



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**ESTUDIO DE LAS AFECCIONES ODONTOLÓGICAS DE PACIENTES  
CON HENDIDURA DE LABIO Y PALADAR QUE ACUDEN A LA CIUDAD  
HOSPITALARIA DOCTOR ENRIQUE TEJERA (CHET) EN VALENCIA,  
ESTADO CARABOBO.**

**(Trabajo de Grado presentado como prerrequisito parcial para Optar Título de  
Licenciado en Odontólogo)**

**Autores:**

Caldera, Audy

Olivares, Jhonatan

Pérez, Alfredo

**Tutor:** Carmelo Delgado

San Diego septiembre 2016



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**  
**DE VENEZUELA**

**ESTUDIO DE LAS AFECCIONES ODONTOLÓGICAS DE PACIENTES  
CON HENDIDURA DE LABIO Y PALADAR QUE ACUDEN A LA CIUDAD  
HOSPITALARIA DOCTOR ENRIQUE TEJERA (CHET) EN VALENCIA,  
ESTADO CARABOBO.**

**Autores:**

Caldera, Audy

Olivares, Jhonatan

Pérez, Alfredo

**Tutor:** Carmelo Delgado

San Diego septiembre 2016



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**AFECCIONES ODONTOLÓGICAS DE PACIENTES CON HENDIDURA DE LABIO  
Y PALADAR QUE ACUDEN A LA CIUDAD HOSPITALARIA DOCTOR ENRIQUE  
TEJERA (CHET) EN VALENCIA, ESTADO CARABOBO**

**Tutor:**  
**Autores:**  
Caldera, Audy  
Olivares, Jhonatan  
Pérez, Alfredo

**Resumen Informativo**

El objetivo que tuvo la investigación fue estudiar las afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladar que acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (noviembre 2015 al marzo 2016). El trabajo de grado estuvo enmarcado dentro de un enfoque cuantitativo y bajo un diseño no experimental; durante el proceso de recolección de información se procedió revisión de 99 historias clínicas de pacientes que tenían este tipo de afección, donde se recopilaron los datos por medio de guía de observación, las cuales fueron validadas por tres expertos a fin de establecer la relación entre los objetivos y el contenido de dicho instrumento. En cuanto a los resultados obtenidos se evidencio que la población masculina se ve más afectada que la femenina y la distribución etaria donde se ve más afectada con hendidura de labio y paladar son los niños, la adultez mediana y adolescentes, por lo que se puede concluir que las afecciones de tipo odontológicos se pueden minimizar cuando hay un control riguroso de sus pacientes a fin de no comprometer aún más la salud bucal de los pacientes

**Descriptores:** Afecciones odontológicas, hendidura de labio y paladar

## INDICE GENERAL

		<b>PP</b>
<b>RESUMEN INFORMATIVO</b>	.....	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	.....	<b>5</b>
<b>CAPITULO I</b>		
<b>EL PROBLEMA</b>		
Planteamiento del Problema	.....	7
Formulación del Problema	.....	11
Objetivos de la Investigación	.....	12
Objetivo General	.....	12
Objetivos Específicos	.....	12
Justificación de la Investigación	.....	12
<b>CAPÍTULO II</b>		
Antecedentes	.....	15
Bases Teóricas	.....	23
Definición de Términos Básicos	.....	34
<b>CAPÍTULO III</b>		
Naturaleza de la Investigación	.....	37
Nivel de la Investigación	.....	38
Diseño y tipo de la investigación	.....	39
Población y Muestra	.....	
Técnica de Recolección de Datos	.....	41
Validez de los Instrumentos	.....	42
Cuadro de Variables	.....	43
Proceso de Análisis de Resultados	.....	45
<b>CAPITULO IV</b>		
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>DE</b> .....	<b>46</b>
<b>RESULTADOS</b>		
<b>REFERENCIAS</b>	.....	<b>92</b>
<b>ANEXOS</b>	.....	<b>101</b>

## INTRODUCCIÓN

La hendidura de labio y paladar es una afección que se produce en el proceso de gestación, la cual se da debido a que los dos lados del rostro no llegan unirse de forma correcta entre la razones de tal problema se considera que es multifactorial, ya que se considera producto de alteraciones genéticas y ambientales, otra de los agentes causales que hacen mención los especialistas lo relacionan desequilibrios hormonales, deficiencias nutricionales y ciertos medicamentos o drogas utilizadas durante el embarazo.

En cuanto al procesos correctivo para los pacientes que padecen hendidura de labio y paladar esto se efectúa por medio de grupos multidisciplinarios de las ciencias médicas debido a las dificultades de tipo alimentarias, respiratorias, expresivas y psicológicas que enfrenta quienes padecen esta afección por lo que debe ser atendidos, por lo que intervienen psicólogos, cirujanos plástico, cirujano maxilofacial, otorrinolaringólogo odontólogo general, ortodoncista y cirujano bucal.

Es importante indicar, que el trabajo multidisciplinario se debe a que los pacientes con hendidura de labio y paladar producto de los tejidos del labio o del paladar de un feto no se unen en las primeras etapas del embarazo, por lo que estos general no tienen suficiente tejido en la boca, llegando a generar un sin número de dificultades que tienen que ser subsanadas y una de ellas es que compromete la salud bucal teniendo que ser vistas, debido a que estos son propensos enfermedades periodontales caries, pérdida de dientes, mal oclusión que afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. Por tal razón, el odontólogo juega un rol importante en la salud bucal de aquellos pacientes que padecen de hendidura de labio y paladar, debido a que estos podrán corregir el apiñamiento, problemas periodontales y subsanar todos problemas relacionados a la cavidad bucal a través del seguimiento y control del paciente e incluso la posibilidad

de orientar al paciente y a sus familiares en cuanto a la forma de alimentación, técnicas de cepillado.

Cabe destacar que, la razón de la investigación va dirigido a estudiar las afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladar que acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (noviembre 2015 al marzo 2016) esto con la finalidad de establecer de manera estadísticas la incidencia, distribución etaria, género, caries, gingivitis, periodontitis y mala oclusión.

Otro aspecto importante a indicar es en relación a la estructura del trabajo de investigación, el cual tendrá cinco capítulos: En el primero se abordara aspectos relacionados al planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos generales, específicos y la justificación. Donde posterior a esto se abordará el capítulo II el cual se desarrolla los aspectos relacionados los antecedentes y la construcción del marco teórico los cuales van relacionados con las afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladar.

Seguidamente se expondrá los lineamientos de tipo metodológica propia del capítulo III el cual contendrá aspecto de tipo metodológico como naturaleza de la investigación, tipo y diseño de investigación, población, muestra, juicio de expertos; cada uno de estos aspectos permitirá desarrollo efectivos del proceso investigativo en concordancia con los objetivos propuestos para la ejecución del trabajo de grado.

Hay que destacar que, la información obtenida de la guía de observación de los registros clínicos de los pacientes que acuden a la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera permitirá la construcción y desarrollo del capítulo IV de la investigación, la cual será por medio de tablas y gráficos, los cuales serán analizados para finalmente establecer las conclusiones y recomendaciones propias del capítulo V.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### **Planteamiento del Problema.**

La salud bucal y su higiene es factor importante en el bienestar general de la persona, ya que incide en las funciones básicas de la boca como es masticar y deglutir los alimentos que son esenciales para obtener los nutrientes, debido que estos son indispensables para mantener un estado de salud que sea el idóneo para el crecimiento, desarrollo y preservación del individuo. Hay que destacar que, la salud bucal repercute también de manera directa en el bienestar psicológico de las personas, producto que la sonrisa forma parte de la apariencia, brindando así seguridad personal, por lo que es necesario mantener los dientes en perfectas condiciones de salud y esto solo se puede alcanzar por medio de la prevención, que evita la aparición de caries o afecciones periodontales.

Sin embargo, en la actualidad se observa una serie de problemas en el mantenimiento y cuidado de los dientes y enfermedades periodontales, los cuales se ven afectados por una serie de afecciones que inciden en la salud bucal y psicológica de las personas gracias a un conjunto de factores externos, malos hábitos e incluso alteraciones de tipo genético. Por lo que es importante hacer mención algunas cifras estadísticas, para lo que es preciso citar a la Organización Mundial de la Salud (2013) en la cual revela los siguientes datos:

El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo. Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años

no tiene dientes naturales. Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos. Ahora bien, son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental, aunque existen también diversos determinantes sociales. (s.p)

Por lo que hay que indicar, que una manera de evitar y prevenir afecciones de tipo bucal es por medio de una higiene, ir regularmente a evaluaciones odontológicas y esta debe iniciarse desde la infancia a fin de inculcar hábitos que ayuden a mantener dientes sanos y saludables; aún más en el caso de pacientes que poseen altos riesgos de padecer de caries y enfermedades periodontales, las personas que han nacido con hendidura labio-palatina, dicha afección se caracteriza por una malformación que aqueja desde el punto de vista odontológico la función deglutoria, la oclusión dentaria afectado en la autoestima, por lo que se hace necesario crear hábitos y desarrollar el componente preventivo con el objeto de evitar posibles complicaciones. En relación a este particular Márquez (2009) explica lo siguiente:

Las hendiduras faciales se presentan en muchos planos de la cara como resultado de las fallas o defectos en el desarrollo o maduración de los procesos embriológicos. Existen varios tipos de hendiduras faciales, sin embargo, la más importante y frecuentes que afecta las estructuras bucofaciales del hombre es la hendidura labiopalatina, la cual en gran medida altera actividades funcionales tales como fonación, alimentación y deglución, además del desarrollo psico-social del individuo.(p.1)

Otro aspecto a referir en relación a la prevalencia hendidura de labio y/o paladar no sindrómica, va relacionado a datos estadísticos que hacen evidenciar que este es un problema de salud pública la cual hay que colocar atención, por lo que se hace necesario referir a Nieves yHernández (2012) que citan aNiall, Marcelo, Urioste y Nadeem, donde estos hacen expresan los siguientes datos estadísticos:

La hendidura de labio y/o paladar no sindrómica proviene de una alteración embriológica con el consecuente fracaso en términos de fusión de los procesos nasales y/o palatinos. Este severo defecto de nacimiento es una de las malformaciones más comunes encontradas en los recién nacidos. De hecho, la incidencia está en un rango de 1 por 700 en la raza amarilla a 1 por 1000 en los caucásicos y 1 por 2500 en la raza negra. En Latinoamérica, Bolivia es el que presenta mayor incidencia de esta mal formación con una prevalencia de 2.09 por cada 1.000 nacidos vivos.(p.1)

En este mismo orden de ideas, es preciso hablar de otros datos estadísticos a fin de ver la magnitud de la situación problemática, la cual habla de las incidencias que hay de hendidura de labio y paladar. Dichos datos son revelados por Nieves M. y Hernández M. (2012) que citan OMS y estos expresan lo siguiente:

En cuanto a epidemiología se trata, las fisuras bucofaciales se encuentran dentro de los defectos de nacimiento más comunes, con una incidencia global entre 1:500 y 1:700 nacido. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de fisuras faciales es de 1,5 en mil al cuadrado, razón que varía según la afinidad étnica, género, y áreas geográficas. (s.p)

Ahora bien, es oportuno hablar en relación del proceso de rehabilitación de las personas hendidura de labio y/o paladar no sindrómica, ya que estos pueden tener múltiples afecciones no solo odontológicas sino de tipo quirúrgico que tendrán que ser vistas por distintos especialistas que ayuden a superar esta condición. Por tal razón Vásquez (2010) hace el siguiente señalamiento:

La rehabilitación integral de los individuos con hendidura de labio y/o paladar requiere de atención multidisciplinaria, donde cada especialista cumpla un rol específico y de importancia paralela. El odontólogo es integrante importante de este equipo en las diversas áreas que involucra el tratamiento odontológico, tanto quirúrgico como protésico desde la lactancia hasta la edad adulta. (p.1)

Lo que es cierto, es que Venezuela no escapa de esta realidad aunque se considera que tiene una de las tasa estadísticas más bajas relaciona a este tipo de afección; esto es expresado por Sadler (2010): “A nivel latinoamericano, Venezuela se encuentra entre los países que muestran una de las tasas más bajas de malformaciones congénitas, según estudios realizados tanto en las áreas urbanas y rurales del Distrito Federal y los estados Zulia y Mérida. (p.1) Otros datos estadísticos son revelados por Canelón que es citado por Camacho (2012), el cual revela lo siguiente:

En América del Sur, específicamente en Venezuela; de un total de las hendiduras faciales, el ECLAMC reporta una tasa de 7,92%. Según estudios realizados en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas, entre los años 1974-1983, las hendiduras de labios representan del 20 – 30%, hendiduras labio palatinas el 30 - 50% y las hendiduras de labio y/o paladar se presentaron en el 1 por 1.000 nacimientos, revisión realizada en un estudio documental, retrospectivo, en 314.782 historias clínicas (p.5)

Hay que destacar que, hay otros datos emitidos por la Operación Sonrisa Venezuela, la cual brinda ayuda y apoyo a los pacientes que tiene hendidura de labios palatinos. Esta información es revelada por Zambrano y Uzcátegui (2009) el cual afirma lo siguiente: En Venezuela la incidencia varía entre la zona rural y la urbana. En las zonas rurales, la incidencia es de 1 entre cada 800 niños nacidos vivos, mientras que en las zonas urbanas es de 1 de cada 1.000 nacidos(p.1)

Es importante expresar que, los pacientes que tiene hendidura de labios y paladar pueden desarrollar múltiples afecciones, ya que se puede observar dientes con formas poco estéticas debido a que estos están mal alineados respecto al arco dental, de igual forma se puede observar la ausencia de raíz, en algunos casos es posible que los dientes temporales o permanentes adyacentes a la zona de la fisura no se hayan formado o se hayan perdido, pueden tener problemas de caries, oclusión y

deficiencias periodontales por lo que estos deberán ser atendidos por odontólogos y otros especialistas, a fin de solventar todo un conjunto de anomalías a fin de alinear, remodelar los dientes a fin que esto sean funcionales y visiblemente estéticos.

Debido a todos los aspectos anteriormente expuestos, se quiere efectuar un estudio de las afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labios palatinos que acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (2013 al 2016), a fin de identificar cuáles son las afecciones que se logran evidenciar en esta ciudad hospitalaria y brindar registros estadísticos actualizados, ya que en la actualidad no hay información estadística relacionada al tema a tratar, porque si bien se mantienen los registros estos no están debidamente tabulados para saber la realidad que aqueja en la actualidad en este centro asistencial en el Estado Carabobo.

### **Formulación del Problema**

Una vez expuesta la situación problemática se procederá a indicar las interrogantes generadas gracias al proceso investigativo: ¿Cuáles serán los números de casos reportados con afecciones odontológicas de pacientes hendidura de labio y paladarque acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo(2016 al 2016)?, ¿Cuáles serán tipo de afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladarque acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (2015 al 2016) ¿Cuáles serán los datos clínicos más recurrentes considerando la distribución etaria y el sexo de los paciente con afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladarque a la acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (2015 al 2016)?, ¿Cuáles serán los el tipo de afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladarque acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (2015 al 2016)?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo general**

Estudiar las afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladarque acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (Chef) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (noviembre 2015 al marzo 2016)

### **Objetivos específicos:**

1. Determinar la incidencia de los casos reportados con afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladarque acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (2015 al 2016)
2. Investigar en relación datos clínicos del paciente en relación a la distribución etaria y sexo de los con afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladarque acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (2015 al 2016)
3. Establecer el tipo de afecciones odontológicas de pacientes hendidura de labio y paladarque acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (2015 al 2016)

## **Justificación**

Los problemas que presentan los pacientes con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar tienen profundas implicaciones, debido a las malformaciones, desplazamiento y ausencia de los dientes, por lo que estos tendrán dificultad masticar de manera correcta los alimentos. Todo lo antes descrito hace denotar, la importancia del seguimiento continuo a través de la intervención odontológica donde la prevención, es un aspecto crucial para evitar la formación de caries, pérdida de piezas dentales, y otras complicaciones, ya sea por el mal uso de técnicas de limpieza, ya que estos están más propensos a desarrollar caries, placa dental, producto que los dientes pueden tener defectos de formación.

Los aspectos antes señalados, hacen ver la importancia de estudiar las afecciones odontológicas de pacientes hendidura de labio y paladar que acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (2015 al 2016), ya que la misma permitirá saber con exactitud cuáles son las afecciones que más se observa en este tipo de pacientes, proporcionando información valiosa para los pacientes, odontólogos y otras profesionales que trabajan de manera conjunta para superar este tipo de afecciones que afecta a una parte de la sociedad.

Las razones por las cuales efectúa este tipo de investigación es que Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (2015 al 2016) se debe a que los pacientes con hendidura de labio y paladar se ven afectados en cinco funciones vitales como son: fonación, masticación, deglución, respiración y estética lo que hace un tema relevante hacer investigado desde el punto de vista estadístico, producto que este tipo de estudios permite identificar cuáles son las afecciones bucales más predominantes en este tipo de pacientes que son atendidos en este centro hospitalario, siendo de gran aporte para los odontólogos para la atención, tratamiento y control de su salud bucal de los individuos que tienen este tipo de condición.

