

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE
PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CON LABIO Y-O
PALADAR HENDIDO. FASE I REVISIÓN NARRATIVA**

KATTY DAYANA OCAMPO MAYA

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTA DC.- JUNIO 2018**

HOJA DE IDENTIFICACION

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CON LABIO Y-O PALADAR HENDIDO. FASE I REVISIÓN NARRATIVA.
Línea de investigación:	Labio y paladar Hendido
Institución participante:	Facultad de Odontología - Universidad El Bosque Grupo : UMIMC Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Cráneo-faciales
Tipo de investigación:	Mixta: pregrado -Grupo UMIMC
Estudiantes/ residentes:	Katty Dayana Ocampo Maya
Asesor metodológico:	Dra. Ingrid Mora Díaz
Asesor temático:	Dra. María Clara González Carrera

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LOPEZ TRUJILLO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen

Abstract

	Pág.
1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
3. Planteamiento del problema	9
4. Justificación	12
5. Situación Actual	15
6. Objetivos	17
7. Metodología del Proyecto	18
8. Consideraciones éticas.	25
9. Resultados	31
10. Referencias bibliográficas	48

RESUMEN

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CON LABIO Y-O PALADAR HENDIDO. FASE I REVISIÓN NARRATIVA.

Antecedentes: La salud oral en niños con Labio y-o paladar hendido (LPH) es afectada por enfermedades gingivales, caries dental, dificultades en la alimentación, y defectos del habla, entre otros. Diferentes estudios, muestran la importancia de promover estrategias de salud oral desde edades tempranas, con el fin de adoptar comportamientos y hábitos saludables.

Objetivo: Se realiza revisión narrativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con labio y-o paladar hendido.

Metodología: Se realizó una búsqueda, teniendo en cuenta las bases de datos virtuales de la Universidad El Bosque. Se utilizaron términos MesH. La base de datos PubMed arrojó 145 artículos y ProQuest Central 121, por título; se buscaron artículos en inglés y español, no hubo restricción en el tipo de estudio, ni género. En el proceso de selección de artículos, se utilizaron los filtros de las bases de datos. Durante la extracción de información, solo se tomaron 20 artículos en total, 3 artículos de la base de datos de ProQuest y 7 de Pubmed, los cuales se seleccionaron por resumen; al cumplir con las variables de investigación. Se tuvo en cuenta 10 artículos enviados por los asesores y los referenciados por autores de los artículos seleccionados.

Conclusión: Pocos estudios se encuentran en la literatura sobre este tema, en los últimos años se da más importancia al tema. Los estudios evidencian y corroboran, que los conocimientos, actitudes y prácticas de padres y/o cuidadores de niños menores de 6 años afectan las prácticas de higiene, la salud bucal y la calidad de vida de estos niños; por lo tanto es importante tener en cuenta a los padres en la construcción e implementación de estrategias de salud bucal dirigidas a esta población.

Palabras claves: Conocimientos, percepción, actitudes, practicas, salud oral, labio y paladar hendido.

ABSTRACT

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND ORAL HEALTH PRACTICES OF PARENTS AND GUARDIANS OF CHILDREN AGED ZERO TO FIVE WITH CLEFT LIP AND, OR PALATE. PHASE ONE NARRATIVE REVISION

Background: Oral health of children with cleft lip and palate (CLP) is affected by gingival diseases, dental caries, nutrition ailments and speech defects, among others. Different studies show the importance of promoting oral health strategies from an early age in order to develop healthy habits.

Objective: a narrative revision on knowledge, attitudes and oral health practices of parents or guardians of children between zero and five years of age with cleft lip and palate was carried out.

Methodology: A search was carried out using virtual databases from El Bosque University. MesH terms were used and Pubmed presented 145 articles and ProQuest Central 121 by title. Articles in English and Spanish were researched and there was no restriction as to the type or gender of study. The database filters were used in the article selection process. In the extraction of information only 20 articles were used, divided into three from ProQuest and seven from Pubmed, which were selected from abstracts complying with the research variables. There were ten articles taken into consideration which were submitted by tutors and ten referenced by authors of selected articles.

Conclusion: There are few studies in literature regarding this topic. The available ones evidence and corroborate that the knowledge, attitudes and habits of parents or guardians of children under six years of age affect hygiene practices, oral health and quality of life of these children. It is therefore necessary to take into account parents in the development and implementation of oral health strategies aimed at this population.

Key words: knowledge, perception, attitudes, practices, oral health, cleft lip and palate.

INTRODUCCIÓN

El labio y paladar hendido (LPH) es uno de los defectos congénitos de mayor incidencia a nivel mundial y el más común de los defectos congénitos de la cara. La prevalencia en Colombia es de 1:700 nacidos vivos, según grupo étnico y población. (Zarante I; Liu W.).

El LPH trae como consecuencia una diversidad de alteraciones secundarias, razón por la cual el tratamiento debe ser integral, llevado a cabo por un equipo interdisciplinario especializado en el área. Es frecuente ver pacientes tratados sin coordinación alguna entre los especialistas, ocasionando resultados menos favorables, sobre-tratamientos y sobre costos que ocasionan dificultades para el paciente y su familia. (Prada JR; Cantini).

La salud oral de estos infantes es un componente fundamental ya que tienden a presentar mayor prevalencia de caries, malposición dental, agenesias, dientes supernumerarios, alteraciones en la erupción dental, apiñamiento dental, mordidas cruzadas, dificultades en la alimentación, en la deglución, y defectos del habla entre otros. (Ibáñez Mata J, et al. 2001) (González y col. 2011)

Diferentes trabajos muestran la efectividad de implementar estrategias que promueven la salud desde edades tempranas para influir de manera definitiva en la adopción de comportamientos y estilos que lleven a mantener la salud a través de la vida. (Morrison JJ. 2000).

Se busca definir por medio de encuestas los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres-cuidadores principales de niños de 0 a 5 años con LPH, no se conocen reportes de trabajos sobre el tema a nivel nacional en niños con Labio y-o Paladar Hendido (LPH); esta información permite el desarrollo de intervenciones preventivas, educativas pertinentes que respondan a las necesidades de esta población, contribuyendo a mejorar el bienestar, el desarrollo, el éxito del tratamiento y la calidad de vida en esta población.

2. Marco teórico

Entre las malformaciones cráneo-faciales, el LPH representa un problema de mucha trascendencia desde el punto de vista individual del niño afectado, ya que por su complejidad exige una atención rápida para facilitar al paciente una adecuada alimentación, fonación, crecimiento general y cráneo facial y desarrollo de la oclusión dentaria.

El LPH tiene una etiología multifactorial, influenciada por factores genéticos, ambientales y teratógenos; sin embargo, no existen estudios concluyentes que ayuden a determinar con exactitud las causas que la provocan, de manera que no se cuenta con medios predictivos eficaces que permitan por completo su prevención. (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Esta patología ha sido una preocupación a nivel mundial ya que por ejemplo en la región de las Américas, el Centro para estudios médicos y el Instituto Latinoamericano de Malformaciones Congénitas, mostraron que la tasa global de LPH de 10,49 por 10.000 nacidos vivos era superada por algunos países (Poletta FA 2007). La prevalencia en Colombia es de 1:700 nacidos vivos (Zarante i; Liu W. 2001). En el ENSAB IV registro que el 0.07% de la población presenta LPH, 0.04% hendidura de labio y un 0.04 hendidura de paladar entre los años de 2013 y 2014 en el país. (ENSAB IV).

El labio fisurado se ve como una abertura o fisura angosta en la piel del labio superior que puede extenderse hasta la base de la nariz. Mientras que, el paladar hendido es una abertura entre el paladar y la cavidad nasal. (Prada; Cantini, 2011).

La salud oral de estos infantes es un componente fundamental ya que tienden a presentar alteraciones como malposiciones dentales, agenesias de dientes próximos a la hendidura, presencia de dientes supernumerarios, alteraciones en la erupción dental, apiñamiento dental, trastornos de la alimentación y la deglución, defectos del habla y perturbaciones en el desarrollo psico-social del niño y/o de su familia, todas estas son alteraciones ayudan a la presencia de lesiones de caries. (Ibáñez Mata J, et al. 2001). Es labor de los odontólogos educar a padres y/o cuidadores de pacientes con LPH para lograr una correcta higiene oral. Entre otras alteraciones que se observan y que van muy relacionadas a la salud oral en estos pacientes esta la halitosis que es debido a una higiene oral deficiente. (Prada; Cantini, 2011).

La presencia de tejido cicatrizal cerca al área de la fisura puede predisponer a cambios marginales, como pérdida de la adherencia epitelial y recesión gingival, especialmente en la zona vestibular. (Prada; Cantini, 2011). Diversos autores han reportado que la higiene oral de los pacientes sin hendidura es significativamente mejor que la de los pacientes con hendidura,

reportando así una prevalencia del 100% de gingivitis en pacientes con LPH, asociada a la pobre higiene oral, presencia de aparatología fija, malposición dental. (Wong FW, et, al. 1998). (Vinita B, et, al. 2010; Prada; Cantini, 2011).

Las alteraciones del esmalte suceden debido a disturbios durante la formación dental, específicamente a un desarrollo alterado de la matriz orgánica o durante la calcificación del diente; los dientes más afectados son los incisivos superiores del lado de la fisura, tanto deciduo como permanente. (Prada; Cantini, 2011).

El estado de la salud oral es indispensable para individuos con labio y paladar hendido ya que ellos presentan mal posiciones dentales, anatomía atípica de algunas piezas dentarias, ausencia de algunos dientes y la presencia de dientes supernumerarios lo que favorece la retención de la biopelícula o “smear layer” y la consecuente formación de caries dental. Los pacientes con LPH presentan una prevalencia de caries elevada; casi el 100% de estos pacientes presentan lesiones de caries. Es probable que exista otro factor asociado a la capacidad buffer de la saliva (Söderling E, et, al 1993). El riesgo de presentar caries aumenta aún más en niños con labio y paladar fisurado a menor edad (4 a 6 años), debido a las dificultades para realizar una buena higiene oral, a la dependencia de un cuidador y por la presencia de parte de la hendidura sin tratar. Es importante implementar desde muy temprana edad una rutina adecuada para el cuidado dental que minimice el riesgo, la morbilidad oral y la pérdida de dientes próximos a la hendidura. (Besseling S y col 2004).

Respecto al índice de COP, se ha evidenciado diferentes reportes en cuanto a la prevalencia de caries en niños con LPH. Algunos estudios reportan no encontrar diferencias en la prevalencia de experiencia de caries dental (COP-d); en el COP-d promedio entre niños con fisura y sin este, ni entre los diferentes tipos de fisuras ($p = 0,67$). De la misma manera algunos reportes han evidenciado un mayor porcentaje de dientes anteriores afectados en hendidura bilateral frente a la hendidura unilateral. (González, Gamboa et, al 2013). Autores como Alineé Rogéria Freire de Castillo y col (2006), indagan en un estudio el estado de salud bucal de las madres y de sus hijos con LPH , además preguntan sobre los hábitos y conocimientos en salud bucal en 300 madres de pacientes con labio y paladar hendido entre 3 a 5 años, el 47.3% de las madres tenían pobre higiene oral, los niños de este grupo presentaron un ceo-d de 6.0; el 52.7% de las madres tenían un estado de salud oral satisfactorio y los niños de este grupo tenían un ceo-d de 5.6. No se encontró diferencia significativa entre los dos grupos. Las madres mostraron un conocimiento razonable sobre la prevención de la caries y sobre la higiene oral, aunque el índice de caries de los niños y el estado de salud bucal de las madres sugieren que la aplicación de estos conocimientos es muy pobre. Otros factores deben influir para que se dé el proceso carioso, no es suficiente el conocimiento por parte de las madres.

En Colombia González MC y col. analizan el estado de caries dental en una población Colombiana de 85 sujetos entre 2 a 25 años de edad, con labio y paladar fisurado, 19 en dentición

decidua, 27 en dentición mixta y 39 en dentición permanente, utilizando los criterios visuales ICDAS y el ceo-s/COP-S tradicional. En dentición primaria el ceo-s fue de 9.3 ± 10.4 , en dentición mixta fue de 9.6 ± 9.1 y el COP-S fue de 9.6 ± 10.6 para la dentición permanente; cuando se adicionaron las lesiones iniciales no cavitacionales los índices aumentaron a 20.2 ± 12.8 , 21.9 ± 10.7 y 25.0 ± 10.3 respectivamente. No se encontraron diferencias entre los diferentes tipos de fisura. Todos los participantes (100%) tenían por lo menos una o más lesiones de caries. El diente más afectado por caries en dentición primaria fue el 2nd molar primario inferior izquierdo (1.4 ± 0.95), en dentición mixta fue el primer molar inferior permanente izquierdo (1.18 ± 0.76) y en dentición permanente fue el segundo molar inferior permanente izquierdo (1.0 ± 0.89). Al tomar solo los dientes anteriores superiores, el diente más afectado en dentición primaria fue el incisivo lateral superior derecho, siendo el cuarto diente más afectado (0.95 ± 1.35). En dentición mixta fue el incisivo central superior izquierdo siendo el tercer diente más afectado por caries (0.81 ± 0.96). En dentición permanente el canino superior derecho fue el cuarto diente más afectado (0.85 ± 0.85). Los resultados muestran una alta experiencia de caries, con una distribución de las lesiones similar a la de la población general y no como podría esperarse, los dientes anteriores superiores no son los más afectados. (González, M.C et, al 2011)

Un análisis de riesgo a caries dental en la misma población, utilizando el Cariogram®, muestra como un 24.7% de los sujetos esta en bajo riesgo a desarrollar caries con una probabilidad del 27% de desarrollar nuevas lesiones de caries; un 24.7% de los sujetos está en riesgo medio a desarrollar caries con una probabilidad del 48% a desarrollar nuevas lesiones de caries; un 34.1% se encontró en riesgo alto con un 67% de probabilidad de desarrollar nuevas lesiones y un 16.5% se encontró en riesgo muy alto con un 88% de probabilidad de desarrollar nuevas lesiones de caries. El principal factor de riesgo a caries dental identificado fue la placa bacteriana seguida por la dieta en contenido y frecuencia. (González, M.C y col. 2006).

