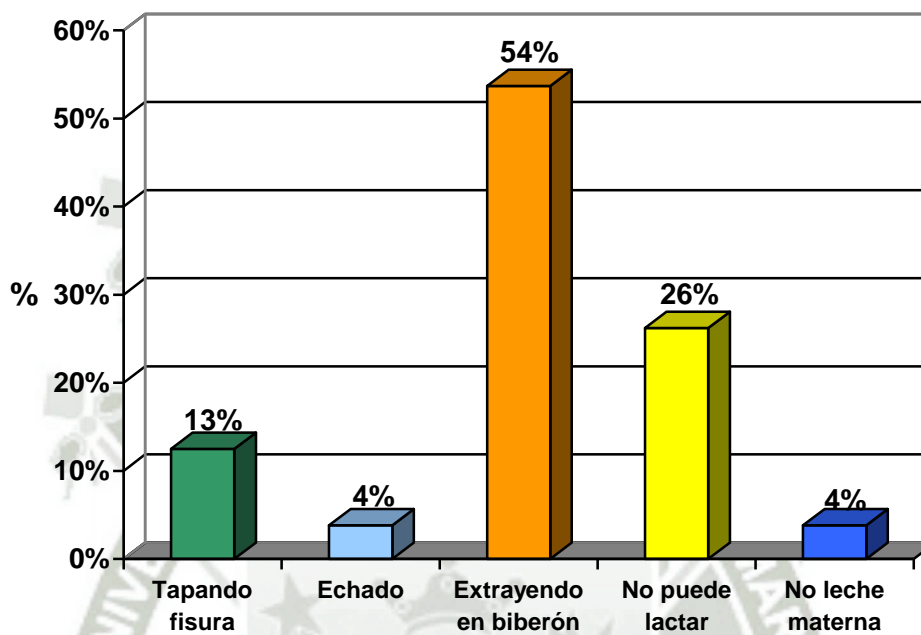
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la forma de amamantamiento de un niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de las madres encuestadas ha extraído la leche materna administrándola luego en biberón, llegando a un número de 43 (53,7 %), seguido del grupo indicó que no amamantó a su niño porque no podía lactar, con un número de 21 madres (26,2 %), teniendo un grupo que amamantó al niño correctamente en posición semisentada y tapando la fisura con la mama, grupo conformado por un número de 10 (12,5%) madres. Un grupo minoritario indicó que su niño no tomó leche materna (3,8%).

Solamente un 12,5% tuvo prácticas correctas respecto al amamantamiento del niño, debiendo este ser en posición semisentada para que le leche no vaya directamente a la vía respiratoria y produzca una broncoaspiración, por la amplitud anatómica amplia de la comunicación del trayecto aéreo con el digestivo en caso de existir fisura labiopalatina; y tapando la fisura labial con la mama de la madre para que la succión del pezón pueda ser efectiva, práctica que requiere de dedicación y tiempo de la madre porque ocupa mayor tiempo que el habitual para el amamantamiento y porque el niño se torna exigente al tener dificultad en la succión, lo que motiva a muchas madres a optar por el método más fácil cual es administrar le leche materna en biberón o lo que es peor, administrar leche artificial maternizada. El 87,5 % de las madres tienen prácticas incorrectas, necesitando educación para cambiar esta práctica incorrecta.

Gráfico N° 23

Práctica de la Forma de Amamantamiento de un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Práctica de la Forma de Amamantamiento de un Niño con Fisura Labiopalatina

Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 31

Práctica de la Administración del Tipo de Leche en un Niño Menor de seis Meses con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Administración del Tipo de Leche		
Practica	Número	Porcentaje
a) Materna Exclusivamente	18	22,5
b) Materna con Artificial	46	57,5
c) Solo artificial	16	20,0
Total	80	100 %

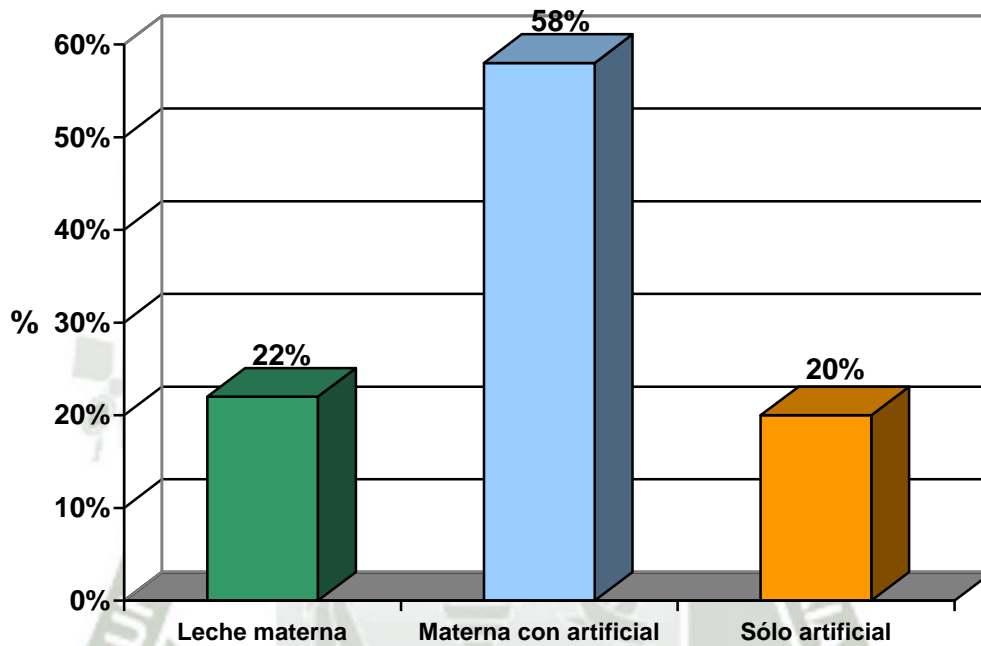
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la administración del tipo de leche en un niño menor de seis meses con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de las madres encuestadas administran leche materna combinada con artificial en un numero de 46 (57,5 %), seguido del grupo administró leche materna exclusivamente llegando a un número de 18 (22,5 %), teniendo un grupo minoritario que solamente administró leche artificial llegando a un numero de 16 (20%).

Solamente un 22,5% tuvo prácticas correctas respecto a la administración de lactancia materna exclusiva en el niño menor de seis meses. La mayoría de las madres (77,5%) tuvo prácticas incorrectas, constituyendo un grupo que necesita educación para cambiar esta práctica incorrecta, considerando la magnitud de la importancia de la lactancia materna exclusiva en el niño menor de seis meses para su crecimiento y desarrollo.

Gráfico N° 24

Práctica de la Administración del Tipo de Leche en un Niño Menor a Seis Meses con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Práctica de la Administración del tipo de Leche en un Niño Menor de Seis Meses

Tabla N° 32

Practica de la Asistencia a un Hospital en el Período de un Año Debido al Tratamiento de la Fisura en un Niño Menor de un Año con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Asistencia a un Hospital		
Practica	Número	Porcentaje
a) De una a cinco veces	32	40,0
b) De seis a diez veces	10	12,5
c) Mas de diez veces	29	36,2
d) Es la primera vez	09	11,3
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la asistencia a un hospital en el periodo de un año por causa del tratamiento de un niño menor a un año tenemos que, la mayoría de las madres encuestadas respondió que acudiría a un hospital entre una a cinco veces, llegando a un numero de 32 madres (40%), seguido del grupo que acudiría mas de diez veces a un hospital llegando a un numero de 29 (36,2 %) y un pequeño grupo que indica que acudiría de seis a diez veces (12,5%) y otro que indica que es la primera vez que acude al hospital (11,3%).

El 36,2 % del grupo encuestado tiene practicas correctas indicando que llevaría a control a su niño menor de un año de edad mas de diez veces al año al hospital, sin embargo llama la atención que el 63,8 % realiza practicas incorrectas llevando un menor numero de veces a control especializado a su niño menor de un año, esto significaría que el niño no este recibiendo el tratamiento multidisciplinario y episódico adecuado, ya que comúnmente los niños con fisura labiopalatina tienen afectación multifactorial. Este grupo con prácticas incorrectas requiere educación para modificar su práctica de asistencia a un centro hospitalario para el control episódico, cronológico y multidisciplinario.

Tabla N° 33

Practica de la Búsqueda de Atención Multidisciplinaria Debido al Tratamiento de la Fisura en un Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Búsqueda de Atención Multidisciplinaria		
Practica	Número	Porcentaje
a) Al pediatra	22	27,5
b) Al otorrinolaringólogo	06	7,5
c) Al ortodoncista	00	0,0
d) Al psicólogo	00	0,0
e) Al terapeuta de lenguaje	03	3,7
f) Al nutricionista	01	1,3
g) A todos los anteriores	15	18,7
h) A alguno de los anteriores	27	33,8
i) A ninguno de los anteriores	06	7,5
Total	80	100 %

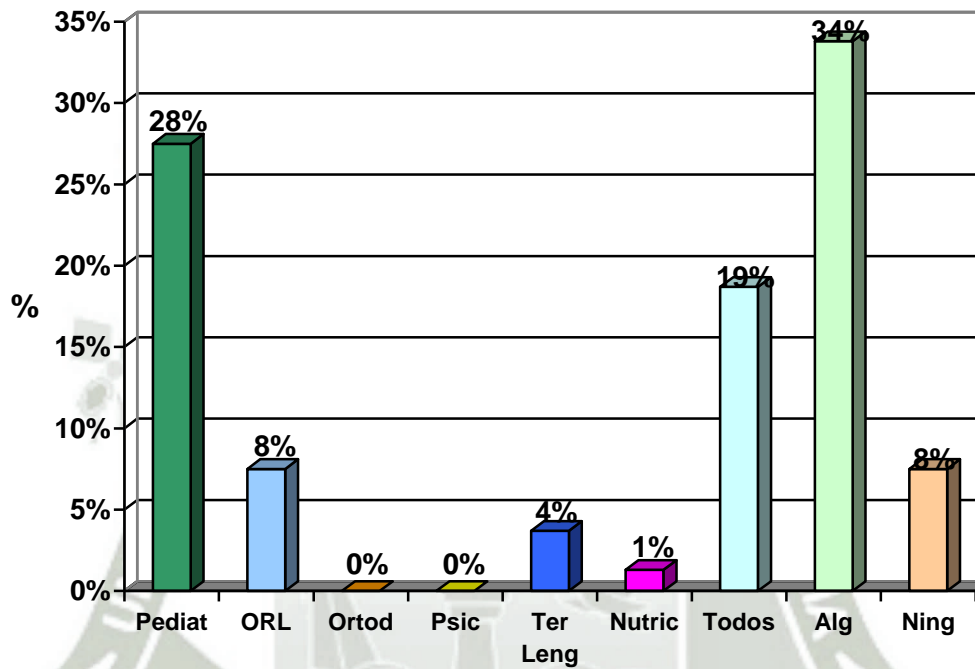
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la búsqueda de atención multidisciplinaria debido al tratamiento de la fisura de un niño tenemos que, la mayoría acudiría a alguno de los especialistas señalados, llegando a un numero de 27 (33,8%), seguido del grupo que acudiría solamente al pediatra, llegando a un numero de 22 (27,5%) y del grupo que llevaría a control a su niño por todos los especialista señalados como el pediatra, el otorrinolaringólogo, el ortodoncista, el psicólogo, el terapeuta de lenguaje y la nutricionista.

El 18,7 % realiza practicas correctas al llevar a su niño a evaluación por todos los especialistas señalados, sin embargo llama la atención que el 81,3% realiza practicas incorrectas llevando aisladamente a alguno o algunos de los especialistas señalados, lo cual desfavorecería el tratamiento multidisciplinario con posibilidad de afectación de la especialidad que no realizó la evaluación del niño.

Gráfico N° 25

**Práctica de la Búsqueda de Atención Multidisciplinaria Debido al
Tratamiento del Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional
Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**



Práctica de la Busqueda de Atención Especializada

Fuente de elaboración: Propia

Tabla N° 34

Practica de la Terapia de Lenguaje en el Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Terapia de Lenguaje		
Practica	Número	Porcentaje
a) Frecuentemente	12	15
b) A veces	12	15
c) No realiza	56	70
Total	80	100 %

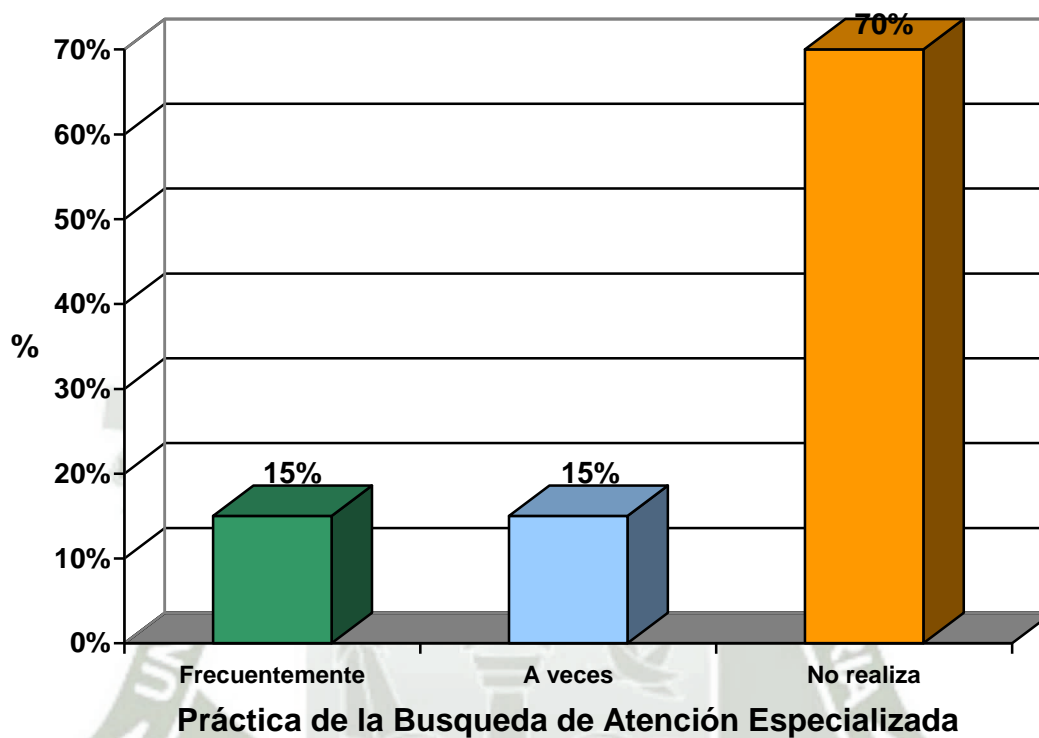
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la terapia de lenguaje en el niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de los pacientes no realizan terapia de lenguaje, llegando a un numero de 56 (70%), seguido del grupo que acude frecuentemente para realizar terapia de lenguaje y el que no realiza ninguna terapia, llegando a un numero de 12 (15%) respectivamente.

El 15 % realiza practicas correctas al llevar a su niño frecuentemente para realizar terapia de lenguaje, sin embargo llama la atención que el 85% realiza practicas incorrectas llevando solamente a su niño a veces o ninguna vez para realizar la terapia de lenguaje. Esta práctica incorrecta desfavorecería el tratamiento del niño, ya que en su gran mayoría los niños con fisura labiopalatina tienen voz nasalizada y dificultad para vocalizar determinados fonemas, constituyendo además un factor negativo para el bienestar psicológico del niño, ya que alguno de ellos tiene alteración severa de la fonética y dificultad para comunicarse socialmente. Constituye un grupo en el cual se debe modificar el conocimiento erróneo para modificar la práctica incorrecta.

Gráfico N° 26

Practica de la Terapia de Lenguaje en el Niño con Fisura Labio Palatina en
el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de Elaboración: Propia

Tabla N° 35

**Practica de la Interacción Social en el Niño con Fisura Labio Palatina en el
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**

Práctica de la Interacción Social		
Practica	Número	Porcentaje
a) Solo con la familia	05	6,3
b) Solo con los amigos del barrio	02	2,5
c) Solo con los amigos del colegio	06	7,5
d) Solo en reuniones sociales	02	2,5
e) Con todos los anteriores	55	68,7
f) Con alguno de los anteriores	10	12,5
Total	80	100 %

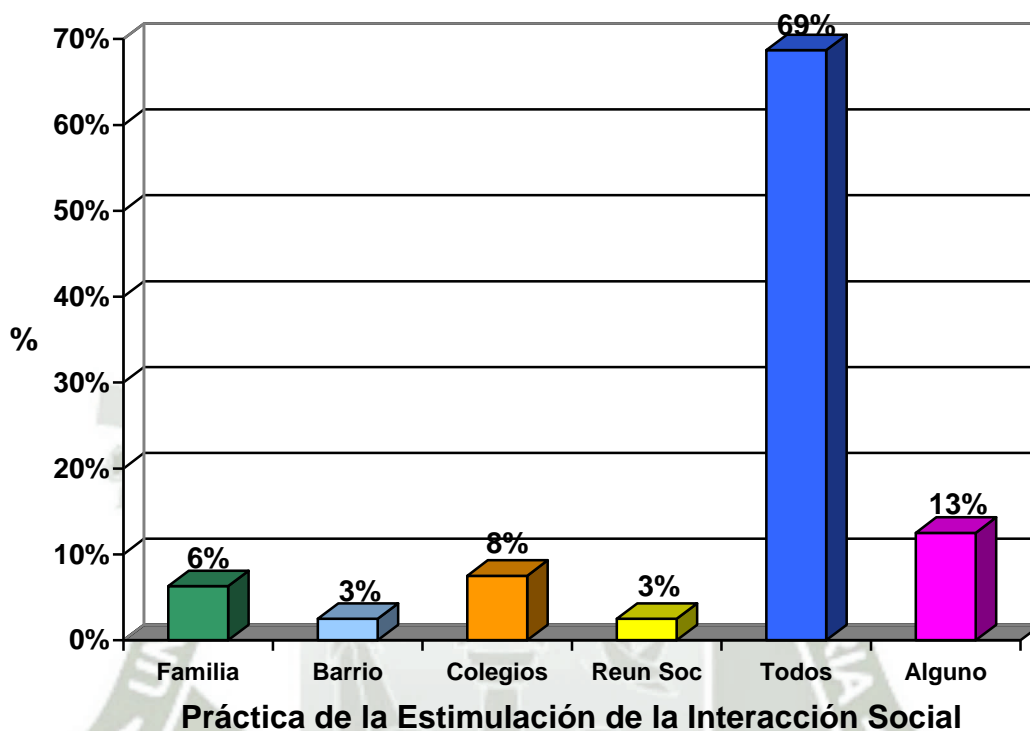
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la interacción social del niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de los familiares estimulan el contacto en todas las circunstancias enumeradas como la familia, los amigos del barrio, los amigos del colegio y en reuniones sociales, llegando a un número de 55 (68,7%), seguido del grupo que estimula el contacto de su niño sólo en algunas circunstancias, llegando a un número de 10 (12,5%) y del grupo minoritario que llevaría a su niño para contacto solo con los amigos del barrio en un número de 2 (2,5%) de las madres encuestadas.

El 68,7 % realiza prácticas correctas al estimular la interacción social del niño con diferentes grupos en la familia, el barrio, el colegio y en reuniones sociales, lo cual es meritorio ya que el niño fisurado no debe ser excluido socialmente. El 31,3% realiza prácticas incorrectas al excluir a su niño de la interacción social con algunos grupos. Es una práctica incorrecta identificada que requiere de un conocimiento adecuado a cerca de los beneficios de estimulación psico social al promover la interacción social del niño fisurado.