Hay que destacar que, objetivo principal del tratamiento odontológico es evitar la pérdida de los mismo para así preservar la salud integran del sujeto, ya que esta problemas inciden en losas aspectos psicológico, estético, de la audición y el habla y desarrollo de la dentición y masticación, producto de la mal formación que se genera en la cavidad bucal; por lo que dar a conocer de manera estadísticas cuáles son la afecciones que más se observa en este tipo de paciente, servirá como guía para la atención oportuna para el tratamiento de este con hendidura de labio y paladar, ya que representa promedio de 1 cada 500-750 nacimientos vivos.

Es preciso indicar que, relevancia del trabajo grado es que al conocer cuáles son las afecciones más recurrentes para así dar información teórica y conceptual de los pacientes con hendidura de labio y paladarpermitiendoproporcionar datos relevantes a los pacientes y grupos interesados en el tema. De igual forma, se busca sensibilizar a los estudiantes, odontólogos y otros profesionales de lasciencias médicas para que estos trabajen de manera conjunta a fin de proporcionarles a estos individuos atención odontológica, médica y hospitalaria para mejorar las condiciones de vida relacionado a la salud integral del paciente mejorando su calidad de calidad de vida.

Finalmente, la investigación servirá de punto de partida para la realización de nuevas investigaciones relacionadas con afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladar, debido al amplio contenido que se puede extraer del marco teórico producto que él se desarrollará aspectos tales como: definición dehendidura de labio y paladar, clasificación, afecciones odontológicas a las cuales se ven expuestos, la importancia de la técnica de cepillado para los pacientes con este tipo de afección. En cuanto al aporte metodológico el mismo servirá como guía de acción para el desarrollo del lineamiento metodológico para futuros trabajo de grado relacionado a investigaciones descriptivas de campo.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

Para el proceso de elaboración de esta parte de la investigación se buscó seleccionar trabajo de grado que tuvieran estrecha relación y que sirvieran como punto de referencia para el abordaje del presente cuerpo de investigación. Considerando lo antes expuesto es preciso citar a Tamayo y Tamayo, M. (2004:146) lo define los antecedentes como: “todos los hechos que tienen lugar antes de que el investigador formule el problema que estudiará, permitiéndole alcanzar, juzgar e interpretar el contexto o situación problemática”. En este sentido, se procedió a realizar una revisión de trabajo de grado y se seleccionó aquellos que estuvieran relacionados con el tema a tratar como son: afecciones odontológicas de pacientes hendidura de labio y paladar. A continuación se presentan antecedentes relacionados al tema a abordar:

#### **Antecedentes nacionales:**

En relación a este particular, Rodríguez, M. y Sánchez, K. (2013), presentan su trabajo de grado el cual se titula: **Alteraciones Dentarias Según Variación de Número, Tamaño y Caries Presentada en Pacientes con Labio y Paladar Hendido Tratados por Operación Sonrisa Venezuela Durante el Periodo (2011-2012)**. Trabajo de grado para optar al título de Odontólogo en Facultad de

Odontología de la Universidad José Antonio Páez. La higiene oral constituye el pilar fundamental en la salud, debido que la boca nos permite realizar las funciones básicas de respiración, digestión, sensorial, sensitiva y de protección. Por su parte, las fisuras labio paladar duro y espaldar blando, unido a la posibilidad de que la alteración sea unilateral o bilateral. Sin embargo, las alteraciones dentales aumentan en pacientes con paladar hendido, quienes presentan alteraciones en la forma, número anatomía de algunas unidades dentarias, lo que produce en los profesionales de la salud bucal interés en comprender como se establecen este tipo de manifestaciones clínicas y realizar los tratamientos correspondientes. El objetivo de la presente investigación consistió en establecer la prevalencia de alteraciones dentaras según variación de número, tamaño y caries que presentan los pacientes con labio y paladar hendido atendidos por Operación Sonrisa Venezuela durante el periodo 2011 al 2012.

Desde el punto de vista metodológico el trabajo tuvo un diseño experimental de nivel descriptivo. Los resultados obtenidos en los pacientes con alteraciones frecuentes es la agenesia con un 34% y supernumerarios con un 23%. El sexo de mayor predominio que presento las alteraciones dentarias y caries fue el sexo masculino con un total de 143 pacientes, según variación en tamaño con más prevalencia en el sexo femenino con un 14%, mientras el masculino 6%. En la clasificación de caries Mount Hume y evaluación por sitio, se observó que 37 pacientes presentan afecciones en sitio 2 dando un 41% (proximal). Por lo que se pudo concluir es que, la hendidura de labio y paladares una enfermedad que afecta en gran magnitud no solo a la persona que lo padece, sino a todo el grupo familiar, por lo que la intervención del grupo multidisciplinario ayuda al tratamiento y mejora la calidad de vida del paciente.

Seguidamente se expone, la investigación de Hernández, M. y Guerra, M. (2013) la cual se titula: **Prevalencia de hendiduras de labio y/o palatinas en los pacientes que acudieron al centro de investigación y atención a pacientes con**

**malformaciones craneofaciales y prótesis maxilofacial durante los años 2000 al 2012.** Trabajo de grado para optar al título de Especialistas en Odontología Infantil, en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. La investigación consiste en la Hendidura de labio y paladar (HLP), la cual es una malformación más común, y afecta un niño por cada 700 nacidos vivos. Se produce por la falta de fusión de los procesos maxilares con el proceso nasomediano, dando origen a la fisura de labio uni o bilateral. Y a nivel del paladar, es la falta de fusión de los procesos maxilares, la cual puede presentarse solo en la parte anterior o paladar duro, o total incluyendo paladar blando. **Objetivo** reportar la prevalencia en niño/as con HLP en una población venezolana, desde el año 2000-2012, que acudieron al Centro de Investigación y Atención a Pacientes con Malformaciones Craneofaciales y Prótesis Maxilofacial (CIAPA).

En relación a los aspectos metodológico el trabajo de grado se caracterizó por ser un trabajo descriptivo de campo de corte transversal, donde se consideró un total de 1.759 historias clínicas que se revisaron en el CIAPA, de la Facultad de Odontología de la U.C.V se seleccionaron los casos con diagnóstico de HLP. En cuanto a la muestra estuvo formada por los 329 pacientes con HLP que asistieron al CIAPA entre 2000 y 2012. Se realizó un análisis descriptivo y transversal.

Hay que destacar que, resultados obtenidos expresan que la población fue de 329 niño/as, el 51,1% (168) varones y el 48,9% (161) niñas. En edades, 0-5 años 89,1% (293), el 9,4% (31) 6-10 años y el 1,5% (5) 11-15 años. "Tipo de hendidura" el 21,3% (70) HLP completa, 17,3% (57) HLP unilateral completa izquierda, 15,5% (51) HLP unilateral completa derecha, 14,3% (47) Hendidura de Paladar Secundario incompleta y el 31,6% cualquiera de los otros tipos de hendidura y se pudo concluir que la hendidura que predominó en esta muestra fue de HLP bilateral completa.

Otra investigación es la efectuada por Jiménez, R. (2012) la cual se titula: **Alteraciones dentarias según variación de número tamaño y caries en pacientes**

**con labio paladar hendido tratados por operaciones sonrisa Venezuela. Durante el periodo (2011 – 2012).** Trabajo de Grado de la Universidad del Zulia. Facultad de odontología, para optar al título de Especialista en Odontopediatría La higiene oral constituye el pilar fundamental en la salud, debido que la boca nos permite realizar las funciones básicas, respiración digestiva, sensorial y sensitiva de protección.

Por su parte, las fisuras labio palatinas pueden dar lugar a la variedad morfológica, ya que éstas generan la deformidad de cuatro estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, unido a la posibilidad de la alteración sea unilateral o bilateral. Sin embargo, las alteraciones dentales aumentan en pacientes con labio y paladar hendido, quienes presentan alteraciones en la forma, número o anatomía de algunas unidades dentarias, lo que produce en los profesionales de la salud bucal interés en comprender como se establecen éste tipo manifestaciones clínicas y realizar los tratamientos correspondientes. El objetivo de la presente investigación consistió en establecer la prevalencia de alteraciones dentarias según variaciones de número, tamaño, caries que presentan pacientes con labio y paladar hendido atendidos por Operación Sonrisa Venezuela durante el periodo 2011 2012.

En cuanto al diseño metodológico la investigación tuvo un diseño experimental descriptivo. Los resultados reflejaron que los pacientes con alteraciones que presentan con mayor prevalencia es la agenesia con 30% y supernumerarios con 23%. El sexo de mayor predominio de alteraciones dentarias y caries fue el sexo masculino con un total 143 pacientes. Según la variación en tamaño con más prevalencia en el sexo femenino con un 14% mientras que el masculino 6%. En la clasificación de caries Mount Hume y evaluación por sitio. Se observó que 37 pacientes presentaban estas afecciones en el sitio 2 dando un porcentaje de 41% (proximal).

## **Internacionales**

En este orden de ideas, se expone el trabajo de grado de Vilariño, R. (2012) el cual se titula: **Indicadores del Estado De Salud Bucodental en Menores con Fisura Oral Congénita y en Escolares Sanos. Trabajo para optar al título de Doctor en la Universidad Complutense de Madrid.** El trabajo habla de las fisuras orofaciales son malformaciones congénitas producidas por la falta de fusión de los primordios faciales que alteran el desarrollo normal de la cara. Las más frecuentes ocurren a nivel del labio superior y/o el paladar y se denominan fisuras labios palatinas. Inmediatamente después de nacer, los niños fisurados presentan, dependiendo de las estructuras afectadas, deformación facial, problemas de alimentación, alteraciones dentales y, frecuentemente, infecciones del oído medio. Por lo general, precisan un tratamiento complejo que incluye varias cirugías y la intervención de un grupo multidisciplinar de profesionales. Aunque se ha avanzado mucho en el conocimiento de las fisuras labios palatinas, en materia de salud bucodental existen datos discrepantes dependiendo de las muestras y los criterios escogidos para realizar los diferentes estudios en todo el mundo. Así, existe una tendencia generalizada a pensar que los fisurados tienen mayor prevalencia de caries y, sin embargo, en 2007 se publicó una revisión sistemática en la que no se encontró evidencia científica de este hecho.

Nuestro estudio, ha tenido como objetivo describir y comparar indicadores generales de salud oral de dos grupos de menores con 5 o más años de edad, unos con fisura oral congénita y los otros sanos (no fisurados) La investigación se ha realizado con 68 menores fisurados, tratados en el Hospital Infantil Universitario del “Niño Jesús” de la CAM, y con un grupo 154 menores no fisurados seleccionados al azar en un centro escolar de la CAM en Madrid capital. A cada individuo, se aplicó un cuestionario de salud y una hoja de registro ad hoc elaborada a partir de la ficha de la OMS para estudios epidemiológicos en salud bucodental, donde se registraron los datos de la exploración bucofacial de cada uno de los menores incluidos en el estudio.

En los fisurados, además se recogieron datos de la anamnesis relacionados con la malformación tanto del periodo gestacional como postnatal, se pudieron consultar las radiografías panorámicas y el estudio ortodóncicos en la historia clínico hospitalaria del paciente. La prevalencia de caries en los menores fisurados del estudio es del 53%, muy superior a la del grupo no fisurado (27%) siendo además todos los índices de caries analizados (ceod, CAOD, CAOM6 y el SIC index) significativamente más altos en fisurados.

Las revisiones odontológicas rutinarias han sido significativamente menores en los fisurados lo que de acuerdo con los resultados del análisis de RLM puede ser un factor de peso para desarrollar caries. Por otro lado, aunque los hábitos de cepillado están arraigados en la muestra evaluada, es poco efectivo dado los elevados niveles de placa dental y sarro (G2) que presentan especialmente el grupo fisurado. El uso de flúor es más frecuente entre los fisurados, sin embargo, la aplicación de selladores es baja en la muestra (menores de 20 %) y entre los más afectados

Los resultados del cálculo de regresión logística múltiple (RLM) que hemos efectuado reflejan el importante papel de protección que tiene en la aparición de caries dental tanto un buen control de la placa bacteriana como la realización de revisiones periódicas. Por tanto, con independencia de la presencia o no de fisura palatina, se puede disminuir en un niño, con las características estudiadas, el riesgo de caries controlando y aplicando hábitos orales saludables.

En conclusión en nuestra muestra, los niveles de salud bucodental de los niños fisurados son peores que los del grupo de menores no fisurado, por lo que aunque la fisura pierde peso como factor de riesgo de caries dental respecto a otras variables en el análisis de regresión logística múltiple, sí supone una condición de riesgo para la salud bucodental del menor afectado debido a la conjunción de diversos factores que se asocian con ella, por lo que se deben establecer protocolos básicos de prevención odontológica que se adapten a las distintas situaciones de estos menores.

Asimismo, Obando, G. (2011) expone su trabajo de grado el cual se titula: **Incidencia de Pacientes Neonatos Con Labio Fisurado Y Paladar Hendido Atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad De Quito desde el año 2005 al 2010**. Trabajo de grado como requisito para optar por el título de odontólogo. Universidad Central Del Ecuador. Facultad de Odontología. Es así que el objeto del presente trabajo fue determinar la incidencia de pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito desde el año 2005 al 2010. Estudio que fue retrospectivo, descriptivo, utilizando como fuente de datos recopilados de Historias Médicas de dicha casa de salud, Las variables analizadas fueron: incidencia, sexo, peso, edad materna, número de gestas, lugar de procedencia, etnia, hábitos de la madre, asociación a síndromes, herencia, tipo y localización de malformación y los resultados que se obtuvieron en un total de 163 casos fueron los siguientes:

Durante los años 2005 al 2010, se registró 67.755,0 nacimientos, de los cuales 67.735,0 fueron nacimientos vivos y 20,0 nacimientos muertos, lo que representa una mortalidad del 0,03 %. El mayor número de casos de malformaciones se registraron en las madres en edad de 14 a 18 años y 29 a 33 años con el 22,1 % y los menores casos en las madres menores de 14 años (1,8 %) y mayores de 44 años (4,3 %). En el número de partos de las madres, la mayor presencia de malformaciones fue en las multíparas (50,9 %) en relación a nulíparas (49,1 %). La presencia del mayor número de casos de malformaciones, se registraron en los niños (62,0 %) en relación a las niñas (38,0 %). Con relación al peso de los neonatos al nacimiento, la mayor presencia de malformaciones se encontró en los pesos menores de 2000 g (41,10 %) y mayores a 2501 g (32,5 %) y la menor incidencia en los pesos entre 2001 a 2500 g (26,4 %).

Con relación a la presencia de malformaciones, se registraron un total de 163 casos; registrándose la menor incidencia en labio fisurado (9,2%) y fisura palatina

(23,9 %) y en mayor grado labio fisurado y fisurapalatina (66,9 %). En la localización patológica de las malformaciones, se descubrieron 23 malformaciones patológicas, Fisura Labial Bilateral y Hendidura del Paladar Completa con 21 fue la de mayor presencia, seguida de Fisura Labio alveolar derecha y Hendidura del Paladar Completa con 17 casos, Hendidura del Paladar Completa con 14 casos, Fisura Labioalveolar Izquierda, Hendidura del Paladar Completa y Hendidura del Paladar Blando con 13 casos. La localidad proveniente de las madres incide en la presencia de malformaciones en los neonatos, como se desprende que la mayor presencia se encontró en madres de la sierra (89,6 %) en relación a las madres de la costa (6,7 %) y del oriente (3,7 %).

La etnia es otro de los factores que determina malformaciones en los neonatos, como se advierte en los mestizos la mayor presencia (89,6 %), con relación a los indígenas (5,5 %); negros 6 (3,7 %) y blancos 2 (1,2 %), respectivamente. El estudio de malformaciones de los neonatos según posibles factores advirtió en primer lugar síndrome (17,2 %); genético (17,2 %) y automedicación (13,5 %); en segundo grado: desnutrición (9,8 %) y causas sin identificación (9,22 %). En términos medios el alcohol y drogas (7,4 %), traumatismos (6,1 %) y químicos 10 (6,1 %) y con menor incidencia la tuberculosis y metrorragia (0,6 %).

Con relación a las causas de malformaciones según asociación de síndromes, se observó ninguna (70,55 %), en menor incidencia síndrome de Pierre Robin (5,52 %), microcefalia (4,29 %), síndrome Velo Cardiofacial (3,68 %) y síndrome de Van Der Woude (3,07 %). En el estudio del tipo de malformación según región de procedencia, se determinó en la sierra, la mayor presencia de malformaciones en todos los años, en primer grado se encontró la asociación Labio Fisurado y Fisura Palatina en un rango diferencial entre 51,8 % a 66,6 %, en segundo lugar se encontró Fisura Palatina entre 13,3 a 27,3 % y en tercer lugar Labio Fisurado entre 11,1 a 13,33 %. En el tipo de malformación según etnia de las madres, se observó la mayor presencia en los neonatos mestizos, la Fisura Palatina fue muy evidente en todos los años en un rango

entre 13,13 a 29,63 %; la asociación Labio Fisurado y Fisura Palatina entre 48,15 a 73,33 % y Labio Fisurado entre 10,34 a 13,33 %.

Finalmente, con esta investigación se invita a llevar a cabo nuevas investigaciones, en donde se identifique otras patologías que se producen diariamente en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, lo que contribuiría favorablemente al adelanto médico en el tratamiento de las diferentes patologías y si es abordada desde la niñez, tendrían mayor valía.