Los dientes relacionados con la fisura usualmente erupcionan en una posición anormal, lo que puede originar una mordida cruzada anterior. Una de las anomalías dentales de los incisivos en el área de la fisura, es el retraso en la formación del diente en el área de la fisura, en promedio existe un retraso en la erupción de los dientes ubicados en la zona de la hendidura de 4.4 meses en relación con los individuos sin fisura. El 40% de los dientes maxilares y el 30.1% de dientes mandibulares presentan atraso en su desarrollo. (Prada; Cantini, 2011).

La higiene oral constituye el pilar fundamental en la salud oral, Es posible disminuir significativamente la incidencia de caries en los niños con LPH, si sus padres aprenden medidas básicas de autocuidado en salud bucal (Guzmán A, et, al 1997).

Con el propósito de garantizar los derechos fundamentales de los niños y adolescentes se definió la Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006 o Código de Infancia y Adolescencia, la cual establece que el Estado creará un sistema de salud integral para la infancia y adolescencia. En su artículo 27 define la obligatoriedad de la atención por parte de todas las instituciones prestadoras de

salud, públicas o privadas, de brindar y atender a los niños y a las niñas. En su artículo 29, sobre desarrollo integral en la primera infancia, define como derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación y la protección contra los peligros físicos. (Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, artículo 27 http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html) Entre las políticas desarrolladas por el Estado colombiano se encuentran la Política de Cero a Siempre, la Política para la primera infancia: “Colombia por la primera infancia”, el Plan de atención integral a la primera infancia, la política de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Programa Nacional de Atención Integral (PNAI). El Ministerio de la Protección Social (MPS) cuenta con una Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la cual es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño, buscando reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios. (Rubio, M:)

La ruta integral de atención a la primera infancia, el control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo, vacunación, lactancia y prevención y reducción de anemia, son algunos programas y servicios que oferta el estado en el marco de la ruta integral de atenciones. La importancia de realizar un control prenatal con el fin de reducir notablemente la posibilidad de sufrir partos pretermo, bebés con bajo peso al nacer y sífilis congénita, VIH, insuficiencias respiratorias, así como otras afecciones que pueden presentarse tanto en el bebé como en la madre. Estos controles son 5 en su totalidad. Es importante destacar el control de crecimiento y desarrollo que es una atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, con un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte. Así como también es importante el adecuado seguimiento de vacunas, la lactancia materna y la prevención y reducción de anemia en niños y niñas de 6 y 23 meses, con alimentos fortificados a través de micronutrientes en polvo. (ruta integral de atenciones a la primera infancia – salud y nutrición, min salud, de cero a siempre).

Conocimientos, actitudes y prácticas

Los comportamientos están relacionados estrechamente con las actitudes de las personas con respecto a un suceso u objeto de actitud. La correlación entre las actitudes y los comportamientos no es siempre alta, se sabe que algunas personas pueden tener una actitud positiva a una actividad pero no llevarlo a la práctica.

Los conocimientos en salud oral se refieren a los conceptos cognitivos y percepción que tienen las personas en relación con su salud oral. (Mc Goldrick PM 2000). El conocimiento puede ser

general e inespecífico, personal, idiosincrático y social dependiendo de los procesos de interacción del ser humano. (Martignon S y col 2003.)

El término actitud se define como la mezcla de creencias, pensamientos y sentimientos que predisponen a una persona a responder, de una forma positiva, a objetos, personas, procesos o instituciones. (Brown G. 2002). Las actitudes tienen tres componentes fundamentales: cognitivo (conocimiento y entendimiento), afectivo (emociones y sentimientos) y comportamental (prácticas y habilidades sociales) y dos propiedades principales: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), las cuales son fundamentales en la medición o valoración de la actitudes. (Hernández, 1991).

Las prácticas son todas aquellas actividades que llevan a cabo las personas para proteger, promover o mantener la salud y prevenir la enfermedad. También son consideradas como los actos implicados en el proceso del desarrollo individual del ser humano, los cuales varían de forma considerable según las sociedades, sus sistemas familiares, económicos y poblacionales. (Martignon S y col 2003.)

La promoción de la salud y el cuidado por cada una de las partes del cuerpo es fundamental para tener un bienestar saludable y prevenir la llegada de futuras enfermedades (Franco 2003). La promoción de la salud es fundamental y consiste en brindarles a los pueblos los medios necesarios para brindarles un mejor estado de salud. La educación o formación de las personas debe partir de los conceptos generales, a fin de que la respuesta sea la más conveniente frente a la presencia de cualquier enfermedad. (Franco 2003)

Los problemas como la caries y la pérdida temprana de los dientes, pueden evitarse, si existen buenas técnicas de higiene oral. Los padres y cuidadores son los implicados en el manejo y cuidado de los niños y que estos puedan manejar de la manera más adecuada las formas de un cepillado correcto, aunque en muchas situaciones ellos carecen de una información primaria y de las enfermedades que se puedan generar en cuestiones de salud oral, es interesante saber que los aspectos culturales son importantes, debido a que la información es transmitida a través de otras personas como familiares o promotores de salud sobre la prevención y el cepillado de los dientes. (Franco 2003)

Se han realizado estudios basados en intervenciones con la intención de mejorar la calidad de salud oral para niños pequeños que dependen del cuidado de sus padres, se realizó una adaptación novedosa dando un enfoque a la motivación de salud oral para los padres, usando la animación como un tutorial para enseñar a los padres y a los niños a hacer planes de higiene oral. La animación es un medio potencialmente poderoso para los niños con Labio y-o Paladar Hendido (LPH). Se Identificaron habilidades de diseño de animación para desarrollar un video entretenido que facilite su implementación por los niños y los padres, como estrategia de asesoramiento y orientación a los niños y padres. (Davies et al. 2017)

Existe controversia frente a la falta de efectividad de las intervenciones sobre el mejoramiento de los conocimientos en padres para la salud oral, se utilizó una investigación cualitativa de conocimiento y las creencias de los padres y las actitudes hacia la salud bucal y las dificultades

que experimentaron en el mantenimiento de la salud oral para monitorear el desarrollo de una intervención a través de la animación. Los resultados indicaron que la actitud de los padres hacia la salud fue en su mayoría positiva. Los estudios demuestran que los padres a menudo priorizan su Salud bucal y no la de los niños, enfatizan en la importancia de motivar a los hijos a tener buena salud oral, poniendo como ejemplo el comportamiento que podría ser parcialmente estimulado por modelamiento a través de su experiencia. (Davies et al. 2017)

Los padres expresaron Intenciones claras de mantener la salud oral de sus hijos, y También describieron las dificultades para lograr sus intenciones. Los padres mencionaron los retos frecuentes en el mantenimiento de la salud oral, influidos por las características de sus hijos, tales como la cooperación, y el contexto de impredecibles constituyen obstáculos considerables para mantener hábitos. (Davies et al. 2017)

Los padres desempeñan un papel importante permitiendo a los niños comprender y mantener la Salud oral. Sin embargo, las demandas competitivas de la familia, la vida y la presión social pueden socavar las mejores intenciones para priorizar la salud oral. Estas tensiones pueden ser más evidentes para los padres de niños con Labio y-o Paladar Hendido (LPH) donde cuidar la boca puede ser estar más relacionada en sentido emocional debido a la presencia de la hendidura. (Davies et al. 2017)

Los datos de la entrevista a los padres sugieren que, tienen la motivación para mantener salud bucal para aquellos con LPH pero enfrentan desafíos para promulgar su motivación. Nuestra intervención amplía el trabajo previo sobre la implementación Intervenciones basadas en la intención en tres aspectos claves, en primer lugar, la intervención amplía el concepto de Las intenciones de implementación colaborativamente para Contextos, mediante la enseñanza de planes de motivación a padres e hijos juntos como una habilidad para la vida. Las responsabilidades en materia de salud oral de Padres y niños con Labio y-o Paladar Hendido (LPH) dependen de una intervención que debe ser útil tanto para los niños como para los padres. (Davies et al. 2017)

El formato audiovisual minimiza el requisito de habilidad de lectura y se considera adecuado para los niños y los padres, pueden utilizarlo juntos. Además, las entrevistas del estudio cualitativo destacaron que la naturaleza de la brecha entre la intención y el comportamiento fue Individualizada e influenciada por las circunstancias familiares. Por lo tanto, es necesario un enfoque individualizado al implementar estrategias motivacionales en niños y padres. Los padres refieren la necesidad de desarrollar actividades que sean agradables con el fin de involucrar a los niños y que estos presenten interés en la estrategia de atención de la salud oral. (Davies et al. 2017)

Algunos niños y padres mostraron entusiasmo por los nuevos medios de comunicación, como lo son las aplicaciones, videoclips y juegos. La animación representa fácilmente construcciones

mentales en un formato animado. Además, ofrece medios visuales que proporcionan la atención de las personas para brindar un mejor aprendizaje, Un psicólogo de la salud, con conocimientos en la implementación, así como, especialistas en hendiduras, investigadores y los usuarios de servicios proporcionaron orientación durante todo el desarrollo de la intervención. Los usuarios de servicios y los padres fueron consultados en cada paso de la intervención diseñada para asegurar que el lenguaje y el contenido fuesen apropiados para los niños y los padres. Este estudio describe el desarrollo de un Intervención animada que permite a los niños y los padres tener un refuerzo motivacional para mejorar su salud bucal. (Davies et al. 2017).

A nivel nacional se evidencian los datos de LPH en el III y IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) donde se reportó una prevalencia tanto de labio como de paladar fisurado de 0,2% en el total de las personas examinadas. En el ENSAB IV se registra una prevalencia con respecto a LPH distribuida en 0.07% presentaban labio y paladar hendido, 0.04% hendidura de labio y un 0.04 hendidura de paladar entre los años de 2013 y 2014 en el país. (ENSAB IV). En cuanto a conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral de estos pacientes no hay referencias con este tipo de población, pero si se han descrito los Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños hogares infantiles: ICBF - Usaquén, Bogotá donde la colección de datos sirvieron para la adecuación y desarrollo de programas educativos dirigidos a estos grupos poblacionales. (Martignon S y col 2003).

3. Planteamiento del problema

El labio y paladar hendido (LPH) son defectos craneofaciales producidos por alteraciones embriológicas en la formación de la cara. Constituye la malformación congénita más frecuente de la región facial, provocada por la falta de fusión entre los procesos faciales embrionarios en formación (ENSAB IV), es uno de los defectos congénitos de mayor incidencia a nivel mundial y el más común de los defectos congénitos de la cara. La prevalencia en Colombia es de 1:700 nacidos vivos, según grupo étnico y población. (Zarante I; Liu W.). Según el estudio realizado por el ENSAB IV, demuestra que la prevalencia de labio y paladar hendido es de 0.07% en el país. Mientras el reporte de estos eventos se da en menor proporción si se hace referencia a fisura labial o paladar hendido por separado (ENSAB IV).

La promoción de la salud y el cuidado por cada una de las partes del cuerpo son fundamentales para tener un bienestar saludable y prevenir la llegada de futuras enfermedades. (Franco.2003) La salud oral de estos infantes es un componente fundamental ya que tienden a presentar complicaciones por presentar: mayor riesgo y prevalencia de caries (González y col. 2011), malposiciones dentales, Agenesias, dientes supernumerarios, alteraciones en la erupción dental, apiñamiento dental, trastornos de la alimentación y la deglución, defectos del habla y afectaciones psicológicas que involucran incluso a padres y cuidadores (Ibáñez Mata J, et al. 2001). En el año 2000 se afirmó que las intervenciones en edad temprana, dirigidas a padres y/o cuidadores principales, son efectivas en lograr desarrollar pautas de autocuidado y hábitos saludables a lo largo del curso de la vida. (Morrison JJ y colaboradores, 2000).

Es necesario ofrecer un cuidado pediátrico especial durante los primeros años de vida, debido a las dificultades que pueden presentar por la hendidura, las cirugías tempranas, hospitalizaciones, tratamientos ortodónticos, otros procedimientos necesarios para la corrección de las fisuras. (Prada; Cantini, 2011).

A partir del nacimiento de un hijo(a) comienza en la familia una serie de cambios en sus proyectos, expectativas, crecimiento personal y profesional. Cuando nace un hijo(a) con una malformación congénita entre las cuales se encuentra el LPH, esa situación produce un impacto drástico sobre todo en los padres, los cuales tienen que adaptarse a la situación inesperada de tener un hijo(a) con una malformación, afectando su cotidianidad; estos pacientes y sus familiares pueden presentar patrones de conducta distintos a los de otros pacientes que no presenten anomalías de este tipo. (Marque M.f.L. 2013).