Gráfico N° 27

**Práctica de la de la Interacción Social en el Niño con Fisura Labio Palatina
en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**



Fuente de Elaboración: Propia

Tabla N° 36

Practica de la Promoción del Contacto con Otras Personas del Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Promoción del Contacto del Niño con Otras Personas		
Practica	Número	Porcentaje
a) Frecuentemente	52	65,0
b) A veces	26	32,5
c) No realiza	02	2,5
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la promoción del niño con fisura labiopalatina con otras personas tenemos que, la mayoría de los familiares promueven el contacto de su niño, llegando a un numero de 52 (65%), seguido del grupo que a veces estimula el contacto de su niño con otras persona, llegando a un numero de 26 (32,5%) y un pequeño grupo que no realiza estimulación del contacto de su niño con otras personas, llegando a un numero de 2 (2,5%).

La mayoría (65%) realiza prácticas correctas al estimular el contacto de su niño con otras personas, lo cual es favorable para el desarrollo bio psico social del niño, sin embargo, el 35% realiza practicas incorrectas al estimular este contacto solamente en ocasiones o no realizarlo. Esto tiene importancia ya que el niño debe ser integrado a al sociedad como cualquier otro niño con todos sus deberes y derecho. Es una práctica incorrecta identificada que requiere de un conocimiento adecuado para favorecer la promoción del contacto del niño fisurado con otras personas.

Tabla N° 37

Practica de la Visita al Psicólogo en el Periodo de un Año del Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Visita al psicólogo en el Período de un Año		
Practica	Número	Porcentaje
a) Ninguna	29	36,3
b) De una a tres veces	29	36,3
c) Más de 4 veces	22	27,4
Total	80	100 %

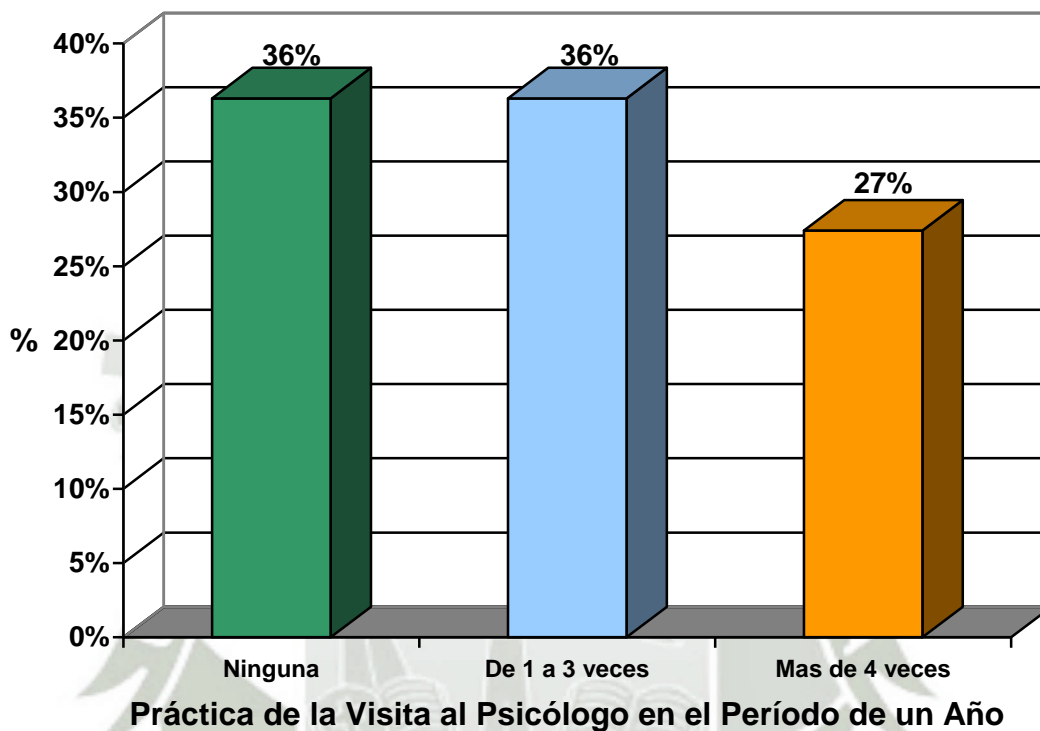
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la visita al psicólogo en el periodo de un año del niño con fisura labiopalatina con otras personas tenemos que, la mayoría de los familiares no practican esta visita, llegando a un numero de 29 (36,3%), igual cifra tenemos en los familiares que acuden de una a tres veces al año al psicólogo llegando a un numero de 29 (36,3%), un grupo minoritario lleva a su niños al psicólogo mas de cuatro veces al año, llegando a un numero de 22 (27,4%).

Solamente el 27,4% realiza prácticas correctas al llevar a su niño al psicólogo más de 4 veces al año, lo cual favorece la autoestima del niño así no tenga trastornos psicológicos y le prepara para tener una respuesta o actitud adecuada ante determinadas circunstancias de agresión psicológica que pudiera suceder en el transcurso de su interacción social. Sin embargo, el 72,6% realiza prácticas incorrectas al no acudir o acudir con el niño con fisura labiopalatina un numero escaso de veces al psicólogo, ya que los padres podrían suponer que el niño no necesita terapia psicológica sin pensar en la posibilidad de que el niño pueda estar cursando con trastornos psicológicos internos que salgan a brote cuando se acumulan y desencadenan actitudes inadecuadas. Es una práctica incorrecta identificada que requiere de un conocimiento adecuado para favorecer la promoción del contacto del niño fisurado con otras personas.

Gráfico N° 28

Practica de la Visita al Psicólogo en el Periodo de un Año en el Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de Elaboración: Propia

Tabla N° 38

Practica de la Forma de Comportamiento Social del Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Forma de Comportamiento Social		
Practica	Número	Porcentaje
a) Con timidez	15	18,7
b) Es muy sociable y espontáneo	46	57,5
c) A veces se siente bien	03	3,7
d) Prefiere quedarse en casa	05	6,3
e) Dependiendo de las personas que trate	11	13,8
Total	80	100 %

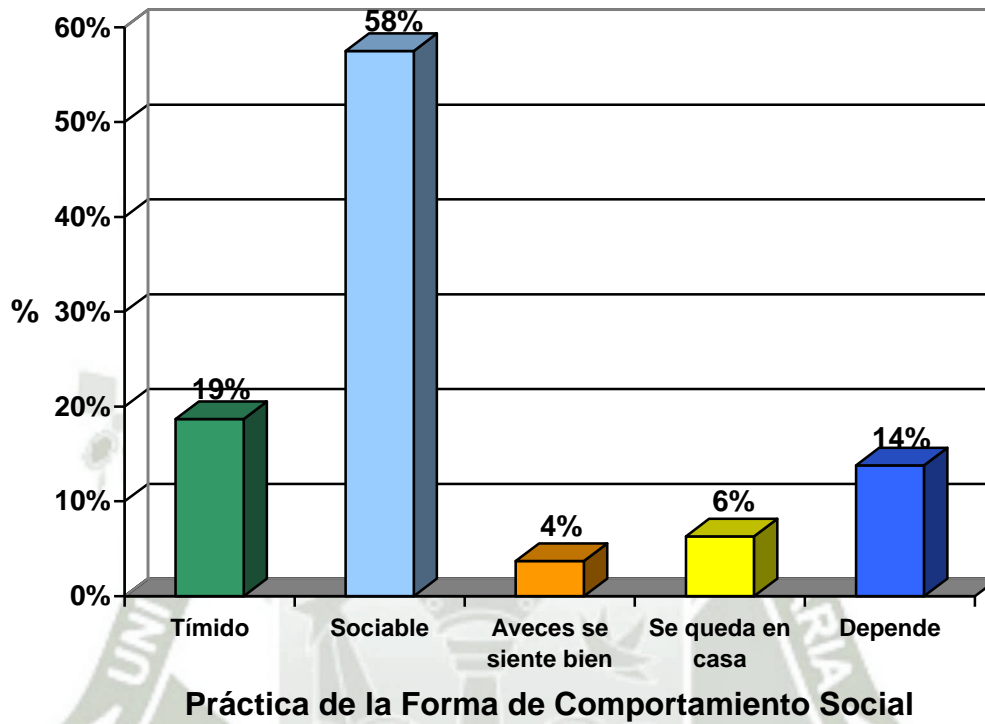
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la forma de comportamiento social del niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de los familiares indican que su niño se comporta de una forma muy sociable y espontánea, llegando a un numero de 46 (57,5%), seguido del grupo que menciona que su niño se comporta con timidez, llegando a un número de 15 (18,7%) y seguido del grupo que indica que el comportamiento de su niño depende de las personas que interaccionen con él, llegando a un numero de 11 (13,8%).

La mayoría (57,5%) realiza prácticas correctas al favorecer el comportamiento de su niño de una forma muy sociable y espontánea, lo cual es importante para favorecer la autoestima, el desarrollo psicológico así como la integración social del niño. Un 42,5 % realiza practicas incorrectas al indicar que su niño se comporta con timidez, prefiere quedarse en casa, actúa con timidez o su actitud depende de la persona que trate, esto desfavorece el desarrollo biopsicosocial del niño y evita su integración social.

Gráfico N° 29

Practica de la Forma de Comportamiento Social del Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Fuente de Elaboración: Personal

Tabla N° 39

Practica de la Frecuencia del Control Dental en el Periodo de un Año del Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Frecuencia del Control Dental en el Periodo de un Año		
Practica	Número	Porcentaje
a) Ninguna	23	28,7
b) De una a dos veces	36	45,0
c) De tres a cuatro veces	04	5,0
d) De cinco a mas veces	15	18,7
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la frecuencia del control dental en el periodo de un año del niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de los familiares indican que su niño acude de una a dos veces para control dental, llegando a un numero de 36 (45,0 %), seguido por el grupo que no llevó ninguna vez a su niño evaluación por el dentista, llegando esto a un numero de 23 (28,7%) y por el grupo que indica que su niño debe acudir de cinco a mas veces al dentista con un numero de 16 (20%) de las madres encuestadas.

Solamente un 18,7 % realiza prácticas correctas, llevando al niño al dentista para control, de cinco a más veces en el periodo de un año, lo cual favorecería la salud dental del niño. Sin embargo el 81.3 % realiza prácticas incorrectas llamando la atención que el 23% nunca llevó su niño a control por un odontólogo, esto iría en detrimento de la salud integral del niño ya que en un niño fisurado hay mayor probabilidad de tener alteraciones infecciosas, de mal posición y de mala conservación dental, ya que en ocasiones al ser intervenidos quirúrgicamente por cierre del paladar se produce la desvascularización de la cara palatina de las piezas dentarias. Este constituye un grupo que requiere educación para modificar sus conocimientos y prácticas respecto al cuidado dental.

Tabla N° 40

Practica de la Frecuencia del Control Pediátrico en el Periodo de un Año del Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Frecuencia del Control Pediátrico de Niño Sano en el Periodo de un Año		
Practica	Número	Porcentaje
a) Ninguna	28	35,0
b) De una a tres veces	35	43,7
c) Mas de cuatro veces	17	21,2
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la frecuencia del control pediátrico en el periodo de un año del niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de los familiares indican que su niño acude de una a tres veces llegando a un numero de 35 (43,7%), seguidos por el grupo que refiere que ninguna vez ha acudido para control pediátrico, llegando a un numero de 28 (35%) y por el grupo que refiere que ha acudido a control mas de cuatro veces, llegando a un numero de 17 (21,2%).

Solamente un 21,2 % realiza prácticas correctas, llevando al niño al control pediátrico para control de peso y talla, para administración de vacunas y para identificación de posibles complicaciones. Sin embargo el 78,8% realiza prácticas incorrectas llamando la atención que el 35% nunca llevó su niño a control por un pediatra, esto iría en detrimento de la salud integral del niño ya que el pediatra tiene la capacidad de realizar un manejo global de la salud del niño a diferencias de los especialistas que evalúan determinado segmento del cuerpo. Este constituye un grupo que requiere educación para modificar sus conocimientos y prácticas respecto al cuidado pediátrico integral del niño.

Tabla Nº 41

Práctica de la Prevención de la Aparición de Infecciones Respiratorias en el Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Prevención de la Aparición de Infecciones Respiratorias		
Practica	Número	Porcentaje
a) Abrigo a mi niño	30	37,5
b) Evito los cambios bruscos de temperatura	04	5,0
c) Evito el contacto con otros niños resfriados	01	1,2
d) Todas las anteriores	39	48,8
e) Solo alguna de las anteriores	06	7,5
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la prevención de la aparición de infecciones respiratorias en el niño con fisura labiopalatina tenemos que, cerca de la mitad de los familiares indican que realizan todas las practicas señaladas como ser el realizar el abrigo adecuado del niño, evitar los cambios bruscos de temperatura y evitar el contacto con otros niños resfriados, llegando a un numero de 39 (48,8 %), seguidos por el grupo que solamente abriga a su niño para evitar las infecciones respiratorias agudas, llegando a un numero de 30 (37,5 %); un grupo minoritario refiere que solamente realiza alguna de las medidas mencionadas en un numero de 11 (13,7%)

Cerca de la mitad (48,8 %) realiza practicas correctas realizando todas las medidas necesarias para evitar infecciones respiratorias en los niños, sin embargo el 51,2 % realiza prácticas incorrectas, estando el niño fisurado en riesgo de contraer infecciones respiratorias, siendo estas favorecidas por la amplitud anatómica entre la vía respiratoria y digestiva a través de la fisura labiopalatina. Además es importante la prevención de infecciones respiratorias ya que estas pueden traer como complicación una infección ótica que puede traer como secuela una hipoacusia severa y/o una otitis crónica media recurrente en el niño. Este constituye un grupo que requiere educación para modificar sus conocimientos y prácticas respecto al cuidado pediátrico integral del niño.

Tabla N° 42

Practica de la Prevención de las Infecciones del Oído en el Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Prevención de las Infecciones del Oído		
Practica	Número	Porcentaje
a) Evito los resfríos	22	27,6
b) Si se resfría vigilo que no tenga dolor o secreción por el oído	14	17,5
c) Acudo episódicamente a control por el otorrinolaringólogo.	05	6,2
d) Evito la exposición a cuerpos extraños en el oído	05	6,2
e) Todas las anteriores	24	30,0
f) Ninguna de las anteriores	06	7,5
g) Solo alguna de las anteriores	04	5,0
Total	80	100 %

Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la prevención de las infecciones de oído en el niño con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de los familiares realizan todas las practicas señaladas como ser el evitar los resfríos, la vigilia de ausencia de dolor o secreción por el oído, la visita episódica al otorrinolaringólogo y el evitar la exposición a cuerpos extraños en el oído, llegando a un numero de 24 (30%), seguido del grupo que solamente abriga a su niño para evitar las infecciones respiratorias agudas, llegando a un numero de 22 (27,6%) y de un grupo minoritario que refiere que solamente realiza alguna de las medidas mencionadas llegando a un numero de 14 (17,5%)

El 30% realiza practicas correctas realizando las medidas necesarias para evitar las infecciones del oído en los niños con fisura labiopalatina, sin embargo el 70% realiza prácticas incorrectas, estando el niño en riesgo para contraer infecciones óticas, siendo estas favorecidas por las infecciones respiratorias frecuentes de los niños y en riesgo de tener otitis crónica recurrente que puede llevar a la hipoacusia como secuela. Este constituye un grupo que requiere educación para modificar sus conocimientos y prácticas respecto al cuidado de los oídos del niño.

Tabla Nº 43

Practica de la Identificación de Posibles Complicaciones en el Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Práctica de la Identificación de Posibles Complicaciones		
Practica	Número	Porcentaje
a) Vigilo el cuidado de sus dientes	05	6,2
b) Vigilo el cuidado de sus oídos	06	7,5
c) Vigilo su bienestar psicológico	03	3,8
d) Le llevo a sus controles por diferentes especialistas	21	26,3
e) Todas las anteriores	24	30,0
f) Ninguna de las anteriores	07	8,7
g) Alguna de las anteriores	14	17,5
Total	80	100 %

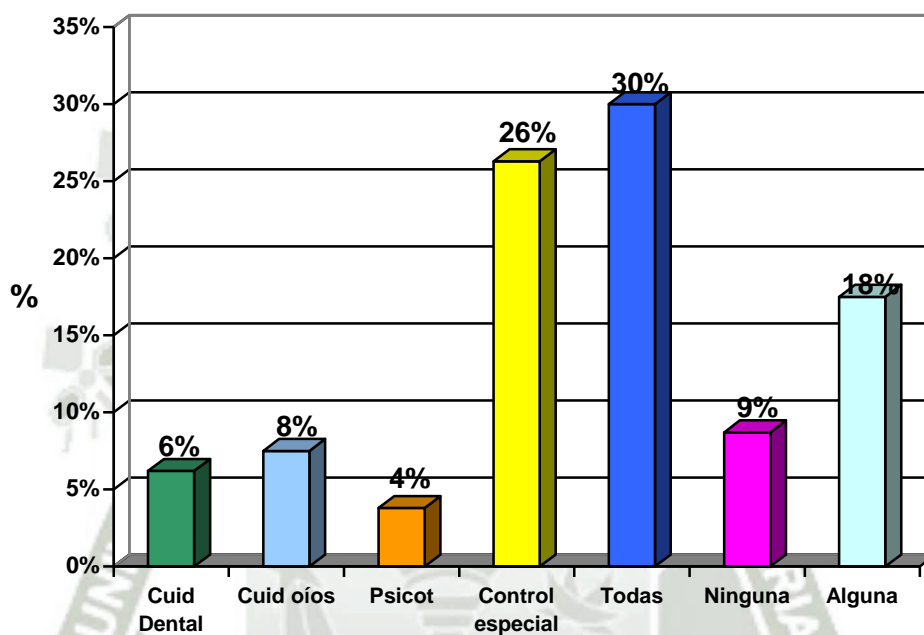
Fuente de elaboración: Propia

Con respecto a la práctica de la identificación de posibles complicaciones en niños con fisura labiopalatina tenemos que, la mayoría de los familiares realizan todas las practicas señaladas como ser la vigilia del cuidado de los dientes de los niños, los oídos, el bienestar psicológico y el control por diversos especialistas, llegando a un numero de 24 (30 %). Seguido del grupo que respondió que solamente a ha llevado a su niño a control por diferentes especialistas, llegando a un numero de 21 (26,4%) y con menor porcentaje (17,5%) aquellos padres que realizan alguna de las alternativas señaladas.

Un 30 % realiza practicas correctas realizando las medidas necesarias para evitar las infecciones del oído en los niños con fisura labiopalatina, sin embargo el 70 % realiza prácticas incorrectas, estando el niño en riesgo para contraer infecciones óticas, siendo estas favorecidas por las infecciones respiratorias frecuentes de los niños y la otitis crónica recurrente que pueden llevar a la hipoacusia como secuela. Este constituye un grupo que requiere educación para modificar sus conocimientos y prácticas respecto al cuidado de los oídos del niño.