### **Bases Teóricas**

En relación a las bases teóricas Arias (2006:107) la define como: “el desarrollo de los conceptos y propósitos que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado”. Estas deben ir relacionadas con las variables que son objeto de estudio por lo que a continuación se presentan un conjunto de las teorías y conceptos relacionados a las variables a ser estudiadas en el trabajo especial de grado:

### **Enfermedades Bucodentales:**

Se conoce que las enfermedades bucodentales, las que más se observa en los pacientes son las caries y las afecciones periodontales que puede llevar a la pérdida de piezas dentales y esto puede afectar la salud integral de los individuos, debido a que se le puede limitar el hecho de poder morder, masticar, sonreír y hablar afectado en su bienestar desde el punto de vista psicosocial. En relación a esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007; s.p) afirma que las enfermedades bucodentales más frecuentes son las caries dentales, las afecciones periodontales, mal oclusión, alteraciones de tejido blando, cáncer de boca y lesiones congénitas.

Ahora bien, es preciso hablar de una de enfermedades que más se observa como son las caries, donde Duque De Estrada J. y Pérez, J y Hidalgo I. (2006; 2) indica que: “Las caries dentales es una enfermedad que afecta a las personas en todas las edades, es considerado el problema dental número uno en los escolares, aproximadamente el 50% de niños tienen una o más caries”. Ahora bien, para tener una idea clara de esta enfermedad explica lo siguiente Duque De Estrada J. y Pérez, J y Hidalgo I. (2006; 2)

Las caries dentales, bajo ciertas circunstancias, puede considerarse como una enfermedad infecciosa causada por la flora normal de la cavidad bucal. Así, la caries dental involucra la interacción en el tiempo de una superficie dental susceptible, las bacterias cariogénicas y la disponibilidad de una fuente de carbohidratos fermentables, especialmente sacarosas.

Otra definición es realizada por Dorland, (1997; 295), el cual la define como de la siguiente manera:

Caries: (caries) [lat. Caries, putrefacción], F. descomposición molecular o muerte de un hueso que se torna blando, decolorado y poroso. Caries dental: Destrucción localizada de tejido calcificado que se inicia en la superficie del diente por descalcificación del esmalte seguida lisis enzimática de la porción orgánica, produciéndose una cavidad en el diente que puede inclusive alcanzar la pulpa.

Es importante, hacer referencia a otro concepto de carie la cual explica que es tiene se produce por distintos factores que hacen que se produzca la destrucción de la pieza dentaria. Este explicación es dada por Lanata J. et al. (2003; 89) el cual indica lo siguiente:

Caries Dental. Enfermedad multifactorial de origen microbiano que afecta a los tejidos duros de las piezas dentarias y provoca su desmineralización y su consecuente destrucción. Todo este proceso se desarrolla en forma permanente, continua e irreversible, avanzando desde el interior hasta el exterior, hasta alcanzar la pulpa dentaria.

Hay que destacar, que las caries al igual que todas las enfermedades bucodentales, deben ser atendidas de manera oportuna por los profesionales en el área de la odontología, pero a su vez se requiere de la prevención por medio de una higiene bucal que ayude a mantener una buena salud por parte de los pacientes, por lo que se requiere de técnicas del cepillado que contribuya a que se pueda dar esta situación, sin que se comprometa la pérdida de algunas piezas dentales.

### **Clasificación de la Carie**

La clasificación que es empleada es Mount y R. Hume (1997) la cual se caracteriza porque la misma busca vincular la localización, el tamaño y la susceptibilidad de la carie. Gil, González, y Llor (2013; 10) Frente a la necesidad señalada, (MOUNT Y HUME, 1997) describieron tres zonas o áreas, donde se logra acumular la placa dental, que la que contribuye a la formación de caries:

1. Zona 1: Lesión iniciada en los surcos, las fosas oclusales, vestibulares y linguales de todos los dientes y en los defectos estructurales de las superficies lisas, excepto las proximales y en el tercio cervical.
2. Zona 2: lesión localizada en áreas proximales de todos los dientes.
3. Zona 3: Lesión localizada en la superficie cervical coronal y/o radicular de todos los dientes.

Ahora bien, la clasificación se encuentra el grado de avance de la lesión de la carie, donde inicialmente se describía que eran cuatro estadios que iban de la (1 a la 4.) Pero posteriormente, Lasfargues en 1999 propone incorporar un estado adicional como es el cero (0) y el mismo representa el hecho que no se presenta cavitación, donde se observa la presencia de esmalte desmineralizado y cuyo tratamiento es no invasivo para lograr reversibilidad deteniendo el avance de la carie, por lo que se

considera una lesión inactiva. Esta clasificación es expuesta por Gil, González, y Llor (2013; 10) donde indica lo siguiente:

Estado 1: Presencia de opacidad o pigmentaciones de la superficie distinguibles fácilmente sin secado del esmalte, debido a microcavitación localizada. Mínima afectación de la dentina. Tratamiento: mínima intervención, sellado o infiltración de la lesión.

Estado 2: Lesión moderada que alcanza la dentina sin involucrar las cúspides. Tratamiento: mínima intervención, preservación de tejido, restauración adhesiva.

Estado 3: Lesión larga con extensa cavidad y alcanza las vertientes de las cúspides. Tratamiento: preparación cavitaria, restauración directa o indirecta.

Estado 4: Lesión extensa que alcanza una o más cúspides. Tratamiento: preparación extensa, restauración indirecta.

Otro aspecto a mencionar va relacionado a un sistema internacional de detección y diagnóstico de caries, el cual fue discutido en la ciudad de Baltimore, Maryland USA en el año 2005, este es conocido como ICDAS II (internacional Caries Detección and Assessment System), el mismo se trata de un método para la detección temprana de caries, así como para el seguimiento del patrón. En este sentido González y Bologna (2011; 79) señala que el ICDAS completo presentan siete categorías:

La primera diente sano (código 0) y las dos siguientes para caries limitadas de esmalte, mancha blanca/marrón (código 1 y 2). Las dos siguientes categorías (código 3 y 4) son consideradas caries que se extienden al esmalte y dentina, pero sin dentina expuesta. Y las otras dos categorías restantes (código 5 y 6) consideradas caries con dentina expuesta. 27

Asimismo, González y Bologna (2011; 79) explica que hay una nomenclatura de dos dígitos: “el primero del 0 al 8 corresponde al “código de restauración y sellante”, el número 9 corresponde al “código de diente ausente”; y el segundo dígito 0 a 6 corresponde al “código de caries de esmalte y dentina”

En virtud de todo lo antes expuesto, se hace necesario recurrir a un especialista en las áreas por el cual el paciente debe ir de manera periódica, debido que cuando la lesión en la pieza dental es visible es que el proceso de cavitación está presente y hay que darle solución de manera rápida a fin que esta pueda tratarse para no colocar en riesgo la integridad de diente, ya que a medida que avanza deterioro del esmalte por lo que se ira rompiendo paulatinamente, producto que la lesión cariosa penetra en el tejido interior de la pieza y en el tiempo causa un causar un dolor agudo y muy intenso.

### **Enfermedades Periodontales**

Las enfermedades periodontales se produce en gran medida por la placa bacteriana que se acumula esta crece entre las encías y los dientes, en el surco gingival, la misma se va endureciendo convirtiendo en cálculo dental, generando inflamación en el tejido de soporte del diente, por lo que se genera una gingivitis que al no ser tratada a tiempo va evolucionando se desarrolla un periodontitis que puede conllevar a la pérdida de piezas dentales. Para tener un concepto claro de este tipo de enfermedades se cita a el cual explica lo siguiente: Bezerrada, Lea (2008; 25) “Las enfermedades periodontales están relacionadas con la presencia de micro organismos en la superficie dentaria y tejido vecino, a pesar de las más prevalentes en adultos, estas enfermedades pueden afectar a niños y adolescentes”.

Es preciso señalar que, este tipo de afecciones odontológicas afecta la encía en consecuencia la estructura de soporte del diente, producto que la bacteria que hace que se genere la placa, siendo esta la causa directa de las enfermedades periodontales; por lo que se recomienda el uso adecuado de la técnica del cepillado y emplear el hilo dental, para así evitar que las bacterias que están presentes en las placas irriten la encía y se avance la enfermedad.

Ahora bien, es importante hablar del factor etiológico de la enfermedad periodontal, este es explicado con claridad por Bezerrada, Lea (2008; 25) el cual señala lo siguiente:

El factor etiológico de la enfermedad periodontal es la placa bacteriana. Todos los pacientes con acúmulo de bacterias en la superficie dental sobre todo al margen gingival, de manera inexplicable, después de algún tiempo, presentan señales de inflamación gingival. La magnitud de la evaluación de la enfermedad dependerá de la calidad de placa bacteriana y defensa del hospedero.

Lo antes señalado hace, ver que la placa bacteriana es la causante de las enfermedades periodontales, producto que a medida que pasa hace que se desprendan las encías de las pizas dentarias y se formen bolsas periodontales, la cuales al no ser tratadas penetran al hueso y dañan el diente, por lo que este tiene que ser extraído irremediablemente. En relación a esto es oportuno explicar que es el cálculo dental y este es explicado Menéndez, Luis (2013; 76) e indica lo siguiente:

El cálculo dental es una placa bacteriana mineralizada que se forma sobre la superficie de los dientes naturales. Se clasifican en supragingival y subgingival, según se relación con el margen gingival. En las personas jóvenes el estado periodontal se relaciona más con la acumulación de placa que con el cálculo, pero esta situación se invierte con la edad.

Otra de las causantes de las enfermedades periodontales es la placa que expuesto por Marsh Citado por Castañeda (2016; 24) como: “una comunidad constituida por diversos microorganismos que se encuentran en la superficie dental como un biofilm, embebidos en una matriz extracelular de polímeros del huésped y de origen microbiano”.

Una de las enfermedades periodontales es la Gengibitis, la cual es descrita por Bezerrada, Lea (2008; 26) como:

Es una enfermedad periodontal más común del niño, clasificada como inflamación gingival sin pérdida ósea, inducida por el cúmulo de placa bacteriana. Este cuadro inflamatorio va asociado a presencia de irritantes locales como la presencia de restauraciones mal adaptadas o lesiones de caries, aparatos ortodóncicos, apiñamiento, entre otros y una situación ecológicamente favorable a la colonización bacteriana, considerando la etapa de dentición mixta como etapa de predisposición a la gingivitis

Otra definición la Gingivitis, es efectuada por Enrile, F. y Fernández, F. (2012; 10) es indica que esta se refiere a: “la respuesta inflamatorias de las encías a los irritantes locales (placa dental). El término gingivitis no representa una única enfermedad, pero si un amplio espectro de enfermedades que son el resultado final de diferentes procesos”. De igual forma, la Academia de Periodoncia que es citada por Enrile, F. y Fernández, F. (2012; 10) hace mención las de las siguientes características de la enfermedad gingival:

1. Signos síntomas limitadas a la encía.
2. Presencia de placa dental para iniciar y/o exacerbar la lesión.
3. Signos clínicos de inflamación (agrandamiento de contorno gingival, debido a edemas o fibrosis, cambio de color rojo, rojo azulado, aumento de tamaño de la temperatura sulcular, hemorragias tras estimulación, aumento del exudado gingival)
4. Niveles de inserción estable (tanto en un periodonto sin pérdida de inserción como en un periodonto reducido)
5. Reversibilidad dela lesión tras la remoción de la etiología.
6. Posible rol como precursor de pérdida de inserción dentaria.

Otra afección que afecta la encía es la Periodontitis Enrile, F. y Fernández, F. (2012; 18) como un grupo de enfermedades inflamatorio de origen infeccioso que afectan a los tejidos de soporte del cliente, y que de no ser tratadas adecuadamente pueden causar la pérdida de los dientes por destrucción de su aparato de inserción.

En cuanto a la clínica de las periodontitis esta es explicada por Enrile, F. y Fernández, F. (2012; 18) se en cuenta un mayor o menor grado de inflamación gingival que manifiesta cambios en la colocación de la encía, la cual en vez de tener un color rosado pálido pasa a tener una coloración rojo azulada. También cambia la consistencia de la misma; en vez de una encía que se adapta firmemente en el filo de cuchillo al cuello del diente, nos encontramos una encía congestionada y edematosa (redonda e hinchada). Otro signo de inflamación va hacer el sangrado al sondaje, aunque éste pueda no estar presentes en los pacientes muy fumadores.

Este aspecto clínico es muy común con la gingivitis y el dato que nos va diferenciar en ambas patologías va hacer la presencia profunda de sondaje aumente en el caso de las periodontitis. Al sondear al paciente con periodontitis encontramos valores superiores a los 3mm, hablando entonces de bolsas periodontales, un signo inequívoco de la enfermedad.

Finalmente, se debe decir que las enfermedades periodontales puede ser prevenida y controladas por medio de una buena higiene bucal y las vistas regulares al odontólogo para así evitar. En virtud de esto, Cisneros Citado por Castañeda (2016;21) indica que:“la clave para una buena higiene bucal es el cepillado dental 3 veces al día, que ayuda a la remoción de residuo en la boca, causante de la placa y gingivitis, reduce la velocidad del multiplicación de las bacterias y garantiza un aliento fresco y saludable”. Por lo que la dental debe estar orientado al control y la eliminación de la placa dental mediante métodos mecánicos y/o químicos a fin de evitar su propagación, debido a que puede comprometer la preservación del diente.

### **Formas Clínicas de la Periodontitis**

Entre las formas clínicas de la periodontitis esta se clasifica en dos, estas son las más recurrentes en las clínicas. Las mismas son expuestas por Enrile, F. y Fernández, F. (2012; 24)

1. Periodontitis Crónica: Esta vino a sustituir a la denominada periodontitis del adulto, pues se pensó que la edad no podía ser un factor de periodontitis, pero es la forma más frecuente que suele dársele adultos por encima de 30 años y su progresión es lenta en la mayoría de los casos, aunque puede darse brotes agudos de rápida pérdida de inserción. Normalmente, encontramos la relación entre cantidad de irritantes placa y cálculo y el grado de inflamación gingival y la importancia de la pérdida de inserción. Su progresión va relacionada con factores de riesgo local que facilita la retención de placa, como puede ser apiñamiento, las obstrucciones desbordantes o poco pulidas, las prótesis sub encontradas y otros factores iatrogénicos.
2. Periodontitis Agresivas: Esta tipología se puede darse en cualquier edad, la principal característica de esta periodontitis sería la pérdida de inserción y destrucción rápida y tendencia a la agregación familiar de casos. Estas periodontitis suelen asociarse con microflora subgingival muy virulenta, con una proporción elevada de actinobacillus actinomycetemomitans, porphyromana gingivalis, tannarella forsythensis. La misma se distingue en dos formas:
  - a) Periodontitis Progresiva localizada: Se inicia en la pubertad y se caracteriza por una progresión rápida, lo cual puede ser en 4 a 5 años puede perderse más del 50% del soporte periodontal.
  - b) Periodontitis agresiva generalizada: Suele iniciarse a los más tarde entre los (20 a 30 años) y también se caracteriza por una pérdida rápida grave de la destrucción periodontal, en este caso generalizada.

## **Mala Oclusión**

Cuando se habla de mala oclusión se trata que no hay alineación de los dientes superiores e inferiores por lo que estos no encajan entre sí. Este concepto es explicado por Manns, (2008; 128):

La mala oclusión dentaria es la relación de contacto funcional entre las piezas dentarias superiores e inferiores como resultado de la contracción sinérgica y coordinada de los diferentes músculos mandibulares. Esta

puede ser producto de anomalías de tamaño o de posición de los dientes, del tamaño relativo de las arcadas dentarias y su alineación, o de los tipos de relaciones oclusales.

La mala oclusión tiene una clasificación esta fue enunciada por Edward Angle en 1899, por lo que este procedió a diseñar un esquema que se caracteriza por su simplicidad y es empleado por expertos en el área de odontología. Esta es explicada por Manns, (2008; 128) el cual señala que Edwar Angle:“estableció una relación de las cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores, la cual ha sido tomada como patrón de referencia”. En cuanto a la clasificación que Edwar Angle que es citada por Manns, (2008: 129) se expone a continuación:

1. Clase I: caracterizada por presentar una correcta relación molar, es decir, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que surco vestibular del primer molar inferior pero existe mal posicionamiento dentario en las piezas anteriores.
2. Clase II: mal oclusión oclusiones caracterizadas sagital anómala de los primero molares: el surco vestibular del primer molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.
3. Clase III: el surco vestibular del primer molar inferior esta por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.

### **Hendidura de Labio y Paladar**

La hendidura de labio y paladaro también conocido como labio leporino es producto de una anomalía congénita, donde se puede observar claramente la abertura del labio y paladar, el cual se presenta, debido a que no se forma de manera correcta el tejido de la boca o el labio, durante el desarrollo fetal, dificultado problemas para masticar, alimentarse e incluso hablar, por lo que se requiere de un grupo

multidisciplinario para su debido tratamiento. Para tener una idea clara de esta afección es preciso citar a Sedano, R. (2007; 34) el cual explica lo siguiente:

La hendidura labial resulta de un error, en grados variables, en la unión de los procesos nasomedial y nasolateral. El paladar hendido asociado es secundario a la alteración del desarrollo del labio. El cierre palatino es impedido por la lengua, que, a su vez, se encuentra obstaculizada por el gran proceso mediano, o prolabio, y es producido por el exceso de crecimiento compensatorio de la hendidura labial. Por ello, el paladar hendido ocurre más frecuentemente en casos de hendidura labial bilateral que cuando dicha hendidura es unilateral.