Otros estudios como el de Serrano CA y colaboradores en el 2008, realizaron un revisión de la literatura, en donde señalaban otras complicaciones asociadas a LPH, como hipoplasias de esmalte, dilaceraciones, anodoncia en relación con la hendidura, erupción ectópica, retraso de la erupción, gingivitis y periodontitis, también presentaban defectos funcionales intraorales como anquiloglosia, torus, úvula bífida y caries dental; siendo esta última, una de las más frecuentes. En su trabajo exaltaron, un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, en donde se observó que la cronología de erupción se encontraba alterada en el maxilar superior en un 81.5% para la hemiarcada derecha y 91.3% para la hemiarcada izquierda en los niños con labio y paladar hendido.

Silva y colaboradores, en el 2002, examinaron 200 bebés con LPH y encontraron que existe un vacío en la información por parte de los padres, referente al cuidado que éstos deben tener en la higiene oral de sus hijos. (Serrano CA y colaboradores, 2008).

Según un estudio realizado en el año 2013 por González MC y colaboradores, existe una alta prevalencia de caries en niños con LPH, la prevalencia de experiencia de caries fue del 84,2% en el grupo de dentición primaria o decidua. Todos los pacientes tenían una superficie afectada por caries, según los criterios ICDAS. El 42 % de los individuos con dentición primaria presentó de 9 a 12 lesiones de caries, los dientes más afectados con lesiones de caries fueron: el segundo molar primario inferior izquierdo. (Gonzales MC y colaboradores, 2013).

Esto sucede por distintas razones o circunstancias, en primer lugar se encuentra la pobre higiene oral, y se asocia mucho con la poca importancia que los padres tienen sobre el cuidado de los dientes, ya que para ellos son más importantes los procedimientos quirúrgicos para corregir su defecto desde los primeros años de vida. También se presentan alteraciones dentales, bridas cicatrizales y tratamiento ortopédico prequirúrgico desde muy temprana edad. (González MC y colaboradores, 2013)

Diferentes estudios muestran como el individuo con LPH presenta mayor morbilidad oral y riesgo a desarrollar caries, enfermedad gingival y problemas nutricionales, los cuales son desafío frecuente para los padres y/o cuidadores; que si no son tratados, colocan en riesgo la salud del menor. (Hasanpour, Ghazavi, 2017).

Estudios como el de Davies y colaboradores, sugieren como los estudios anteriores; que los niños con LPH tienen más problemas con la higiene oral, la inflamación gingival y una mayor incidencia de caries. Los educadores de salud oral buscan concentrarse en el empoderamiento, para reducir estos índices de caries, aunque existen algunos cambios a corto plazo en la placa de los niños su efecto es discernible sobre la caries. Los resultados de enfermedades y progresión de

estas, destacan la necesidad de comprender el conocimiento de los niños y los padres para desarrollar enfoques más efectivos para la promoción de la salud oral. (Davies K et al. 2017)

El niño con Labio y/o paladar fisurado y su familia están expuestos a diferentes secuelas e intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos desde el nacimiento que impactan la vida cotidiana del niño y su familia e indirectamente podrían afectar la percepción, los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores sobre el autocuidado de la boca del niño con LPH. Por esta razón, es importante llevar a cabo este estudio, para implementar o llevar a cabo estrategias de promoción, prevención y educación adecuadas, que se encuentren contextualizadas a las necesidades de esta población que mejoren las condiciones de salud y de vida de esta población. (Davies K et al. 2017)

4. Justificación

Según la Constitución Política de Colombia, la salud y la seguridad social son derechos fundamentales de los niños (Constitución Política de Colombia de 1991, artículos 44, 50 <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-44>). Adicionalmente, la Resolución 412 del 2000 establece que deben adoptarse las normas técnicas de protección específica (atención al recién nacido, aplicación del esquema de vacunación, atención del parto), normas para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, las guías de atención y recuperación de enfermedades prioritarias en salud pública donde están incluidas las enfermedades prevalentes en la infancia, así como el bajo peso al nacer y la infección respiratoria aguda en menores de cinco años (Resolución 412 del 25 de febrero de 2000, artículos 8, 9,10. http://medicolombia.bligoo.com/leyes-acuerdos-y-decretos-ensalud#.VVMvaI5_Oko

Una de las políticas desarrolladas por el Estado colombiano se encuentran de Cero a Siempre, la Política para la primera infancia: “Colombia por la primera infancia”, el Plan de atención integral a la primera infancia, la política de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Programa Nacional de Atención Integral (PNAI).

El Ministerio de la Protección Social (MPS) cuenta con una Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la cual maneja un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño, buscando reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios. (Rubio, M;)

La ruta integral de atención a la primera infancia, el control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo, vacunación, lactancia y prevención y reducción de anemia, son algunos programas y servicios que oferta el estado en el marco de la ruta integral de atenciones. La importancia de realizar un control prenatal con el fin de reducir notablemente la posibilidad de sufrir partos pretermo, bebés con bajo peso al nacer y sífilis congénita, VIH, insuficiencias respiratorias, así como otras afecciones que pueden presentarse tanto en el bebé como en la madre. Estos controles son 5 en su totalidad. Es importante destacar el control de crecimiento y desarrollo que es una atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, con un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte. Así como también es

importante el adecuado seguimiento de vacunas, la lactancia materna y la prevención y reducción de anemia en niños y niñas de 6 y 23 meses, con alimentos fortificados a través de micronutrientes en polvo. (Ruta integral de atenciones a la primera infancia – salud y nutrición, min salud, de cero a siempre).

La prevalencia de Labio y-o Paladar Hendido (LPH) en Colombia es de 1:700 nacidos vivos, según el grupo étnico y la población (Zarante I; Liu W.2001). El LPH trae como consecuencia una diversidad de alteraciones secundarias, razón por la cual el tratamiento debe ser integral y debe ser conocido por parte de sus padres y sus cuidadores. (Zarante I; Liu W.2001).El éxito en el tratamiento del Labio y-o Paladar Hendido (LPH) tiene mucho que ver con los responsables a cargo, ya sean los padres o cuidadores; ya que, las intervenciones requieren de la implementación de prácticas adecuadas de autocuidado y de seguimiento a las recomendaciones médicas en el hogar, es importante promover el cambio en los diferentes contextos, incluida la escuelas y en el hogar. (Davies et al. 2018).

El niño con Labio y-o paladar fisurado y su familia están expuestos a diferentes secuelas e intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos desde el nacimiento que impactan la vida cotidiana del niño y su familia e indirectamente podrían afectar la percepción, los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores sobre el autocuidado de la boca del niño con LPH. Por esta razón, es importante llevar a cabo este estudio, conocer estas percepciones, conceptos, creencias y prácticas en salud oral de los padres y/o cuidadores principales de estos niños permite implementar estrategias de promoción, prevención y educación adecuadas y contextualizadas a las necesidades de esta población que mejoren las condiciones de salud y de vida de esta población. (Davies K et al. 2017)

Este estudio pretende definir por medio de encuestas los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral de padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con LPH, existe poca información sobre el tema para esta población y no se puede inferir de los resultados reportados para la población general a nivel nacional. Debido a que los niños con LPH, presentan una situación compleja y particular, por el compromiso intrauterino de las estructuras bucales, de las funciones orofaciales desde el nacimiento y del impacto psico-social de la patología y su tratamiento en la vida cotidiana del niño y de los padres y-o cuidadores.

La revisión de las experiencias reportadas en la literatura y los resultados de las encuestas permitirán desarrollar en forma apropiada, los contenidos a desarrollar en las intervenciones, del programa de promoción y prevención en salud oral, contenidos y estrategias que contribuyen, evitan y disminuyen, la morbilidad oral frecuente como la caries dental y minimizan las secuelas

por la presencia de la hendidura, así como las posibles complicaciones que pueden desarrollar en el transcurso del tratamiento.

Resulta evidente la necesidad de conocer la situación frente a la implementación de prácticas de autocuidado en el hogar en población Colombiana con LPH, este es un tema de gran importancia a nivel nacional para ajustar la implementación de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, y a nivel mundial como aporte a la evidencia que permita fortalecer las estrategias. El papel de la familia, sin duda es importante en la adquisición de conocimiento de los diferentes campos que se deben abarcar en el tratamiento y en que se implementen prácticas de autocuidado adecuadas. Por ello resulta importante analizar los conocimientos, actitudes y comportamientos del núcleo familiar y como estos pueden afectar el desarrollo integral del niño(a) con LPH.

5. Situación actual

Es de gran importancia conocer las dificultades y necesidades de un individuo para poder desarrollar cualquier tipo de intervención en salud en diferentes regiones, o grupos. De esta manera, se puede elaborar una guía que promueva diferentes comportamientos, actitudes, conocimientos que conlleven a mantener una salud integral; en niños pequeños es importante indagar en los padres o cuidadores sobre las creencias, o cuanto saben sobre la salud oral y cuales pautas de cuidado deben tener en las rutinas diarias de higiene en los niños, con mayor razón es una necesidad en niños con antecedentes de labio y paladar hendido. Todos los niños desde el nacimiento y durante su desarrollo deben tener adecuadas pautas de cuidado en casa y atención integral para mantener una óptima salud bucal, tal como está establecido en las normas técnicas de atención preventiva en salud bucal del sistema general de seguridad social en Salud. (Martignon et al., 2003) (González et al,2011).

Diferentes protocolos describen el trabajo interdisciplinario que se debe realizar con pacientes LPH, estos indican involucrar permanentemente a los padres y-o cuidadores de los niños en el momento de dar orientación antes y después de los diferentes procedimientos realizados con relación a la alimentación, estimulación, prevención y a los cuidados pos-tratamiento desde el nacimiento. (Garmendia et al, 2010).

El desconocimiento sobre la salud oral por parte de los padres o tutores, conlleva a que no den la debida importancia a la prevención de las patologías orales, sin olvidar el aspecto más importante, la discriminación de la que son víctimas las personas con algún tipo de discapacidad, incluidos los niños con malformaciones craneofaciales. (Kelly et al, 2005)

A nivel nacional en el ENSAB IV Se observa que la prevalencia de labio y paladar hendido asociados es de 0.07% en el país. En hendidura labial se observa que la experiencia de los individuos con este tipo de malformación es de 0.10%, de este porcentaje se identifica un comportamiento similar entre zonas urbana, centro poblado y rural disperso, con 0.12%, 0.08 y 0.06% respectivamente, además se reporta mayor prevalencia para Bogotá, con 0.27%. En relación con la distribución por sexo, se encuentra la fisura en el 0.03% de los hombres y 0.17% de las mujeres. En términos de acceso a tratamiento, el 23.08% del total de las personas reportadas con fisura labial en el ENSAB IV, la tiene corregida, el 65.38% se reporta en tratamiento y el 11.54% no ha accedido a ningún tipo de tratamiento. La hendidura labial en función del aseguramiento, refleja que es el régimen subsidiado en donde se ubica la población sin tratamiento, en el 17.65% de los casos reportados; en relación con la distribución por sexo, los casos identificados en hombres se reportan en tratamiento mientras que el 15.00% de las mujeres con fisura labial la tienen sin corregir. Si tenemos en cuenta la edad, las fisuras se reportan

corregidas o en tratamiento a excepción de las personas de 1 y 18 años; al primer año, el 75% de niños con fisura labial ya ha recibido tratamiento, mientras que el 25% no ha recibido corrección del labio fisurado; a los 18 años, la tercera parte de las fisuras identificadas no están corregidas.

La experiencia de hendidura palatina se encuentra en 0.09% del total de la población incluida en el ENSAB IV, de las cuales, es más frecuente en mujeres (0.13%) que en hombres (0.04%), estos últimos identificados en tratamiento mientras que un 0.05% de las mujeres se encuentra sin tratamiento con el 0.06% que reporta haber recibido tratamiento y el 0.02% que presenta hendidura sin corregir; frente a la localización de la hendidura, dada su baja frecuencia y la dimensión del error estándar, sólo es posible afirmar que el 73.96% de las fisuras encontradas son bilaterales.

Según el régimen de salud al cual pertenecen las personas que están en tratamiento, el 0.11% pertenece al contributivo, frente a 0.02% del subsidiado y el 0.05% de quienes no están asegurados. De las personas que no han recibido tratamiento hacen parte del régimen contributivo el 0.04% y del régimen subsidiado el 0.02%.

Las Normas Técnicas de Atención Preventiva en Salud Bucal del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben cubrir a toda la población mayor de dos años afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado. (Ministerio de Salud –Colombia 2000)

Por lo tanto, es necesario conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con LPH; que permitan ajustar la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, fortaleciendo el desarrollo de buenas prácticas en el hogar. Los programas preventivos, permiten mejorar las condiciones de salud, el éxito del tratamiento y estos a su vez, afectan positivamente la calidad de vida, no solo de los pacientes, también la de sus familias. (Davies K et al. 2017).

6. Objetivos

Objetivo general

Diseñar, implementar y evaluar un taller de educación en salud oral teniendo en cuenta el cambio en conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de los padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años con LPH que asistan al programa de la Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales.

Objetivos específicos

- Desarrollar una revisión temática sobre conocimientos, actitudes, prácticas en salud bucal de padres de niños menores de 5 años con LPH y sobre las experiencias de promoción y educación en salud bucal a padres y cuidadores, reportadas en la literatura.
- Validar en apariencia y contenido preguntas específicas para LPH que van a incluirse en la encuesta base previamente aplicada en el país a la población general.
- Identificar los conocimientos en salud oral de los padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años con LPH.
- Describir las actitudes en salud oral de los padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años con LPH.
- Describir las prácticas en salud oral de los padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años con LPH.
- Realizar un grupo focal con padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años con LPH para discutir los resultados recolectados que permitan aclarar cualquier duda sobre los contenidos a tener en cuenta en un programa de prevención
- Diseñar los contenidos de un taller y folleto educativo en salud bucal para padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años de edad con LPH, con base en los resultados obtenidos.
- Implementación y evaluación del taller en cuanto a cambio en los conocimientos y modificación de prácticas de autocuidado de padres y-o cuidadores.