Gráfico N° 30

Practica de la Identificación de Posibles Complicaciones en el Niño con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Práctica de la Identificación de Posibles
Complicaciones

Fuente de Elaboración: Propia

RESUMEN DE LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES Y MENOS RELEVANTES DE LAS PRÁCTICAS

a.- Aspectos más relevantes.-

- La forma de amamantamiento es practicada correctamente sólo en el 10,2%.
- La administración de leche materna es practicada por el 22,5% de las madres, algunas madres extraen la leche materna y le administran al niño en biberón.
- La asistencia a un hospital en el período de un año para el tratamiento de la fisura es practicada correctamente en el 36,2% de las madres, en el resto la asistencia es insuficiente para que el niño reciba atención multidisciplinaria.
- La búsqueda de atención multidisciplinaria es practicada solamente por el 18,7% de las madres, el resto solamente busca a determinado especialista específico.
- La terapia de lenguaje en el niño con fisura palatina es practicada solamente en el 15% de los paciente, siendo esta indispensable para mejorar la fonación en el niño.
- La interacción social en el niño es practicada por el 68,7% de las madres, habiendo aún exclusión social del niño en el resto.
- La promoción del contacto del niño con otras personas es realizada por el 65% de las madres, el resto no promociona el contacto del niño con otras personas.
- La visita al psicólogo con el niño en el periodo de un año es practicada correctamente sólo por el 27,4% de las madres, el resto tuvo una o pocas visitas que el niño requiere para favorecer su autoestima.
- La forma de comportamiento que practican los niños es correcta en el 57,5%, en el resto el comportamiento no favorece un adecuado comportamiento bio-psicosocial.
- La frecuencia de control dental del niño en el periodo de un año es correcta sólo en el 18,7 %.
- La frecuencia del control pediátrico del niño sano en el periodo de un año es realizada correctamente en el 21,2%, en el resto hay riesgo de detrimento de la salud integral del niño con riesgo de detección de secuelas en forma tardía.
- La prevención de la aparición de infecciones respiratorias agudas es


practicada correctamente por el 48,8% de las madres, estando el resto en riesgo de contraer infecciones respiratorias, las cuales en el niño fisurado se complican con más frecuencia por la amplitud anatómica de la comunicación de la vía respiratoria y digestiva y la alta frecuencia de otitis media.

- La prevención de las infecciones del oído medio en el niño es practicada correctamente por el 30% de las madres, en el resto hay riesgo de desarrollar infecciones óticas a repetición que podrían dejar secuelas irreversibles en el niño.
- La identificación de posibles complicaciones en el niño es practicada correctamente sólo en el 31,3%.

b.- Aspectos menos relevantes.-

No hay aspectos menos relevantes en las prácticas de los familiares de niños con fisura labiopalatina.





4. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE LOS PROBLEMAS DE LA FISURA LABIOPALATINA

Tabla N° 44

Conocimientos de las Madres de Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Conocimientos de las Madres		
Conocimientos	Número	Porcentaje
Alto (16 a 20 pts.)	02	2,5
Medio (11 a 15 pts.)	27	33,7
Bajo (menor a 10 pts.)	51	63,8
Total	80	100 %

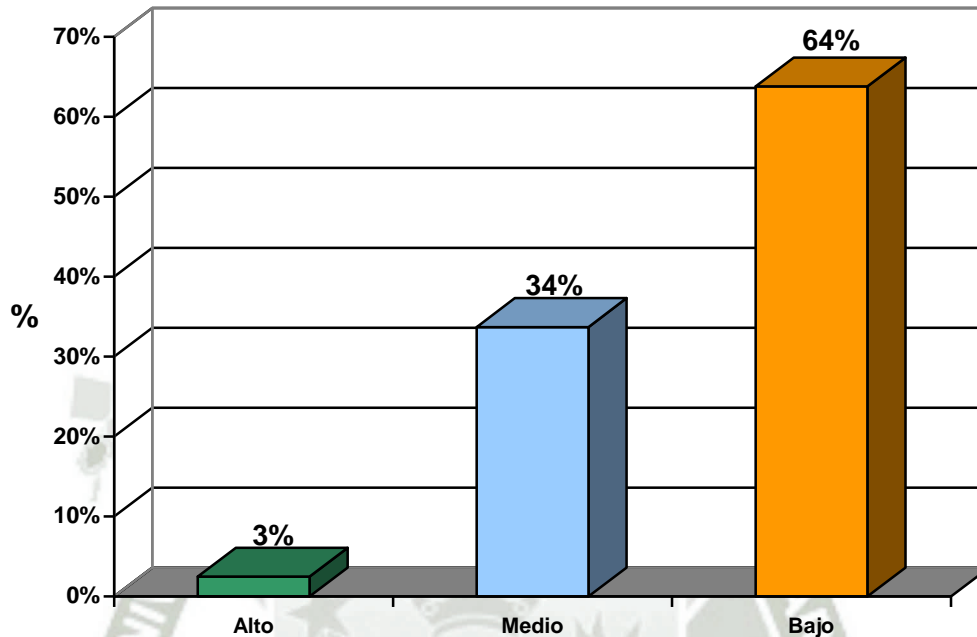
Fuente de elaboración: Propia

Respecto a los conocimientos predomina el grupo con conocimientos de nivel bajo llegando a un número de 51 (63,8 %) de las madres encuestadas, seguido por el grupo con nivel medio llegando a un número de 27 (33,7%) y en último lugar el grupo de madres con conocimientos alto con un número de 2 (2,5%) de madres encuestadas.

La mayoría de las madres encuestadas tienen un conocimiento bajo, constituyendo el 63,8% de la muestra, coincidiendo esto con niveles bajos de educación como son el nivel educativo encontrado en las madres encuestadas, siendo este dato evidenciando en el 46,3% de las madres con niveles primarios de educación.

Gráfico N° 31

Conocimientos de las Madres de Pacientes con Fisura Labio Palatina en
el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Conocimientos de las Madres de Pacientes con
Fisura Labio Palatina

Fuente de Elaboración: Propia

Tabla N° 45

Prácticas de las Madres de Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Prácticas de las Madres		
Prácticas	Número	Porcentaje
Correctas (8 a 14)	12	15
Incorrectas (menor a 7)	68	65
Total	80	100 %

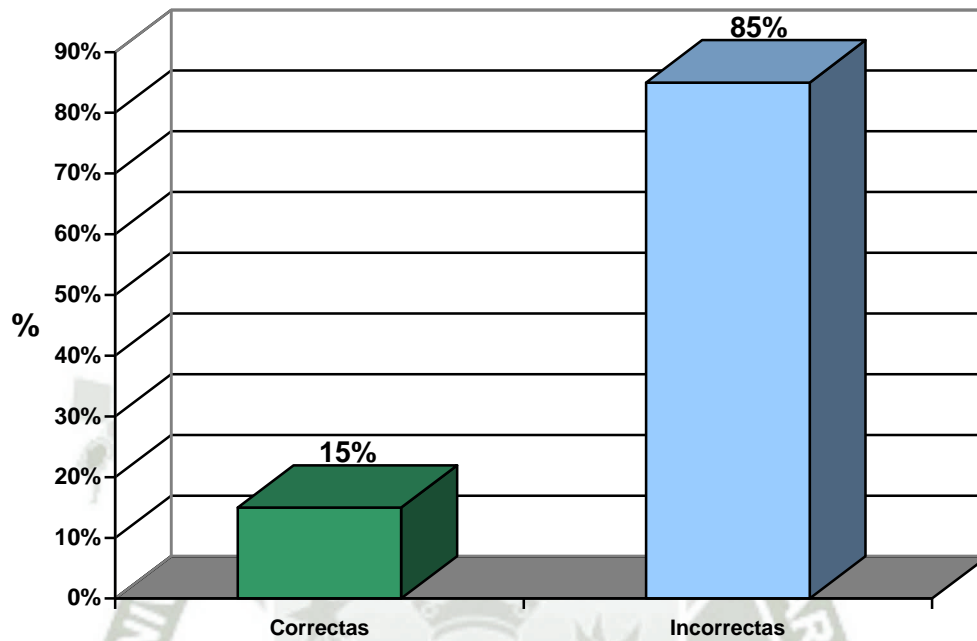
Fuente: Elaboración propia

Respecto a las prácticas predomina el grupo con prácticas incorrectas llegando a un número de 68 (85 %) de las madres encuestadas y con menor cuantía el grupo que tiene practicas correctas llegando a un número de 12 (15 %).

La mayoría de las madres (85 %) no actúa correctamente para beneficiar el tratamiento temprano de sus niños ni para evitar las complicaciones y secuelas ocasionadas por la evolución natural de la enfermedad, debido a la desinformación de la necesidad del tratamiento temprano, multidisciplinario y episódico de la enfermedad, constituyendo un grupo de madres que requiere educación y motivación para realizar las practicas correctas para el tratamiento de su niño.

Gráfico N° 32

**Prácticas de las Madres de Pacientes con Fisura Labio Palatina en el
Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.**



**Prácticas de las Madres de Pacientes con Fisura
Labio Palatina**

Fuente de Elaboración: Propia

Tabla Nº 46

Relación Entre Conocimientos y Prácticas de las Madres de Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Prácticas Conocimientos	Prácticas Correctas		Prácticas Incorrectas		Totales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Conocimiento alto	01	1,25	01	1,25	02	2,50
Conocimiento medio	11	13,75	16	20,0	27	33,75
Conocimiento bajo	00	0,0	51	63,75	51	63,75
Totales	12	15	68	85	80	100

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la relación entre conocimientos y prácticas de las madres de pacientes con problemas de fisura labiopalatina, predomina el grupo con conocimientos de nivel bajo con prácticas incorrectas llegando a un número de 51 (63,75 %), seguido por el grupo con conocimientos de nivel medio y prácticas incorrectas llegando a un número de 16 (20%) y por el grupo que tiene conocimientos de nivel medio con prácticas correctas llegando a un número de 11 (13,75%).

El 36.2% % de las madres encuestadas aprobaron el test de conocimiento, de ellas sólo el 2.5 % tiene conocimiento adecuado sobre el tratamiento y prevención de complicaciones en pacientes con problema de fisura labiopalatina. Las prácticas que emplean las madres en el tratamiento de pacientes con problemas de fisura labiopalatina son en su mayoría incorrectas, llegando a un número de 68 (85 %) y teniendo relación directa con el bajo nivel de conocimiento.

Este resultado obtenido en el cual predomina el grupo de madres con conocimientos bajos y prácticas incorrectas (63,8 %) se correlaciona con el

bajo nivel educativo y socioeconómico de las madres encuestadas que forman parte de la población que acude a un hospital público como el Hospital Nacional Cayetano Heredia, constituyendo además un grupo que necesita educación en salud para mejorar el tratamiento de sus hijos.

Es importante que las madres tengan un conocimiento preventivo, a tiempo, de las posibles complicaciones en sus niños, ya que es posible que aprendan a prevenir secuelas una vez que éstas se hayan establecido en el niño.



Tabla N° 47

Relación Entre Prácticas y Conocimientos de las Madres de Pacientes con Problema de Fisura Labiopalatina que Acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.

Prácticas Conocimientos	Correctas	Incorrectas
	Alto	01
Medio	11	16
Bajo	00	51

Fuente de elaboración: Propia

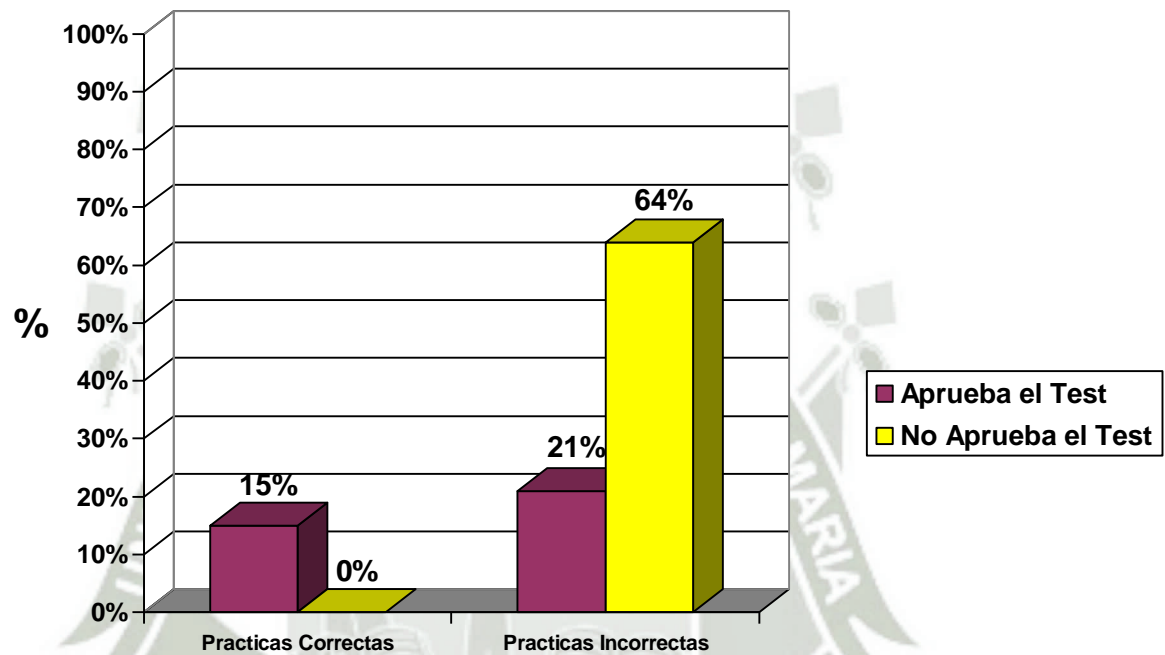
Respecto a la relación entre prácticas y conocimientos de las madres de pacientes con problemas de fisura labiopalatina, predomina el grupo con conocimientos de nivel bajo con prácticas incorrectas llegando a un número de 51 (63,75 %). La mayoría de las madres tienen prácticas incorrectas, llegando a un número de 68 (85%) incluyendo aquellas que tienen conocimiento medio, esto probablemente debido a la inaccesibilidad a los servicios de salud especializados en su localidad de vivienda o a la falta de recursos económicos para efectivizar el tratamiento en sus niños o debido a que los conocimientos los ha adquirido después de haber pasado el momento oportuno de tratamiento de su niño.

Llama la atención el grupo de madres con conocimiento medio y con prácticas correctas, el cual constituye el 14% de la muestra, esto se debe a que parte de las preguntas referentes al conocimiento de la crianza del niño fisurados no difiere de las relacionadas a los niños normales.

Tenemos una madre con conocimientos de alto nivel y con prácticas incorrectas, esto debido tal vez al aprendizaje tardío del manejo adecuado de los problemas, cuando la oportunidad de tratamiento ya ha pasado en su niño.

Gráfico N° 33

Relación Entre Aprobación y No aprobación del Test y las Prácticas de las Madres de Pacientes con Fisura Labio Palatina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2007, Lima- Perú.



Relación Entre Aprobación y No Aprobación del Test y las Prácticas de las Madres de Pacientes con Fisura Labio Palatina

Fuente de Elaboración: Propia

CONCLUSIONES

Primera:

Los familiares encuestados tienen un nivel de conocimiento bajo a cerca del tratamiento del niño con fisura labiopalatina, coincidiendo con su bajo nivel educativo y socioeconómico.

Segunda:

Los familiares encuestados tienen prácticas inadecuadas a cerca del tratamiento del niño con fisura labiopalatina, coincidiendo en su mayoría con los bajos niveles de conocimiento que tienen.

Tercera:

Existe relación directa fuerte entre el bajo nivel de conocimientos y las prácticas inadecuadas de los familiares encuestados a cerca del tratamiento temprano, oportuno, cronológico y multidisciplinario del niño con fisura labiopalatina.



RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud.-

Debe implementar el Programa de Atención del Paciente con Fisura Labiopalatina con acceso universal a todos los grupos étnicos, con un programa de atención multidisciplinaria en salud.

El Hospital.-

Debe facilitar la implementación del Programa de Atención del Paciente con Fisura Labiopalatina, promover y prevenir las secuelas en pacientes fisurados, incentivar la formación del equipo multidisciplinario para brindar atención en salud y rehabilitar al paciente con secuelas por el tratamiento inoportuno de la fisura labiopalatina.

Los profesionales de salud.-

Debemos promover actividades educativas continuas dirigidas fundamentalmente a la educación de las madres y también de la población en general para optimizar el tratamiento de los pacientes con problema de fisura labiopalatina, evitando de esta manera las complicaciones y secuelas debidas al tratamiento tardío o inadecuado de la misma.

Debemos implementar y ejecutar un plan educativo adecuado para informar a las madres de los niños con fisura labiopalatina a cerca del tratamiento temprano, oportuno, cronológico y multidisciplinario de sus hijos.

Debemos verificar la efectivización de prácticas adecuadas de las madres a través del seguimiento de los niños con fisura labiopalatina.

Debemos incrementar el número de población estudiada para minimizar el sesgo de información y dar más confiabilidad y consistencia al estudio y además debemos ampliar el estudio de cada tópico del presente trabajo para conocer más a cerca de los conocimientos y practicas a fin de lograr la adquisición de conocimientos y la modificación de las practicas de las madres con fisura labiopalatina.

Los familiares.-

Deben estar predispuestos a aprender los conocimientos que serán impartidos a cerca del tratamiento adecuado para sus hijos y a poner en práctica los conocimientos aprendidos.



PROPUESTA

Las características de los conocimientos y prácticas de los familiares con problema de fisura labiopalatina que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia demuestran:

- Bajo nivel de conocimientos para el tratamiento de los niños con fisura labiopalatina.
- Prácticas inadecuadas para el tratamiento de los niños con fisura labiopalatina.
- Relación directa entre los conocimientos de bajo nivel y las prácticas inadecuadas en los niños con fisura labiopalatina.

La propuesta de cambio busca:

- Elevar los niveles de conocimientos de las madres de los niños con fisura labiopalatina.
- Favorecer las prácticas adecuadas de las madres de los niños con fisura labiopalatina.
- Lograr una relación directa entre conocimientos de alto nivel y prácticas adecuadas en las madres de los niños con fisura labiopalatina.
- Publicar un manual informativo para los familiares, realizado por un equipo multidisciplinario, a través del cual se brinde educación personalizada, reforzada con una entrevista a los familiares durante la primera consulta en el hospital, esto permitiría lograr un tratamiento oportuno, multidisciplinario, episódico y cronológico.



“PODEMOS CAMBIAR EL FUTURO DE LOS PACIENTES CON FISURA
LABIOPALATINA MEJORANDO SU CALIDAD DE VIDA”



“DEBEMOS ELEVAR LOS NIVELES DE CONOCIMIENTOS Y FAVORECER
LAS PRACTICAS ADECUADAS EN LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON
FISURA LABIOPALATINA”

BIBLIOGRAFÍA

1. Abreu-Hernández L, Infante-Castañeda C. La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento. *Gaceta Médica Mexicana*, 2004; 140 (4): 381-390.
2. Achauer, Bruce. *Plastic Surgery, Indications, Operations and Outcomes*. Ed. Mosby. Ohio. 2000.
3. Coiffman Felipe, M.D. F.A.C.S. *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética*. Ed. Científicas y Técnicas .S.A. Tercera Edición. España, 2006.
4. Corbo Rodríguez, Maria Teresa. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integral*. Vol.17 (4) Jul-ago 2001, La Habana, Cuba. *versión on-line* <http://scielo.sld.cu>.
5. De Canales, Francisca y Colaboradores: *La metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud*. Ed. Limusa. México, 2000.
6. Echevarría y Pérez P, Vela JA y Del Vecchyo C. Prótesis fonoarticuladoras en pacientes con labio y paladar hendido. *Cirugía Plástica* 2000; 10 (1): 31-36.
7. Guías clínicas del Ministerio de Salud, República de Chile. 2005. http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/FisuraLabiopalatinaR_Mayo10.pdf.
8. Hernandez Melendrez, Edelsys. *Cómo escribir una tesis*. Escuela Nacional de Salud Pública. 2007. Cuba. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/como_escribir_tesis-06.pdf.
9. Herrero, José. *¿Qué es cultura?*. 2002. <http://www.sil.org/capacitar/antro/cultura.pdf>.
10. Honorio Quiroz, Carmen Roxana. *Conocimientos y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de cinco años sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas en el C.S. Max Arias Schereirber*, octubre-noviembre, 2001. Tesis Univ. Nac. Mayor de San Marcos. Fac. de Medicina Humana. Lima, 2002.