Asimismo, Chung, KC.; Kowalski, CP.; Kim, HM., y Buchman, SR. citado Casanova (2012; 14) expresan que la Hendidura Labio Palatina (LPH):

Se produce durante el desarrollo embrionario; la boca primitiva inicia su formación entre los 28 y 30 días de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Entre la quinta y la sexta semana los procesos frontonasales y mandibulares derivados del primer arco faríngeo forman la boca primitiva. Posteriormente los procesos palatinos se fusionan con el tabique nasal medio formando el paladar y la úvula entre los 50 y los 60 días del desarrollo embrionario. La mayoría de los niños afectados de LPH no presentan asociaciones con otras malformaciones. Hay factores genéticos que actúan en su origen y, por lo tanto, existen riesgos de recurrencia en la hermandad. Posiblemente también jueguen un rol importante los factores ambientales, como por ejemplo ciertas drogas o el tabaquismo materno. (p.14)


Ahora bien, otro aspecto a tratar es en relación la clasificación a la Hendidura Labio Palatina, donde la más empleada es Davis y Ritchie , Veau , Pfeiffer, Kernahan , Millard y Tessier. En relación a esto Rossell, P. (2006; 190) “Kernahan tiene como alcance adicional un esquema donde se gráfica de manera práctica el tipo de fisura. Este es muy usado, sin embargo tampoco es específico en relación a la magnitud de la

deficiencia de tejidos en la fisura”. Asimismo, Rossell, P. (2006; 190) señala la clasificación más popular es la de VEAU (1931), dividiendo el problema en 4 tipos:


1. Tipo I: Fisura paladar blando.
2. Tipo II: Fisura paladar blando y duro. Fisura que se extiende hasta el foramen incisivo.
3. Tipo III: Fisura completa unilateral que va desde la úvula hasta el foramen incisivo donde cruza hacia un lado llegando al proceso alveolar a nivel del incisivo lateral.
4. Tipo IV: Fisura completa bilateral que va desde la úvula hasta el foramen incisivo donde se divide en dos, dejando pre-maxila separada.

Otra realizada por Davis y Ritchie, (1922; 79) expuesta por Rossell, P. (2006; 190) proponen una clasificación anatomoclínica para las H.L.P., que es la siguiente:

Grupo I: Hendidura pre alveolares

- 
- a. Unilateral
  - b. Mediana
  - c. Bilateral

Grupo II: Hendiduras Post-alveolares

- 
- a. Paladar blando
  - b. Paladar blando y duro; el reborde alveolar está intacto
  - c. Hendidura submucosa del paladar

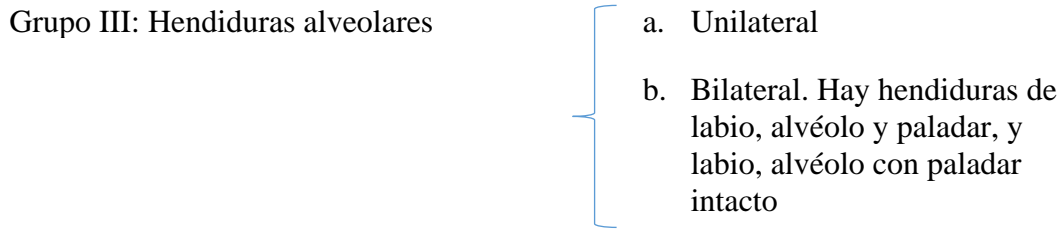


Figura 1. Davis y Ritchie, (1922; 79) clasificación anatomoclínica para las H.L.P.

### **Términos Básicos**

**Anomalía:** Estado contrario al natural. Irregularidad. Particularidad orgánica que diferencia un individuo o estado de la media de la misma especie o género. (Diccionario ilustrado de términos médicos) Semb, G.; Borchgrevink, HC.; Saether, IL.1990 Citado por Casanova (2012;26)

**Bucal:** relativo a las mejillas o a la boca. Diccionario ilustrado de términos médicos (2002; s.p)

**Equipo multidisciplinario:** sistema organizacional de manejo de casos de varias especialidades, en las cuales hay un líder responsable del manejo del equipo clínico implicado en el tratamiento del caso. Semb, G.; Borchgrevink, HC.; Saether, IL.1990 Citado por Casanova (2012;26)

**Hendidura:** abertura estrecha y larga. Fisura, especialmente las que aparecen en el embrión, como la hendidura branquial o la hendidura facial. Diccionario ilustrado de términos médicos (2002; s.p)

**LPH:** alteración congénita originada en las estructuras que forman la boca y el paladar. El resultado es una separación en el paladar y/o en el labio como resultado de

la falta de fusión de las estructuras durante el desarrollo intra-uterino. Por otro lado se denomina paladar hendido a una hendidura o falla en el paladar superior y puede presentarse en forma simultánea con el labio o sin él. Monserat, ER. (2002:26)

**Malformación congénita:** Alteración del desarrollo anatómico que se presenta durante la vida intrauterina. Solano, Barón, y Del Real, (2005; 18)

**Mal oclusión:** oclusión defectuosa de los dientes superiores sobre los inferiores, que interfiere en la máxima eficiencia durante los movimientos estrusivos de los maxilares que son esenciales para la masticación. Cameron, A., y Widmer, R. (2000; 72)

**Paladar:** El techo de la cavidad bucal tiene una forma de herradura de concavidad posterior, en la que se distingue una porción anterior o paladar duro (palatum durum), con un sustrato óseo, y un tercio posterior o paladar blando (palatum molle), con base fibromuscular. El paladar separa la cavidad bucal de las fosas nasales, se arquea en sentido transversal como antes posterior, variando su altura dentro de individuos a otros. Velayos (2007; 87)

**Encía:** Mucosa que recubre los huesos maxilares en las proximidades de los dientes. Gran Larousse Universal. (1996; 4252)

**Maxilar:** Es un hueso par que constituye la pieza principal del esqueleto facial y participa en la constitución de la órbita, la bóveda palatina, las cavidades nasales y la fosa infratemporal. Vellini F. (2002)

**Oclusión fisiológica:** Existe equilibrio funcional o un estado de homeostasis en los tejidos del sistema masticatorio, y puede presentarse como un número de variaciones estructurales dispares, pero que en un individuo dado, representa una relación oclusal funcional aceptable. (Mcneili, 2003)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

Un aspecto importante en el procesos de desarrollo de un trabajo de grado son los fundamentos metodológicos, ya que estos contribuyen a la consecución efectiva del cuerpo de investigación debido a que la misma contiene los lineamientos metodológicos que hacen que toda investigación se apegue al rigor científico. En función a esto es preciso citar a Arias (2006), el cual señala que: “La metodología de un trabajo especial de grado incluye el tipo o tipos de investigación, así como las técnicas y los procedimientos serán utilizados para llevar a cabo la investigación.” Por lo que se puede inferir que este permite orientar y organizar los lineamientos metodológicos tales como: tipo y diseño de investigación técnica, métodos, población, muestra entre otros.

#### **Naturaleza de la Investigación**

La naturaleza de la investigación está apegada a los paradigmas de la investigación que hay que considerar en el momento de efectuar una investigación científica, por lo que Kuhn (2004; 14), expresa que son: “los logros científicos universalmente aceptados, que durante algún tiempo suministran modelos de problemas y soluciones a una comunidad de profesionales”. Es decir que, son los modelos debidamente aceptados por la comunidad científica, para aportar respuesta a las interrogantes que se generan en un mundo cada vez más complejo.

Hay que destacar que el presente trabajo de grado se enmarcará dentro del paradigma positivista, el cual es explicado por Hurtado y Toro (2001; 16) de la siguiente manera: “hace énfasis en la objetividad, orientada hacia los resultados, donde el investigador busca descubrir y verificar las relaciones entre conceptos a partir de un esquema teórico previo.” En relación a este punto, el trabajo de investigación expone sus resultados a través de uso de datos estadísticos para así estudiar las afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labios y paladar que acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (noviembre 2015 al marzo 2016)

En virtud de lo antes descrito, el trabajo de grado tiene un enfoque eminentemente cuantitativo el cual es definido por Fernández y Baptista (2006; 5) debido a que “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.” En el caso particular de la investigación se conocerán cuáles serán las afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labios y paladar que acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (noviembre 2015 al marzo 2016) por medio uso de tablas y gráficos expuesto sobre datos porcentuales de tipo estadístico.

### **Nivel de la Investigación**

En relación a este aspecto Arias, F. (2006:23) explica que el nivel de la investigación: “se refiere al grado de profundidad con que aborda el fenómeno u objeto de estudio” en el caso particular de la investigación esta se caracteriza por tener un nivel descriptivo”. Asimismo, Hernández, Fernández y Baptista (2003:35)

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades más importantes o sobresalientes de los elementos o fenómenos. Es decir,

cómo es y cómo se manifiesta determinado evento. Miden o evalúan diversas situaciones, dimensiones o componentes del objeto a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. El estudio descriptivo selecciona una serie de cuestiones y se clasifica cada una de ellas de forma independiente, lo que permite describir lo que se investiga.

En el caso particular del presente trabajo de grado el mismo tiene un nivel descriptivo, ya que examina las variables de manera independiente para así obtener datos relevantes que contribuyan a brindar respuesta generadas del proceso investigativo. Por lo que se investigara en relación al número de casos reportados con los pacientes con hendidura de labios palatinos que acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera, para así identificar como es la distribución etaria, por sexo y el tipo de afecciones odontológicas que padecen estos pacientes en el periodo noviembre 2015 marzo 2016.

### **Diseño y tipo de la investigación**

En cuanto al diseño de investigación Arias, F. (2006) lo conceptualiza como: “El diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado” (p.33). Hay que acotar que, los diseños de investigación se clasifican de la siguiente manera: en documental, diseño experimental (diseño ex post facto) o no experimental (diseño ex post facto), el cual es definido por Hernández, Fernández y Baptista (2006; 267): “una investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. En el caso particular del presenta trabajo de grado la misma es un investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos”. Otra concepto es realizado por Kerlinger (1998) que explica con más profundidad la investigación no experimental o " post facto" como:

Una investigación sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se

hacen, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes. (p. 394).

Por lo que su diseño del presente trabajo de grado estará enfocado en uno no experimental, producto que se recolectaran los datos de las historias clínicas de los pacientes que acuden a la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera con hendidura de labios palatinos que tienen afecciones odontológicas.

En cuanto al tipo de investigación este es de de campo y ésta es definida por Hernández, Fernández y Baptista (2003:114) como: “Aquel que se realiza mediante la recolección de los datos directamente de la realidad o del lugar donde se efectuará el estudio mediante la aplicación de técnicas de encuestas, entrevistas y observación directa”. Producto que se buscará obtener información relevante en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (noviembre 2015 al marzo 2016) para así conocer cuáles son las afecciones que tienen este tipo de pacientes que acuden a la consulta odontológica de este centro asistencial.

### **Población y Muestra**

La población o muestra es de suma importancia frente a la ejecución del desarrollo de la investigación, La población de esta investigación según el autor Arias (2006:82), dice que es: “La agrupación en la que se conoce la cantidad de unidades que la integran”. En el caso particular de la investigación la población será de 2245 casos reportados en los meses de noviembre 2015 al marzo 2016

En relación a la muestra Arias (2006) expresa que: “La muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p.83). Asimismo, De Barrera (2008; 141), señala que la muestra se realiza cuando: la

población es tan grande o inaccesible que no se puede estudiar toda, entonces el investigador tendrá la posibilidad seleccionar una muestra. El muestro no es un requisito indispensable de toda investigación, eso depende de los propósitos del investigador, el contexto, y las características de sus unidades de estudio. En este caso se considerará un 30% de la población y ésta estará conformada por 674 historias clínicas de pacientes con hendidura de labios palatinos que acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera,

### **Técnica de Recolección de Datos**

En relación a este aspecto Hurtado (2008; 153) La técnica tiene que ver con los procedimientos utilizados, para la obtención de los datos, es decir como estas pueden ser de revisión documental. En este sentido Hurtado (2008; 164) expresa que “la selección de la técnica e instrumentos de recolección de datos implica determinar por cuáles medios o procedimiento el investigador obtendrá la información para alcanzar los objetivos planteados en la investigación.”

En el caso particular del trabajo de grado se empleara la técnica de la observación directa que según Hurtado (2008; 459) la define como: “La observación directa constituye un proceso de atención, recopilación, selección y registro de información para la cual el investigador se apoya en sus sentidos. En el caso particular de la presente investigación se empelará la técnica de la observación directa, debido que la misma permitirá la obtención de la información a través de las historias clínicas de los pacientes que acuden a la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejeracon hendidura de labios palatinos que tienen afecciones odontológicas.

## **Instrumento de Recolección de Datos**

Otro aspecto a resaltar, es el instrumento que se utilizará en la investigación, donde Arias (2006:111), menciona que los instrumentos son: “Los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información”. En este caso se empleará la guía de observación que es definida por Ortiz (2004; 75) como: es un instrumento de técnica de observación; su estructura corresponde con la sistematicidad de los aspectos que prevé registrar acerca del objeto. Este instrumento permite registrar los datos con orden cronológico, práctico y concreto para derivar el análisis de situación o problema determinado.

En este caso la guía de observación obtendrá aspectos que permitirá la recolección de la información en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) En Valencia, Estado Carabobo en el periodo (noviembre 2015 al marzo 2016) este instrumento permitirá obtener información relacionada a la número de pacientes que tiene hendidura de labios palatinos, la distribución etaria y el tipo de pacientes que acuden a la consulta odontológica de este centro asistencial,

## **Validez de los Instrumentos**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2002:243), mencionan que: “La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de los que se mide”. Es importante señalar que la validez de los datos se hace a través de un "Juicio de Expertos", el cual es definido de manera clara por Palella y Martins (2006; 173), donde esta consiste en:

(...) entregarle a tres (3), cinco (5) o siete (7) expertos (siempre números impares) en la materia objeto de estudio y en metodología y/o construcción de instrumentos un ejemplar del (los) instrumento(s) con su respectiva matriz de respuesta acompañada de los objetivos de la investigación, el sistema de variables y una serie de criterios para calificar las preguntas. Los expertos revisan el contenido, la redacción y la pertinencia de cada reactivo, y hacen recomendaciones para que el investigador efectúe las debidas correcciones, en los casos que lo consideren necesario.

En el procedimiento de validación de los instrumentos se medirán las variables de estudio, las cuales estarán fundamentadas en la validez de contenido, considerando la pertinencia de los ítems con los indicadores de las variables, y a su vez el instrumento fue evaluado bajo el juicio de los expertos el cual estuvo conformado por: un (1) Magister en metodología en la investigación y por último, una (2) dos especialista en Derecho Constitucional, esto con la finalidad que los expertos indiquen sus observaciones el cuestionario diseñado para el desarrollo del proceso investigativo.

### **Cuadro de Variables**

El cuadro de variables ayuda establecer cuales son la variables e indicadores que son objeto de estudio. Esto es explicado por Delgado de Smith, Colombo y Orfila (2008:52) como “la elaboración de este cuadro permite ir descomponiendo, a partir de los aspectos generales, los elementos más concretos que le permiten al investigador acercarse a la realidad objeto de estudio.” El mismo contiene una serie de elementos que son expuestos por Hurtado y Toro (2007) los cuales se presentan a continuación:

1. Variable: es una característica o cualidad; magnitud o cantidad que puede sufrir cambios y que es objeto de análisis, medición, manipulación, o control en una investigación.
2. Definición: consiste en indicar y describir los elementos que componen la variable partiendo desde el punto de vista de un investigador.
3. Indicadores: es la expresión más concreta de la variable.
4. Ítems: medidas que se le harán a los indicadores y por lo general sustituyen instrumentos de recolección de datos.
5. Fuente: personas documentos o libros que dan respuesta a las interrogantes que se especifican en los ítems.
6. Técnica o Instrumento: son las distintas formas o maneras de obtener la información. Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información. (p.83)

Los procedimientos anteriormente enunciados por Delgado de Smith, Colombo y Orfila (2002:52) indica lo siguiente: “La operacionalización se efectúa de dos vías: la primera a partir de cada objetivos específicos de la investigación y en el segundo caso, para cada una de las hipótesis de trabajo.” En el caso particular del presente trabajo de investigación la operacionalización de las variables que se van hacer en función de los objetivos específicos propuestos. A continuación se presenta el cuadro de variables:

**Cuadro de Variables**

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Determinar la incidencia de los casos reportados con afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladar que acude la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo.	Incidencia de los casos reportados con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar	Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado  Mal formación de tipo congénito que consiste en una separación en el labio superior	Incidencia   Clasificación que Edwar Angle	Número de casos reportados en noviembre 2015 a marzo 2016  Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV
Investigar en relación datos clínicos del paciente en relación a la distribución etaria y sexo de	Distribución etaria	La distribución por edad de la población o composición por edad.	Edad	Niños Adolescentes Adultos Adultos Mayores

los con afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladarque acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET)	Sexo	Es la distribución de la población según su sexualidad	Género	Femenino Masculino
<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
Establecer el tipo de afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladarque acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo	Tipo de de afecciones odontológicas	Clasificación de enfermedades que afectan a la boca	Caries  Gingivitis Periodontitis  Mala Oclusión	Estado I, II, III, IV, Pacientes Sanos.  Crónicas, Agresivas  Clase I, II, III