Metodología del proyecto

Fase 1 Revisión narrativa

Se realizó la siguiente pregunta orientadora:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral de los padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años con LPH que asisten al programa de malformaciones craneofaciales de la Universidad el Bosque?

Estructura de la revisión

Se estructuró la revisión en los siguientes temas y subtemas para su desarrollo:

- Introducción/objetivo
- Desarrollo del problema
- Metodología de búsqueda de Información
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones

Resumen de proceso de búsqueda de información

Se definieron las siguientes variables:

Conocimientos: Cuerpo de verdades o hechos acumulados en el curso del tiempo, la suma de información acumulada, su volumen y naturaleza, en cualquier civilización, período o país.

Prácticas: Programas de educación de pregrado, para estudiantes en ciencias de la salud, de segundo, tercero y cuarto año, en el que los estudiantes reciben entrenamiento clínico y experiencia en hospitales docentes o centros de salud afiliados.

Actitudes: Conocimientos, actitudes y conductas asociadas concernientes a cuestiones relacionadas con la salud tales como enfermedades o PROCESOS PATOLÓGICOS, su prevención y tratamiento. Este término se refiere a trabajadores de la salud (PERSONAL DE SALUD) y de fuera de ella.

Labio y-o Paladar Hendido: Defecto congénito del labio superior en el cual la prominencia maxilar no se funde apropiadamente con las prominencias medias nasales. Se piensa que se produce por un fallo en la migración del mesodermo en la región cefálica. Fisura congénita del paladar blando y/o duro, debido a un defecto de la fusión.

Se consultaron las siguientes bases de datos: La búsqueda de artículos se realizó por varias fuentes, la principal fue a través de la base de datos de PubMed y página web de organismos multilaterales como la OMS y un artículo guiado por uno de nuestros asesores. Se obtuvieron

otros artículos a través de búsqueda en cascada de referencias bibliográficas de los primeros artículos de PubMed.

Se utilizaron las siguientes palabras claves: Knowledge, perception, attitudes, practices, oral health, cleft lip and palate.

No hubo restricción de tipo de estudio.

Se utilizaron 4 estrategias de búsqueda para toda la revisión:

Búsqueda:

Búsqueda # 1 Cleft Palates OR Palate, Cleft OR Palates, Cleft OR Cleft Palate, Isolated

Búsqueda # 2 Knowledge, Attitudes, Practices OR cleft lip OR cleft palate

Búsqueda # 3 Factor, Risk OR Factors, Risk OR Risk factor

Búsqueda # 4 Incidences OR Prevalences

(Knowledge, Attitudes, Practices OR cleft lip OR cleft palate) AND (cleft lip OR palate lip OR Oral Health) AND (Factor, Risk OR Factors, Risk OR Risk factor)

(Knowledge, Attitudes, Practices OR cleft lip OR cleft palate) AND (Knowledge OR Practices, Practices OR Oral Health) AND (cleft lip OR palate lip OR Oral Health) AND (Factor, Risk OR Factors, Risk OR Risk factor)

(Cleft Palates OR Palate, Cleft OR Palates, Cleft OR Cleft Palate) AND (Factor, Risk OR Factors, Risk OR Risk factor) AND (Knowledge OR Practices, Knowledge OR Oral Health, Practices OR Oral Health) AND (Incidences OR Prevalences)

(Knowledge, Attitudes, Practices OR cleft lip OR cleft palate) AND (Knowledge OR Practices, Practices OR Oral Health) AND (cleft lip OR palate lip OR Oral Health) AND (Factor, Risk OR Factors, Risk OR Risk factor) AND (Incidences OR Prevalences)

En la actualización de información, se encontraron 145 artículos en la base de datos PubMed, de los cuales solo se tomaron 23. Se realizó una búsqueda de artículos en la base de datos de PubMed, a través de la búsqueda en cascada de referencias bibliográficas de los primeros artículos y otros fueron sugeridos por los asesores para realizar la revisión narrativa.

Se buscaron artículos en inglés y español, no hubo restricción en el tipo de estudio, ni género. Adicionalmente, para reducir el resultado de búsqueda, se realizó nuevos algoritmos para continuar con el proceso de selección de artículos, se utilizaron los filtros de la base de datos, en donde se tuvo en cuenta edad de los pacientes, resumen del artículo, año de publicación, (no mayor a 5 años) y las variables presentes como conocimientos, actitudes o prácticas de los cuidadores principales.

Selección de artículos

Se seleccionaron artículos que incluyeran o cumplieran con las variables descritas anteriormente (conocimientos, actitudes, prácticas, pacientes labio-paladar hendido).

Proceso de extracción de información de artículos

Durante el proceso de extracción de información de los artículos se tomó en cuenta el tipo de estudio, tipo de muestra, tamaño de la muestra, resultados y conclusiones.

Proceso estructuración de artículo:

Se escribió un artículo con la estructura de revisión narrativa: resumen en español, inglés, francés o portugués cada uno hasta de 250 palabras; planteamiento del problema o introducción, desarrollo del tema, discusión, conclusiones y referencias. Extensión máxima: 35 páginas, sin tener en cuenta las referencias, las tablas y las figuras.

Revista

Salud

Bosque.

<http://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/about/submissions#authorGuidelines>

Fase 2. Proyecto de Investigación

Tipo de estudio

Estudio Descriptivo, revisión narrativa.

Población y muestra

Población: Padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con LPH que asisten a la Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales.

Muestra: Se seleccionarán a conveniencia, padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con LPH que asisten a la Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales

Criterios de selección:

- Se incluirán todos los pacientes que asisten al programa durante el año 2018 a la Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales, de la universidad El Bosque, los cuales acepten participar en el estudio.
- Cuidadores de pacientes con LPH de 0 a 5 años.

Métodos y técnicas para la recolección de la información:

Este estudio se realizara teniendo en cuenta diferentes fases, las cuales son:

FASE I validación de instrumento (nuevas preguntas) y estudio piloto

FASE II aplicación de encuesta y análisis de resultados

FASE III grupo focal para analizar resultados de encuesta

FASE IV entrega final de resultados de encuesta

FASE V diseño de taller y-o folleto o material de educación en salud oral

FASE VI Implementación y evaluación del taller

FASE I validación y estudio piloto

Proceso de validación de nuevas preguntas:

-Validez de apariencia: El grupo de jueces dice si el instrumento mide las cualidades deseadas, es decir la escala en apariencia mide lo que está diseñada para medir.

-Validez de contenido: determina hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir es evaluado por jueces expertos, que tienen en cuenta los siguientes aspectos:

-Pertinente: si corresponde o no al tema y objetivo.

-Suficiente: Si basta para el tema y el objetivo que pretende evaluar.

-Coherente: Si tiene conexión lógica con el tema y el objetivo.

-Relevante: Si el ítem es importante y si se debe tener en cuenta.

-Sintaxis: Si la ordenación de las palabras y la relación entre las mismas en la construcción de oraciones es adecuada al objetivo.

-Semántica: Se refiere a los aspectos del significado, sentido o interpretación de signos lingüísticos como palabras, expresiones o representaciones formales.

Observaciones: Cualquier sugerencia con respecto a las preguntas de la encuesta. (Lafaurie, 2009)

- Se realizarán las correcciones de acuerdo a las observaciones dadas por los jueces evaluadores de la encuesta.

Estudio piloto

Se realizará un estudio piloto para verificar la calidad y entendimiento de la encuesta, y posteriormente se harán los cambios en las preguntas que lo requieran.

- Se aplicará la encuesta con las preguntas adicionales validadas, será aplicada por un encuestador odontólogo especialista en Odontología pediátrica, quien consignará las respuestas en formularios para determinar actitudes, conocimientos y prácticas en salud general y salud oral de padres o cuidadores principales de niños menores de 5 años, previo consentimiento informado.
- Se consignarán los resultados en una base de datos.
- Se mostrarán los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos en las encuestas realizadas a los padres.
- Realización de análisis descriptivo teniendo en cuenta los resultados obtenidos, expresados en números y porcentajes, y llevados a gráficas y tablas.

FASE II aplicación de encuesta y análisis de resultados

La encuesta se aplicará a toda la población, se realizará por conveniencia durante un tiempo determinado (tres meses) la mayor cantidad de encuestas que se logren en esta población se hará un análisis de resultados una vez obtenida la información para un análisis descriptivo de frecuencia y porcentajes.

FASE III grupo focal para analizar resultados de encuesta

Grupo focal

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos cualitativos, mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador (Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con LPH). Está diseñado para aprender sobre las experiencias y perspectivas de los participantes en el estudio.

El grupo focal se realiza con un número de 6 a 12 participantes, un moderador y redactor. Estas personas se seleccionan de acuerdo a los objetivos del estudio desarrolle una lista de los atributos o características predominantes o principales para seleccionar a los participantes. Hay que asumir que algunos de los invitados no aparecerán, por esta razón, se recomienda seleccionar además una población de reemplazo (10% de los invitados originales). Se sugiere que una vez seleccionados los participantes, estos sean invitados oficialmente, reiterándoles los objetivos del estudio, la metodología de trabajo a seguir, su rol e incentivos por su participación.

El grupo focal se desarrollara en 3 etapas, comienza con una introducción breve; se realizará una conversación previamente planeada con los padres y/o cuidadores de los pacientes (niños de 0 a 5 con LPH), esto con el fin de obtener información del tema evaluado y exponiendo el fin del encuentro, se establecen normas generales de la reunión dadas por el moderador, resaltando la confidencialidad de cada uno y la intervención de los participantes.

Se realiza con preguntas abiertas, teniendo en cuenta las respuestas más importantes o con mayor relevancia que fueron arrojadas en la encuesta, que tengan la suficiente flexibilidad para generar una respuesta de opinión en cada uno de los integrantes.

Posteriormente, se inicia la preparación del grupo donde habrá una conversación entre sí; escuchando su punto de vista ante diferentes situaciones sin la intervención del moderador.

Todo el proceso será dirigido por un moderador o facilitador, un redactor y será grabado para posteriormente realizar el análisis de cada una de las respuestas respecto a los resultados obtenidos de cada encuesta.

Finalmente, se le da clausura al grupo donde se harán conclusiones sobre el tema, además se transcribirá, las cosas de mayor interés o claves destacadas en la entrevista anterior. (M.M. García Calvente I. Mateo Rodríguez, 2000).

FASE IV entrega final de resultados de encuesta

Una vez finalizada la fase III se hará un análisis estadístico de las encuestas totales realizadas.

FASE V diseño de taller y folleto –material de educación en salud oral para LPH

En base a los resultados de las encuestas se realizara un taller con los padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con LPH, y se entregara un folleto de educación en salud oral, previamente revisado por pares y diseñados en conjunto con diseñadores gráficos y pedagogía.

FASE VI Implementación del taller y evaluación en cambio de conocimientos y prácticas de autocuidado. El taller se implementa conforme a su diseño posterior a las encuestas y revisión sobre estrategias exitosas en la literatura.

Para la evaluación se realiza una encuesta inmediatamente después del taller, un mes y 3 meses después del taller.

Se evalúa la presencia de placa bacteriana visible antes del taller y después del taller, así como el cepillado o higiene pre y post-taller

Plan de tabulación y análisis Fase proyecto de Investigación

A. Estadística descriptiva

Posterior a la aplicación de la encuesta, los datos o resultados obtenidos, serán diligenciados y registrados en una base de datos de Excel de acuerdo a las variables de estudio, y llevados al programa estadístico Stata 11. Posteriormente serán tabulados y expresados en frecuencias y porcentajes, con los que se realizarán a gráficas y tablas.

8. Consideraciones éticas

Sustento legal del proyecto de investigación

Este proyecto describe una investigación científica, en sujetos humanos con un riesgo mínimo que estará sujeto a todo lo dispuesto en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y será realizado dentro de los lineamientos de la declaración de Heisinki y sus posteriores modificaciones. Este estudio tendrá en cuenta los artículos que hacen dicha resolución en el capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y por las características del estudio se clasifica como de riesgo mínimo. El registro de los datos será a través de procedimientos comunes, en este caso el examen físico convencional, que no implican ningún peligro para los integrantes/ participantes de la investigación, ya que corresponden a procedimientos rutinarios que no tienen ningún riesgo. Para el procedimiento del examen clínico se requiere previa firma del consentimiento informado, mediante el cual, el sujeto de investigación, autoriza su participación en el estudio con pleno conocimiento del procedimiento y el objetivo, metodología del estudio, beneficios y riesgos a los cuales se someterá, con la capacidad de libre elección y coacción alguna. (Ver anexo 1)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Parte 1: Información acerca de la Investigación.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con Labio y-o Paladar Hendido en una población de Bogotá, Colombia.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dra. María Clara González: Tel: 6489010
Correo electrónico: gonzalezmaria@unbosque.edu.co Dirección: Carrera 7B Bis #132-11

Dra. Ingrid Mora: Periodoncista. Docente de investigaciones. Facultad de Odontología. U. el Bosque.

INTRODUCCIÓN

El labio y paladar hendido (LPH) es uno de los defectos con mayor incidencia a nivel mundial y el más común de la cara. A partir del nacimiento de un hijo(a) con labio y paladar hendido, es necesario ofrecer un cuidado especial durante los primeros años de vida. La promoción de la salud y el cuidado por cada una de las partes del cuerpo son fundamentales para el bienestar y la prevención de futuras enfermedades. La salud oral de los pacientes es un componente fundamental para garantizar la buena salud de los niños.