11. Instituto de Investigaciones epidemiológicas, Red de Servicios de población con Fisura Labio-Alveolo-Palatina, Buenos Aires, 2007.
<http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/flap.asp>.
12. Latham R. Bilateral Cleft Lip and Palate: Improved Maxillary and Dental Development. Plastic and Reconstructive Surgery. 2007; 119 (1): 287-297.
13. Navarro Gasparetto, Carlos. Atlas de Fisura Labiopalatina Primaria. Ed. Mad Corp. Lima, 2000.
14. Paredes Núñez, Julio Ernesto. Manual Para la Investigación Científica. UCSM. Arequipa, 2006.
15. Pérez-González A, Ayuso A, Pérez Dosal M. y Col. Dulce H Gutiérrez Valdez. Tratamiento ortodóncico y quirúrgico en pacientes con fisura de paladar primario bilateral con premaxila prominente. Cirugía Plástica 2007; 17 (2): 113-120.
16. Protocolo Auge. Fisura Labiopalatina Para Niños. Ministerio de Salud. República de Chile. 2004.
http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/fisura_palatina/pdf/Protocolo%20Chile-Flap%20ni%C3%B1os.pdf.
17. Rosell-Perry, Percy. Nueva clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas del programa outreach surgical center Lima, Perú. Acta Medica Peruana. 2006, 23 (2) : 59-66.
18. Sepúlveda T, Palomino Z y Cortés J. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2008; 30 (1):17-25.
19. Velázquez VJM, Estrada MH, Álvarez LJ, Flores PA, Solís A. Tratamiento actual de la fisura labial. Cirugía Plástica 2006; 16 (1): 34-42.
20. Ysunza A, Pamplona MC. Disfunción del esfínter velofaríngeo y su tratamiento. Cirugía Plástica 2006; 16(1): 62-68.



Anexo N° 1

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA



**“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
CON PROBLEMA DE FISURA LABIOPALATINA QUE ACUDEN AL
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, LIMA 2007”.**

Tesis presentada por la Bachiller:

JAQUELINE CRUZ VARGAS

Para optar el Grado Académico de:

**Magíster en Salud Pública con
Mención en Gerencia**

AREQUIPA, PERÚ

2010

I PREÁMBULO

En mi experiencia personal como Cirujano Plástico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, he observado que los niños con fisura labiopalatina que acuden al consultorio externo, presentan secuelas anatómicas de diferente magnitud que podrían ser evitadas con un tratamiento adecuado.

He observado estigmas visibles en niños fisurados, como cicatrices inestéticas en el rostro, alteraciones funcionales, como la dificultad en la fonación por la fisura del paladar; alteraciones en la lactancia y la alimentación dificultosa por la deficiencia anatómica del paladar; infecciones respiratorias agudas a repetición debido a la comunicación amplia de la vía aérea alta con la digestiva; otitis media crónica recurrente como complicación de la fisura palatina; agudeza auditiva baja irreversible como secuela de infecciones óticas recurrentes inadvertidas; malposiciones dentales y maxilofaciales por la presencia de la fisura alveolar; retrusión del maxilar superior y falta de crecimiento completo de éste con mal estado de conservación de los dientes; además, en algunas oportunidades, la presencia de síndromes genéticos no diagnosticados y otras alteraciones que pueden ser corregidas paulatinamente en forma temprana desde el nacimiento y pueden ser prevenidas antes de su aparición.

También he percibido las alteraciones psicológicas de los niños fisurados debidas a la escasa integración social y a la discriminación grupal por las cicatrices y deformidades en el rostro, la voz nasalizada con dificultad para pronunciar determinados fonemas, inclusive alteraciones que llegan a la falta de integración familiar.

He visto la necesidad de investigar cuales son las causas, relacionadas a los familiares, que impiden que los niños con fisura labiopalatina reciban el tratamiento adecuado desde etapas tempranas, ya que al consultorio externo de Cirugía Plástica del Hospital Nacional Cayetano Heredia acuden niños que iniciaron su tratamiento tardíamente o aún no lo iniciaron debido presumiblemente a la desinformación de los familiares sobre la necesidad que tienen los niños de recibir un tratamiento multidisciplinario episódico especializado y a las prácticas en su domicilio, lo cual impide un desarrollo biopsicosocial adecuado en el niño.

El presente trabajo, basado en los conocimientos y prácticas de los familiares con fisura labiopalatina podría dar lugar a la confección de un manual informativo que permita modificar la conducta de los familiares en beneficio de la mejoría de la salud y la prevención de las complicaciones en sus hijos.



II PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

“Conocimientos y practicas de los familiares de pacientes con problema de fisura labiopalatina que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, 2007”.

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del Conocimiento

El problema de investigación esta ubicado en el área general de Ciencias de la Salud, en el área específica de Salud Pública, en la línea de Servicios de Salud.

1.2.2. Operacionalización y descripción de variables

VARIABLES	DEFINICIONES	INDICADORES
Conocimientos	Conjunto de ideas, hechos conceptos y principios adquiridos por educación formal o informal.	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de la enfermedad. • Etiología de la enfermedad. • Tipo de alimentación <ol style="list-style-type: none"> a) Lactancia b) Ablactancia • Inicio del tratamiento • Duración del tratamiento • Manejo multidisciplinario (cirujano plástico, pediatra, otorrinolaringólogo, fonoaudiologo, odontólogo, ortodoncista, asesor genético, psicólogo, terapeuta de lenguaje, nutricionista,

<p>Prácticas</p>	<p>Conjunto de habilidades y destrezas que emplean los familiares con pacientes fisurados para su tratamiento y prevención de complicaciones, los cuales pueden ser observados o expresados a través del lenguaje.</p>	<p>enfermería, asistente social y otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control periódico. • Factores de riesgo • Complicaciones • Medidas preventivas • Estimulación educativa • Bienestar psicológico. <ul style="list-style-type: none"> • Forma de amamantamiento. • Calidad de la alimentación • Asistencia a un establecimiento de salud. • Búsqueda de atención médica • Estimulación del lenguaje • Estimulación de la interacción social • Terapia psicológica • Forma de convivencia familiar • Cuidado dental • Formas de prevención de infecciones respiratorias agudas • Identificación de signos de complicaciones
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.2.3. Tipo de problema

Corresponde a la investigación de campo porque las unidades de estudio serán estudiadas en el ámbito social.

1.2.4. Nivel de investigación

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo y relacional, ya que permite obtener información sobre las variables a investigar, se concentra en estudiar y contribuir a la solución de un problema práctico inmediato, así como describir sistemáticamente la relación existente entre las

variables de estudio para luego con los resultados obtenidos proceder a identificar y determinar los conocimientos y practicas que se deben modificar en los familiares para el tratamiento de los pacientes con fisura labiopalatina en un determinado tiempo y espacio.

Es un trabajo prospectivo, ya que se planifica realizarlo en el futuro.

1.3. Justificación del problema

1.3.1. Relevancia contemporánea

En la actualidad estamos viviendo una transformación de los servicios de salud para mejorar la educación en salud en un menor tiempo posible, para asegurar a los pacientes una mejor calidad de vida, siendo prioritario en el Ministerio de Salud el mejoramiento de los niveles de salud de la población.

El tratamiento temprano y cronológico de los niños con fisura labiopalatina es de suma importancia para evitar mayores secuelas y lograr una rehabilitación biopsicosocial más rápida y adecuada.

1.3.2. Relevancia Humana

El nacimiento de un niño malformado siempre ha causado consternación, pero la explicación de este fenómeno ha variado en las diferentes épocas, de acuerdo con los conceptos mágico-religioso o filosóficos prevalentes. Así, en algunas culturas un niño malformado era considerado un ser impuro, que no debía vivir, mientras que en otras, por el contrario, era deificado y adorado; en algunas religiones se considera como fruto del pecado o como castigo divino, mientras que en otras era presagio de futuros acontecimientos; actualmente aún hay creencias y prácticas en los familiares de niños fisurados que impiden su tratamiento temprano y llevan a éstos a tener mayores secuelas interfiriendo en su rehabilitación oportuna (3).

Debido a la complejidad de la deformidad que tienen los pacientes con hendiduras maxilofaciales se requiere un enfoque de rehabilitación multidisciplinario. En la mayoría de los casos el tratamiento se prolonga aproximadamente 18 a 20 años, desde el nacimiento hasta la operación

estética final y en otros dura para toda la vida por las secuelas que presenta (4).

La problemática de salud social, económica y cultural del país nos muestra la magnitud de los retos que se deben vencer para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con fisura labio palatina, reconociendo sus derechos humanos y beneficios, jugando un rol importante el mejoramiento de los niveles de educación para la salud en los establecimientos del Ministerio de Salud.

Los familiares como principales responsables de la crianza y tratamiento del niño con fisura labiopalatina cumplen un rol preponderante en su cuidado y por consiguiente en la prevención de las secuelas por consecuencia de un tratamiento inadecuado, de acuerdo a los conocimientos que tiene de la enfermedad y a las prácticas que realiza.

1.3.3. Factibilidad

Es factible la realización del presente proyecto ya que cuenta con las unidades de estudio, recursos, tiempo y con bibliografía especializada.

El Hospital Nacional Cayetano Heredia cuenta con el apoyo de la ONG QORITO con sede en la ciudad de Lima, destinada a la ayuda del tratamiento quirúrgico de niños con fisura labiopalatina y de aspectos relacionados a la mejoría del tratamiento, como es la educación a los padres.

1.3.4. Interés institucional

Puesto que las secuelas de los pacientes con fisura labiopalatina constituyen un problema de salud pública por sus consecuencias negativas para el grupo vulnerable y que uno de los problemas más avanzados en los programas del mundo son los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas que tienen los familiares para reconocer sus necesidades de conocimiento para el tratamiento adecuado de sus hijos, es que este estudio tiene gran relevancia en el campo de la salud donde se puede contribuir directamente en el cuidado de la salud del niño con fisura labiopalatina teniendo en cuenta para esto las características socioculturales de la población, lo cual contribuirá a disminuir las

secuelas y mejorar la calidad de vida así como el nivel de salud de la población infantil.

Las secuelas de la fisura labiopalatina representan uno de los principales problemas de salud en niños menores de 5 años en nuestro país. Según un estudio estadístico latinoamericano (7), realizado en el período 1982-1990 que examinó 1.641.116 nacimientos consecutivos, se encontró una tasa global de 10,49 niños con fisura labiopalatina por cada 10.000 nacidos vivos, con una alta frecuencia en Bolivia (23,7), Ecuador (14,96), Paraguay (13,3) y Chile (12,3), probablemente debido a que sus poblaciones tienen mezcla con raza india y habitan en la altura; y con tasas menores en Venezuela (7,92 por 10.000), Perú (8,74), Uruguay (9,37) y Brasil (10,12 por 10.000). La evolución en el tiempo se caracterizó por tener tasas relativamente estables, tanto para labio fisurado como para el paladar en las maternidades latinoamericanas. Uno de cada 700 recién nacidos en el Perú tiene problema de fisura labiopalatina, según la información del Instituto Nacional de Informática y Estadística en el Perú, la tasa de natalidad es de aproximadamente 23 nacimientos por cada 1000 personas para el año 2005, lo cual significa que aproximadamente 860 niños nacen cada año con fisura labiopalatina en el Perú, concentrándose éstos para su tratamiento en lugares de referencia, como el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en Lima, y otros a nivel nacional.

Se encuentra en propuesta la creación de un programa de fisura labiopalatina como parte de los programas de salud del Ministerio de Salud, para cuyo centro piloto del cono Norte ha sido propuesto el Hospital Nacional Cayetano Heredia, además este hospital tiene dentro de sus actividades de proyección social, la realización de campañas gratuitas descentralizadas, de atención para el tratamiento multidisciplinario de niños con fisura labiopalatina a nivel nacional, a través de la cual se realiza atención descentralizada para beneficiar niños que no pueden acudir al hospital y así poder disminuir la morbilidad y las secuelas biopsicosociales en niños menores de cinco años.

Es de interés para el Ministerio de Salud la consolidación del mejoramiento cualitativo de la labor educativa con la finalidad de que concluya en un proyecto educativo nacional concertado en pos del desarrollo del país (8).

2. Marco conceptual

2.1. Definiciones.-

2.1.1. Cultura.-

La cultura es todo aquello que comparten los miembros de determinado grupo (9), por el hecho de haber nacido y haberse socializado en ese grupo, es algo más que una colección simple de fracciones aisladas de conducta. Es la suma integrada de rasgos de conducta aprendida, que son manifestados y compartidos por los miembros de una sociedad. Es importante tener en cuenta los aspectos culturales en aquellos grupos sociales en los cuales se pretende intervenir para lograr cambios conductuales.

2.1.2. Conocimientos.-

El conocimiento es el conjunto de informaciones (5) que posee el hombre producto de su experiencia y de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos.

El conocimiento es un tipo de experiencia que contiene un hecho de representación ya vivido, es la facultad conciente o proceso de comprensión y entendimiento que es propio del pensamiento, percepción, inteligencia y la razón.

El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos y enunciados, que pueden ser claros, precisos y ordenados, que se materializan con el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia. Es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal o informal mediante el ejercicio de facultades intelectuales (8).

El conocimiento surge mediante al confrontación de los individuos y grupos humanos con los problemas (1). Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente (10), sin embargo esto no se observa en una población rural o urbano marginal donde se ponen en practica

creencias y costumbres que forman parte de su cultura, donde los familiares actúan ante las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud y la enfermedad.

2.1.3. Prácticas.-

Las prácticas se entienden como la exposición reiterada a una situación concreta (estímulo) y la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada (10). Así por ejemplo, la mujer al tener mayor número de hijos tendrá mayor experiencia en el cuidado de sus hijos debido a que va a estar expuesta reiteradamente a una situación relacionada con el cuidado de la salud del paciente y a su vez tiene mayor contacto con el personal de salud, lo cual va a contribuir a que afiance conductas frente a esas situaciones y llegue a formar parte de su aprendizaje y por lo tanto de sus conocimientos y comportamientos. Para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimientos, es necesario, en primera instancia un acercamiento directo mediante el uso de los sentidos y la conducta psicomotriz, es decir, el experimento. No puede haber práctica de tal o cual conocimiento si antes no se tiene la experiencia, esta será evaluada objetivamente mediante la observación de las habilidades y la destreza psicomotriz del individuo en el logro de sus objetivos. Por lo tanto, la práctica, es el conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.

2.1.4. Conocimientos y prácticas tradicionales actuales en pacientes con fisura labiopalatina.-

En el saber popular se incluye una serie de conocimientos empíricos basados en la experiencia social y familiar, generalmente estos son mínimos y son referidos a que el niño debe ser operado para solucionar el problema estético, pero no conocen la repercusión en otros órganos de la anatomía, en la fisiología fonaudiológica y respiratoria, en las complicaciones óticas y respiratorias frecuentes, el desarrollo maxilofacial, ni la repercusión psicosocial real en el niño. Los familiares desconocen los factores etiológicos de la enfermedad, la forma de prevención y el tratamiento cronológico, multidisciplinario, episódico y periódico del niño, que ayudaría a evitar mayores secuelas y favorecería un tratamiento oportuno del mismo.

Las prácticas tradicionales están limitadas a la alimentación deficiente del niño y la manutención de escasa interacción social, por la deformidad anatómica visible que presenta, teniendo menores posibilidades de desarrollo en comparación con los niños normales. Es por esto que, debido a los conocimientos y prácticas inadecuados de los familiares, los cuales son directos responsables del cuidado de la salud del niño, se producen mayor número de secuelas, repercutiendo en el retraso del tratamiento y en un aumento de la morbilidad, significando la necesidad de mayores controles médicos y mayor inversión económica.

2.2. Enfoque teórico de la fisura labiopalatina.-

La fisura labiopalatina es una anomalía congénita que afecta a los tejidos del labio superior y del paladar que no se unen adecuadamente durante el desarrollo fetal. Son más habituales en los niños de origen asiático y latino, así como en los descendientes de los indígenas americanos. Se presenta como una falta de unión o hendidura en el labio superior que se extiende hasta la base de la nariz deformándola, puede afectar un solo lado del labio (unilateral) o a ambos lados (bilateral). Puede estar acompañada de fisura alveolar y palatina de diversa magnitud.

Aproximadamente uno de cada 700 niños nacidos vivos en el Perú, cada año, presenta fisura labiopalatina, cifra que se incrementa en forma directamente proporcional juntamente con el crecimiento demográfico, convirtiéndose en un problema social, ya que para el paciente implica un largo camino de consultas, cirugías y terapias de diversos tipos destinadas a evitar las complicaciones que esta anomalía significa y sobretodo el trauma psicológico que sufren por los estigmas y secuelas secundarias (13).

2.2.1. Etiología

La fisura labial resulta de un error, en grados variables, en la unión de los procesos nasomedial y nasolateral. El paladar fisurado puede ocurrir en asociación a la fisura labial o puede presentarse en forma aislada.

Para analizar los diversos factores etiológicos que causan fisuras labiales,

palatinas o ambas, es necesario considerar por separado el labio fisurado con paladar fisurado asociado o sin él y el paladar fisurado aislado, ya que existen diferencias entre ambos.

Cada etapa del desarrollo de los procesos faciales está programada en forma temporal y secuencial, genéticamente determinada. Dada la variabilidad en el espectro clínico de estas alteraciones, se infiere que se trata de genes menores que actúan por acción aditiva, constituyendo lo que se denomina herencia poligénica o continua.

La heredabilidad es tanto mayor cuanto más extensa sea la lesión, lo cual ha sido corroborado en animales de experimentación. En innumerables estudios clínicos, los factores etiológicos no se pueden determinar con exactitud, ya que es de tipo “hereditario multifactorial” dependiente de múltiples genes menores con tendencia familiar establecida, sin seguir ningún patrón mendeliano en el 90% de los casos. Estos representan el resultado de interacciones complejas entre un número variable de genes menores y factores ambientales, como son la vivienda en lugares de mayor altura sobre el nivel del mar, la deficiencia de ácido fólico durante la gestación, el uso de medicamentos como los anticonvulsivantes y otros factores aún en estudio (13).

La teoría de herencia multifactorial de la susceptibilidad a las fisuras labiopalatinas tiene como indicadores de riesgo identificados la edad materna menor a veinte años asociado al primer embarazo, el alto grado de etnicidad amerindia e historia familiar positiva para este tipo de malformación (18).

2.2.2. Epidemiología y clasificación.-

Según las estimaciones, la frecuencia del labio fisurado, con paladar fisurado o sin él, es de aproximadamente 1 caso por cada 700 nacimientos. Las variantes de este margen se deben a diferentes condiciones raciales y geográficas (11).

Es más frecuente el labio fisurado unilateral sobre el bilateral, y con mayor frecuencia el lado izquierdo. El labio fisurado bilateral se asocia con más frecuencia a paladar fisurado, tiene mayor relación con la herencia y síndromes malformativos que el labio fisurado unilateral.

Es más frecuente la afectación del labio en el hombre, frente a la presentación

palatina más frecuente en las mujeres.

Existen varias clasificaciones del labio fisurado con paladar fisurado o sin él. Generalmente, un labio fisurado puede ser unilateral o bilateral y presentarse como una fisura completa o incompleta en distintos grados. Pueden ocurrir también fisuras del proceso alveolar y del paladar primario y/o secundario.

Cada labio fisurado es distinto, pero en términos generales, esta malformación puede dividirse en:

- Labio fisurado unilateral: Completo o incompleto.
- Labio fisurado bilateral: Completo o incompleto.

La severidad de la fisura es uno de los elementos más importantes a considerar en el planeamiento prequirúrgico de esta. El uso de ortopedia prequirúrgica y las modificaciones de las técnicas quirúrgicas clásicas son ejemplos del manejo individualizado de las formas más severas de fisuras labiales (12).

2.2.3. Alimentación.-

La alimentación preoperatoria en el paciente con labio fisurado, aunque resulta más dificultosa, se resuelve con paciencia, para la lactancia debe colocarse al bebé a 45-60° de la horizontal para minimizar el riesgo de aspiración, la leche materna exclusiva debe realizarse hasta los 6 meses de edad, en el caso que el bebe no pueda realizar la lactancia directa de la mama materna, la madre debe realizar la extracción adecuada de la leche en un recipiente y brindarle esta a través de un biberón con orificio amplio de la tetina o alimentarlo con cucharita o con vasito.