### Proceso de Análisis de Resultados

En cuanto al proceso de análisis de resultado que se efectúa en la investigación es cuantitativo el cual es definido por Sabino (2006) como: “Una operación que se efectúa, con toda la información numérica resultante de la investigación. Luego del procesamiento que ya se le habrá hecho, se presentará como un conjunto de cuadros y medidas, con porcentajes ya calculados”. Es importante señalar que todo proceso de

análisis tiene una técnica que debe ser empleada en el caso particular del presente trabajo se efectuará por medio de un análisis cuantitativo, el cual definidas por Berry (2003; 98) como: “una representación que indica qué porcentaje del total corresponde a cada dato. Se obtiene multiplicando por 100 la frecuencia relativa. La suma de las frecuencias porcentuales es igual a 100.” Los datos obtenidos de la guía de observación permitirá revelar estadísticamente el número de casos portados en los meses de noviembre del año 2015 a marzo 2016, así como la distribución etaria por sexo y el tipo de afecciones odontológicas que afectan a los pacientes con hendidura de labio palatino.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACION**

En esta parte de trabajo de grado se expone los resultados arrojados que se han dado gracias al proceso de recolección de la información, los cuales fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes que acuden a la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET). En Valencia, Estado Carabobo, con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar por medio

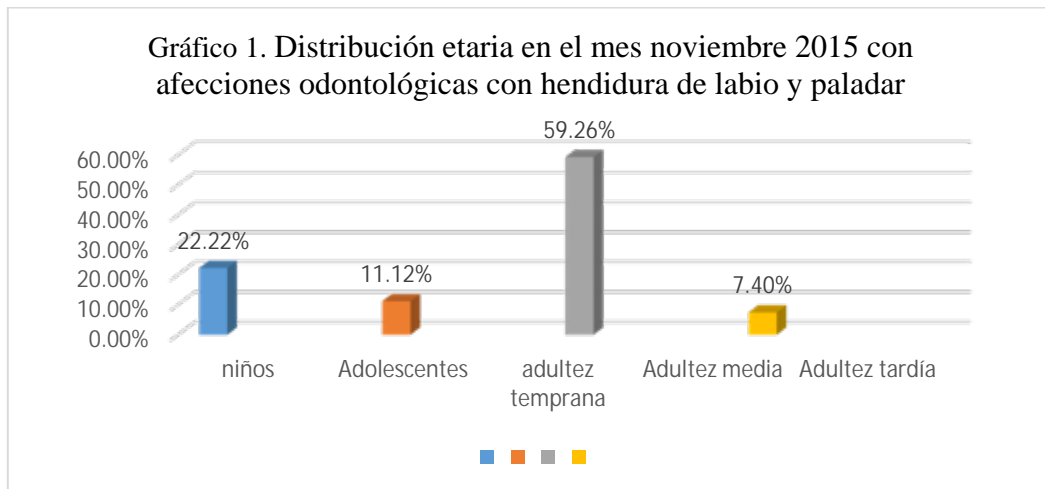
En relación a proceso de recolección se efectuó a través de una guía de observación, la cual permitió los datos necesarios para el el análisis e interpretación de los mismo; donde los estudiaron todas las variables que son objeto de estudio tales como; incidencia de los casos reportados con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar, distribución etaria, sexo, tipo de afecciones odontológicas, ya que estas fue lo permitió la exposición de los resultados los cuales se presentan en este capítulo. En relación a esto es preciso citar a Delgado, Colombo y Orfila (2003; 82), dicen que el análisis e interpretación de los resultados: “corresponde a la última fase del proceso de investigación, y en el mismo se explica todo un conjunto de argumentos tendentes a dilucidar aspectos inherentes al alcance de cada uno de los objetivos propuestos por el sujeto examinador”

Para la presentación de los resultado se procedió a efectuar una clasificación que permitió registro y tabulación de la información obtenidas de los registros odontológicos de noviembre de 2015 a marzo 2016. En cuanto al procesamiento de información se hizo con la ayuda de sistema operativo Windows en su versión 2010, en él se efectuó la tabla y los gráficos, para facilitar el análisis de los resultados. A continuación se presenta los resultados de trabajo de grado

**Ítems 1.** Distribución etaria en el mes noviembre 2015 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 1.** Distribución etaria en el mes noviembre 2015 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

<b>Ítems 1.</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
0-10 (niños)	6	22,22
11-20(Adolescentes)	3	11,12
21-40 (adultez temprana)	16	59,26
41-65 (adultez media)	2	7,40
66 o más (Adultez tardía)		
<b>Total Pacientes</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>



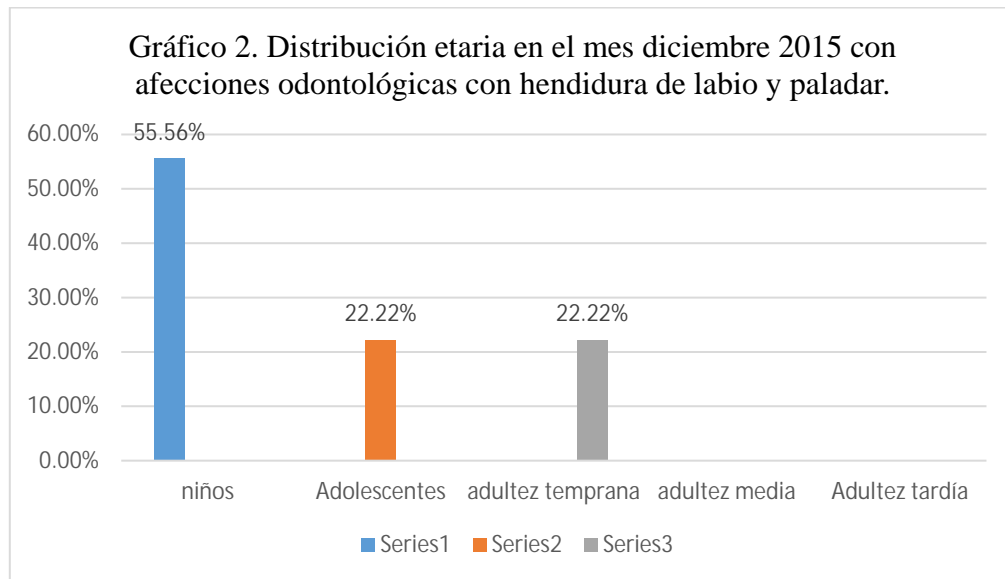
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** En relación a la distribución etaria se puede decir el grupo más predominante que acudieron a la consulta odontológica en el (CHET) con problemas de odontológicos con hendidura de labio y paladar fueron los pacientes con adultez temprana (21-40 años) con un 59,26%, seguido de los niños en un 22,22% (0-10 años). Los grupos etarios donde se observaron menos pacientes en el mes de noviembre 2015, fueron los adolescentes (12-20 años) con un 11,12% y la adultez mediana (41-65 años) con un 7,40%; asimismo, no se reportó pacientes cuya edad entraban en el grupo etario de adultez tardía (66 a más años).

**Ítems 1.** Distribución etaria en el mes diciembre 2015 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 2.** Distribución etaria en el mes diciembre 2015 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

<b>Ítems 1.</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
0-10 (niños)	5	55,56%
11-20(Adolescentes)	2	22,22%
21-40 (adultez temprana)	2	22,22%
41-65 (adultez media)		
66 o más (Adultez tardía)		
<b>Total Pacientes</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>



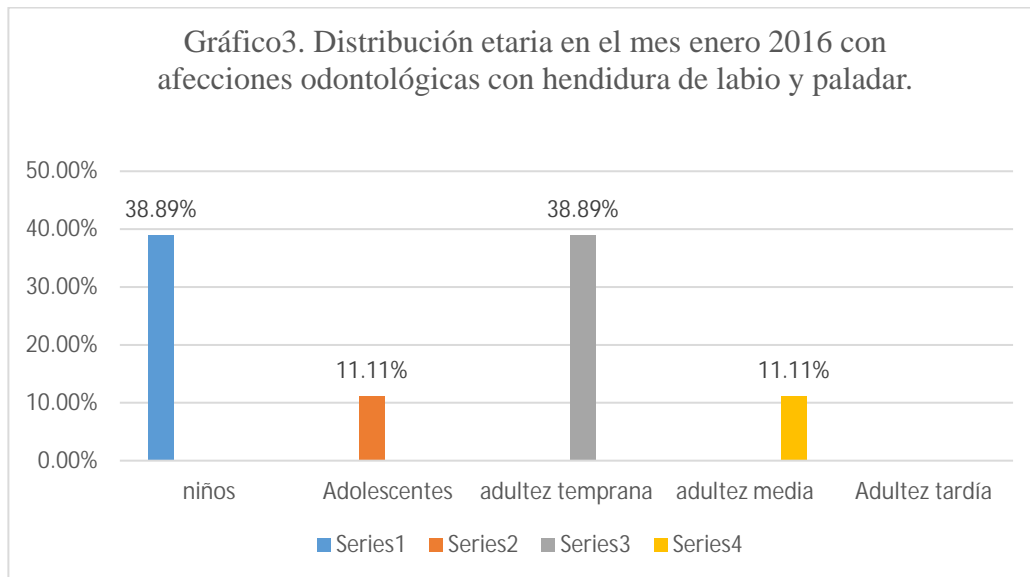
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** En relación a la distribución etaria se puede decir el grupo más predominante que acudieron a la consulta odontológica en el (CHET) con problemas de odontológicos con hendidura de labio y paladar fueron los niños con un 55,56 % (0-10 años), seguido de los de los adolescente (12-20 años) y adulez temprana (21- 40 años) con un 22,22%. Asimismo, no se reportó pacientes cuya edad entraban en el grupo etario de adulez mediana y adulez tardía (66 a más años).

**Ítems 1.** Distribución etaria en el mesenero 2016 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 3.**Distribución etaria en el mesenero 2016 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

<b>Ítems 1.</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
0-10 (niños)	7	38,89
11-20(Adolescentes)	2	11,11
21-40 (adultez temprana)	7	38,89
41-65 (adultez media)	2	11,11
66 o más (Adultez tardía)		
<b>Total Pacientes</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>



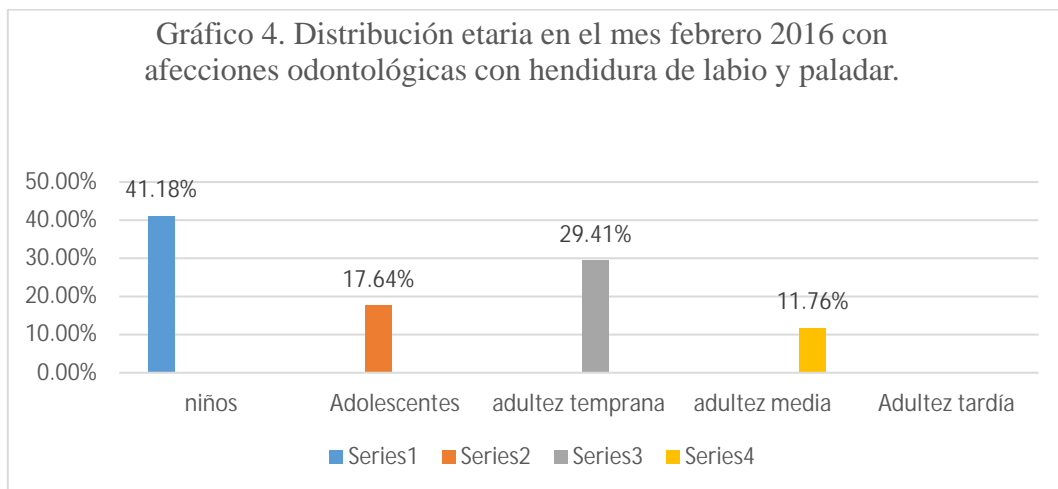
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:**En el mes de enero se observó en las historias clínicas de la (CHET) que los grupos que reportaron mayores índices de con problemas de odontológicos con hendidura de labio y paladar fueron los pacientes con adultez temprana (21-40 años) y los niños (0-10años) con un 38,89% cada grupo, seguido por los adolescentes (12-20 años) y adultez mediana (41-65 años) con 11,11% y no se reportaron casos clínicos en adultez tardía (66 a más años).

**Ítems 1.** Distribución etaria en el mes febrero 2016 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 4.** Distribución etaria en el mes febrero 2016 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

<b>Ítems 1.</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
0-10 (niños)	7	41,18
11-20(Adolescentes)	3	17,64
21-40 (adultez temprana)	5	29,41
41-65 (adultez media)	2	11,76
66 o más (Adultez tardía)		
<b>Total Pacientes</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>



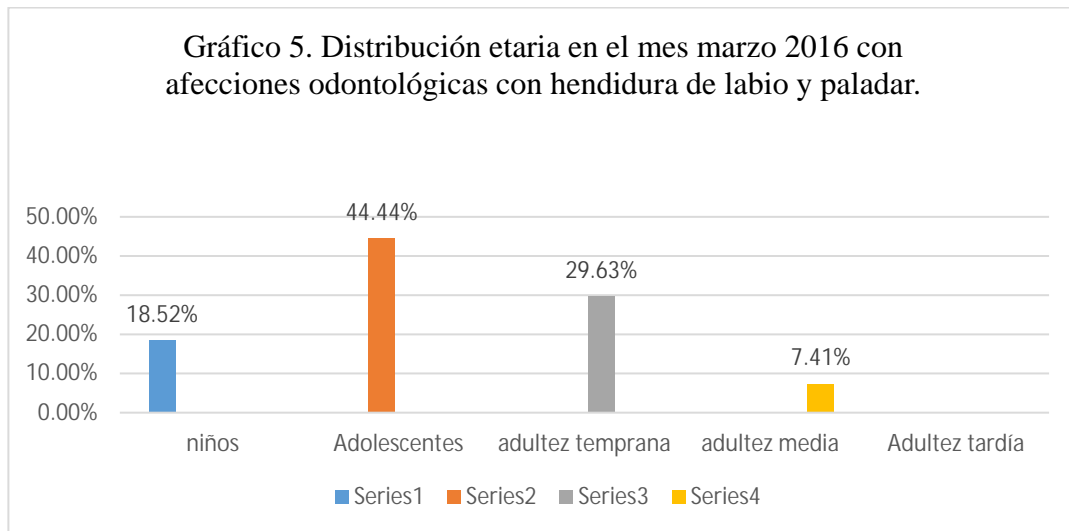
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** En el mes de febrero se observó en las historias clínicas de la (CHET) que los grupos que reportaron mayores índices de con problemas de odontológicas con hendidura de labio y paladar fueron los niños (0-10 años) con un 41,18%, seguido por adultez temprana (21-40 años) con un 29,41%. Los grupos etarios que reportaron menores índices fueron los adolescentes (12-20 años) con un 17,64% y adultez media (21-40 años) con un 11,76% y no se reportaron casos clínicos en adultez tardía (66 a más años)

**Ítems 1.**Distribución etaria en el mes marzo 2016 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 5.**Distribución etaria en el mes marzo 2016 con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.

<b>Ítems 1.</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
0-10 (niños)	5	18,52
11-20(Adolescentes)	12	44,44
21-40 (adultez temprana)	8	29,63
41-65 (adultez media)	2	7,41
66 o más (Adultez tardía)		
<b>Total Pacientes</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:**En el mes de marzo se observó en las historias clínicas de la (CHET) que los grupos que reportaron mayores índices de con problemas de odontológicas con hendidura de labio y paladar fueron los adolescentes (12-20 años) con un 44,44 %, seguido adultez temprana (21-40 años) con un 29,63%. Los grupos etarios que reportaron menores índices fueron los adultez temprana (21- 40 años) con un 7,41% y los niños (0-10 años) con un 18,52% y no se reportaron casos clínicos en adultez tardía (66 a más años).

### **Análisis de Resultados de la Distribución etaria desde el mes febrero 2016 a marzo con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.**

En esta variable se puede observar que los resultados de los meses de noviembre 2015 a marzo 2016, se estudió 95 historias clínicas los cuales tenían afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar, donde se indagaron en los registros de las historias clínicas la incidencia de los casos reportados con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar en él se observó incidencia y clasificación que Edwar Angle, así como distribución etaria, sexo, tipo de afecciones odontológicas tales como: Caries, gingivitis, periodontitis, mala oclusión.

En cuanto a los resultados emitidos se pudo evidenciar que el resultado fue variado en este periodo de cuatro meses; pero si se evidencio que en se registran el mayor número de casos con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar son los niños (0-10años), noviembre 22,22%, diciembre 55,56 %, enero con 38,89%, febrero 41,18% y marzo con 18,52. El otro segundo grupo etario que tuvo los mayores registros estadísticos fue la adultez temprana (21- 40 años) se observan en noviembre 59,26%, diciembre 22,22% enero 38,89%, febrero 29,41% y marzo 29,63%. El tercer grupo con un número significativo en datos estadísticas son los adolescentes (12-20 años) con un 11,12% noviembre, diciembre con un 22,22%, enero 11,11%, febrero 11,76% y marzo con 7,41%. En relación a este punto Naranjo, Vivas, y Herrera (2009;160)indica que: “La prevalencia de los casos con lesiones de labio y paladar encontradas en base a los sujetos estudiados, según los grupos etéreos de 10 a 13 años reporta 4 sujetos afectados.”