Con este trabajo se pretende conocer cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas de salud oral de los padres y/o cuidadores principales de niños con LPH que permitan desarrollar programas preventivos y educativos pertinentes que respondan a las necesidades de esta población, contribuyendo a mejorar el bienestar, el desarrollo, el éxito del tratamiento y la calidad de vida de la misma.

¿POR QUÉ SE ESTÁ HACIENDO ESTA INVESTIGACIÓN?

El objetivo de este estudio es diseñar, implementar y evaluar un taller de educación en salud oral teniendo en cuenta los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de los padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años de edad con labio y paladar hendido que asistan al programa de la Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales.

¿EN QUÉ CONSISTE ESTA INVESTIGACIÓN?

Inicialmente, se aplicará una encuesta a padres y/o cuidadores de niños menores de 5 años de edad con labio y paladar hendido que asistan al programa de la Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales para evaluar sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral. Posterior a esto, se seleccionará un grupo de padres y/o cuidadores que participarán en un taller piloto y finalmente, todas las personas encuestadas serán invitadas a un taller de educación en salud oral.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI PARTICIPO EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Si Usted está de acuerdo, inicialmente solo debe responder la encuesta que le realizará el investigador. Posteriormente, si Usted queda seleccionado para participar en el taller piloto será informado e invitado a participar en el mismo, acordando previamente la fecha y el horario. Por

último, el investigador le hará participe de la fecha y el horario del taller de salud oral al cual deberá asistir junto con los demás padres y/o acudientes encuestados.

¿CUÁNTAS PERSONAS PARTICIPARÁN EN ESTA INVESTIGACIÓN?

En la investigación participarán todos los padres y/o cuidadores de niños con labio y paladar hendido menores de 5 años de edad que asistan al programa de la Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales durante los tres meses posteriores a la aprobación del protocolo.

¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÉ EN ESTA INVESTIGACIÓN?

La investigación tendrá una duración de 12 meses, sin embargo, Usted solo debe acudir a tres citas de aproximadamente 2 horas cada una, las cuales serán programadas con anterioridad por el investigador.

¿PUEDO RETIRARME DE LA INVESTIGACIÓN DE MANERA VOLUNTARIA EN CUALQUIER MOMENTO?

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y que puede retirarse del mismo en cualquier momento, avisando con tiempo a los investigadores. Esta decisión no lo afectará en el presente o futuro.

¿QUÉ PASA SI ME RETIRO DE LA INVESTIGACIÓN?

No hay ningún inconveniente si Usted decide retirarse de la investigación. Usted no será sancionado, ni su tratamiento se verá afectado por esta decisión.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS O INCOMODIDADES ASOCIADOS A ESTA INVESTIGACIÓN?

No existe ningún riesgo, efecto secundario o molestia asociada a la investigación, ya que solo es necesario que Usted responda la encuesta y asista a los talleres a los cuales sea citado.

¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO AL PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Su participación nos ayudará a comprender mejor cómo podemos ayudar a los niños con labio y paladar hendido a tener una mejor salud oral. Usted no recibirá ningún beneficio monetario, sin embargo, participará en un taller en el cual se le brindarán consejos y herramientas para mantener la salud oral del niño a su cargo.

¿QUÉ BENEFICIOS OBTENDRÁ LA COMUNIDAD DE ESTA INVESTIGACIÓN?

Todos los participantes asistirán a un taller en el cual se le brindarán consejos y herramientas para mantener la salud oral del niño a su cargo.

¿QUÉ OTRAS OPCIONES TENGO ADEMÁS DE PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

A pesar de que Usted decida no participar en la investigación, igualmente se le realizará el tratamiento requerido por el niño que tenga a su cargo.

¿CÓMO SE VA A MANEJAR LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS PERSONALES?

Usted debe entender que toda la información obtenida en este estudio se mantendrá estrictamente confidencial, con la excepción de que la ley requiera la información. Si existe alguna publicación

como resultado de este estudio, ni usted ni su representado serán identificados por su nombre, sino por un código de identificación. La base de datos solo hará parte del grupo de investigación para lograr un análisis de la información más detallado; sus datos personales, en ningún momento serán publicados.

¿QUÉ SUCEDERÍA SI NO SE RESPETA LA CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS?

Bajo ninguna circunstancia ni usted ni su representado serán identificados por su nombre, sino mediante un código de identificación, durante el desarrollo de esta investigación y en las publicaciones que de ella se deriven.

¿MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN IMPLICA QUE VOY A RECIBIR ALGÚN TIPO DE TERAPIA?

Su participación en esta investigación no implica que su representado recibirá alguna terapia, sin embargo, Usted tendrá la oportunidad de participar en un taller en el cual se le brindarán consejos y herramientas para mantener la salud oral del niño a su cargo.

¿TIENE ALGÚN COSTO MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN?

No, la participación en esta investigación no implica ningún costo adicional a los costos del tratamiento de su representado.

¿RECIBIRÉ ALGÚN TIPO DE COMPENSACIÓN O PAGO?

Usted no recibirá ningún beneficio monetario, sin embargo, participará en un taller en el cual se le brindarán consejos y herramientas para mantener la salud oral del niño a su cargo.

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

A usted se le ha dado la oportunidad de preguntar acerca de este estudio y de su participación en él. Tiene derecho a que sus preguntas se respondan a su completa satisfacción. Usted puede hacer sus preguntas ahora, antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo. Si usted desea alguna otra información o tiene preguntas acerca de los derechos de una persona que participa en investigación, puede contactar a los investigadores de la Universidad El Bosque en cualquier momento a los números de teléfono que se encuentran en la primera página de este documento.

¿CÓMO Y EN QUE MOMENTO VOY A CONOCER LOS DATOS FINALES DE LA INVESTIGACIÓN?

Los resultados de la encuesta serán socializados y explicados durante el taller de educación en salud oral. Durante el mismo, usted tendrá la oportunidad de aclarar las dudas que se le presenten con respecto al tema de investigación.

¿QUÉ HAGO SI TENGO ALGUNA PREGUNTA O PROBLEMA?

Usted puede llamar a los investigadores en caso de presentársele alguna pregunta.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Comité Institucional de Ética en Investigación, 6489000 extensión 1520, comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A-63.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del investigador principal: Dra. María Clara González: Tel: 6489010 Correo electrónico: gonzalezmaria@unbosque.edu.co Dirección: Carrera 7B Bis #132-11

Dra. Ingrid Mora: Periodoncista. Docente de investigaciones. Facultad de Odontología. U. el Bosque.

Coinvestigadores:

Zita Bendahan: Odontopediatra Universidad El Bosque. Facultad de odontología. Universidad El Bosque.

Parte 2: Formulario de Firmas.

He sido invitado(a) a participar en el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con Labio y-o Paladar Hendido en una población de Bogotá, Colombia”. Entiendo que mi participación consistirá en contestar una encuesta que me realizará el investigador y asistir a citas programadas con anterioridad. He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso de la información obtenida a partir de esta investigación en estudios futuros que requieran datos similares a los proporcionados por mi durante esta investigación.

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado, así como en publicaciones científicas para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y se que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del Participante

Firma del Participante y Fecha

Tutor legal del Participante
SOLO CON MENORES DE EDAD

Firma del Tutor legal y Fecha

Investigador principal

Firma del Investigador y Fecha

Nombre del Testigo (I)

Firma del Testigo (I) y Fecha

Nombre del Testigo (II)
SOLO CON MENORES DE EDAD

Firma del Testigo (II) y Fecha

9. Resultados

Fase I revisión narrativa

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CON LABIO Y-O PALADAR HENDIDO. FASE I REVISIÓN NARRATIVA.

Ocampo, Katty D. (*), González, María C. (♣), Mora, Ingrid I. (♣)

*: Estudiantes de Odontología ♣: Tutor Universidad El Bosque, Facultad Odontología, Grupo de Investigación Unidad de Malformaciones Cráneo-faciales

RESUMEN

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CON LABIO Y-O PALADAR HENDIDO. FASE I REVISIÓN NARRATIVA.

Antecedentes: La salud oral en niños con Labio y-o paladar hendido (LPH) es afectada por enfermedades gingivales, caries dental, dificultades en la alimentación, y defectos del habla, entre otros. Diferentes estudios, muestran la importancia de promover estrategias de salud oral desde edades tempranas, con el fin de adoptar comportamientos y hábitos saludables.

Objetivo: Se realiza revisión narrativa sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con labio y-o paladar hendido.

Metodología: Se realizó una búsqueda, teniendo en cuenta las bases de datos virtuales de la Universidad El Bosque. Se utilizaron términos MesH. La base de datos PubMed arrojó 145 artículos y ProQuest Central 121, por título; se buscaron artículos en inglés y español, no hubo restricción en el tipo de estudio, ni género. En el proceso de selección de artículos, se utilizaron los filtros de las bases de datos. Durante la extracción de información, solo se tomaron 20 artículos en total, 3 artículos de la base de datos de ProQuest y 7 de Pubmed, los cuales se seleccionaron por resumen; al cumplir con las variables de investigación. Se tuvo en cuenta 10 artículos enviados por los asesores y los referenciados por autores de los artículos seleccionados.

Conclusión: Pocos estudios se encuentran en la literatura sobre este tema, en los últimos años se da más importancia al tema. Los estudios evidencian y corroboran, que los conocimientos, actitudes y prácticas de padres y/o cuidadores de niños menores de 6 años afectan las prácticas de higiene, la salud bucal y la calidad de vida de estos niños; por lo tanto es importante tener en cuenta a los padres en la construcción e implementación de estrategias de salud bucal dirigidas a esta población.

Palabras claves: Conocimientos, percepción, actitudes, practicas, salud oral, labio y paladar hendido.

ABSTRACT

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND ORAL HEALTH PRACTICES OF PARENTS AND GUARDIANS OF CHILDREN AGED ZERO TO FIVE WITH CLEFT LIP AND, OR PALATE. PHASE ONE NARRATIVE REVISION

Background: Oral health of children with cleft lip and palate (CLP) is affected by gingival diseases, dental caries, nutrition ailments and speech defects, among others. Different studies show the importance of promoting oral health strategies from an early age in order to develop healthy habits.

Objective: a narrative revision on knowledge, attitudes and oral health practices of parents or guardians of children between zero and five years of age with cleft lip and palate was carried out.

Methodology: A search was carried out using virtual databases from El Bosque University. MesH terms were used and Pubmed presented 145 articles and ProQuest Central 121 by title. Articles in English and Spanish were researched and there was no restriction as to the type or gender of study. The database filters were used in the article selection process. In the extraction of information only 20 articles were used, divided into three from ProQuest and seven from Pubmed, which were selected from abstracts complying with the research variables. There were ten articles taken into consideration which were submitted by tutors and ten referenced by authors of selected articles.

Conclusion: There are few studies in literature regarding this topic. The available ones evidence and corroborate that the knowledge, attitudes and habits of parents or guardians of children under six years of age affect hygiene practices, oral health and quality of life of these children. It is therefore necessary to take into account parents in the development and implementation of oral health strategies aimed at this population.

Key words: knowledge, perception, attitudes, practices, oral health, cleft lip and palate.

INTRODUCCIÓN

El labio fisurado es un trastorno del desarrollo, caracterizado por la ausencia de fusión de las dos partes del labio en una sola estructura; el paladar fisurado, es un defecto del desarrollo dado por la ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose una comunicación con la cavidad nasal. (Serrano CA. et al. 2009). Por lo tanto, El labio y/o paladar hendido es una anomalía cráneo facial frecuente en el recién nacido, es también conocido como fisura oro-facial, la cual está directamente relacionado con las estructuras de la cara y cavidad oral. (Charry I. et al 2010).

Se puede presentar como una hendidura labial, palatina o la combinación de ambas; también se puede asociar a un síndrome. En Colombia para el año 2009, se presentó una prevalencia de 1 en 500 a 1 en 100 nacidos vivos; A nivel mundial, el LPH afecta a 1 de cada 600 recién nacidos. Es importante conocer su etiología y características clínicas para brindar un tratamiento integral que mejore la calidad de vida de los pacientes. (Serrano CA. et al. 2009).

Los pacientes con LPH presentan ciertas características comunes como incompatibilidad labial y velo faríngeo, trastornos de la succión y la deglución, maloclusión, problemas para la fonación, respiración oral, hipoplasias de esmalte, caries dental, dilaceraciones, anodoncia en relación con la hendidura, erupción ectópica, dientes supernumerarios, retraso de la erupción, gingivitis y periodontitis, también presentaban defectos funcionales intraorales como anquiloglosia, torus y úvula bífida. (Serrano CA. at Col, 2009).

Diferentes estudios muestran como el individuo o paciente con LPH presenta mayor morbilidad oral y riesgo a desarrollar caries, enfermedades gingivales y problemas nutricionales; los cuales son desafío frecuente para los padres y/o cuidadores principales; que si no son tratados, colocan en riesgo la salud y calidad de vida del menor. (Hasanpour, Ghazavi, 2017)

Como se mencionaba anteriormente, la caries dental es uno de los problemas frecuentes en niños con el LPH; investigación como la de Veiga y colaboradores en el año 2017, demostraron que la experiencia de caries en ambas denticiones fue mayor para los pacientes con LPH y este a su vez es un factor de riesgo determinante para inflamación gingival. (Veiga. et al, 2017)

En otro estudio, Lin Y y Tsai C en Taiwan, demostraron que los niños con LPH, que tomaban biberón antes de dormir, tenían un riesgo alto de sufrir caries del biberón o caries de la infancia temprana. Se evidencio que los padres o cuidadores a cargo de estos niños, mostraban una falta de interés para realizar cuidados dentales regulares en la casa. Esto sugiere que los programas de promoción y prevención de la salud oral, deberían comenzar en edades más tempranas. (Lin Y, Tsai C. 1999).