La forma de alimentar a los niños portadores de malformaciones congénitas del labio y paladar genera ansiedad en los padres en el momento del nacimiento, debido a lo cual la mayoría de niños son alimentados artificialmente, sin embargo se comprobó que con la leche materna los lactantes tienen un 25 % menos de infecciones del oído y del tracto respiratorio, que los alimentados con biberón. También es importante señalar la función cicatrizal del calostro sobre todo para los niños que requieren cirugía.

La ablactancia es realizada como en cualquier niño normal a partir de los 6 meses de edad, de tal modo que, antes del año de edad el niño consume leche materna, papillas y jugos y cuando curse un año de edad, consume carnes, cereales y frutas.

La alimentación de un lactante no solamente implica entregarle los nutrientes, sino que se debe generar un espacio de contacto grato y relajante que sea la base de una buena relación afectiva con los familiares.

2.2.4. Tratamiento.-

Los objetivos de la intervención quirúrgica son lograr una adecuada unión muscular, mucosa y de la piel labial; obtener un surco adecuado en el labio; dejar una mínima cicatriz en la piel y una simetría labial sin tensión; conservar el arco de Cupido; lograr una nariz simétrica, con buena proyección de la punta y longitud de la columela y sobretodo respetar las subunidades estéticas faciales consiguiendo su reparación en longitud, altura y grosor adecuado a nivel del bermellón, así como lograr una expresión facial adecuada.

En los casos bilaterales es conveniente obtener la alineación previa de la premaxila, especialmente si es prominente; se puede realizar una adherencia labial bilateral y posteriormente una reparación definitiva, evitando la tensión y proyectando el bermellón en su porción central.

En general, en la cirugía de labio, debe evitarse las técnicas que introducen tejidos laterales en la línea media respetando las unidades estéticas faciales, puesto que producirán cicatrices muy evidentes; en la cirugía de paladar se desea la obtención de un paladar funcional, con una longitud adecuada que evite la insuficiencia velofaríngea.

2.2.4.1. Inicio del tratamiento.-

Hay diferencias de opinión considerables en cuanto a la edad óptima para la operación. Aunque la reparación puede hacerse ya en las primeras semanas de vida, la edad más temprana razonable es a los 3 meses después del nacimiento, siempre que el bebé haya comenzado a ganar peso y tenga todos los demás signos normales, en especial el recuento sanguíneo; la intervención a edad muy temprana ha demostrado que no mejora el resultado, además, el

manejo de las estructuras tan pequeñas dificulta la cirugía. La “regla de los más de 10” es una buena guía.

En todos los casos y mientras llega la fecha de la intervención, es fundamental orientar a los padres sobre la patología del paciente, el calendario de intervenciones y la forma de alimentación.

En una fisura completa con marcada deformidad del premaxilar se recomienda un procedimiento de adhesión labial a los 3 meses de edad aproximadamente. Esta medida provisoria tenderá a realinear el premaxilar y ayudar al cierre del defecto alveolar. La reparación definitiva se pospone hasta los 6 meses de edad aproximadamente.

La operación realizada precozmente (primera semana) incrementa la aparición de complicaciones y no se obtiene ventaja en la reparación.

La mayoría de los autores señalan que el momento de la intervención se debe valorar la existencia de un buen estado de salud, y un recuento hemático adecuado, a modo orientativo se sigue “la regla de los diez”:

- Más de 10 semanas de vida.
- Más de 10 g Hb.
- Más de 10 libras de peso (4,5 Kg de peso).
- Más de 10.000 leucocitos/ mm³.

Algunos autores sugieren el tratamiento quirúrgico intraútero basados en que la cirugía sobre el ectodermo del feto no produce cicatriz. No es del todo conocida la causa, pero parece estar en relación con la ausencia de células inflamatorias en el feto, que lleva consigo la ausencia de depósito de colágeno; además no se produce contracción de la cicatriz, de forma que el mecanismo reparativo es mínimo; sin embargo este procedimiento implica un importante riesgo de lesión fetal.

La cirugía de paladar se recomienda que sea realizada a partir de los nueve meses de edad, ya que a esa edad se tienen estructuras blandas y óseas de mayor dimensión y es necesario tener un paladar íntegro por el inicio del habla en el niño.

En forma ideal, la plastia labial bilateral se deberá hacer cuando los segmentos palatinos y la premaxila se encuentren alineados en el mismo plano, porque es cuando se obtiene un cierre sin tensión y permite un mejor manejo de la punta nasal, y por ende, un mejor resultado quirúrgico, para esto puede ser beneficiosa la ortopedia maxilar prequirúrgica. Esto se logra habitualmente entre los 6 y 9 meses de edad, según el caso, tomando en cuenta el estado nutricional del paciente. Niños con problemas de peso y/o nutricionales responden de manera pobre a la modelación y a la estimulación del crecimiento palatino y es muy importante una dieta suficiente en proteínas (leche de soya) y hierro. En casos muy protrusivos se considera que los resultados son mejores estéticamente si se hace la plastia primero de un lado y después del otro, operando siempre primero el lado más amplio (19).

Para el tratamiento ortopédico prequirúrgico en pacientes con fisura labiopalatina bilateral con premaxila prominente se puede incluir el uso de aparatología fija o removible, simple o sofisticada (15).

2.2.5. Duración del tratamiento.-

El tratamiento es iniciado desde el nacimiento del niño mejorando su alimentación e insistiendo en la lactancia materna exclusiva y en el control de crecimiento y desarrollo.

Cada caso de un niño con fisura labiopalatina se debe evaluar en particular, la retrusión de la premaxila muy protruída se puede iniciar a la semana de edad, siendo posible tener la máxima respuesta durante las primeras 6 semanas. La expansión del maxilar colapsado con prótesis palatinas dinámicas puede ser también iniciada de forma precoz, durante la primera o segunda semana de edad y se mantiene hasta conseguir la corrección normal de los arcos.

La cirugía labial inicial es realizada a los 3 meses de edad. La adhesión labial es realizada en aquellos labios fisurados unilaterales completos con configuración ancha de los arcos, colapso persistente, o un segmento lateral de arco corto, en estos casos la reparación del labio definitiva se realiza a los 8 o 9 meses de edad.

El cierre del paladar es realizado aproximadamente a los 9 meses de edad. El cierre alveolar es realizado de forma temprana con un colgajo local

mucoperióstico tomado del segmento alveolar, cuando los arcos son idealmente alineados y con aproximadamente 2 mm. de separación. Si el colapso está presente o si el defecto es bastante ancho, el cierre alveolar se realiza posteriormente, el cual puede ser mitigado mediante ortodoncia prequirúrgica para alinear los segmentos (15).

La corrección de la deformidad nasal en labios fisurados unilaterales se realiza en el momento de la cirugía labial a los 3 meses de edad. La reposición septal y las osteotomías son diferidas hasta la adolescencia (13).

2.2.6. Tratamiento multidisciplinario.-

Los niños con fisura palatina o labial necesitan que diversos especialistas trabajen en equipo para tratar su trastorno. Generalmente el tratamiento se inicia durante los primeros meses de la vida del bebé, dependiendo de su estado de salud y de la extensión de la fisura.

La complejidad del compromiso de estructuras anatómicas de niños con fisura labiopalatina requiere de un enfoque de rehabilitación multidisciplinario (4), en el que intervienen varias disciplinas con actividades específicas encaminadas a solucionar los diferentes problemas que se presentan.

Los servicios participantes son:

- Pediatría
- Cirugía plástica
- Otorrinolaringología
- Foniatría
- Psicología
- Odontología
 - Estomatología
 - Prótesis
 - Ortodoncia
 - Periodoncia
 - Cirugía maxilofacial
- Genética médica
- Radiología
- Trabajo social

- Nutrición
- Neurología
- Antropología física
- Kinesiología
- Enfermería

Además en el preoperatorio de los niños tienen que participar los siguientes servicios:

- Laboratorio clínico
- Anestesia
- Cardiología pediátrica.

Si tenemos en cuenta la prevención, consideramos que el médico debe encaminar a la futura madre para que esta se encuentre en las mejores condiciones de salud en el momento de la concepción y durante el embarazo, debe ser orientada para evitar el contacto con fuentes de contagio vírico, exposición a radiaciones, y el uso inadecuado de fármacos, o de cualquier agente potencialmente teratogénico o mutagénico, primordialmente en el primer trimestre de la gestación.

Cabe señalar que en la mayoría de los casos, pese a existir malformaciones muy graves, no existe participación del sistema nervioso central, por lo que estos niños no sufren retardo mental, y es la falta de estimulación psicoemocional la que ocasiona mayor daño que las propias malformaciones. Por ello, mientras más temprano se realice el tratamiento integral será mejor la integración social del niño.

Los niños con labio y paladar fisurados presentan con frecuencia reflujo del alimento que reciben y se producen infecciones respiratorias altas relacionadas con el flujo aéreo nasal y otitis derivadas de la afección en su función tubaria.

Los niños con fisura palatina o labial a menudo tienen que someterse a tratamientos dentales y de ortodoncia para favorecer la alineación dental y eliminar los espacios interdentes motivados por la fisura alveolar.

Los niños con este tipo de anomalías generalmente necesitan los mismos cuidados dentales que otros niños -lavarse regularmente los dientes y utilizar la seda dental a partir de la erupción de los molares en torno a los seis años.

Dependiendo de la forma de la boca y los dientes del niño, es posible que el dentista le recomiende que se lave los dientes utilizando una esponja suave que contiene un colutorio, en vez de un cepillo de dientes.

El tratamiento ortodóntico suele realizarse en varias fases, iniciándose generalmente la primera cuando al niño le empiezan a salir los dientes permanentes y la segunda cuando ya completó la erupción de los dientes permanentes.

Aproximadamente en el 25% de los niños con fisura labiopalatina unilateral la mandíbula superior no crece a la par de la inferior. En estos casos, es posible que el niño deba someterse a cirugía ortognática para alinearle los dientes y favorecer el desarrollo de la mandíbula superior.

Los niños con fisura palatina o labial pueden tener problemas de habla -la fisura puede nasalizar la voz y dificultar su comprensión. En algunos niños el problema se soluciona completamente tras la cirugía.

Abordar a tiempo los problemas de habla puede ser una parte fundamental de su resolución. Es una buena idea que lleve al paciente a un logopeda cuando tenga 9 meses de edad. A muchos logopedas les gusta hablar con los padres por lo menos una vez durante los primeros seis meses para darles una visión de conjunto del tratamiento a seguir de cara al futuro y sugerirles juegos específicos de estimulación del lenguaje y del habla para que jueguen con el bebé.

Al poco tiempo de concluir la primera intervención quirúrgica, el logopeda verá al paciente para hacerle una evaluación completa. El logopeda evaluará las incipientes habilidades comunicativas del paciente analizando la cantidad de sonidos que puede producir y las palabras que intenta utilizar, así como observando cómo se relaciona y juega con los demás.

Esta evaluación ayudará a determinar qué ejercicios de logopedia necesita realizar el paciente, en el caso de que necesite alguno, y si es preciso someterle a otra intervención. El logopeda seguramente seguirá trabajando con el paciente a lo largo de las distintas fases del tratamiento quirúrgico. Muchos niños con fisura palatina o labio fisurado siguen yendo al logopeda durante todos los años de educación primaria.

El equipo de especialistas evaluará los avances del paciente regularmente, examinándole la audición, el habla, la nutrición, la dentadura, el estado emocional y otros órganos de acuerdo a cada caso en particular.

Aparte de tratar la anomalía, los especialistas abordarán cualquier cuestión relacionada con la alimentación, los problemas sociales y el habla e indicarán a los familiares cómo deben enfocar el trastorno del paciente. Le proporcionarán retroalimentación y recomendaciones que le ayudarán durante las fases de crecimiento y tratamiento.

2.2.7. Control periódico.-

La estructura de nuestro sistema de salud facilita las consultas periódicas a gestantes e infantes. Las gestantes deben recibir la atención adecuada y así proporcionar al nuevo ser las condiciones más favorables para su existencia sana y feliz. Igualmente se puede contribuir a lograr una mejor adaptación social de la madre y de su familia, pues es lógica la alteración en la dinámica familiar que trae consigo el nacimiento de un niño malformado.

El control debe ser con periodicidad adecuada para cada caso, el control de un niño fisurado presumiblemente sin complicaciones debe realizarse al menos cada 3 meses para identificar tempranamente signos y síntomas de compromiso del aparato auditivo, respiratorio, digestivo y otros como el bienestar psicológico del niño, hasta que haya completado su crecimiento y desarrollo.

2.2.8. Factores de riesgo.-

Los niños con fisura palatina o labio fisurado tienden a ser más proclives a padecer catarros, pérdidas auditivas y defectos del habla o la pronunciación. Los problemas dentales -como la falta o exceso de dientes, las malformaciones, desplazamientos o mal posicionamientos dentarios, y las caries- también son frecuentes en los niños con paladar fisurado.

Muchos niños con fisura palatina son especialmente vulnerables a las infecciones de oído porque sus trompas de Eustaquio no drenan el fluido adecuadamente entre el oído interno y la garganta. El fluido se acumula, la

presión crece en el interior del oído y se crea un medio de cultivo favorable a las infecciones. Por este motivo, es posible que a los niños con labio fisurado o paladar hendido tengan que implantarles quirúrgicamente unos tubos de drenaje especiales en los oídos cuando se sometan a la primera intervención de cirugía reconstructiva.

2.2.9 Complicaciones.-

Las complicaciones con las que puede cursar un niño dejan como secuela lesiones graves como la pérdida auditiva por las infecciones auditivas a repetición, lesiones respiratorias anatómicas debidas a las infecciones respiratorias agudas a repetitivas, malposiciones dentarias complejas debido a la falta de intervención ortodóntica temprana, defectos del habla que requieren terapia prolongada y otros como defectos psicológicos debido a la apariencia característica de un niño fisurado.

La fisura de paladar secundario (ya operado y que requiere nueva corrección) se presenta como una disfunción del esfínter velofaríngeo para la producción del habla. Esta disfunción se debe al trastorno estructural ocasionado por la fisura y se denomina insuficiencia velofaríngea. La reparación quirúrgica de la fisura de paladar secundario provee una restauración funcional del esfínter en alrededor del 80 a 90% de los casos. El porcentaje restante persiste con una insuficiencia velofaríngea residual que causa resonancia nasal aumentada durante el habla y que requiere tratamiento a base de terapia de lenguaje (20).

Una alternativa para mejorar las secuelas funcionales del lenguaje es la inserción de una prótesis oral que sustituya la relación del velo del paladar con la faringe, obturando la fisura palatina o la secuela postquirúrgica, cuando la solución quirúrgica y la terapia de lenguaje no han corregido el problema de deficiencia del habla (6).

La deficiencia del crecimiento maxilar es un problema en niños con fisura palatina, hay la necesidad de un tratamiento ortodóntico temprano a los 4 a 5 años de edad, lo cual produciría una mejoría estética nasal y ausencia de fisuras alveolares brindando además mejor oportunidad quirúrgica para el crecimiento óptimo del maxilar (12).

Con el tratamiento temprano, cronológico, episódico y multidisciplinario se

pueden evitar muchas de las secuelas que podrían presentarse en un niño fisurado, cabe mencionar también que es importante la realización de una cirugía adecuada para impedir reintervenciones futuras.

2.2.10. Medidas preventivas.-

En la etapa preconcepcional y concepcional la ingesta de ácido fólico por la madre podría reducir probablemente la incidencia de la presentación de la fisura labiopalatina, ya que se ha visto que es más frecuente en casos de madres con deficiencia de esta sustancia (13).

Es importante realizar actividades orientadas a prevenir las complicaciones en un niño fisurado, como por ejemplo la vigilancia audiológica, ya que éstos niños pueden tener otras malformaciones genéticas en el oído. Ante la mínima sintomatología auditiva se debe acudir al otorrinolaringólogo para evitar las infecciones recurrentes que pueden tener como secuela la pérdida auditiva.

Se debe iniciar el programa de estimulación precoz del lenguaje y realizar controles periódicos cada 3 meses con la finalidad de detectar precozmente la necesidad de una intervención quirúrgica temprana.

Se puede tener mejores resultados de cicatrización a través de la kinesioterapia, la cual trata la cicatrización según cada caso en particular, cuando está en fase de retracción normal, sin adherencias, la terapia se basa en proteger la piel. Las sesiones se realizan semanalmente durante 3 meses después de la cirugía, luego se vuelve a citar cada año hasta los 5 años. Si el paciente acude a control tardío en el postquirúrgico, se indica masoterapia para liberar los planos musculares y mejorar la función.

El psicólogo debe realizar un diagnóstico completo preventivo de la situación del niño y la familia y debe orientar a los padres respecto de las medidas de estimulación y estilos de crianza, promover y estimular el desarrollo de la autonomía y el autoconcepto positivo, además debe preparar al niño para las cirugías para que estas no se desarrollen en un ambiente estresante y realizar apoyo psicológico postoperatorio.

El control multidisciplinario cronológico y episódico es básico para prevenir secuelas en niños con fisura labiopalatina.

2.2.11. Estimulación educativa.-

La estimulación educativa debe realizarse como si se tratase de un niño normal, con las mismas oportunidades y aspiraciones. Si hubiera alteraciones psicológicas de autoestima, debe mantenerse una terapia constante que integre al niño adecuadamente a la sociedad.

2.2.12. Bienestar psicológico e interacción social.-

Los familiares deben crear un ambiente familiar acogedor, cálido y de aceptación, donde se celebre abiertamente la valía individual de cada persona., deben transmitir al paciente el mensaje de que se sienten satisfechos de quién y cómo es mostrándole que lo aceptan, y no intentar que encaje en su idea de cómo debería ser, animar al paciente a establecer vínculos de amistad con personas de distintos orígenes.

La mejor forma de conseguir una interacción social es predicando con el ejemplo y siendo abierto con la gente, señalar en otras personas cualidades que no se refieran al aspecto físico, fomentar la autonomía del paciente dándole la libertad de tomar decisiones y correr riesgos apropiados, dejar que sus propios logros le permitan obtener una sensación de valía personal. Se le da pronto al paciente oportunidades para tomar decisiones que darían lugar a ganar confianza en sí mismo, lo que le allanará el camino para tomar decisiones más importantes para al futuro.

Nuestra sociedad a menudo concede mucha importancia al aspecto físico, y esto puede hacer de la infancia -y especialmente de la adolescencia- una etapa muy difícil para aquellas personas que presentan diferencias en su aspecto físico. Puesto que los niños con labio fisurado y/o fisura palatina presentan anomalías faciales claramente visibles, es posible que el paciente tenga que soportar burlas y bromas pesadas, que pueden repercutir negativamente sobre su autoestima. El equipo de especialistas que atienden a niños con este tipo de anomalías faciales incluye personal psiquiátrico y de apoyo emocional.

Si los compañeros de clase del paciente se burlan de él debido a su anomalía facial, el familiar debe animarlo a hablar sobre ello, hacerle saber que está dispuesto a escucharle y ayudarlo a encontrar estrategias para responder a los

niños.

Es importante la ayuda del psicólogo en problemas de autoestima y para mantener abiertos los canales de comunicación conforme el paciente se vaya acercando a la adolescencia, para poder abordar cualquier preocupación o complejo que pueda tener relacionado con su aspecto físico.

Es deseable una comunicación directa con la unidad educativa, lo que implica la elaboración de al menos un informe psicológico exhaustivo (relacionado con la problemática), fomentando una adecuada adaptación al sistema escolar (6).

La terapia psicológica forma parte de un equipo multidisciplinario y acompaña al paciente en todo el trayecto de su tratamiento.