Otro aspecto a indicar es, que lo grupos con menores afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar es la adultez media (41-65 años) considerando los siguientes datos: 7,40% en noviembre, diciembre no se reportaron casos, enero y

febrero 11,11% y marzo 7,41. Asimismo, no se reportó pacientes cuya edad entraban en el grupo etario de adultez tardía (66 a más años). Otro aspecto a revelar que no hay tantos casos en personas mayores y más que todo en niños producto de lo explicado por Monserat, Zambrano yOtros (2000; s.p)

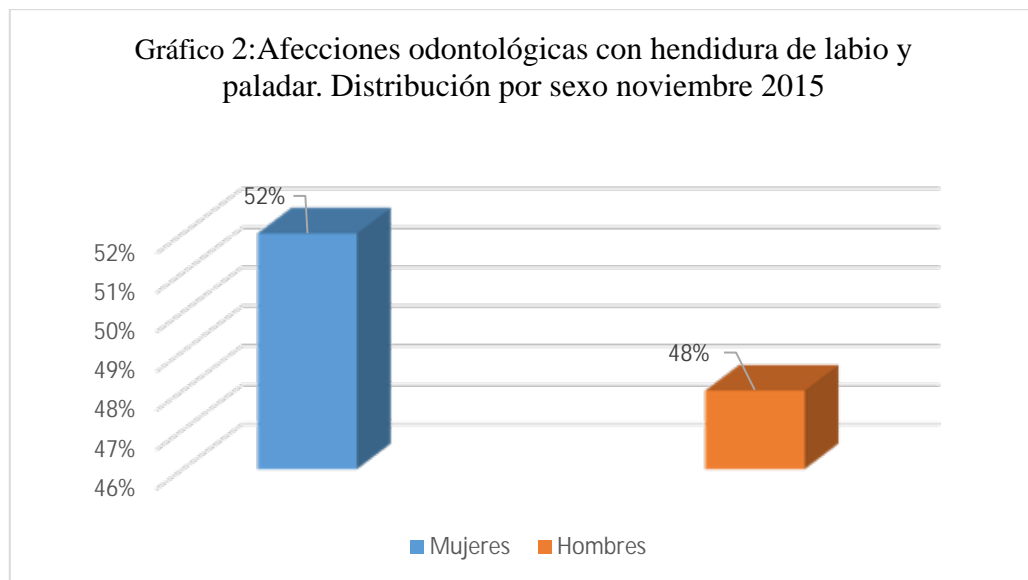
La intervención del labio se indica a los tres o seis meses siempre y cuando el niño presente las condiciones físicas adecuadas.La intervención del paladar blando de acuerdo al grupo quirúrgico, se realiza conjuntamente con el labio (3-6 meses), con el fin de restituir la función del velo del paladar, lo cual pone en función a los músculos periestafilinos internos y externos que tienen por función abrir y cerrar la trompa de eustaquio, con el objeto de que las secreciones producidas allí salgan al exterior. En los casos de paladar hendido, estos músculos no cumplen su función lo que da lugar a que las secreciones no sean expulsadas, las cuales originan otitis media que a repetición producen hipoacusia.La operación del paladar duro se realiza entre los 5-8 años de edad. Sobre la base de los conocimientos de crecimiento y desarrollo cráneo facial.

Considerando lo antes expuesto, el número de casos con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar disminuye con la edad de los pacientes, ya que estos son operados en edades muy tempranas. Las razones pudieran ser de tipo multifactorial, pero puede ser que algunos no logre culminan sus tratamientos médicos producto de la carencia de recursos económico por la condición socioeconómica y educativa de sus padres.

**Ítems 2.**Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo noviembre 2015

**Tabla 6.**Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo noviembre 2015

<b>Ítems 2</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Mujer	14	52
Hombres	13	48
Total Pacientes	<b>27</b>	<b>100%</b>



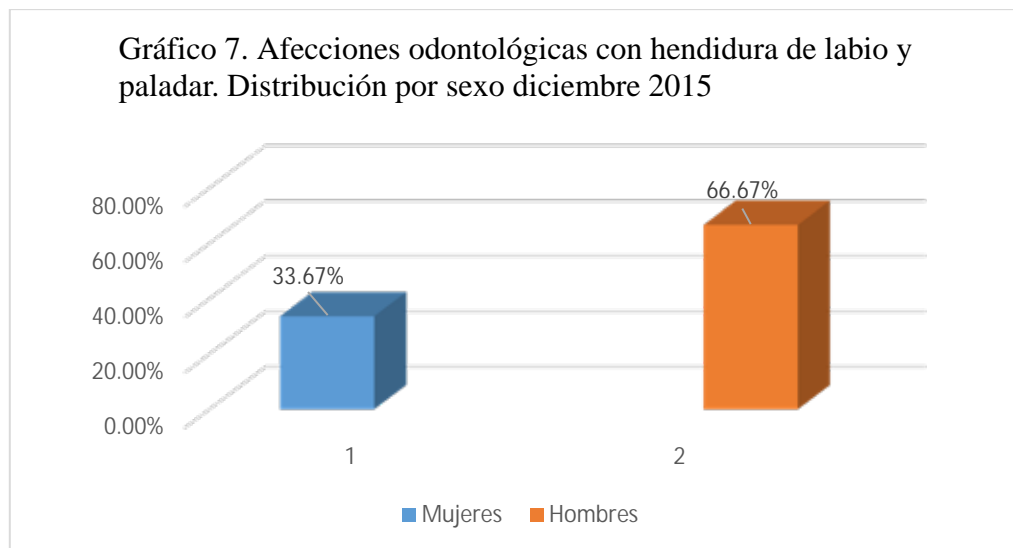
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:**Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo en el mes de noviembre del 2015, se pudo constatar que los pacientes que acuden por problemas de odontológicos con hendidura de labio y paladar en el mes de noviembre fueron las mujeres en un 52% y los hombres representaron 48%.

**Ítems 2.** Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo diciembre 2015

**Tabla 7.** Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo diciembre 2015.

Ítems 2	f	%
Mujer	3	33,33
Hombres	6	66,67
Total Pacientes	<b>9</b>	<b>100%</b>



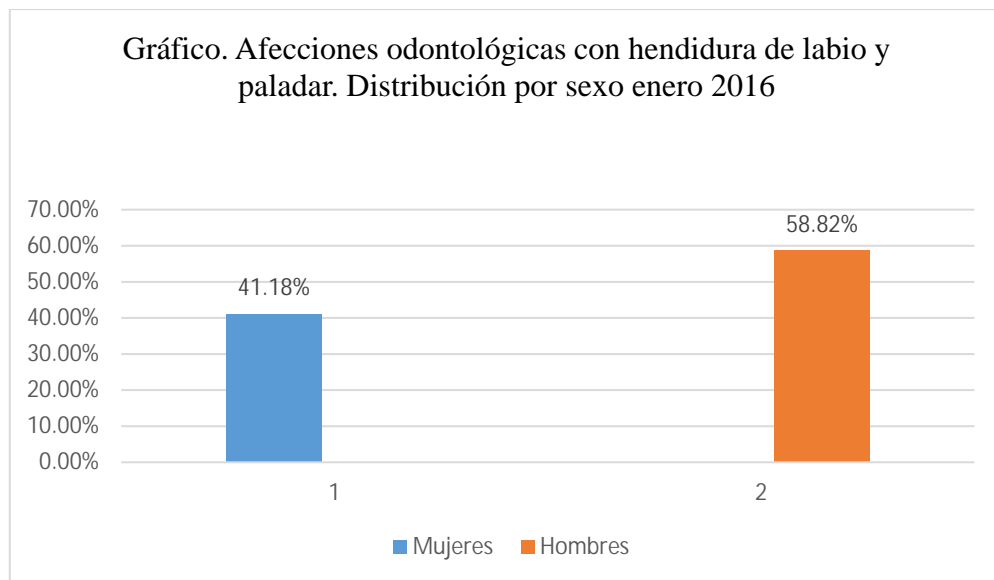
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo en el mes de diciembre del 2015, se pudo constatar que los pacientes que acuden por problemas de odontológicos con hendidura de labio y paladar en el mes de noviembre fueron las los hombres 66.67% % y las representaron mujeres 33,67%.

**Ítems 2.**Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo enero2016

**Tabla 8.**Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo enero 2016

Ítems 2	f	%
Mujer	7	41,18
Hombres	11	58,82
Total Pacientes	<b>17</b>	<b>100%</b>



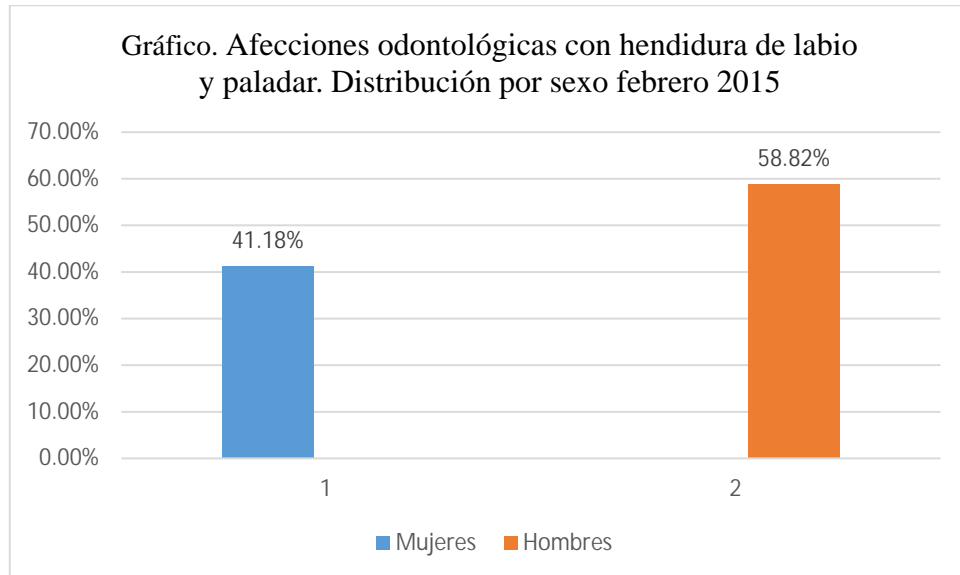
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados: Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo en el mes de enero del 2016, que los pacientes que acuden por problemas de odontológicos con hendidura de labio y paladar en el mes de noviembre fueron las los hombres 58,82% % y las representaron mujeres 41,18%.

**Ítems 2.**Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo febrero2015

**Tabla 9.**Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo febrero 2015

<b>Ítems 2</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Mujer	7	41,18
Hombres	11	58,82
Total Pacientes	<b>17</b>	<b>100%</b>



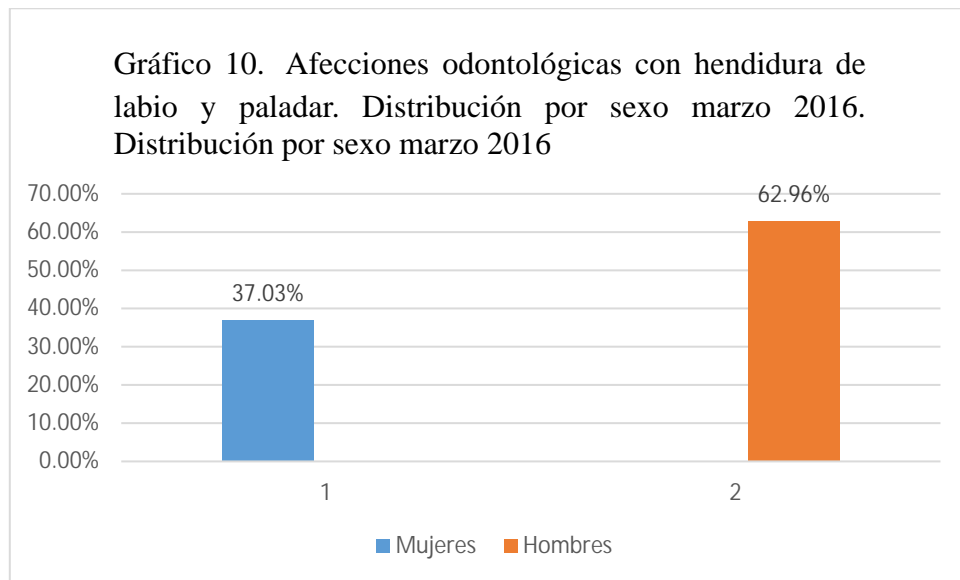
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo en el mes de noviembre del 2015, que los pacientes que acuden por problemas de odontológicos con hendidura de labio y paladar en el mes de noviembre fueron las mujeres en un 52% y los hombres representaron 48%.

**Ítems 2.**Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo marzo2016

**Tabla 10.**Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar. Distribución por sexo marzo 2016

<b>Ítems 2</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Mujer	10	37,03
Hombres	17	62,96
Total Pacientes	<b>27</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:**Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo en el mes de marzo del 2016, que los pacientes que acuden por problemas de odontológicos con hendidura de labio y paladar en el mes de noviembre fueron las los hombres 62,96% % y las representaron mujeres 37,04%.

## **Análisis de las Afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar.**

### **Distribución por sexo noviembre 2015**

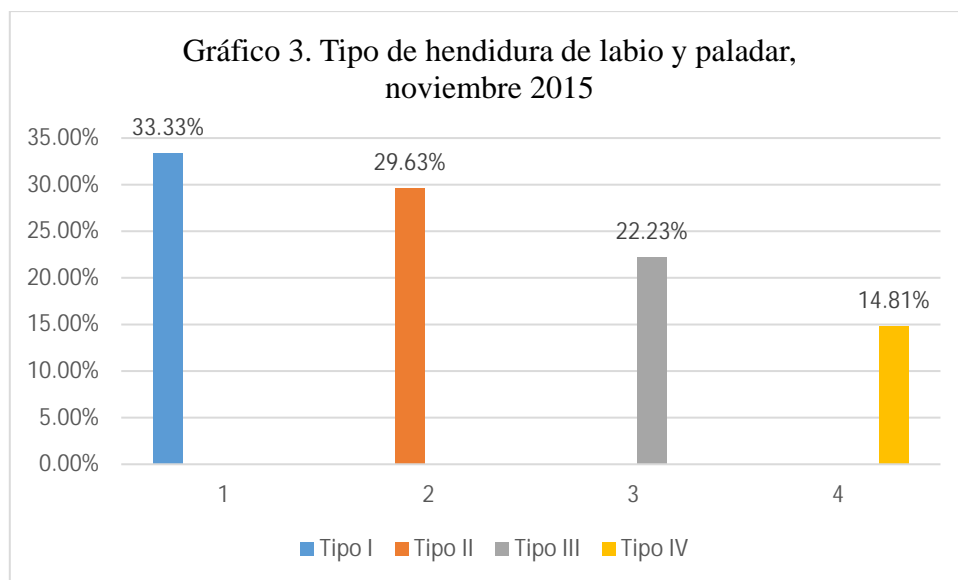
Durante el proceso investigativo se pudo observar que durante los meses de diciembre 2012 a marzo 2016, se atendieron un total de 99 pacientes con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar de los cuales 58 personas eran del sexo masculino el cual representa un total de 58,59% y el sexo femenino fueron 44 a consulta del Centro Hospitalario Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo que representa el 41,41% de la población que fue objeto de estudio. Testuji, Ventura y Otros citado en Revista Cirugía y Cirujanos (2000; 174) expresa que: “La fisura de labio y paladar está asociado con más frecuencia en el sexo masculino, no así la palatina solo ya que el cierre embrionario es ligeramente más tardío en el sexo femenino. En este mismo orden de ideas Monserat, Zambrano y Otros (2000;s.p) indica lo siguiente: “Es mucho más frecuente el labio hendido o labio y paladar hendidos en el sexo masculino, mientras que el paladar hendido aislado es más frecuente en el sexo femenino.”

Hay que destacar que, los casos registrados en la ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera, estuvieron distribuidos mes a mes de la siguiente manera; en el mes de noviembre 52% mujeres y 48% hombres, en el mes de diciembre el 66,67% % eran hombres y las representaron mujeres 33,67%, en el mes de enero 2016 los hombres 58,82% % y las representaron mujeres 41,18%. En cuanto al mes de febrero 52% y los hombres representaron 48% y el mes de marzo los hombres 62,96% % y las representaron mujeres 37,04%.

### Ítems 3. Tipo de hendidura de labio y paladar, noviembre 2015

**Tabla 3.** Tipo de hendidura de labio y paladar, noviembre 2015

Ítems 3	f	%
Tipo I	9	33,33
Tipo II	8	29,63
Tipo III	6	22,23
Tipo IV	4	14,81
Total Pacientes	<b>27</b>	<b>100%</b>



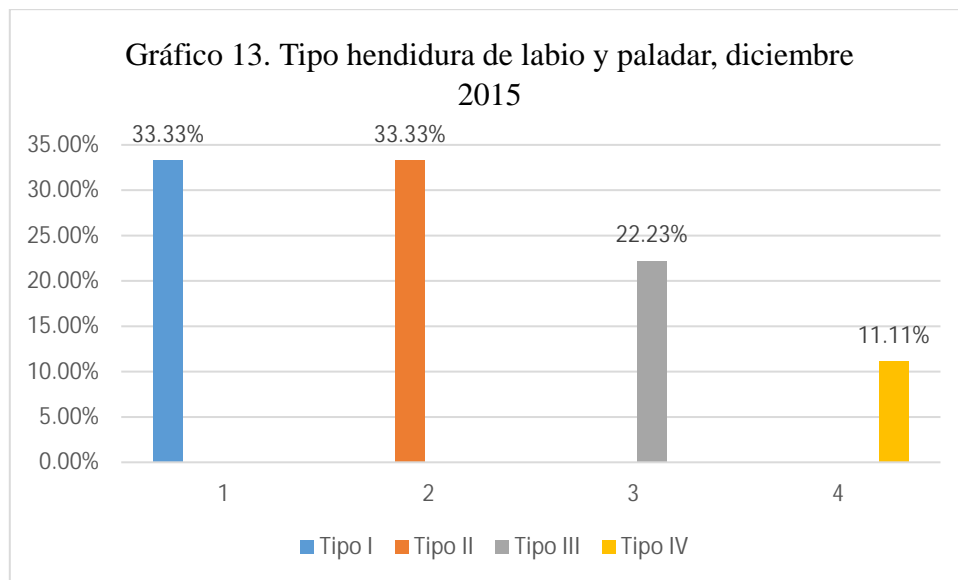
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo que en el mes de noviembre del 2015, se constató que tipo de hendidura de labio y paladar que era más predominante era el tipo I con un 33,33%, seguido de tipo II con un 29,63% y las afecciones las menos predominantes fueron el tipo III 22,23% y el tipo IV con un 14,81%.