El LPH trae como consecuencia una diversidad de alteraciones secundarias, como malnutrición y problemas del desarrollo físico, (Serrano et al 2009 & Tungotyo M, et al 2017); razón por la cual el tratamiento debe ser integral, llevado a cabo por un equipo interdisciplinario especializado en el área y el conocimiento claro de los padres y/o cuidadores. Es frecuente ver pacientes tratados sin coordinación alguna entre los especialistas, ocasionando resultados menos favorables, sobretatamientos y sobrecostos que ocasionan dificultades para el paciente y su familia. (Prada JR; Cantini 2011).

El éxito en el tratamiento del LPH se ve influenciado por los responsables a cargo, padres o cuidadores; ya que, las intervenciones requieren de la implementación de prácticas adecuadas de autocuidado, seguimiento a las recomendaciones médicas en el hogar; Es importante promover el cambio en los diferentes contextos, incluida la escuelas y el hogar. (Davies et al. 2018).

En el año 2015, Huebner et al, desarrollaron y probaron una técnica para establecer una rutina de higiene oral de padres a hacia sus hijos. Fue una estrategia efectiva y de bajo costo para reducir el riesgo de enfermedades orales. Lo cual evidencia, que las intervenciones y la prevención de enfermedades como la caries dental y otras, se pueden minimizar, realizándose desde las primeras etapas de la infancia. (Huebner CE & Milgrom P en el 2015)

Muchos estudios revelan los posibles problemas y riesgos que presentan los niños con LPH, pero son muy pocos los estudios realizados para identificar el problema principal de estos niños. Es importante recordar que el núcleo familiar y sus cuidadores principales, tienen la mayor responsabilidad; ya que los conocimientos, actitudes y prácticas, son importantes en la salud bucal de los niños con LPH en los primeros años de su infancia.

El propósito este artículo, es realizar una revisión narrativa, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de 0 a 5 años con LPH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda rigurosa de artículos en las bases de datos virtuales de la universidad El Bosque. Las bases de datos más utilizadas fueron PubMed y ProQuest Central, entre otras; a través de la búsqueda en cascada de referencias bibliográficas de los primeros artículos y otras referencias que fueron sugeridas por los asesores. Se utilizaron como palabras claves: conocimientos, percepción, actitudes, prácticas, salud oral, labio y paladar hendido.

Por medio de las estrategias de búsqueda se obtuvieron 145 artículos en la base de datos PubMed, por título; se buscaron artículos en inglés y español, no hubo restricción en el tipo de estudio, ni género. En el proceso de selección de artículos, se utilizaron los filtros de la base de datos; en donde se tuvo en cuenta edad de los pacientes (que cumplieran con la edad o estuvieran en un rango +/- 4 años), resumen del artículo y las variables presentes como LPH, conocimientos, actitudes o prácticas de los cuidadores principales.

En la base de datos de ProQuest Central, se obtuvieron 121 artículos por título, se utilizaron filtros para la búsqueda de artículos, como la revista y año de publicación, en donde se obtuvieron 31, posterior a eso se tuvo en cuenta las mismas características mencionadas anteriormente.

Durante la extracción de información, se tomaron 20 artículos en total, 3 artículos de la base de datos de ProQuest y el 7 de Pubmed, los cuales se seleccionaron por resumen; ya que estos cumplían alguna de las características anteriormente mencionadas; se tuvieron en cuenta aquellos que cumplieran con alguna variable, y que fueran acordes a la revisión narrativa. Posteriormente, se tuvo en cuenta 10 artículos enviados por los asesores, así como otras referencias de los artículos seleccionados y se excluyeron los artículos que no aportaban información concreta.

RESULTADOS

En la tabla 1 se relacionan los 20 artículos seleccionados: el nombre del autor o autores que participaron en el estudio (país y año), el título del artículo, el cual fue seleccionado de las bases de datos o sugerido por los asesores, y se describe el propósito y resultados principales.

Se puede observar que son muy pocos los artículos o investigaciones, que se encuentran sobre el tema. Además, se evidencia que el tema, toma más fuerza en los últimos años por aumento en el número de publicaciones; lo cual puede deberse a una mayor concientización de la necesidad de un manejo integral y a un aumento en índices de caries, que son mayores para niños con LPH en esta etapa temprana al compararse con los de la población general. (Sunderji S 2017, Loke Mi Mi y colaboradores 2017)

No obstante, se puede inferir de lo reportado para diferentes poblaciones con LPH en la literatura, que faltan conocimientos adecuados y motivación para realizar higiene oral en padres y/o cuidadores, algunos padres buscan compensar la situación especial del niño con prácticas de alimentación inadecuadas como la lactancia prolongada o el uso del biberón, todo esto hace que estos pacientes tengan mayor riesgo de enfermedades orales y algunas veces retraso en sus tratamientos. (Bian Z. 2001 y colaboradores; Lin YT y colaboradores 1999). En otras ocasiones las madres conocían como se producía la caries, pero no aplicaban en la rutina diaria sus conocimientos y en muchas ocasiones sentían que otros factores como las secuelas de LPH y otros factores alimenticios aumentaban las dificultades de obtener resultados favorables. (de Castilho AR, das Neves y colaboradores 2006)

El rol del padre y/o cuidador, es importante; ya que la mayoría de los estudios refieren que esta relación, permite que los niños adquieran rutinas de higiene oral, como un proceso de imitación y aprendizaje. Sin embargo, se puede evidenciar que los padres o niños presentan desinterés por su salud oral, muchas veces, se ven afectados por la carga de ver esta malformación craneo facial como estigma en la sociedad, se requiere fortalecer las intervenciones de apoyo para superar estas percepciones que afectan la calidad de vida del niño con LPH y su familia (Adeyemo W. y colaboradores, 2016; Aravena P. y colaboradores 2017 y Mendonça G y colaboradores 2018); Kortalainen T y colaboradores 2016 reportan como la percepción de la calidad de vida de niños con LPH es inferior a la de sus pares. La autoeficacia, el comportamiento de cepillado y los ingresos económicos, así como factores étnicos o demográficos, fueron fuertes predictores de riesgo y de índices elevados de caries dental para niños con LPH durante la primera infancia (Finlayson TL y colaboradores, 2007, Dabit JY y colaboradores 2014, Choa RM 2014)

Hooley M, Skouteris H, y colaboradores realizaron en el 2012 en una revisión sistemática sobre el tema, encuentran que todos los estudios publicados entre el 2006 y 2011 prueban asociaciones entre caries dentales y factores sociodemográficos, prácticas de alimentación, atributos de los padres, conductas, actitudes, conocimiento y creencias en niños de 0 a 6 años. Castilho AR y colaboradores en el 2013, reportan como los hábitos de cuidado oral de los padres afectan la salud bucal de sus hijos. La frecuencia de cepillado estuvo más influenciada por la percepción de la frecuencia con que otros padres cepillaban los dientes de los niños que por la norma. Involucrar a los padres en el diseño de las estrategias mejora la efectividad de las mismas (Huebner CE y colaboradores 2015); Davies K y colaboradores en el 2016 corroboran lo anterior al mostrar como la transmisión de creencias entre generaciones influye en los comportamientos

del cepillado dental. Es importante desarrollar talleres grupales donde los padres pueden compartir sus experiencias, y apoyarse en superar las dificultades en pro de instaurar y mantener adecuados patrones de autocuidado y de crianza de los niños con LPH, además del conocimiento se requiere de refuerzos continuos para mantener la intención de aplicar las prácticas de autocuidado (Trubey RJ y colaboradores 2014; Trubey RJ y colaboradores 2015, Lin YL y colaboradores 2017, Hamilton y colaboradores 2018).

Tabla #1 Artículos seleccionados

AUTOR/país/año	TITULO	Objetivo/población o n	Resultados principales
1. Lin YT, Tsai CL . Año: 1999 País: Taiwan	Caries prevalence and bottle-feeding practices in 2-year-old children with cleft lip, cleft palate, or both in Taiwan.	Investigar la prevalencia de caries en niños de 2 años con LPH, evaluar las actitudes de los padres en la alimentación con biberón y el cuidado dental. 123 niños LPH Se realizó una encuesta relacionada con los hábitos alimenticios, conocimientos actitudes y prácticas en salud oral de los padres hacia los niños a cargo.	Los niños con LPH mostraron un mayor riesgo de caries del biberón. Los padres o cuidadores de niños alimentados de esta forma, mostraron una falta de motivación para realizar higiene oral regular a sus hijos. Esto sugiere que los programas de promoción de la salud oral deberían desde edades tempranas para los niños con fisuras y sus padres.
2. Bian Z, Du M, Bedi R, Holt R, et al Año: 2001 Pais: China	Caries experience and oral health behavior in Chinese children with cleft lip and/or palate	Los objetivos de este estudio fueron: Investigar si había diferentes niveles de caries en niños chinos de 3 a 6 años LPH vs Labio fisurado. Evaluar las actitudes de los padres hacia los hábitos de alimentación y la atención de la salud bucal de sus hijos 104 niños, examen dental y seles realizo un cuestionario a los padres.	Los niños con LPH, tuvieron más índice de caries, con respecto a los niños con labio fisurado. Las variables para la prevalencia de caries en estos niños, fueron la alimentación con biberón y las malas o pocas prácticas de higiene oral.
3. de Castilho AR, das Neves LT, de	Evaluation of oral health	Objetivo: conocer y evaluar los	Se evidencio que las madres entrevistadas

<p>Carvalho Carrara CF.</p> <p>Año: 2006</p> <p>País: Sao Paulo</p>	<p>knowledge and oral health status in mothers and their children with cleft lip and palate.</p>	<p>conocimientos de salud oral en niños con LPH y sus madres.</p> <p>Madres (n = 300) y sus hijos LPH, edades de 3 años a 5 años y 6 meses.</p> <p>Se realizó una entrevista relacionada con los hábitos alimenticios, conocimientos en salud oral y examen clínico a los niños.</p>	<p>tenían conocimiento sobre las causas y la prevención de la caries dental, no tienen en cuenta otros factores en el proceso de caries.</p>
<p>4. Finlayson TL, Siefert K, Ismail et al.</p> <p>Año: 2007</p> <p>País: Estados Unidos</p>	<p>Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits.</p>	<p>Investigar las relaciones entre los factores cognitivos, conductuales y psicosociales maternos y las prácticas de cepillado en niños preescolares afroamericanos de bajos ingresos.</p> <p>1021 familias afroamericanas.</p> <p>Encuesta realizada a las madres, sobre autoeficacia en salud oral, conocimiento sobre el uso apropiado del biberón, conocimiento sobre la higiene oral en niños, fatalismo de salud oral, su propio comportamiento de cepillado, síntomas depresivos, estrés de los padres, apoyo social práctico y la historia dental de su hijo</p>	<p>Los resultados determinaron que la autoeficacia, el comportamiento de cepillado y los ingresos económicos, fueron fuertes predictores en los índices elevados de caries dental.</p> <p>Por lo tanto, existe una relación importante, lo cual sugiere una intervención temprana sobre estos factores, ya que ayudaran a fomentar hábitos dentales saludables y aumentar la frecuencia de cepillado de los niños a temprana edad.</p>
<p>5. Hooley M,</p>	<p>Parental</p>	<p>Realizar una revisión</p>	<p>Todos los estudios prueban</p>

Skouteris H, et al Año 2012 País: Australia	influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature.	sistemática de la evidencia de las influencias de los padres sobre el desarrollo de caries en niños de 0 a 6 años. Se realizó a partir de una selección de 55 estudios.	asociaciones entre caries dentales y factores sociodemográficos, prácticas de alimentación, atributos de los padres, conductas, salud oral, actitudes, conocimiento y creencias en niños de 0 a 6 años, publicados entre 2006 y 2011
6. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa Tde S, et al. Año 2013 País: Sao Paulo	Influence of family environment on children's oral health: a systematic review.	Revisar los modelos actuales y evidencia científica sobre la influencia de los padres en los comportamientos de salud oral y la caries dental de sus hijos. Revision de artículos de MEDLINE publicados entre 1980 y junio de 2012. Se recuperaron un total de 218 citas y se incluyeron 13 artículos en el análisis.	Se comprobó que los hábitos de salud dental de los padres si influyen de manera considerable en la salud bucal de sus hijos. Por ende, sugirieron programas de educación en salud oral dirigidos a acciones preventivas en los padres.
7. Trubey RJ, Moore SC, Chestnutt IG Año: 2014. País: Reino Unido	Parents' reasons for brushing or not brushing their child's teeth: a qualitative study.	Desarrollar una comprensión de los problemas que enfrentan los padres de áreas socioeconómicamente desfavorecidas al tratar de cepillar los dientes de sus hijos pequeños en casa. 15 padres de niños de 3-6 años participaron en entrevistas telefónicas semiestructuradas, discutiendo los factores relacionados con el cepillado de sus hijos los dientes en casa.	Los padres discutieron la dificultad del cepillado de sus hijos en la noche y la dificultad de crear una rutina de cepillado. Los factores motivadores para cepillar los dientes de los niños fueron en gran parte a corto plazo. La satisfacción con la frecuencia de cepillado estuvo más influenciada por la percepción de la frecuencia con que otros padres cepillaban los dientes de los niños que por la norma.
8. Dabit JY, Romitti	Examination of	Examinar el estado de	Las madres con mala salud