2.2.13. Lugares de atención en salud.-

La atención en salud de un paciente con fisura labial, palatina o ambas se da en todos los niveles de salud, desde el nivel primario donde se realiza la captación del paciente y se da orientación a cerca de la forma de alimentación, control de crecimiento y desarrollo, prevención de enfermedades respiratorias, auditivas, odontológicas y otras, hasta niveles de mayor complejidad donde se realizan las intervenciones quirúrgicas e institutos especializados de acuerdo al requerimiento de cada paciente en particular.

3. Análisis de antecedentes investigativos

No hay trabajos relacionados a fisura labiopalatina en lo que se refiere a conocimientos y practicas de familiares en nuestro medio ni en los que están al alcance a través del Internet en el resto de países.

4. Objetivos

- Determinar los conocimientos que tienen los familiares de pacientes con fisura labiopalatina sobre el tratamiento de la enfermedad.
- Determinar las prácticas que tienen los familiares de pacientes con fisura labiopalatina sobre el tratamiento de la enfermedad.
- Determinar la relación que existe entre los conocimientos y prácticas que tienen los familiares de pacientes con fisura labiopalatina a cerca del tratamiento temprano, oportuno, cronológico y multidisciplinario.

5. Hipótesis.

Dado que el bienestar biopsicosocial de los niños requiere de condiciones favorables, en el núcleo familiar, para su crecimiento y desarrollo:

Es probable que exista una relación directa entre el bajo nivel de conocimiento y las prácticas inadecuadas de los familiares, al respecto de las secuelas que presentan los niños con fisura labiopalatina que acceden al Hospital Nacional Cayetano Heredia.

III Planteamiento operacional

Técnicas e Instrumentos

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTO	ITEM
Conocimientos	1. Definición de la enfermedad.	Cuestionario y Cédula de preguntas	1
	2. Etiología de la enfermedad.		2
	3. Tipo de alimentación		3, 4
	a) Lactancia		5
	b) Ablactancia		6, 7
	4. Inicio del tratamiento		8, 9
	5. Duración del tratamiento		10, 11
	6. Manejo multidisciplinario (cirujano plástico, pediatra, otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo, odontólogo, ortodoncista, asesor genético, psicólogo, terapeuta de lenguaje, nutricionista, enfermería, asistente social y otros).		12
	7. Control periódico.		13
	8. Factores de riesgo		14,15,16
	9. Complicaciones		17
	10. Medidas preventivas		18
11. Estimulación educativa	19, 20		
12. Bienestar psicológico.			

Prácticas	1. Forma de amamantamiento.	Cuestionario y Cédula de preguntas	21
	2. Calidad de la alimentación		22
	3. Asistencia a un establecimiento de salud.		23
	4. Búsqueda de atención médica		24
	5. Estimulación del lenguaje		25
	6. Interacción social		26, 27
	7. Terapia psicológica		28
	8. Forma de convivencia familiar		29
	9. Cuidado dental		30, 31
	10. Formas de prevención de infecciones respiratorias agudas		32, 32
	11. Identificación de signos de complicaciones		34

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON PROBLEMA DE FISURA LABIOPALATINA

Esta encuesta es para obtener información a cerca de lo que se conoce y realiza para el tratamiento del niño con fisura.

Marque con un aspa (x) la respuesta correcta según crea conveniente o escriba si no encuentra la alternativa. Agradecemos su sinceridad y colaboración.

DATOS GENERALES CON RELACIÓN A LA MADRE:

1) Edad de la madre:

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 15 a 24 años | d) 45 a 54 años |
| b) 25 a 34 años | e) 55 a más años |
| c) 35 a 44 años | |

¿A que edad tuvo al hijo o hijos con fisura?

2) Número de hijos de la madre:

- | | |
|-----------------|------------------|
| a) 1 a 2 hijos. | c) 4 a 5 hijos |
| b) 3 a 4 hijos. | d) 6 a más hijos |

3) Procedencia de la madre:

- | | | |
|-----------|-----------|----------|
| a) Costa. | b) Sierra | c) Selva |
|-----------|-----------|----------|

4) Grado de instrucción de la madre:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| a) Analfabeto | d) Secundaria incompleta |
| b) Primaria incompleta | e) Secundaria completa |
| c) Primaria completa | f) Superior |

5) Ocupación de la madre:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| a) Labores de casa | d) Estudiante |
| b) Empleada | e) Otra ocupación |
| c) Obrera | |

6) ¿Tomó medicamentos durante los tres primeros meses de gestación?

- | | |
|-------|-------|
| a) No | b) Si |
|-------|-------|

¿Cuál y durante cuanto tiempo?

7) ¿Realizó controles prenatales?

- a) Ninguno
- b) De uno a tres
- c) De cuatro a seis
- d) De siete a más

8) ¿Tiene familiares que tengan fisura labiopalatina?

- a) Padres
- b) Hijos
- c) Hermanos
- d) Abuelos
- e) Otro familiar
- f) Ningún familiar

Describe cual tipo de fisura y cual familiar.....

DATOS GENERALES CON RELACION AL NIÑO

9) Edad:

- a) Menor a 1 año
- b) De 1 a 2 años
- c) De 3 a 5 años
- d) De 6 a 10 años
- e) Mayor a 10 años

10) Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

DATOS RELACIONADOS A LOS CONOCIMIENTOS

Definición de la enfermedad.

1. ¿Qué es la fisura labial o palatina?

- a) Una malformación congénita
- b) Un castigo divino
- c) Una enfermedad por el rayo
- d) No sé

Etiología de la enfermedad.

2. ¿Por qué nace un niño con fisura labiopalatina?

- a) Por falta de vitaminas
- b) Por herencia
- c) Por factores múltiples asociados
- d) Por la altura
- e) No sé.

Lactancia

3) ¿Cómo puede tomar leche materna un niño con fisura?

- a) Semisentado directo del pezón
- b) Extrayendo la leche en biberón
- c) Extrayendo la leche con cucharilla
- d) No puede tomar leche materna

4) ¿Cuánto tiempo de lactancia materna exclusiva debe dar a un niño fisurado?

- a) Hasta los tres meses
- b) Hasta los seis meses
- c) Hasta los nueve meses
- d) Hasta el año de edad
- e) No se puede dar lactancia materna

Ablactancia

5) ¿Qué alimentos debe comer un niño menor de un año con fisura?

- a) Leche materna, papillas y jugos.
- b) Solo papillas.
- c) Solo jugos
- d) Solo papillas y jugos.
- e) Leche materna y jugos.

Inicio del tratamiento

6) ¿A qué edad cree usted que se debe operar a los niños con fisura labial?

- a) Recién nacido.
- b) A los 3 meses.
- c) A los 6 meses.
- d) Al año de edad.
- e) Después del año de edad.

7) ¿A qué edad cree usted que se debe operar a los niños con fisura palatina?

- a) Recién nacido.
- b) A los 3 meses.
- c) A los 6 meses.
- d) A los 9 meses.
- e) Después del año de edad.

Duración del tratamiento

8) ¿Cuál es el objetivo de la cirugía labial en niños con fisura?

- a) Solamente cerrar la fisura.
- b) Cerrar y corregir la cicatriz resultante.
- c) Lograr que sea funcional y estéticamente adecuada.
- d) No se.

9) ¿Cuál es el objetivo de la cirugía palatina en los niños con fisura?

- a) Solamente cerrar el paladar.
- b) Cerrar el paladar hasta que comiencen a salir los dientes.
- c) Lograr que sea funcionalmente adecuada.
- d) No sé.

Manejo multidisciplinario

10) ¿Qué tipo de especialistas cree usted que deben evaluar a un niño con fisura?

- a) Cirujano plástico
- b) Pediatra
- c) Otorrinolaringólogo (oído, nariz y garganta)
- d) Fonoaudiólogo (pronunciación y audición)
- e) Odontólogo (dientes)
- f) Todos.
- g) Solo alguno de ellos
- h) Ninguno

11) ¿Qué otros especialistas cree usted que deben ver a un niño con fisura?

- a) Ortodoncista
- b) Asesor genético
- c) Psicólogo
- d) Terapeuta de lenguaje
- e) Nutricionista
- f) Todos
- g) Ninguno

Control periódico

12) ¿Cree usted que un niño con fisura necesita controles?

- a) Una sola vez.
- b) Cuando este enfermo
- c) Así el niño este sano
- d) Solo si hay complicaciones.
- e) No necesita controles.

Factores de riesgo

13) ¿Cuál de estos cree usted que es un factor de riesgo para un niño con fisura?

- a) Bajo peso.
- b) Infecciones respiratorias frecuentes.
- c) Infecciones de oído frecuentes.
- d) Alteraciones en la posición de los dientes.
- e) Todas las anteriores
- f) Alguna de las anteriores

Complicaciones

14) ¿Cree usted que su niño podría tener complicaciones relacionadas a la fisura labial o palatina?

- a) Si.
- b) No.
- c) No sé

15) ¿Cree usted que el hecho de tener fisura labial puede afectar alguno de los siguientes?

- a) Al funcionamiento del labio
- b) Al desarrollo del labio
- c) A la parte psicológica
- d) A todos los anteriores
- e) A ninguno de los anteriores
- f) A alguno de ellos

16) ¿Cree usted que el hecho de tener fisura palatina puede afectar alguno de los siguientes?

- a) Al oído.
- b) A los pulmones
- c) A la fonación
- d) A la parte psicológica
- e) A todos los anteriores
- f) A ninguno de los anteriores
- g) A alguno de ellos

Medidas preventivas

17) ¿Cree usted que hay formas de prevenir complicaciones con un niño con fisura?

- a) Con controles periódicos
- b) Con buena alimentación
- c) Con buena higiene dental
- d) Evitando infecciones
- e) Todas las anteriores
- f) No sé

Estimulación educativa

18) ¿Cree que un niño con fisura deba recibir educación?

- a) Como cualquier otro niño.
- b) Suficiente para leer y escribir.
- c) Solo para manualidades.
- d) No debe educarse

Bienestar psicológico.

19) La personalidad de un niño fisurado debería ser:

- a) Poco sociable.
- b) Regularmente sociable.
- c) Muy sociable.
- d) No es sociable.

20) Cree usted que el psicólogo podría:

- a) Ayudar a la integración de su niño en diferentes grupos
- b) A veces podría ser necesario
- c) No necesita de un psicólogo

D) DATOS RELACIONADOS A LAS PRÁCTICAS

Forma de amamantamiento.

21) ¿Cómo amamanta o amamantó a su niño?

- a) Semisentado tapando la fisura con la mama
- b) Echado como cualquier niño
- c) Extrayendo la leche en biberón
- d) No puede lactar
- e) No toma leche materna

Calidad de la alimentación

22) ¿Qué leche tomó o tomaría su niño hasta los seis meses de edad?

- a) Materna exclusivamente
- b) Materna con artificial
- c) Solo artificial

Asistencia a un establecimiento de salud.

23) ¿Cuántas veces acudió o acudiría a un hospital debido a la fisura de

su niño?

- a) De una a cinco veces
- b) De seis a diez veces
- c) Mas de diez veces
- d) Es la primera vez

Búsqueda de atención especializada

24) ¿A qué especialistas ha acudido últimamente debido a la fisura de su niño?

- a) Al pediatra
- b) Al otorrinolaringólogo
- c) Al ortodoncista
- d) Al psicólogo
- e) Al terapeuta de lenguaje
- f) Al nutricionista
- g) A todos
- h) A alguno de ellos
- i) A ninguno

Estimulación del lenguaje en niños con fisura palatina

25) ¿Realiza su niño terapia de lenguaje?

- a) Frecuentemente
- b) A veces
- c) No realiza

Estimulación de la interacción social

26) Su niño tiene contacto con otras personas en:

- a) Solo la familia
- b) Los amigos del barrio
- c) Los amigos del colegio
- d) En reuniones sociales
- e) Con todos los anteriores
- f) Con alguno de los anteriores

27) Promueve usted el contacto de su niño con otras personas?

- a) Frecuentemente
- b) A veces
- c) No realiza

Terapia psicológica

28) ¿Cuántas veces ha visitado o visitaría al psicólogo debido a la fisura de su niño?

- a) Ninguna
- b) De una a tres veces
- c) Mas de cuatro veces

Forma de convivencia social

29) Su niño convive en la sociedad

- a) Con timidez
- b) Es muy sociable y espontáneo
- c) A veces se siente bien
- d) Prefiere quedarse en casa
- e) Dependiendo de las personas que trate

Cuidado dental en el niño con fisura palatina

30) ¿Cuántas veces ha visitado al dentista en el último año para el cuidado de los dientes de su niño?

- a) Ninguna
- b) De una a dos veces
- c) De tres a cuatro veces
- d) De cinco a más veces

31) ¿Cuántas veces ha visitado al pediatra en el último año para el cuidado de la salud de su niño?

- a) Ninguna
- b) De una a tres veces
- c) Más de cuatro veces

Formas de prevención de infecciones

32) ¿Cómo previene la aparición de infecciones respiratorias?

- a) Abrigo a mi niño
- b) Evito cambios bruscos de temperatura
- c) Evito el contacto con otros niños resfriados
- d) Todas las anteriores
- e) Alguna de las anteriores

33) ¿Cómo previene la aparición de infecciones del oído?

- a) Evito los resfríos
- b) Si se resfría vigilo que no tenga dolor o secreción por el oído
- c) Acudo episódicamente a control por el otorrinolaringólogo
- d) Evito la exposición a cuerpos extraños en el oído
- e) Todas las anteriores
- f) Ninguna de las anteriores
- g) Alguna de las anteriores

Identificación de signos de complicaciones

34) ¿Cómo identifica posibles complicaciones en su niño?

- a) Vigilo el cuidado de sus dientes
- b) Vigilo el cuidado de sus oídos
- c) Vigilo su bienestar psicológico
- d) Lo llevo a sus controles por diferentes especialistas
- e) Todas las anteriores
- f) Ninguna de las anteriores
- g) Alguna de las anteriores

Muchas gracias.



2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El presente trabajo se desarrollará en el Perú, en el departamento de Lima, en el distrito de San Martín de Porres, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, centro hospitalario de cuarto nivel, con 37 años de creación, que brinda servicios de salud de mediana y alta complejidad esencialmente a la población de menores recursos del cono norte de la ciudad de Lima. Es un hospital de prestigio y referencia nacional, el cual recibe pacientes del interior del país para tratar diversas patologías complejas, es además centro de referencia de pacientes con fisura labiopalatina, a nivel nacional.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizará en los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en los meses de abril a julio del 2007.

2.3. Ubicación de estudio:

2.3.1. Universo.-

Esta constituido por todos los familiares de los pacientes menores de cinco años con fisura labiopalatina que acuden al HNCH, aproximadamente 800 (760 a 960) al año.

La población que asiste al HNCH proviene de distintas regiones del país con un nivel socioeconómico y cultural medio bajo.

2.3.2. Muestra.-

La muestra es seleccionada al azar antes de que inicie la consulta en el servicio,

La estimación cuantitativa permite obtener una muestra que corresponde aproximadamente de 5 a 6 madres de pacientes con fisura labiopalatina por día, teniendo en cuenta que acuden al consultorio externo de Cirugía Plástica dos veces a la semana, tenemos un número de 40 a 48 madres al mes y en un período de tres meses la muestra con encuestas incluídas en el estudio será de 80 aproximadamente.

2.3.2.1. Criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes que tengan fisura labiopalatina, no sindrómicos.
- Encuesta con datos completos.

2.3.2.2. Criterios de exclusión:

- Familiares de pacientes que tengan fisura labiopalatina, sindrómicos.
- Encuesta con datos incompletos

Estrategia de recolección de datos:

3.1 Organización

Autorización para el acceso a las unidades de estudio, mediante trámite tramite ante la jefatura del servicio de Cirugía Plástica.

Capacitación y adiestramiento de un personal instrumentador de apoyo, la investigadora realizará la aplicación de la cedula de preguntas personalmente.

Preparación de las unidades de estudio, mediante el ordenamiento del material de apoyo a la investigación.

Formalización física de la muestra mediante la ejecución de las encuestas.

3.2 Recursos:

3.2.1. Potencial Humano:

El investigador principal apoyado por una persona de apoyo en la recolección de datos para las entrevistas. Además se requiere de un grupo de evaluadores externos.

3.2.2. Recursos Físicos:

El cuestionario consta de las siguientes partes: Presentación, instrucciones, datos generales en relación a la madre, datos en relación al niño y el contenido propiamente dicho.

Para medir las variables se asignara un puntaje a las respuestas tanto para los conocimientos como para las prácticas, asignándose un patrón de respuestas y una escala de medición:

Para los conocimientos : 20 variables (20 puntos)

- Conocimiento alto : 16 a 20 puntos (75 a 100%)

- Conocimiento medio : 11 a 15 puntos (51 a 74%)
- Conocimiento bajo : menor a 10 (menor a 50%)

- Para las prácticas : 14 variables (14 puntos)
- Practicas correctas : 08 a 14 (50 a 100%)
 - Practicas incorrectas : menor a 07 (0 a 49%)

3.2.3. Recursos Institucionales:

El Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva y el Servicio de Informática del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

3.3 Validación del Instrumento:

Se validará a través de una prueba piloto para que la evaluación sea objetiva y confiable, con cuyas opiniones y recomendaciones se mejorara el instrumento.

3.4 Criterios para el análisis de los resultados

- a. Se utilizará una matriz de tabulación de datos para contabilizar las respuestas de la encuesta.
- b. Evaluación estadística

Tipo de variable	Indicadores	Escala de medición	Medidas estadísticas	Pruebas estadísticas
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de la enfermedad. • Etiología de la enfermedad. • Tipo de alimentación <ol style="list-style-type: none"> a) Lactancia b) Ablactancia • Inicio del tratamiento • Duración del tratamiento • Manejo multidisciplinario (cirujano plástico, pediatra, otorrinolaringólogo, 	Nominal	Frecuencias absolutas y porcentuales.	CHI 2

<p>Prácticas</p>	<p>fonoaudiólogo, odontólogo, ortodoncista, asesor genético, psicólogo, terapeuta de lenguaje, nutricionista, enfermería, asistente social y otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control periódico. • Factores de riesgo • Complicaciones • Medidas preventivas • Estimulación educativa • Bienestar psicológico. <ul style="list-style-type: none"> • Forma de amamantamiento. • Calidad de la alimentación • Asistencia a un establecimiento de salud. • Búsqueda de atención médica • Estimulación del lenguaje • Estimulación de la interacción social • Terapia psicológica • Forma de convivencia familiar • Cuidado dental • Formas de prevención de infecciones respiratorias agudas • Identificación de signos de complicaciones 	<p>Nominal</p>	<p>Frecuencias absolutas y porcentuales</p>	<p>CHI 2</p>
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------------------	--------------

c. Cuadros y Gráficos:

Se pueden realizar diversos tipos de cuadros y gráficos claramente organizados y sistematizados de acuerdo a la matriz de tabulación de datos.

Estudio de datos sistematizados:

- a) Jerarquización de la información.
- b) Establecimiento de vínculos entre los datos a través de comparaciones, relaciones y explicaciones entre ellos.
- c) Comparación de la realidad encontrada con la teoría establecida en los conceptos básicos.
- d) Apreciación crítica de los datos.