**Ítems 3.** Tipo hendidura de labio y paladar, diciembre 2015

**Tabla 13.** Tipo hendidura de labio y paladar, diciembre 2015

Ítems 3	f	%
Tipo I	3	33,33
Tipo II	3	33,33
Tipo III	2	22,23
Tipo IV	1	11,11
Total Pacientes	<b>9</b>	<b>100%</b>



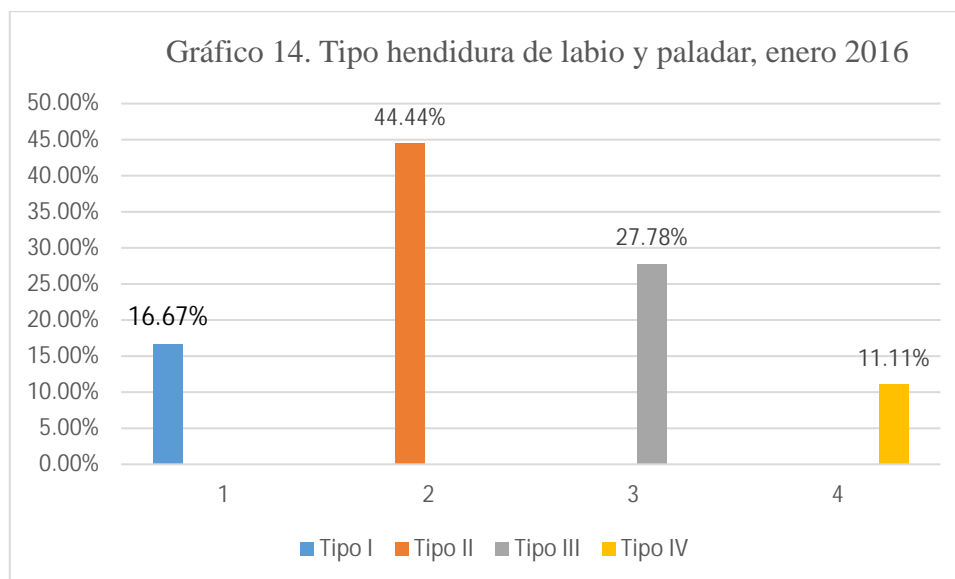
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo que en el mes de diciembre del 2015, se constató que tipo de hendidura de labio y paladar que era más predominante era el tipo I con un 33,33%, seguido de tipo II con un 33,33% y las afecciones las menos predominantes fueron el tipo III 22,23% y el tipo IV con un 11,11%.

### Ítems 3. Tipo hendidura de labio y paladar, enero 2016

**Tabla 14.** Tipo hendidura de labio y paladar, enero 2016

Ítems 3	f	%
Tipo I	3	16,67
Tipo II	8	44,44
Tipo III	5	27,78
Tipo IV	2	11,11
Total Pacientes	<b>18</b>	<b>100%</b>



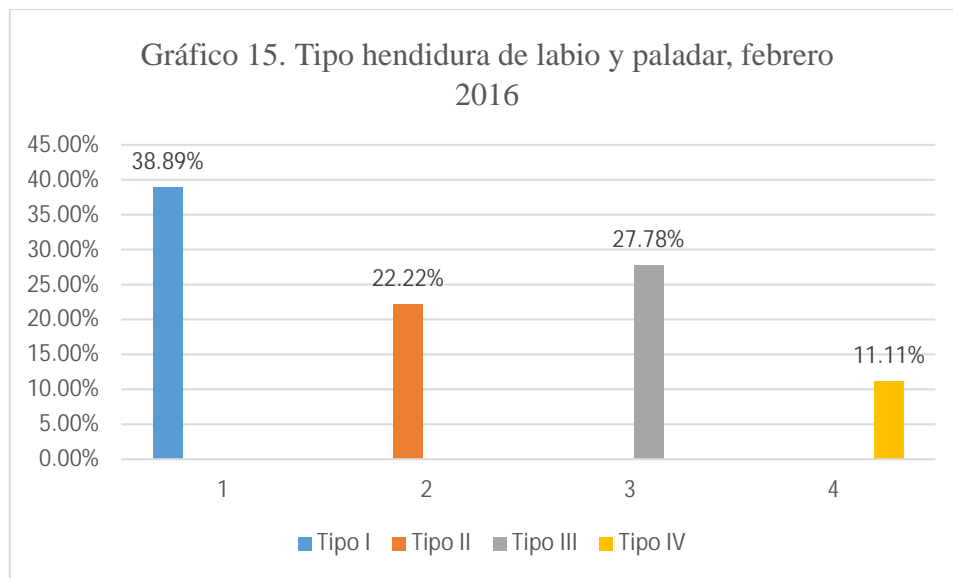
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo que en el mes de enero del 2016, se constató que tipo de hendidura de labio y paladar que era más predominante era el tipo II con un 44,44%, seguido de tipo III con un 27,78% y las afecciones las menos predominantes fueron el tipo I 16,67% y el tipo IV con un 11,11%.

**Ítems 3.** Tipo hendidura de labio y paladar, febrero 2016

**Tabla 15.** Tipo hendidura de labio y paladar, febrero 2016

Ítems 3	f	%
Tipo I	7	38,89
Tipo II	4	22,22
Tipo III	5	27,78
Tipo IV	2	11,11
Total Pacientes	<b>18</b>	<b>100%</b>



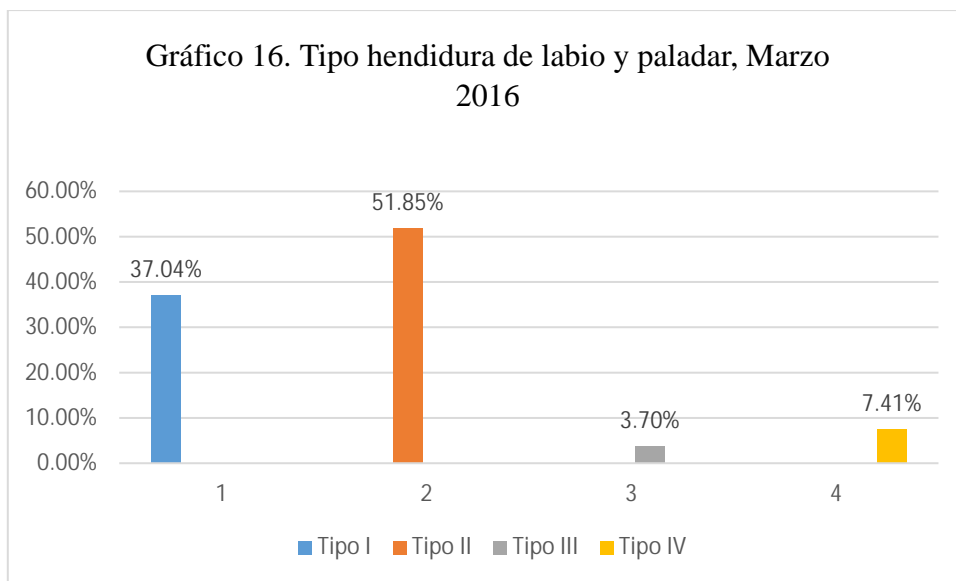
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** **Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo que en el mes de febrero del 2016, se constató que tipo de hendidura de labio y paladar que ere más más predominante era el tipo I con un 38,89%, seguido de tipo III con un 27,78% y las afecciones las menos predominantes fueron el tipo II 22,22% y el tipo IV con un 11,11%.

**Ítems 3.** Tipo hendidura de labio y paladar, marzo 2016

**Tabla 16.** Tipo hendidura de labio y paladar, marzo 2016

Ítems 3	f	%
Tipo I	10	37,04
Tipo II	14	51,85
Tipo III	1	3,70
Tipo IV	2	7,41
Total Pacientes	<b>27</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas del Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo que en el mes de marzo del 2016, se constató que tipo de hendidura de labio y paladar que era más predominante era el tipo II con un 51,85%, seguido de tipo I con un 37,04% y las afecciones las menos predominantes fueron el tipo IV 7,41% y el tipo III con un 3,70%.

### **Análisis de los resultados obtenidos de tipo hendidura de labio y paladar en el periodo noviembre 2015 y marzo 2016**

Durante el desarrollo del proceso investigación se pudo observar que durante los meses de diciembre 2012 a marzo 2016, se atendieron un total de 99 pacientes con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar, de los cuales las tipología más predominantes en este periodo fue la de tipo II, debido a que el cálculo de la media durante el lapso de 5 meses fue de 36,29% esta data se consideró tomando los meses de noviembre fue 29,63%, diciembre 33,33%, enero 44,44%, febrero 22,22%, marzo 51,85%. Seguida del tipo I cuya media fue 31,85% tomando como base los meses de noviembre fue 33,33%, diciembre 33,33%, enero 16,67%, febrero 38,89%, marzo 37,04%.

Lo anteriormente descrito guarda relación con un estudio que busco conocer prevalencia de hendidura labial y/o palatina en pacientes de dos centros hospitalarios del Estado Carabobo efectuado por Vásquez y Gutiérrez (2005; 14) expresando lo siguiente: “relacionar el tipo de hendidura con las anomalías asociadas. En AVAIPACF la hendidura palatina aislada ocupa un mayor porcentaje con 57.6%el segundo lugar lo ocupa la hendidura labio-palatina con 23.07%.”

En el caso del presente trabajo de grado los índices más bajos fueron los de tipo III con una media de 20,45fundamentado en los meses de noviembre fue 20,74%, diciembre 22,23%, enero 27,78%, febrero 27,78%, marzo 3,70%.Los resultados arrojado guarda semejanza por lo descrito por Vásquez y Gutiérrez (2005; 14)

El tercer lugar la hendidura labial con 19.23%. Igual relación se presenta UDACYD: hendidura palatina 50%, hendidura labio-palatina

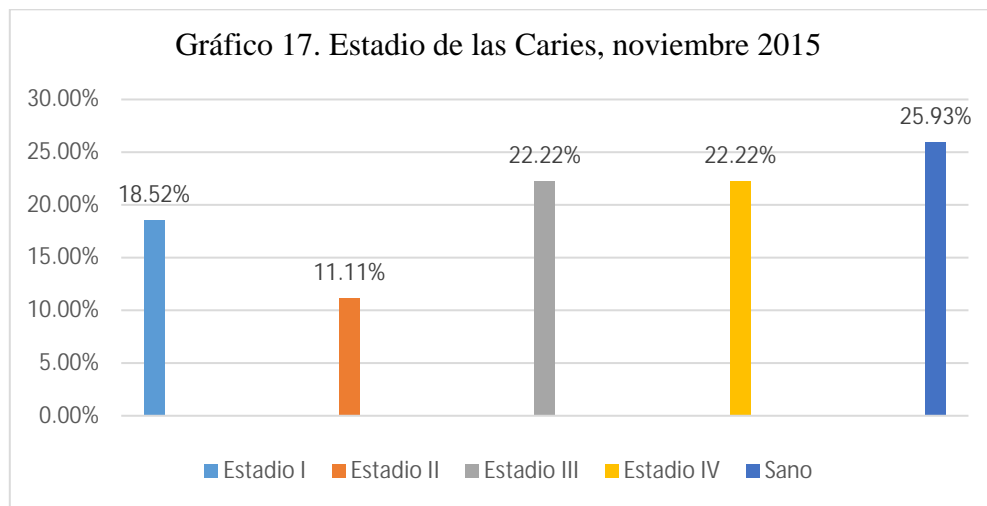
33.3% y la hendidura labial 16.6%. En cuanto a la distribución por tipo de hendidura, los resultados arrojan que la hendidura más frecuentemente encontrada es la HLP completa en un 21,3%.

Finalmente, se pudo observar en los registros clínicos del centro hospitalario Enrique Tejera, que el tipo con menor índice estadístico considerando en promedio de 5 meses es tipo IV con 11,46 %, tomando en cuenta resultados de los meses de noviembre fue 14,81%, diciembre 11,11%, enero 11,11%, febrero 7,41%, marzo 13,89%. Rossell, P. (2006; 190) clasificación de la VEAU (1931) que la de tipo IV “es una fisura completa bilateral que va desde la úvula hasta el foramen incisivo donde se divide en dos, dejando pre-maxila separada.

**Ítems 4.**Estadio de las Caries, noviembre 2015. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 17.**Estadio de las Caries, noviembre 2015

<b>Ítems 4</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Estadio I	5	18,5
Estadio II	3	11,11
Estadio III	6	22,22
Estadio IV	6	22,22
Paciente Sano	7	25,93
<b>Total Pacientes</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>



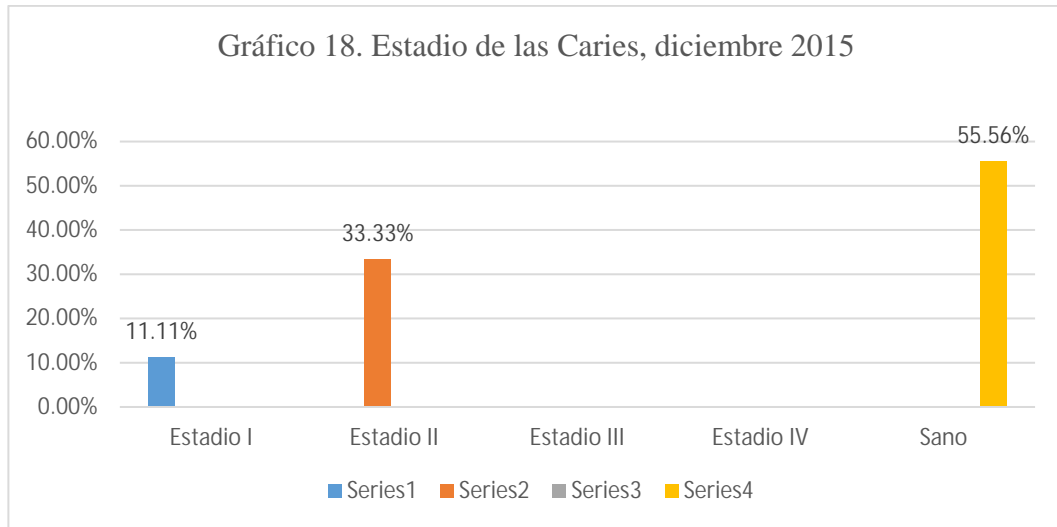
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes de noviembre del 2015, se reportaron pacientes sanos con un 25,93% ,seguido del estadio III y IV con un 22,22% cada uno. Es preciso indicar que, los estadios de menor data estadística registrada fueron el estadio I con 18,52% y estadio II con 11,11%, pero sí se toma total de pacientes con caries este fue con un de 74,07% en relación a los pacientes que no se registró este tipo de afección bucal, por lo que se puede decir que una gran parte de los pacientes con hendidura de labio y paladar deben mantener un control continuo para no comprometer aún más su salud bucal.

**Ítems 4.** Estadio de las Caries, diciembre 2015. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 18.** Estadio de las Caries, diciembre 2015

Ítems 4	f	%
Estadio I	1	11,11
Estadio II	3	33,33
Estadio III		
Estadio IV		
Paciente Sano	5	55,56
Total Pacientes	9	100%



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

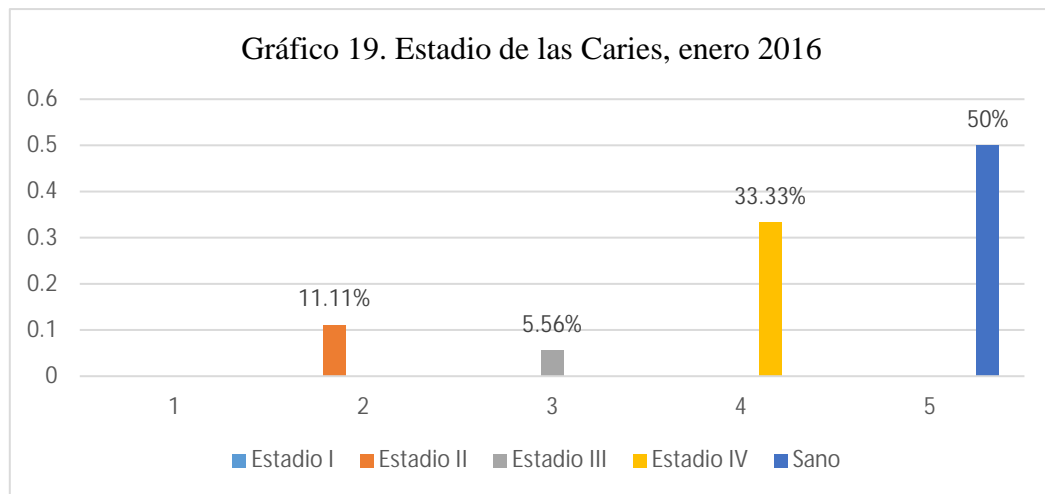
**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes de diciembre del 2015, se reportaron pacientes sanos con un 55,56% , seguido del estadio II con un 33,33 % . Es preciso indicar que, los estadio de menor data estadística registrada fue el estadio I con 11,11% y no reportaron casos con estadio III y IV, se puede decir que el total de pacientes con caries este fue con un 44,22%, menor a número de pacientes sanos, siendo beneficioso para la salud bucal de una

parte de los pacientes con hendidura de labio y paladar que acudieron a dicho centro asistencial.