<p>PA, Makelarski JA, et al.</p> <p>Año: 2014 País: Estados Unidos (Arkansas, Iowa, NY)</p>	<p>mental health status and aggravation level among mothers of children with isolated oral clefts.</p>	<p>salud mental autoinformado y el nivel de agravamiento en madres de niños con hendiduras orales aisladas.</p> <p>Las madres de 294 niños completaron fisuras orales aisladas (4 a 9 años). Se les realizó un cuestionario de 5 ítems de salud mental y la escala de agravación en la crianza de los hijos.</p>	<p>mental o agravamiento, tendían a tener menos educación, bajos ingresos económicos y calificar su salud y la de sus hijos más bajas.</p> <p>Las características sociodemográficas se asociaron a la adaptación psicosocial materna.</p> <p>Los exámenes breves para la salud mental, durante las citas de rutina pueden facilitar la identificación de los cuidadores en riesgo.</p>
<p>9. Choa RM, Slator R, Jeremy A, et al.</p> <p>Año 2014 País: Reino Unido</p>	<p>Identifying the effect of cleft type, deprivation and ethnicity on speech and dental outcomes in UK cleft patients: a multi-centred study.</p>	<p>Estudio retrospectivo de todos los pacientes de entre 5 y 6 años remitidos a tres centros de un período de doce meses.</p> <p>Se usaron los datos de 287 pacientes</p>	<p>El habla se vio significativamente afectada por el tipo de hendidura, mientras que la dentición se vio significativamente afectada por la etnia y la privación y de servicios.</p> <p>También evidencia que estos datos demográficos pueden afectar las medidas utilizadas para evaluar la calidad de la atención, ya que estos no están distribuidos de manera proporcionada y algunas poblaciones tendrán más riesgo que otras.</p>
<p>10. Huebner CE, Milgrom P.</p> <p>Año 2015 País: Estados Unidos</p>	<p>Evaluation of a parent-designed programme to support tooth brushing of infants and young children.</p>	<p>Desarrollar y probar una intervención que ayude a los padres a establecer rutinas de cepillado con sus hijos.</p> <p>67 cuidadores de niños menores de 6 años.</p> <p>Se utilizaron métodos de</p>	<p>La estrategia fue efectiva y de bajo costo para reducir el riesgo de caries dental en la infancia.</p> <p>Los padres informaron que el cepillado aumentó significativamente, adicionalmente, existió un aumento del conocimiento de los padres sobre la salud</p>

		investigación participativa basados en la comunidad para involucrar a los padres en el diseño de la intervención. Se realizó por medio de entrevistas y grupos focales.	bucal de los niños, el cual fue evaluado por 15 ítems, dando resultados satisfactorios.
11. Trubey RJ, Moore SC, Chestnutt IG. Año: 2015	The association between parents' perceived social norms for toothbrushing and the frequency with which they report brushing their child's teeth.	El estudio pretende determinar si los juicios entre padres, con respecto a la frecuencia de cepillado en los hijos están asociados a la satisfacción de esta rutina. Se realizó una encuesta a 297 padres de niños de 3-6 años. Se les preguntó con qué frecuencia cepillaban los dientes de sus hijos por semana, y con qué frecuencia creían que otros padres lo hacían.	La frecuencia de cepillado dental fue 12.5 veces por semana. Un análisis de regresión múltiple a prueba la relación entre padres percepciones de otros, lo cual permitió saber si existía una asociación positiva entre la satisfacción de los padres con el cepillado de sus hijos rutina. Sin embargo, los mensajes de salud oral, que incluyen algún tipo de información normativa social, resultan más persuasivas que el simple consejo.
12. Adeyemo W, James O, Butali A. Año: 2016 País: Nigeria	Cleft lip and palate: Parental experiences of stigma, discrimination, and social/structural inequalities.	Explorar las experiencias de estigmatización, discriminación y desigualdades socioculturales de familias con niños nacidos con LPH. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de la Universidad de Lagos, Nigeria. Cuestionario a 51 madres con hijos LPH y una entrevista semiestructurada.	Este estudio reveló que los mitos sobre la etiología del LPH son frecuentes en Nigeria, ya que 35.3% de las encuestados creían que era un "acto de Dios", "espíritu maligno" (5.9%), y otras "gente malvada" (9.8%). Los padres y las personas con LPH experimentan el estigma, así como las desigualdades sociales y estructurales debido a las percepciones de la sociedad. Por lo que se requiere, conocimientos necesarios para combatir el estigma, la discriminación, las

			desigualdades sociales, estructurales y los conceptos erróneos sobre castigos divinos, asociados con la hendidura oro-facial.
13. Kortalainen T, Tovalnen M, et al Año: 2016 País: Finlandia	Comparison of Oral Health-Related Quality of Life Among Schoolchildren With and Without Cleft Lip and/or Palate	Comparar la calidad de vida y salud oral en niños de 11 a 14 años con LPH y sin LPH. 51 niños y se les practico una en cuesta	los síntomas orales, las limitaciones funcionales, el bienestar emocional y las puntuaciones de bienestar social, fueron peores entre los pacientes con LPH que entre los escolares sin LPH (según las pruebas de Mann-Whitney) La calidad de vida de los niños LPH finlandeses fue considerablemente inferior a la de sus pares.
14. Davies K, Lin Y, Callery P. Año: 2017 País: Reino Unido	Parents' and children's knowledge of oral health: a qualitative study of children with cleft palate	Investigar los conocimientos y las prácticas en salud oral de los padres hacia sus hijos. Se recogieron datos de 22 padres y 16 niños de 5 a 11 años con LPH y se analizaron mediante análisis temáticos.	Se obtuvieron 4 análisis temáticos: -Conocimiento implícito -Conocimiento situado -Mantienen buenas prácticas de salud oral -Oportunidades de aprendizaje. Por medio de este estudio evidenciaron que se deben desarrollar intervenciones de educación en salud oral teniendo en cuenta el conocimiento implícito de los niños. La transmisión de creencias entre generaciones que influyen en los comportamientos del cepillado dental.
15. Loke Mi Mi,	Oral Health	Determinar el	Las muestras evidenciaron

<p>Chong Kah Hui, et al.</p> <p>Año: 2017 País: Malasia</p>	<p>Knowledge, Attitude and Practice of Parents, and Frequency of Cariogenic Food Intake among Their Non Syndromic Cleft Lip with or without Cleft Palate Children in North-east Peninsular Malaysia</p>	<p>conocimiento, la actitud y práctica de salud bucal de los padres con LPH y la ingesta de alimentos cariogénicos, en comparación con niños sin LPH.</p> <p>33 padres con hijos LPH 31 padres sin hijos LPH</p> <p>Se seleccionaron al azar con niños de 1 a 6 años en el Hospital Universitario Sains Malaysia y la Clínica Dental Kota Bharu. Se realizó una entrevista, un cuestionario validado sobre la salud oral y la ingesta de alimentos cariogénicos de sus hijos.</p>	<p>un conocimiento regular sobre los procesos cariogénicos y malas prácticas de higiene oral; los niños con índices más altos de caries fueron los de LPH.</p>
<p>16. Lin YL, Davies K, Callery P.</p> <p>Año: 2017 País: Reino Unido</p>	<p>Experience of maintaining tooth brushing for children born with a cleft lip and/or palate.</p>	<p>Explorar la experiencia y mantenimiento del cepillado dental entre los niños LPH y sus padres.</p> <p>22 padres 16 niños con LPH (5-11 años)</p> <p>Se realizó una entrevista semiestructurada</p>	<p>Los padres de los niños con LPH motivación para cuidar los dientes de sus hijos, pero la motivación de los niños era inconsistente.</p> <p>Los padres e hijos encontraron una variedad de obstáculos para mantener el cepillado, reportaron obstáculos y problemas relacionados con "olvido" y enfermedad infantil.</p> <p>El documento sugirió que los padres de los niños con LPH, necesitan apoyo para poner en práctica su intención de mantener el cepillado regular de dientes y priorizar las rutinas de higiene oral.</p>

17. Lin YL, Davies K, Callery P. Año 2017 País: Reino Unido	Development of an implementation intention-based intervention to change children's and parent-carers' behaviour.	Describir el diseño de una animación en video para enseñar a padres e hijos cómo utilizar, implementar y establecer nuevos hábitos para mejorar la salud bucal, aplicada en este caso, a padres y niña LPH.	El presente estudio describe el desarrollo de una intervención mediada a través de un tutorial de animación que permite a niños y padres diseñar planes "si-luego" para mejorar la salud oral como un esfuerzo colaborativo entre padres e hijos. La animación usa ejemplos de salud oral, pero creemos que hay espacio para explorar la aplicación de la intervención a otras áreas de comportamiento.
18. Aravena P, Gonzalez T, et al Año: 2017 País Chile	Oral Health-Related Quality of Life in Children in Chile Treated for Cleft Lip and Palate: A Case-Control Approach	Comparar la calidad de vida relacionada con la salud oral de los pacientes tratados por LPH versus niños no afectados entre 8 y 15 años de edad. 48 niños y grupo control 96 niños	La calidad de vida se comparó de acuerdo con el puntaje general y el puntaje promedio (Mann-Whitney) La calidad de vida de los niños LPH fue considerablemente inferior a la de sus pares.
19. Hamilton K, Cornish S, Kirkpatrick A, et al. Año: 2018 País: Australia	Parental supervision for their children's toothbrushing: Mediating effects of planning, self-efficacy, and action control.	Identificar la importancia de los padres en las prácticas de higiene bucal de los niños. 197 madres , comprendieron padres australianos de 2 a 5 años de edad Evaluaron: supervisión parental para el cepillado dental de su hijo más joven, mediante autoeficacia y planificación y control de la acción.	Los padres son importantes para las prácticas de higiene bucal de los niños. Los resultados actuales muestran la importancia de ir más allá de la simple transmisión de conocimiento para apoyar las intenciones de los padres de supervisar el cepillado dental de sus hijos.
20. Mendonça G,	Oral health-	Comparar la calidad de	De acuerdo con la

<p>Karine P, Lourenço L, et al.</p> <p>Año: 2018 País: Sao Paulo</p>	<p>related quality of life of children with oral clefts and their families</p>	<p>vida relacionada con la salud oral de niños con y sin hendiduras bucales y sus familias. 121 niños de 2 a 6 años de ambos sexos, inscritos en la rutina de tratamiento de las clínicas de odontología pediátrica de una escuela de odontología</p>	<p>percepción de los padres sobre la salud oral de los niños con y sin LPH, el de LPH, tuvo una relación fuerte con la salud oral. La correlación de sexo con el impacto en salud oral no mostró diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, cuanto mayor es la edad, mayor es el impacto sobre la calidad de vida.</p>
--	--	---	---

DISCUSIÓN

Los conocimientos, actitudes y prácticas de padres y/o cuidadores de niños con LPH de 0 a 5 años en salud oral, todavía sigue siendo una problemática. Aunque son pocos los estudios sobre el tema, los investigadores en los últimos años, han realizado esfuerzos para tratar de entender y comprender más sobre esta situación, aunque la evidencia es buena, se puede comprobar que no son suficientes los estudios que han realizado.

A nivel mundial, la caries dental es una de las enfermedades más prevalentes y común en niños de edades tempranas, que viven en áreas desfavorecidas y pacientes con LPH. La caries dental es prevenible, si el cepillado es supervisado por los padres y si se adquieren conductas claves; como el cepillado dental dos veces al día con pasta dental fluorada, la reducción de alimentos y bebidas azucaradas. Otros estudios evidenciaron que el cepillado dental, es una estrategia preventiva, de bajo costo que disminuye el riesgo de caries dental. Davies K, evidencio que las creencias o hábitos son transmitidos entre generaciones, uno de ellos es el patrón o comportamiento del cepillado dental, de las madres y los hijos.

Los padres manifiestan en varios estudios, que las principales barreras para realizar higiene oral es la falta de conocimiento y practica de los mismos, sobretodo en niños con difícil manejo del comportamiento, la falta de interés de los mismos y las pocas oportunidades de apoyo profesional para promover la salud oral de los niños y sus cuidadores.

Autores como de Castilho AR, Hamilton K, Lin Y, Davies K et al, coinciden en que los conocimientos, actitudes y prácticas en padres y/o cuidadores sobre salud oral en niños con LPH, es un factor importante; puesto que, los índices de caries dental se vieron aumentados y el retraso en los tratamientos de los pacientes, no es específicamente por problemas administrativos, son por la falta de conocimiento, practica e interés de los niños y sus padres, según estudios realizados por Lin Y, Davies K et al.

La mayoría de estos autores, concuerdan que la caries dental es un problema de salud pública; no solo en esta población; por lo tanto, las estrategias preventivas en edades tempranas, el papel de los profesionales de la salud, juegan un roll muy importante para concientizar, mitigar y controlar, la falta de conocimiento actitud y práctica. Autores como, Lin Y, Huebner, et al, resaltan es sus estudios, las actividades lúdicas o didácticas que para promover las rutinas y buenos hábitos de higiene oral.

CONCLUSIÓN

Pocos estudios se encuentran en la literatura sobre este tema, en los últimos años se da más importancia al tema. Los estudios evidencian y corroboran, que los conocimientos, actitudes y prácticas de padres y/o cuidadores de niños menores de 6 años afectan las prácticas de higiene, la salud bucal y la calidad de vida de estos niños; por lo tanto es importante tener en cuenta a los padres en la construcción e implementación de estrategias de salud bucal dirigidas a esta población.