IV Cronograma de trabajo:

Mes/Actividad Año 2007	Ene 1234	Feb 1234	Mar 1234	Abr 1234	May 1234	Jun 1234	Jul 1234	Ago 1234	Set 1234	Oct 1234	Nov 1234	Dic 1234
Proyecto de tesis	xxxx	xxxx										
Corrección de datos			xxxx									
Presentación y calificación				xx								
Recolección de datos				xx	xxxx	xxxx	xx					
Estructuración de resultados							xx					
Revisión Estadística								xxxx				
Informe preliminar									xx			
Informe final y sustentación									xx	xx		
Preparac. para publicación										xx	xxxx	
Publicación												xxxx

ANEXO N° 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

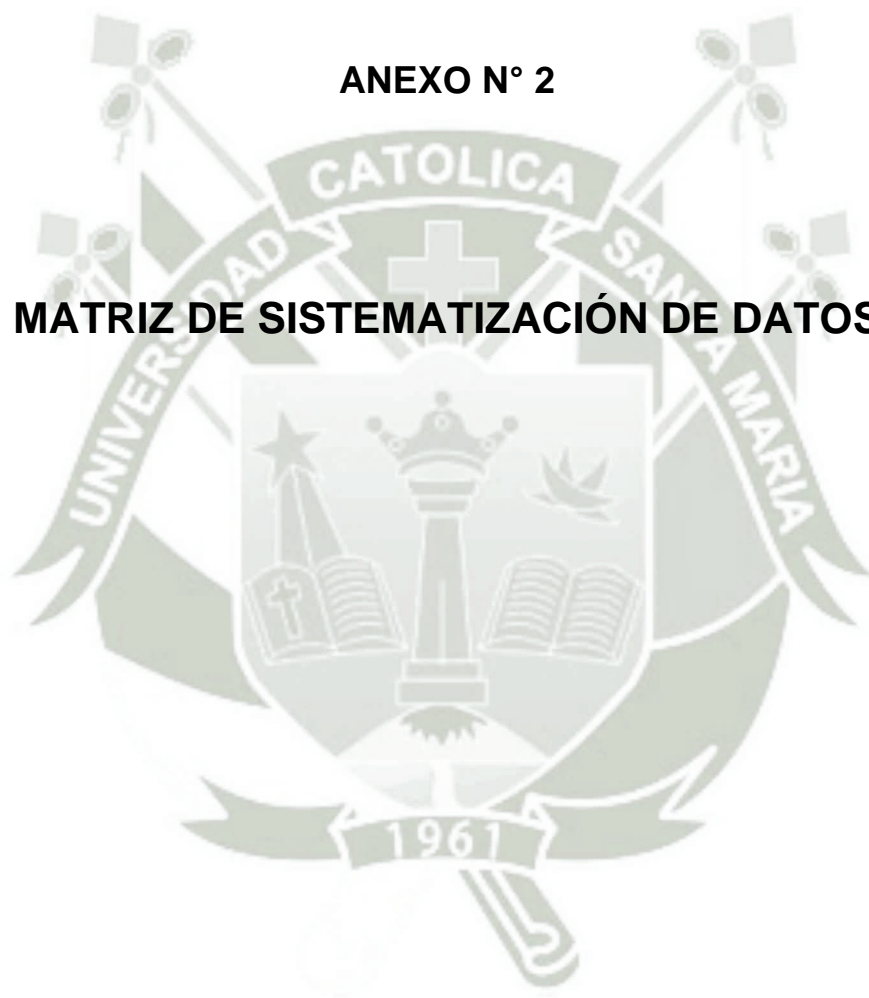


TABLA DE CÓDIGOS PARA CALIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

No. ITEM	VARIABLE	PUNTUACIÓN
1	Conocimientos	a=2 b=0 c=0 d=0
2	Conocimientos	a=0 b=0 c=2 d=0 e=0
3	Conocimientos	a=2 b=0 c=0 d=0
4	Conocimientos	a=0 b=2 c=0 d=0 e=0
5	Conocimientos	a=2 b=0 c=0 d=0 e=0
6	Conocimientos	a=0 b=2 c=0 d=0 e=0
7	Conocimientos	a=0 b=0 c=0 d=2 e=0
8	Conocimientos	a=0 b=0 c=2 d=0
9	Conocimientos	a=0 b=0 c=2 d=0
10	Conocimientos	a=0 b=0 c=0 d=0 e=0 f=2 g=0
11	Conocimientos	a=0 b=0 c=0 d=0 e=0 f=2 g=0 h=0
12	Conocimientos	a=0 b=0 c=2 d=0 e=0
13	Conocimientos	a=0 b=0 c=0 d=0 e=2 f=0
14	Conocimientos	a=2 b=0 c=0
15	Conocimientos	a=0 b=0 c=0 d=2 e=0 f=0
16	Conocimientos	a=0 b=0 c=0 d=0 e=2 f=0 g=0
17	Conocimientos	a=0 b=0 c=0 d=0 e=2 f=0
18	Conocimientos	a=2 b=0 c=0 d=0
19	Conocimientos	a=0 b=0 c=2 d=0
20	Conocimientos	a=2 b=0 c=0
21	Prácticas	a=2 b=0 c=0 d=0 e=0
22	Prácticas	a=2 b=0 c=0
23	Prácticas	a=0 b=0 c=2 d=0
24	Prácticas	a=0 b=0 c=0 d=0 e=0 f=0 g=2 h=0 i=0
25	Prácticas	a=2 b=0 c=0
26	Prácticas	a=0 b=0 c=0 d=0 e=2 f=0
27	Prácticas	a=2 b=0 c=0
28	Prácticas	a=0 b=0 c=2
29	Prácticas	a=0 b=2 c=0 d=0 e=0
30	Prácticas	a=0 b=0 c=0 d=2
31	Prácticas	a=0 b=0 c=2
32	Prácticas	a=0 b=0 c=0 d=2 e=0
33	Prácticas	a=0 b=0 c=0 d=0 e=2 f=0
34	Prácticas	a=0 b=0 c=0 d=0 e=2 f=0 g=0

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

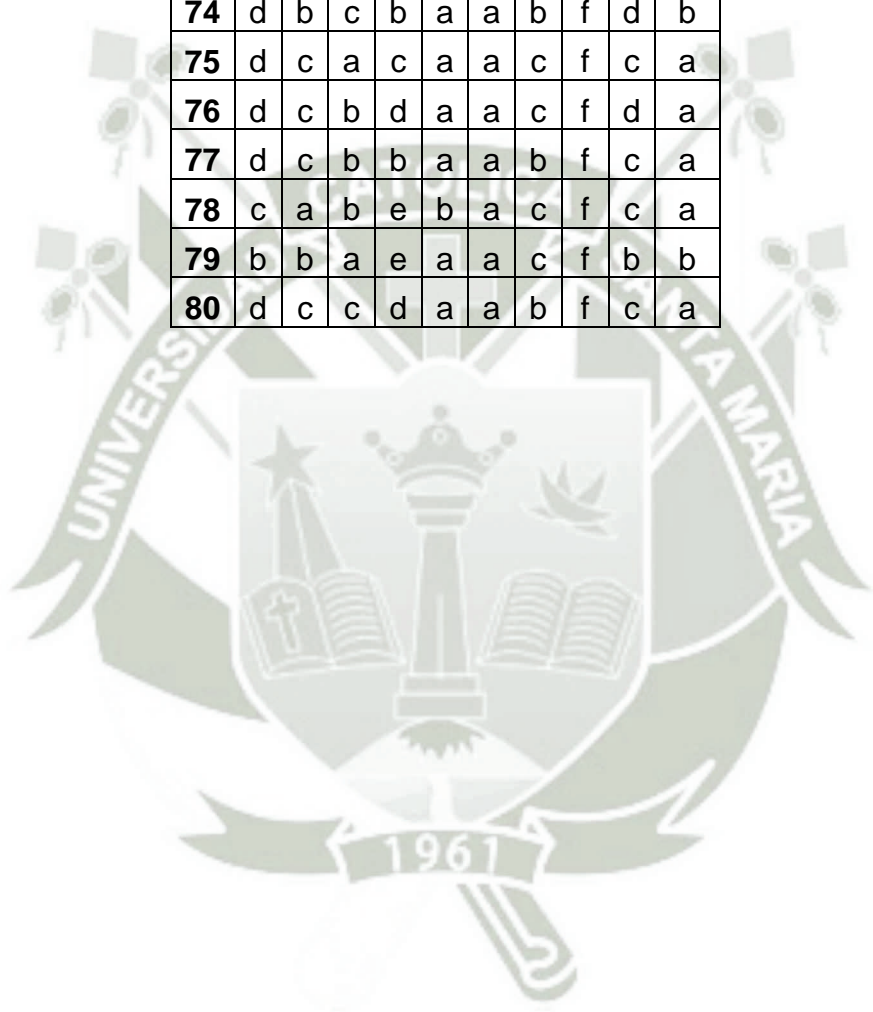
	DATOS GENERALES									
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	a	a	a	f	a	a	d	f	b	a
2	a	a	a	e	a	a	c	f	b	a
3	b	a	a	b	a	a	b	e	a	a
4	a	a	a	e	a	a	c	f	a	a
5	d	a	b	d	a	a	b	f	e	b
6	b	b	b	c	a	a	a	f	e	a
7	d	d	b	c	a	a	a	f	e	b
8	c	b	b	c	a	a	a	f	e	a
9	a	a	c	d	a	a	c	f	b	b
10	e	a	c	f	a	a	c	f	e	b
11	d	d	a	b	a	a	b	f	d	a
12	b	b	e	e	a	a	c	f	a	a
13	b	a	d	d	a	a	d	f	d	a
14	d	b	b	b	a	a	d	f	d	b
15	a	a	b	b	c	a	c	f	r	a
16	d	d	b	b	a	a	c	f	d	b
17	c	c	b	b	a	a	d	f	d	b
18	d	d	c	b	a	a	a	f	e	a
19	d	d	b	b	a	a	a	e	e	a
20	b	b	b	e	a	a	d	e	d	a
21	a	a	b	d	d	b	c	f	a	a
22	b	a	b	e	a	a	b	d	b	a
23	b	c	b	c	a	b	b	f	r	b
24	b	c	b	e	a	a	c	f	d	a
25	c	c	b	d	a	b	d	f	a	a
26	d	c	c	c	a	a	b	c	e	a
27	d	b	a	b	a	b	d	f	d	b
28	d	c	a	f	b	a	c	e	e	a
29	c	c	a	f	a	a	d	f	b	b
30	b	b	c	d	a	a	b	c	e	a
31	c	b	b	c	c	a	a	f	e	b
32	a	a	b	c	a	b	c	f	a	a
33	c	c	b	b	a	a	a	f	b	b
34	c	b	b	c	a	b	b	f	b	b

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	DATOS GENERALES									
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35	c	a	a	d	a	a	d	f	b	b
36	b	b	c	c	a	a	c	f	d	b
37	d	d	b	d	a	a	a	c	e	a
38	c	b	c	f	e	a	d	f	e	a
39	c	b	b	d	a	b	c	d	c	a
40	c	b	b	d	a	a	b	f	c	a
41	c	b	c	d	a	a	d	f	e	b
42	b	a	c	c	a	a	a	f	e	b
43	c	d	c	a	a	a	b	f	d	a
44	c	b	b	b	a	a	b	f	d	a
45	c	c	c	a	a	b	d	f	e	a
46	b	b	b	f	b	a	d	f	e	a
47	b	d	b	b	a	a	a	c	e	a
48	c	a	b	c	a	a	a	f	e	a
49	d	b	c	b	a	a	a	d	e	a
50	c	d	c	b	a	a	b	d	e	b
51	b	c	b	a	a	a	c	f	c	b
52	c	b	b	c	a	a	c	f	d	a
53	a	a	b	e	a	b	d	f	c	a
54	d	b	c	b	a	a	a	e	c	b
55	c	c	b	e	a	a	b	f	c	a
56	a	a	b	d	a	a	b	f	b	b
57	b	c	c	d	a	a	a	e	d	a
58	c	b	c	b	a	a	b	f	b	a
59	a	a	b	c	a	a	b	f	b	b
60	a	a	b	e	b	a	a	f	a	b
61	c	b	b	c	a	a	c	f	d	a
62	a	a	c	e	e	a	c	f	c	a
63	d	d	b	b	a	b	b	f	c	a
64	c	b	c	f	a	a	b	f	e	b
65	a	a	c	e	a	a	d	f	b	a
66	b	d	b	d	a	a	b	e	c	b
67	b	a	a	e	a	a	a	f	b	a
68	a	a	b	b	a	a	b	f	c	a

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	DATOS GENERALES									
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
69	b	a	a	c	a	a	c	f	b	a
70	b	a	b	e	a	a	a	f	d	b
71	d	c	b	d	a	a	b	d	c	b
72	c	a	a	f	b	a	b	f	b	b
73	d	b	c	b	a	a	b	f	d	b
74	d	b	c	b	a	a	b	f	d	b
75	d	c	a	c	a	a	c	f	c	a
76	d	c	b	d	a	a	c	f	d	a
77	d	c	b	b	a	a	b	f	c	a
78	c	a	b	e	b	a	c	f	c	a
79	b	b	a	e	a	a	c	f	b	b
80	d	c	c	d	a	a	b	f	c	a



MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS – RESPUESTAS DE LA ENCUESTA

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	a	e	b	e	a	b	e	c	a	g	g	b	e	a	d	f	e	a	c	a
2	a	b	b	e	a	b	e	b	a	g	c	c	e	a	d	e	d	a	c	b
3	d	e	a	b	a	b	e	c	a	g	g	b	e	a	d	c	e	c	c	b
4	d	e	a	d	a	b	e	c	c	g	f	b	e	a	d	f	e	a	c	a
5	d	e	b	e	a	b	e	c	c	g	g	c	e	a	d	f	e	a	c	b
6	c	d	b	e	e	b	e	b	d	f	f	b	e	a	d	e	a	a	c	a
7	c	c	b	e	a	e	e	c	c	f	f	c	e	a	d	e	a	a	b	a
8	c	e	b	e	e	e	e	a	c	f	f	b	e	a	d	e	a	a	b	b
9	d	e	b	b	a	c	e	b	c	g	g	c	e	a	d	c	e	b	c	a
10	a	e	b	a	a	a	a	c	c	c	f	c	e	b	c	c	b	b	c	a
11	d	e	d	b	a	d	e	a	c	g	g	d	b	c	d	c	e	a	c	b
12	d	b	b	e	a	b	d	c	c	f	f	c	e	c	d	e	e	a	c	a
13	c	e	b	d	a	e	e	c	c	f	f	b	e	a	d	f	e	b	c	a
14	d	e	d	e	a	a	e	c	c	f	f	c	e	b	e	e	e	a	c	b
15	c	e	c	e	a	b	e	c	c	g	g	c	e	a	d	e	f	a	b	c
16	d	e	c	e	a	b	e	a	a	a	g	b	f	b	d	b	e	a	c	b
17	c	a	c	e	a	b	e	c	c	c	d	b	b	c	a	a	b	a	c	b
18	a	c	b	d	d	e	e	c	c	c	d	c	e	c	d	d	c	b	c	b
19	d	e	d	e	b	d	e	b	a	g	g	a	e	a	d	e	f	b	c	a
20	c	c	b	c	a	b	e	c	c	c	d	c	b	a	c	c	e	a	c	c

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

CONOCIMIENTOS – RESPUESTAS CORRECTAS																							
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	PUNTAJE	NIVEL	PRACTICAS
1	*				*	*		*					*	*	*		*	*	*	*	11	MEDIO	INCORRECTAS
2	*				*	*							*	*	*			*	*		08	BAJO	INCORRECTAS
3			*	*	*	*		*					*	*	*	*	*	*	*		11	MEDIO	INCORRECTAS
4			*		*	*		*	*		*	*	*	*	*		*	*	*	*	14	MEDIO	CORRECTAS
5					*	*		*	*			*	*	*	*		*	*	*		11	MEDIO	CORRECTAS
6						*				*	*		*	*	*	*		*	*	*	10	BAJO	INCORRECTAS
7		*			*			*	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*	*	14	MEDIO	INCORRECTAS
8									*	*	*		*	*	*	*		*			08	BAJO	INCORRECTAS
9				*	*				*			*	*	*	*		*		*	*	10	BAJO	INCORRECTAS
10	*				*			*	*		*	*	*						*	*	09	BAJO	CORRECTAS
11				*	*				*						*		*	*	*		07	BAJO	INCORRECTAS
12					*	*	*	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	15	MEDIO	INCORRECTAS
13					*			*	*	*	*		*	*	*		*		*	*	11	MEDIO	INCORRECTAS
14					*			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*		11	MEDIO	INCORRECTAS
15					*	*		*	*			*	*	*	*	*		*			10	BAJO	INCORRECTAS
16					*	*									*		*	*	*		06	BAJO	INCORRECTAS
17					*	*		*	*									*	*		06	BAJO	INCORRECTAS
18	*	*						*	*			*	*		*				*		08	BAJO	INCORRECTAS
19													*	*	*	*			*	*	06	BAJO	INCORRECTAS
20		*			*	*		*	*			*		*			*	*	*		10	BAJO	INCORRECTAS

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS – RESPUESTAS DE LA ENCUESTA

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	b	e	b	a	a	a	e	c	b	f	f	c	e	a	d	e	e	a	c	a
22	c	e	d	e	e	c	e	b	a	e	d	b	e	c	b	c	d	a	c	b
23	d	e	a	d	d	e	e	c	a	a	g	c	e	a	d	e	e	a	c	b
24	a	c	b	e	a	b	c	c	c	f	f	c	e	a	d	c	e	a	c	a
25	d	e	a	b	a	b	d	c	b	f	f	c	e	a	d	e	e	c	c	b
26	c	b	a	b	a	a	a	c	c	a	f	c	b	c	b	a	b	a	c	b
27	b	e	d	e	a	c	e	b	b	f	d	c	d	b	c	c	e	a	c	a
28	a	e	c	a	a	a	c	c	c	f	h	c	e	a	d	e	d	a	c	a
29	a	e	b	b	a	b	c	c	a	g	g	c	e	c	d	c	e	a	c	b
30	a	b	b	e	a	a	b	b	c	f	d	b	e	b	c	c	e	a	c	b
31	a	b	d	d	a	b	b	c	c	a	f	c	a	c	d	f	e	a	a	c
32	d	e	b	d	b	b	e	a	b	g	g	c	a	c	d	g	b	a	c	b
33	a	c	c	b	a	b	e	c	c	a	h	c	f	a	d	e	e	a	c	a
34	d	b	c	e	a	c	e	b	b	g	d	c	a	c	a	c	b	a	c	b
35	a	c	b	b	a	c	c	c	c	a	h	c	e	c	e	d	a	a	c	a
36	d	e	a	b	a	c	e	b	b	g	h	d	a	c	c	c	b	a	c	b
37	a	e	c	c	a	c	e	d	c	g	f	e	b	a	c	d	a	a	d	b
38	a	c	b	a	a	a	c	c	c	f	f	c	e	a	d	g	e	a	b	b
39	d	b	b	b	e	d	e	d	d	f	f	c	d	a	d	e	d	a	c	a
40	a	a	b	a	a	c	d	d	d	f	f	c	a	a	d	e	b	a	c	a

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

CONOCIMIENTOS – RESPUESTAS CORRECTAS																							
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	PUNTAJE	NIVEL	PRACTICAS
21					*			*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13	MEDIO	INCORRECTAS
22													*					*	*		03	BAJO	INCORRECTAS
23			*					*				*	*	*	*	*	*	*	*		10	BAJO	INCORRECTAS
24	*	*			*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15	MEDIO	INCORRECTAS
25			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	14	MEDIO	CORRECTAS
26			*	*	*			*	*		*	*						*	*		09	BAJO	INCORRECTAS
27					*					*	*						*	*	*	*	07	BAJO	INCORRECTAS
28	*				*			*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	13	MEDIO	CORRECTAS
29	*			*	*	*		*				*	*		*		*	*	*		11	MEDIO	INCORRECTAS
30	*				*				*	*			*				*	*	*		08	BAJO	INCORRECTAS
31	*				*	*		*	*		*	*			*		*	*			10	BAJO	INCORRECTAS
32						*						*			*			*	*		04	BAJO	INCORRECTAS
33	*	*		*	*	*		*	*			*		*	*	*	*	*	*	*	15	MEDIO	CORRECTAS
34					*							*						*	*		04	BAJO	INCORRECTAS
35	*	*		*	*			*	*			*	*					*	*	*	11	MEDIO	INCORRECTAS
36			*	*	*													*	*		05	BAJO	INCORRECTAS
37	*				*				*		*			*				*	*		06	BAJO	INCORRECTAS
38	*	*			*			*	*	*	*	*	*	*	*		*	*			13	MEDIO	INCORRECTAS
39	*			*						*	*					*				*	06	BAJO	INCORRECTAS
40	*				*		*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*	13	MEDIO	CORRECTAS

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS – RESPUESTAS DE LA ENCUESTA

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
41	d	c	b	b	a	c	c	a	c	a	d	a	a	c	e	f	e	a	b	a
42	a	b	b	e	a	b	e	c	c	f	f	c	e	a	e	g	e	a	c	a
43	a	a	b	d	c	e	e	c	d	a	f	c	a	a	a	g	b	b	c	b
44	a	b	b	d	c	e	e	c	d	f	f	c	a	a	d	e	e	a	c	b
45	d	e	a	b	a	b	e	c	c	f	f	c	e	a	d	e	e	a	c	c
46	a	c	b	d	a	d	e	d	d	f	f	c	e	a	d	e	e	a	c	a
47	a	a	a	b	a	a	e	d	d	c	f	c	b	a	d	d	b	a	c	a
48	d	e	c	a	a	c	e	c	c	f	f	c	e	a	d	e	e	a	c	a
49	a	a	c	b	a	e	e	c	c	f	e	c	e	a	d	b	e	a	c	a
50	b	b	c	e	a	e	e	d	d	a	e	b	a	c	c	b	e	a	c	c
51	c	a	b	d	d	d	e	b	c	a	e	d	b	a	b	b	c	b	b	b
52	d	e	b	e	a	c	e	c	c	f	b	d	e	a	d	e	f	b	c	a
53	a	b	b	d	a	b	c	b	c	a	d	d	a	a	e	f	f	a	c	a
54	b	b	b	e	a	c	e	b	b	a	d	b	a	c	c	b	b	a	b	b
55	a	e	c	b	d	c	e	c	c	b	d	c	b	a	d	c	e	a	c	a
56	c	b	b	e	a	c	d	d	d	g	d	d	b	c	f	e	d	b	b	b
57	d	e	b	e	a	c	e	c	c	f	f	d	a	a	b	c	a	a	b	a
58	b	e	b	b	a	b	c	b	b	g	f	b	b	c	c	e	b	a	b	b
59	a	e	d	e	b	d	e	d	d	a	d	c	b	a	a	b	e	a	c	a
60	b	d	c	e	a	c	e	c	c	a	d	b	a	c	c	c	a	a	c	b

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

CONOCIMIENTOS – RESPUESTAS CORRECTAS																							
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	PUNTAJE	NIVEL	PRACTICAS
41		*		*	*				*								*	*		*	07	BAJO	INCORRECTAS
42	*				*	*		*	*	*	*	*	*	*			*	*	*	*	14	MEDIO	INCORRECTAS
43	*							*			*	*		*					*		06	BAJO	INCORRECTAS
44	*							*		*	*	*		*	*	*	*	*	*		11	MEDIO	CORRECTAS
45			*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16	ALTO	INCORRECTAS
46		*			*					*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13	MEDIO	CORRECTAS
47	*		*	*	*						*			*	*			*	*	*	10	BAJO	INCORRECTAS
48					*			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	13	MEDIO	INCORRECTAS
49	*			*	*			*	*	*		*	*	*	*		*	*	*	*	14	MEDIO	CORRECTAS
50					*												*	*	*		04	BAJO	INCORRECTAS
51									*					*							02	BAJO	INCORRECTAS
52					*			*	*	*		*	*	*	*	*			*	*	10	BAJO	INCORRECTAS
53	*				*	*			*					*				*	*	*	08	BAJO	INCORRECTAS
54					*													*			02	BAJO	INCORRECTAS
55	*			*				*	*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	11	MEDIO	INCORRECTAS
56					*		*									*					03	BAJO	INCORRECTAS
57					*			*	*	*	*			*				*		*	08	BAJO	INCORRECTAS
58				*	*	*					*					*		*			06	BAJO	INCORRECTAS
59	*											*		*			*	*	*	*	07	BAJO	INCORRECTAS
60					*			*	*									*	*		05	BAJO	INCORRECTAS

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS – RESPUESTAS DE LA ENCUESTA

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
61	a	b	b	a	a	c	b	a	a	a	d	b	e	a	d	b	b	b	c	b
62	d	e	b	a	a	a	e	a	c	f	f	c	e	a	d	g	e	a	c	a
63	d	e	b	e	a	c	e	b	b	a	h	b	a	c	d	b	b	a	c	b
64	a	c	b	e	c	b	e	c	c	f	f	c	e	a	d	e	e	a	c	a
65	d	e	d	a	a	c	e	c	c	f	f	c	b	a	d	a	e	a	c	b
66	a	a	d	d	a	b	e	c	c	a	f	c	e	c	d	e	e	a	c	a
67	b	a	d	e	e	d	e	a	a	a	g	a	c	c	a	c	f	a	a	c
68	d	a	b	e	d	c	e	a	a	a	d	e	b	c	b	c	b	a	c	c
69	b	b	b	b	a	d	e	b	b	g	e	b	a	c	f	c	b	a	c	b
70	a	c	a	b	a	c	e	a	b	a	d	c	a	a	e	c	e	a	b	a
71	d	e	d	e	d	a	c	a	a	d	d	b	a	c	a	c	d	a	b	b
72	a	c	b	d	a	d	c	c	c	a	c	c	e	a	c	e	e	a	d	a
73	c	a	d	d	a	c	e	b	b	g	d	d	a	a	a	c	b	a	c	b
74	d	e	d	b	a	c	e	d	d	a	h	c	a	c	d	e	b	a	b	b
75	d	e	c	e	e	c	d	d	d	g	d	b	e	c	f	g	f	a	b	b
76	d	e	b	e	d	c	e	c	d	g	d	b	a	c	d	c	d	a	c	b
77	c	e	b	b	d	d	e	b	b	g	d	b	a	c	c	c	e	a	c	b
78	a	b	d	a	d	b	e	b	c	a	d	b	a	c	b	b	b	a	b	a
79	a	b	d	b	a	b	e	d	d	g	h	b	c	c	f	c	e	b	c	b
80	b	b	b	b	a	c	c	a	a	a	d	b	a	c	f	g	d	a	c	c

CONOCIMIENTOS – RESPUESTAS CORRECTAS																							
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	PUNTAJE	NIVEL	PRACTICAS
61	*				*								*	*	*				*		06	BAJO	INCORRECTAS
62					*				*	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	12	MEDIO	CORRECTAS
63					*										*			*	*		04	BAJO	INCORRECTAS
64	*	*				*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16	ALTO	CORRECTAS
65					*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		12	MEDIO	INCORRECTAS
66	*				*	*		*	*		*	*	*		*	*	*	*	*	*	14	MEDIO	CORRECTAS
67																		*			01	BAJO	INCORRECTAS
68																		*	*		02	BAJO	INCORRECTAS
69				*	*													*	*		04	BAJO	INCORRECTAS
70	*	*	*	*	*							*		*			*	*		*	10	BAJO	INCORRECTAS
71																		*			01	BAJO	INCORRECTAS
72	*	*			*			*	*			*	*	*		*	*	*		*	12	MEDIO	INCORRECTAS
73					*									*				*	*		04	BAJO	INCORRECTAS
74				*	*							*			*	*		*			06	BAJO	INCORRECTAS
75							*						*					*			03	BAJO	INCORRECTAS
76								*							*			*	*		04	BAJO	INCORRECTAS
77															*	*	*	*			04	BAJO	INCORRECTAS
78	*					*			*									*		*	05	BAJO	INCORRECTAS
79	*			*	*	*							*				*		*		07	BAJO	INCORRECTAS
80				*	*													*	*		04	BAJO	INCORRECTAS

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1	c	b	a	h	c	e	a	b	b	b	b	d	e	e
2	c	b	a	g	a	e	a	b	b	b	b	a	e	e
3	a	b	c	h	c	e	a	b	b	b	a	d	e	f
4	d	b	c	a	c	e	a	c	b	d	c	d	e	d
5	a	b	c	g	b	e	a	b	b	b	b	d	e	e
6	c	c	d	b	c	c	b	a	d	a	a	a	a	f
7	c	b	a	b	c	e	a	a	d	b	b	d	a	f
8	c	c	a	b	c	e	b	a	d	a	a	a	a	f
9	a	b	c	h	c	a	b	c	b	d	c	d	e	d
10	c	a	a	b	c	e	a	a	b	d	a	a	e	e
11	d	a	a	i	c	e	a	c	c	b	b	d	e	a
12	c	b	c	h	c	d	a	c	b	a	a	d	e	d
13	a	c	d	g	c	e	b	a	b	a	a	a	a	d
14	c	b	c	h	a	e	a	c	b	b	c	a	c	d
15	d	b	a	h	c	f	b	b	b	b	b	d	f	d
16	d	b	a	h	c	e	a	a	b	b	b	d	f	g
17	d	c	a	b	c	c	b	b	b	a	a	a	c	b
18	c	b	a	h	b	e	a	a	e	a	a	d	a	f
19	d	c	c	g	c	a	b	a	a	a	a	d	e	f
20	c	b	a	b	a	e	b	a	b	b	a	b	b	c

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

PRACTICAS – RESPUESTAS CORRECTAS																	
Nº	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	PUNTAJE	CALIFICACIÓN	CONOCIMIENTO
1						*	*		*			*	*	*	06	INCORRECTAS	MEDIO
2				*	*	*	*		*				*	*	07	INCORRECTAS	BAJO
3	*		*			*	*		*			*	*		07	INCORRECTAS	MEDIO
4			*				*	*	*	*	*	*	*		08	CORRECTAS	MEDIO
5	*		*	*		*	*		*			*	*	*	09	CORRECTAS	MEDIO
6															00	INCORRECTAS	BAJO
7						*	*					*			03	INCORRECTAS	MEDIO
8						*									01	INCORRECTAS	BAJO
9	*		*						*	*	*	*	*		07	INCORRECTAS	BAJO
10		*				*	*		*	*			*	*	07	INCORRECTAS	BAJO
11		*				*	*					*	*		05	INCORRECTAS	BAJO
12			*				*		*			*	*		05	INCORRECTAS	MEDIO
13	*			*		*			*						04	INCORRECTAS	MEDIO
14			*		*	*	*		*						05	INCORRECTAS	MEDIO
15									*			*			02	INCORRECTAS	BAJO
16						*	*		*			*			04	INCORRECTAS	BAJO
17									*						01	INCORRECTAS	BAJO
18						*	*					*			03	INCORRECTAS	BAJO
19			*	*								*	*		04	INCORRECTAS	BAJO
20					*	*			*						03	INCORRECTAS	BAJO

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
21	c	c	d	h	c	e	b	a	b	a	c	e	b	d
22	d	c	a	a	c	e	b	b	b	b	b	a	b	a
23	a	a	c	h	b	e	b	a	b	a	a	d	d	g
24	d	b	c	g	a	e	b	b	b	b	b	d	d	e
25	a	b	A	g	c	e	b	c	e	d	c	d	d	e
26	d	b	b	h	c	e	a	b	b	b	b	d	a	b
27	d	c	c	f	a	e	a	b	b	b	b	d	a	e
28	c	b	c	g	a	e	a	c	b	d	b	e	a	d
29	c	c	c	a	c	e	a	b	b	b	a	d	e	e
30	c	b	a	h	c	e	a	a	b	b	a	e	e	f
31	b	a	d	h	c	e	a	a	d	b	a	d	c	e
32	c	b	a	h	c	e	a	a	b	a	a	a	e	d
33	c	b	c	h	c	e	a	c	b	d	c	d	e	e
34	d	b	a	h	c	e	a	a	b	b	b	a	g	d
35	c	b	c	a	c	e	a	b	e	b	b	a	c	e
36	d	b	a	a	c	a	b	a	b	a	a	a	f	d
37	a	a	a	a	a	e	a	c	b	b	b	a	f	a
38	d	b	b	a	c	f	a	b	e	d	d	c	e	e
39	c	a	a	h	c	e	a	c	b	b	d	a	e	b
40	c	a	c	g	a	e	a	c	b	d	d	c	a	e

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	PRACTICAS – RESPUESTAS CORRECTAS														PUNTAJE	PRACTICAS	CONOCIMIENTO
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34			
21						*			*		*				03	INCORRECTAS	MEDIO
22						*			*						02	INCORRECTAS	BAJO
23	*	*	*			*			*		*				06	INCORRECTAS	BAJO
24			*	*	*	*			*		*		*		07	INCORRECTAS	MEDIO
25	*			*		*		*	*	*	*		*		08	CORRECTAS	MEDIO
26						*	*		*		*				04	INCORRECTAS	BAJO
27			*		*	*	*		*		*		*		07	INCORRECTAS	BAJO
28			*	*	*	*	*	*	*	*					08	CORRECTAS	MEDIO
29			*			*	*		*		*	*	*		07	INCORRECTAS	MEDIO
30						*	*		*				*		04	INCORRECTAS	BAJO
31		*				*	*				*		*		05	INCORRECTAS	BAJO
32						*	*		*				*		04	INCORRECTAS	BAJO
33			*			*	*	*	*	*	*	*	*		10	CORRECTAS	MEDIO
34						*	*		*						03	INCORRECTAS	BAJO
35			*			*	*						*		04	INCORRECTAS	MEDIO
36									*						01	INCORRECTAS	BAJO
37	*	*			*	*	*		*						06	INCORRECTAS	BAJO
38							*			*	*	*	*	*	06	INCORRECTAS	MEDIO
39		*				*	*	*	*	*	*	*	*		09	INCORRECTAS	BAJO
40		*	*	*	*	*	*	*	*		*		*	*	07	CORRECTAS	MEDIO

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Nº	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
41	c	b	d	h	a	b	a	b	b	b	b	a	b	g
42	c	b	a	h	a	e	a	c	b	d	b	d	b	g
43	b	a	a	i	c	f	a	b	e	b	b	d	e	e
44	c	c	c	g	b	e	a	a	b	d	b	d	e	e
45	e	a	d	i	c	e	c	a	e	b	a	d	a	a
46	c	b	c	h	c	e	a	c	b	c	c	d	e	g
47	a	a	a	a	b	d	a	a	b	b	a	a	c	g
48	c	b	c	h	c	e	a	c	e	b	b	e	a	g
49	a	a	c	h	b	c	a	c	c	d	c	d	e	e
50	c	b	c	h	b	c	a	b	a	b	a	a	b	d
51	c	b	d	a	c	e	a	a	a	b	b	a	a	b
52	c	c	a	g	c	c	c	c	b	d	c	a	e	e
53	c	a	b	a	b	e	a	a	b	a	a	a	f	g
54	c	b	b	a	c	e	a	b	a	b	a	a	b	a
55	c	c	a	g	b	e	a	c	b	d	c	b	d	d
56	d	b	a	a	c	e	b	b	b	a	c	d	a	e
57	c	a	d	g	b	e	a	c	c	c	d	d	d	d
58	c	b	a	a	c	e	a	b	a	a	b	b	a	e
59	c	a	a	a	c	c	b	a	a	b	b	a	a	d
60	c	b	b	i	c	f	b	b	e	a	b	a	a	d

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Nº	PRACTICAS – ALTERNATIVAS CORRECTAS														PUNTAJE	CALIFICACIÓN	CONOCIMIENTO
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34			
41					*		*		*						03	INCORRECTAS	BAJO
42					*	*	*		*	*		*			06	INCORRECTAS	MEDIO
43		*					*				*	*	*		05	INCORRECTAS	BAJO
44			*	*		*	*		*	*	*	*	*		09	CORRECTAS	MEDIO
45		*				*	*				*	*			03	INCORRECTAS	ALTO
46			*			*	*	*	*		*	*	*		08	CORRECTAS	MEDIO
47	*	*					*		*						04	INCORRECTAS	BAJO
48			*			*	*								03	INCORRECTAS	MEDIO
49	*	*	*				*	*		*	*	*	*	*	10	CORRECTAS	MEDIO
50			*				*								02	INCORRECTAS	BAJO
51						*	*								02	INCORRECTAS	BAJO
52				*				*	*	*	*	*	*	*	07	INCORRECTAS	BAJO
53		*				*	*		*						04	INCORRECTAS	BAJO
54						*	*								02	INCORRECTAS	BAJO
55				*		*	*	*	*	*	*				07	INCORRECTAS	MEDIO
56						*			*		*		*	*	04	INCORRECTAS	BAJO
57		*		*		*	*	*			*	*			07	INCORRECTAS	BAJO
58						*	*							*	03	INCORRECTAS	BAJO
59															00	INCORRECTAS	BAJO
60															00	INCORRECTAS	BAJO

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
61	c	a	a	a	c	f	b	a	a	c	a	a	g	g
62	c	a	c	i	c	e	a	a	b	d	c	d	e	g
63	d	b	c	a	c	e	a	b	e	b	b	a	f	d
64	c	c	c	h	c	e	a	c	b	b	c	d	e	c
65	c	c	c	h	a	e	a	c	b	c	a	a	b	e
66	e	a	c	a	c	a	a	c	b	d	c	d	e	e
67	e	c	d	i	c	a	b	a	a	a	a	a	a	g
68	c	c	a	e	c	f	b	b	a	a	b	d	a	d
69	b	b	a	a	c	e	b	a	a	b	a	a	b	e
70	a	a	b	g	a	f	b	c	e	a	b	d	a	e
71	d	b	b	a	c	f	b	b	a	b	a	d	a	b
72	c	b	a	a	b	b	b	b	d	a	b	b	b	d
73	c	b	b	g	c	e	a	a	a	a	b	a	b	d
74	d	b	c	h	c	f	a	a	e	b	a	e	g	g
75	d	b	a	a	c	e	a	b	b	b	b	e	b	g
76	d	b	b	h	b	e	a	b	a	a	b	c	b	e
77	d	b	b	a	c	e	a	a	a	b	b	d	a	c
78	c	b	c	g	c	e	a	b	a	b	b	d	g	d
79	d	b	c	e	c	e	a	b	b	a	b	a	b	b
80	c	b	c	e	c	f	b	b	b	a	b	a	a	g

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	PRACTICAS – ALTERNATIVAS CORRECTAS														PUNTAJE	CALIFICACIÓN	CONOCIMIENTO
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34			
61		*													01	INCORRECTAS	BAJO
62		*	*			*	*		*	*	*	*	*		09	CORRECTAS	MEDIO
63			*			*	*								03	INCORRECTAS	BAJO
64			*			*	*	*	*		*	*	*		08	CORRECTAS	ALTO
65			*		*	*	*		*					*	06	INCORRECTAS	MEDIO
66		*	*				*	*	*	*	*	*	*	*	10	CORRECTAS	MEDIO
67															00	INCORRECTAS	BAJO
68												*			01	INCORRECTAS	BAJO
69						*								*	02	INCORRECTAS	BAJO
70	*	*		*	*							*		*	06	INCORRECTAS	BAJO
71												*			01	INCORRECTAS	BAJO
72															00	INCORRECTAS	MEDIO
73				*		*	*								03	INCORRECTAS	BAJO
74			*				*								02	INCORRECTAS	BAJO
75						*	*		*						03	INCORRECTAS	BAJO
76						*	*							*	03	INCORRECTAS	BAJO
77						*	*					*			03	INCORRECTAS	BAJO
78			*	*		*	*					*			05	INCORRECTAS	BAJO
79			*			*	*		*						04	INCORRECTAS	BAJO
80			*						*						02	INCORRECTAS	BAJO