Por lo tanto, el papel del odontólogo, odontopediatra y el equipo multidisciplinario que lleve el tratamiento del niño; es el encargado de motivar y generar conciencia de buenos hábitos en su núcleo familiar. Los programas de promoción y prevención de la salud, son muy importantes desde el embarazo o en edades tempranas. Es importante recalcar que las estrategias preventivas, se deben hacer para toda la comunidad, de esta manera se sensibiliza y concientiza a la población con y sin LPH; el hacer uso de los juegos didácticos en padres y niños, podrían estimular y conllevar a mejorar la calidad de vida de estos niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adeyemo W, James O, Butali A. Cleft lip and palate: Parental experiences of stigma, discrimination, and social/structural inequalities. *Ann Maxillofac Surg.* 2016;6 (2):195-203.
2. Bian Z, Du M, Bedi R, Holt R, Jin H, Fan M. Caries experience and oral health behavior in Chinese children with cleft lip and/or palate. *Pediatr Dent.* 2001; 23(5):431-4.
3. Charry I, Aguirre M, Castaño J, Gómez B, Higuera J, Mateus G, et al. Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el hospital infantil universitario de Manizales (Colombia), 2010. Universidad de Manizales - Facultad de Ciencias de la Salud. *Arch Med (Manizales)* 2012; 12(2): 190-198.
4. Choa R, Slator R, Jeremy A, Robinson S, Franklin D, Roberts A, et al. Identifying the effect of cleft type, deprivation and ethnicity on speech and dental outcomes in UK cleft patients: a multi-centred study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014; 67(12):1637-43.
5. Dabit JY, Romitti PA, Makelarski JA, et al. Examination of mental health status and aggravation level among mothers of children with isolated oral clefts. *Cleft Palate Craniofac J.* 2014; 51(4): 80-7.
6. Davies K, Armitage C, Lin Y, Munro J, Walsh T, Callery P. Development of an implementation intention-based intervention to change children's and parent-carers' behaviour. *Pilot Feasibility Stud.* 2017; 17; 4:20.
7. Davies K, Lin YL, Callery P. Parents' and children's knowledge of oral health: a qualitative study of children with cleft palate. *Int J Paediatr Dent.* 2017; 27(4):264-272.
8. De Castilho A, das Neves L, de Carvalho C. Evaluation of Oral Health Knowledge and Oral Health Status in Mothers and Their Children with Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2006; 43(6):726-30.
9. Duijster D, de Jong-Lenters M, Verrips E, van Loveren. Establishing oral health promoting behaviours in children - parents' views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. *BMC Oral Health.* 2015 Dec 10;15:157.
10. Finlayson T, Siefert K, Ismail A, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(4):272-81.

11. Hamilton K, Cornish S, Kirkpatrick A, Kroon J, Schwarzer R. Parental supervision for their children's toothbrushing: Mediating effects of planning, self-efficacy, and action control. *Br J Health Psychol.* 2018; 23(2):387-406.
12. Hasanpour M; Ghazavi Z; Keshavarz S. Feeding Behavioral Assessment in Children with Cleft Lip and/or Palate and Parental Responses to Behavior Problems. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research,* 2017; 22(2), 135–139.
13. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent.* 2012; 40(11):873-85.
14. Huebner C, Milgrom P. Evaluation of a parent-designed programme to support tooth brushing of infants and young children. *Int J Dent Hyg.* 2015; 13 (1): 65-73.
15. Kortelainen T, Tolvanen M, Luoto A, Ylikontiola L, Sándor G, Lahti S. Comparison of Oral Health-Related Quality of Life Among Schoolchildren With and Without Cleft Lip and/or Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2016; 53(5):e172-6.
16. Lin Y, Tsai C. Caries prevalence and bottle-feeding practices in 2-year-old children with cleft lip, cleft palate, or both in Taiwan. *Cleft Palate Craniofac J.* 1999; 36 (6):522-6.
17. Lin Y, Davies K, Callery P. Experience of maintaining tooth brushing for children born with a cleft lip and/or palate. *BMC Oral Health.* 2017;17(1):120
18. Márquez M. Aspectos psicológicos de pacientes que presentan Hendidura Labio Palatina. *Acta odontologica venezolana Volumen 51, No. 2, Año 2013.*
19. Prada JR; Cantini JE. (2011) *Cirugía Cráneo facial. Impresión Médica. Vols. 2. Colombia; 231-268*
20. Rando G, Jorge P, Vitor L, Carrara C, Soares S, Silva T, Rios D, Machado M, Gavião M, Oliveira TM. Oral health-related quality of life of children with oral clefts and their families. *J Appl Oral Sci.* 2018 Feb 1;26:e20170106.
21. Rathmawati A, Normastura A, Ruhaya H, Azizah Y. Oral Health Knowledge, Attitude and Practice of Parents, and Frequency of Cariogenic Food Intake among Their Non Syndromic Cleft Lip with or without Cleft Palate Children in North-east Peninsular Malaysia. *Mal J Nutr* 23(2): 239 - 252, 2017.

22. Serrano CA. et al. LABIO Y/O PALADAR HENDIDO: UNA REVISIÓN. Ustasalud 2009; 8: 44 – 52.
23. Sunderji S, Acharya B, Flaitz C, Chiquet B. Dental Caries Experience in Texan Children with Cleft Lip and Palate *Pediatr Dent*. 2017; 39(5):397-402.
24. Trubey R, Moore S, Chestnutt I. Parents' reasons for brushing or not brushing their child's teeth: a qualitative study. *Int J Paediatr Dent*. 2014; 24 (2):104-12.
25. Trubey R, Moore S, Chestnutt I .The association between parents' perceived social norms for toothbrushing and the frequency with which they report brushing their child's teeth. *Community Dent Health*. 2015; 32(2):98-103.
26. Tungoty M, Atwine D, Nanjebe D, Hodges A, Situma M. The prevalence and factors associated with malnutrition among infants with cleft palate and/or lip at a hospital in Uganda: a cross-sectional study. *BMC Pediatr*. 2017; 17(1):17.
27. Veiga K, Porto A, Matos F, et al. Caries Experience and Periodontal Status in Children and Adolescents with Cleft Lip and Palate. *Pediatr Dent*. 2017 39(2):139-144.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL PROYECTO.

1. Besseling S, Dubois L. (2004) The prevalence of caries in children with a cleft lip and/or palate in Southern Vietnam. *Cleft Palate Craniofacial Journal*; 41(6):629-32.
2. Colmenares, A., Prieto V. (1988) Aspectos Psicológicos de un paciente con Labio-Paladar Hendido. Cátedra de psicología Aplicada a la Odontología. (Material Mimeografiado). Universidad Central de Venezuela. Caracas. *Pediatría*1995; 37(1-2):13-9.

3. Davies K, Lin YL, Callery P. Parents' and children's knowledge of oral health: a qualitative study of children with cleft palate. *Int J Paediatr Dent.* 27 (4): 264-272, July 2017.
4. EAIPI. (2013) Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Imprenta Nacional. Bogotá.
5. García M.M. Rodríguez, M. (2000) El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria.* Vol. 25. Núm. 3. 28 de febrero 2000
6. Garmedia Hernandez, Georgia; Felipe Garmendia, Ángel Mario y VILA MORALES, Dadonim. Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-alveolo-palatino. 2010
7. Gómez G. R, Lara N. R (2008) Incidencia de labio y paladar hendido en México. *Rev. ADM*2003-2006. México.
8. Gobierno Nacional de Colombia. (2012) Lineamiento técnico de Salud en la primera infancia de cero a siempre. Comisión intersectorial para la atención integral de la primera infancia.
9. González-Martínez F, Sierra-Barrios CC, Morales-Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia Salud. 2011.
10. González, M.C, Grillo A, E.K, Martignon, S, Gamboa, L.F & Truque, O. (2006) Aplicación del Sistema Interactivo Cariogram para la estimación de Factores de Riesgo en pacientes con Labio y Paladar Fisurado. Trabajo de grado. Odontología Pediátrica. Facultad de Odontología. Universidad el Bosque. Bogotá. Colombia.
11. González MC, Gaona AM, Gamboa LF & Martignon S. (2013) Epidemiología de caries dental (icdas) en individuos colombianos con labio y paladar hendido. *Universidad Odontológica.* Ene-Jun; 32(68): 125-132.
12. González, R. (1998) Caracterización Motriz del niño cubano de 1 a 6 años que asiste a los Círculos Infantiles. Ciudad de La Habana.
13. González, M. C, Téllez, M. M, Canchano, F, Rojas, Y & Trujillo, M. I. (2011) Calidad de vida y salud oral en una población colombiana con labio y/o paladar fisurado. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. *Universitas Odontológica;* Vol. 30, No 64. Bogotá.

14. González, T. (1990) La reacción de culpa en los padres de niños con severos padecimientos físicos. México: IMSS; p. 101.
15. Guzmán A, Zillman G & Yevenes I. (1987) Diagnóstico de riesgo cariogénico en niños con labio y/o fisura velo-palatina de la Fundación Gantz, Santiago. Rev Dental de Chile 1997; 88 (2): 26-32. Santiago de Chile.
16. Hasanpour M; Ghazavi Z; Keshavarz S. (2017) Feeding Behavioral Assessment in Children with Cleft Lip and/or Palate and Parental Responses to Behavior Problems. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 22(2), 135–139.
17. Hernández G, Garmendia, Á & Vila M, D. (2010) Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-alveolo-palatino. Rev, Cubana Estomatol, vol.47, n.2, pp. 143-156. ISSN 1561-297X.
18. Ibáñez, M. J, Ruiz, R. M, Cagigal, G. L, Lara M. J & Rus C. J. (2001) Labio leporino unilateral y bilateral. Rev. Ibero latinoamericana. 2000- 2001.
19. Kelly, S. E, Binkley, C. J, Neace, W. P, Gale, B.S.(2005) Barriers to care seeking for children's oral health among low-income caregivers. Am J Public Health; 95:1345-1351
20. Lam L. C, Stephen L. M & Christopher T.C. (2007) Predisposing Factors to Dental Caries in Children With Cleft Lip and Palate: A Review and Strategies for Early Prevention. Cleft Palate–Craniofacial Journal, 44 (1): 67-72.
21. Lin YL; Davies K; Callery P. (2017) Experience of maintaining tooth brushing for children born with a cleft lip and/or palate. BMC Oral Health. 17: 120.
22. Martignon S, González M C, Jácome S, Velosa J, Santamaría R. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños hogares infantiles: ICBF - Usaquén, Bogotá. 2003
23. Martignon, S., González M. C, Jácome S, Velosa J & Santamaría R. (2003) hogares infantiles: ICBF - Usaquén, Bogotá.
24. Márquez m. F. L. (2013) Aspectos psicológicos de pacientes que presentan hendidura labio palatina. Fundación acta odontológica venezolana,volumen51,nº2/2013. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art16.asp>

25. Ministerio de Salud -Colombia. (2000) Resolución número 00412 del 25 de febrero 2000. Normas Técnicas y Guías de Atención. Diario Oficial; Colombia.
26. Ministerio de Salud -Colombia. (2013) Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión, Bogotá; Colombia.
27. Morrison J.J. (2000) Macpherson Imd, binnie vi. A qualitative investigation of the perceived barriers to and inducements for the early registration of infants with general dental practitioners. *Int j health prom & educ* 38(1): 4-9.
28. Nogueira L, Dagmar P. (2007) Prevalencia de fisuras labio palatais do município de Campos dos Goytacazes RJ, 1999-2004. *Rev. Brás Epidemiol*; 10: 345-52. Brasil.
29. Peterson, F., Trost, C.K, Hardin-J. (2006) *The clinicians Guide to Treating Cleft Palate Speech*. Elsevier.
30. Petersen, P. E. (2003) The world Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21-st century approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*; 31 (supl. 1):3-2
31. Poletta, F. A, Castilla, E. E (2007) Regional analysis on the occurrence of oral clefts in South America. *Am J Med Genet A*. 143(24):3216-27.
32. Prada JR; Cantini JE. (2011) *Cirugía Cráneo facial*. Impresión Médica. Vols. 2. Colombia; 231-268.
33. Rubio, M; Pinzón, L, & Gutiérrez, M. (2010) Atención integral a la primera infancia en Colombia: estrategia de país 2011-2014. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Notas técnicas 244. Colombia.
34. Teerapong, M; Wipapun R & Jaranya H. (2008) Factors Influencing Early Childhood Caries of Cleft Lip and/or Palate Children Aged 18 to 36 Months in Southern Thailand. *Cleft Palate–Craniofacial Journal*, 45 (5): 468-472.
35. Triana, B. y Rodrigo, M. (1985) El concepto de infancia en nuestra sociedad: Una investigación sobre teorías implícitas de los padres. *Infancia y Aprendizaje*, 31,157-171.
36. Tannure, P. N, Costa, M.C, Kuchler, E. C, Romanos, H. F, Granjeiro, J. M & Vieria, A.R. (2012) Caries experience in individuals with cleft lip and palate. *Pediatr Dent*. 34(2): e127-31

37. Wong FW, King NM. (1998) The oral health of children with clefts – a review. *Cleft Palate Craniofac J.* 35: 248-54.
38. Zarante I; Franco L; López C; Fernández N. (2010) Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico de 52.744 nacimientos en 3 ciudades colombianas. *Biomédica, Rev Instituto Nacional de Salud*; 30: 65-71. Bogota. Colombia.