**Ítems 4.** Estadio de las Caries, enero 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 19.** Estadio de las Caries, enero 2016

Ítems 4	f	%
Estadio I		
Estadio II	2	11,11
Estadio III	1	5,56
Estadio IV	6	33,33
Paciente Sano	9	50
Total Pacientes	<b>18</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

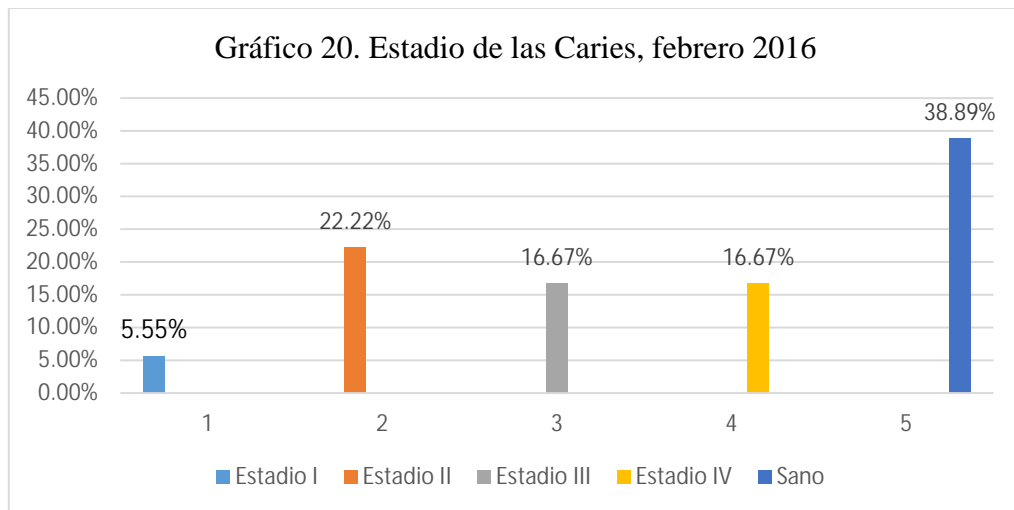
**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes de enero del 2016, se reportaron pacientes sanos con un 50% , seguido del estadio IV con un 33,33% cada uno. Es preciso indicar que, los estadios de menor data estadística registrada fueron el estadio II con 11,11% y estadio III con 5,56%, no reportándose casos con estadio I, pero sí se toma total de pacientes

con caries este fue con un 50% en relación a los pacientes que no se registró este tipo de afección bucal, por lo que se puede decir que hay paridad en los resultados obtenidos, sin embargo una parte de los pacientes con hendidura de labio y paladar deben mantener un control continuo para no comprometer aún más su salud bucal.

**Ítems 4.** Estadio de las Caries, febrero 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 20.** Estadio de las Caries, febrero 2016

Ítems 4	f	%
Estadio I	1	5,55
Estadio II	4	22,22
Estadio III	3	16,67
Estadio IV	3	16,67
Paciente Sano	7	38,89
Total Pacientes	<b>18</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

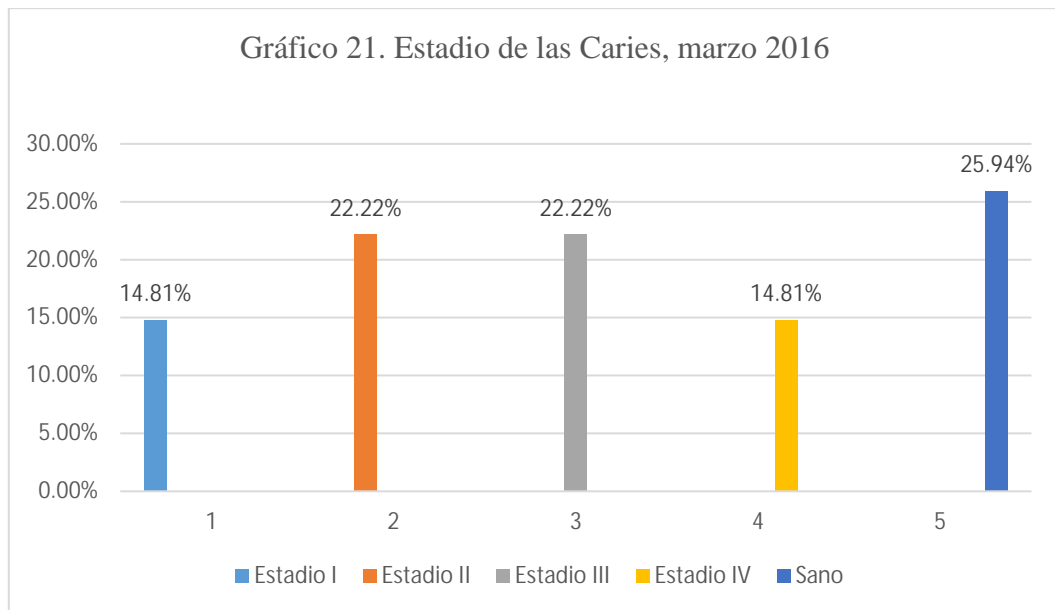
**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes de febrero del 2016, se reportaron pacientes sanos con un 38,89% , seguido del estadio II un 22,22% , seguido de estadio III y IV cada uno con un 16.67. Es preciso

indicar que, los estadio de menor data estadística registrada fueron el estadio I con un 5,55%, pero sí se toma total de pacientes con caries este fue con un de 61,11% en relación a los pacientes que no se registró este tipo de afección bucal, por lo que se puede decir que una gran parte de los pacientes con hendidura de labio y paladar deben mantener un control continuo para no comprometer aún más su salud bucal.

**Ítems 4.** Estadio de las Caries, marzo 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 21.** Estadio de las Caries, marzo 2016

Ítems 4	f	%
Estadio I	4	14,81
Estadio II	6	22,22
Estadio III	6	22,22
Estadio IV	4	14,81
Paciente Sano	7	25,94
Total Pacientes	<b>27</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes de marzo del 2016, se reportaron pacientes sanos con un 25,94%, seguido del estadio II y III cada uno con un 22,22% , seguido de estadio I y IV cada uno con un 14,81%, pero sí se toma total de pacientes con caries este fue con un 74,06% en relación a los pacientes que no se registró este tipo de afección bucal, por lo que se puede decir que una gran parte de los pacientes con hendidura de labio y paladar deben mantener un control continuo para no comprometer aún más su salud bucal.

### **Análisis de los resultados obtenidos de Caries en pacientes con hendidura de labio y paladar en el periodo noviembre 2015 y marzo 2016**

Durante el desarrollo del proceso investigación se pudo observar que durante los meses de diciembre 2012 a marzo 2016, se atendieron un total de 99 pacientes con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar, de los cuales el tipo de caries más predominantes en este periodo fueron los pacientes sanos, debido a que el cálculo de la media durante el lapso de 5 meses fue de 39,26% esta data se consideró tomando los meses de noviembre fue 25,93%, diciembre 55,56%, enero 50%, febrero 31,56%,%, marzo 25,94%. Esto guarda relación según el estudio efectuado por Barrios, Salas y Otros (2014; 22)

El mayor porcentaje de la población de niños con labio y paladar hendido que acuden a la Clínica Integral del Niño de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes no presenta caries dental, y la mayoría de las necesidades de tratamiento encontradas son de tipo preventivo, sin embargo, para el porcentaje de la población afectada por caries dental, se sugiere continuar la implementación de programas educativos-preventivos para mantener y mejorar la condiciones bucodentales, tanto de la población sana como de aquella afectada por esa condición de caries dental. En el presente estudio, las necesidades de tratamiento en las piezas dentarias examinadas, corresponden en un 68,33% a tratamientos preventivos, un 27,73%.

Hay que destacar que, estadio IV tuvo un media 26.25 % tomando como base los meses de noviembre fue 22.22%, diciembre 44,22%, enero 33,33%, febrero 16,67%, marzo 14,81%. Asimismo, los índices más bajos fueron los de estadio III con una media de 22,18% fundamentado en los meses de noviembre fue 22,22%, diciembre 44,22%%, enero 5,56%, febrero 16.67%, marzo 22,22%. El tipo II con tomando en cuenta resultados de los meses de noviembre la media fue 20%, donde los resultado obtenido en los meses noviembre fue de 11,11%, diciembre 33,33 %, enero 11,11%, febrero 22,22%, marzo 22,22%.

Finalmente, el estadio donde se observó menor registro estadístico en el periodo de 5 meses fue el estadio I una vez de sacar la sumatoria de los meses noviembre fue de 12,96%, diciembre 11,11%, enero no se reportó casos, febrero 38, 89%, marzo 14,81% en función de los datos registrados Barrios, Salas y Otros (2014; 22) explican que:

3.40% a obturaciones de una superficie, un 0.13% a obturaciones de dos o más superficies, un 0.06% requiere tratamiento de pulpotomía y un 0.33% requieren de extracción dental. De igual forma indica que Ankola señala que la mayoría de los tratamientos requeridos corresponden también a terapias preventivas en un 31.97%.

Los resultados emitido, por los pacientes que acuden Centro Hospitalario Enrique Tejera, son pacientes que mantienen un tratamiento y evaluación continua productos a su condición de hendidura de labio y paladar, incluso se pudo evidenciar en las historias clínicas de los pacientes que algunos no emplean bien la técnica del cepillado pudiendo ser una de las causas de aquellos pacientes con algún tipo de estadio de caries. En relación a este punto la Organización Panamericana de la Salud. (2012; 10) indica lo siguiente:

La mayoría de las afecciones bucodentales y de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) comparten factores de riesgo comunes. Como ejemplos tenemos que las dos enfermedades dentales más prevalentes (caries y enfermedad periodontal) están relacionadas, entre

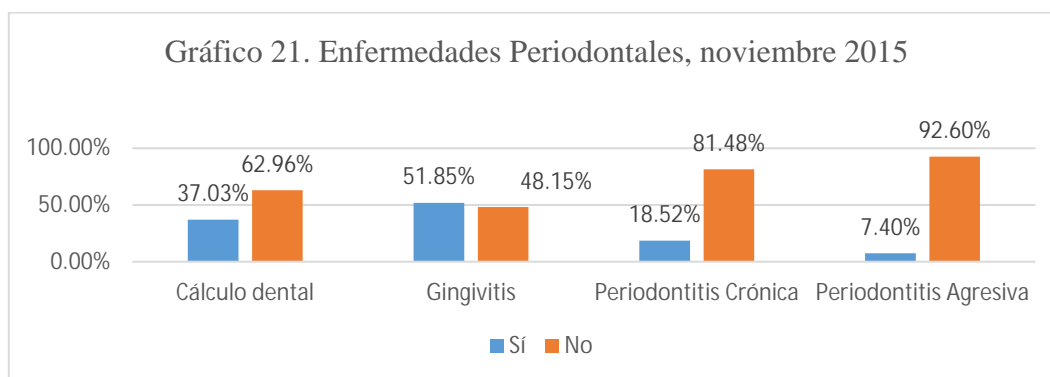
otros factores, con una dieta inadecuada, la falta de higiene y el tabaquismo.

Dichos aspectos antes mencionados deberán ser considerados por todo los pacientes con hendidura de labio y paladar con la finalidad de mantener una salud bucal que haga que su proceso de tratamiento sea más efectivo, evitando mayores daños en la cavidad bucal, la cual puede afectar considerablemente su calidad de vida, por lo que debe emplear las técnicas del cepillados e incluso otros factores que comprometa su aún más su salud bucal.

**Ítems 5.** Enfermedades Periodontales, noviembre 2015. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 21.** Enfermedades Periodontales, noviembre 2015

Ítems 5	Si		No	
	f	%	f	%
Cálculo dental	10	37,03	17	62,96
Gingivitis	14	51,85	13	48,15
Periodontitis Crónica	5	18,52	22	81,48
Periodontitis Agresiva	2	7,40	25	92,60



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

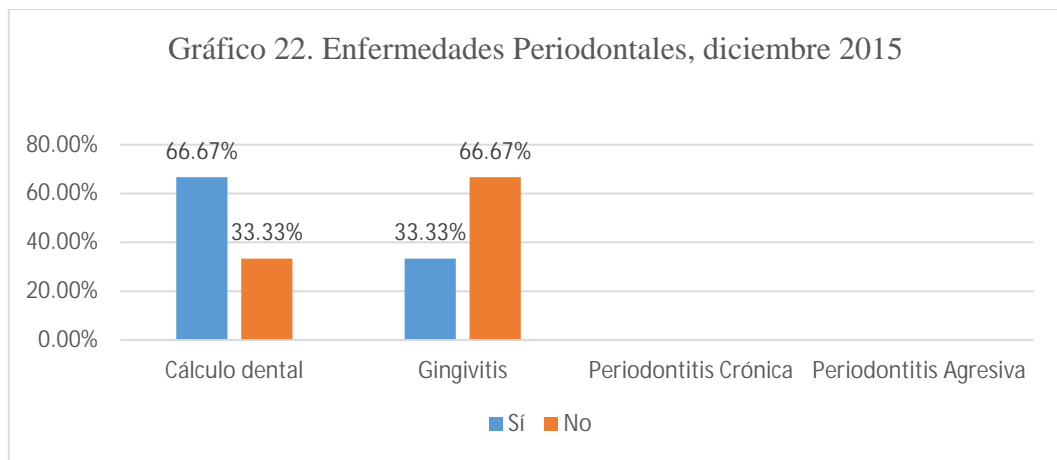
**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el

mes de que las enfermedades periodontales de pacientes con hendidura de labio y paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: cálculo dental no presentaron en un 62,96% y sí observó en un 37,03%, en el caso de la gingivitis un 51,85% si tenían mientras que 48,15% no presentaron esta afección bucal, en cuanto a la periodontitis un 18,52% era crónica el otro 81,48% no presentaron. Finalmente, la se observó en los casos reportados que había un 92,60% no tenía periodontitis agresiva y solo un 7,40% sí presenta este tipo de afección bucal. Por lo que se puede decir que las enfermedades periodontales no fueron de mayor predominancia en pacientes con hendidura de labio y paladar durante el mes noviembre 2015.

**Ítems 5.** Enfermedades Periodontales, diciembre 2015. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 22.** Enfermedades Periodontales, diciembre 2015. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

Ítems 5	Si		No	
	f	%	f	%
Cálculo dental	6	66,67	3	33,33%
Gingivitis	3	33,33	6	66,67
Periodontitis Crónica	-	-	-	-
Periodontitis Agresiva	-	-	-	-



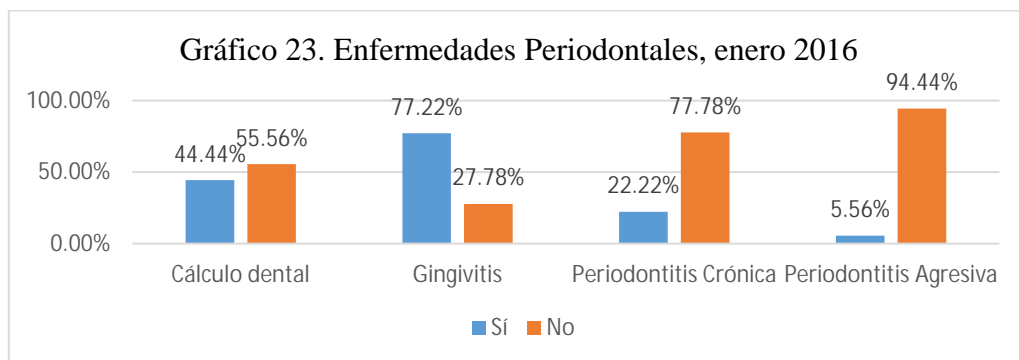
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes de que las enfermedades periodontales de pacientes con hendidura de labio y paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: cálculo dental presentaron en un 66,67% y no observó en un 33,3%, en el caso de la gingivitis un 66,67% no tenían mientras que 33,33% si presentaron esta afección bucal, en cuanto a la periodontitis crónica y periodontitis agresiva no reportaron datos con este tipo de afección en la cavidad bucal.

**Ítems 5.** Enfermedades Periodontales, enero 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 23.** Enfermedades Periodontales, enero 2016

Ítems 5	Sí		No	
	f	%	f	%
Cálculo dental	8	44,44	10	55,56
Gingivitis	13	72,22	5	27,78
Periodontitis Crónica	4	22,22	14	77,78
Periodontitis Agresiva	1	5,56	17	94,44



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

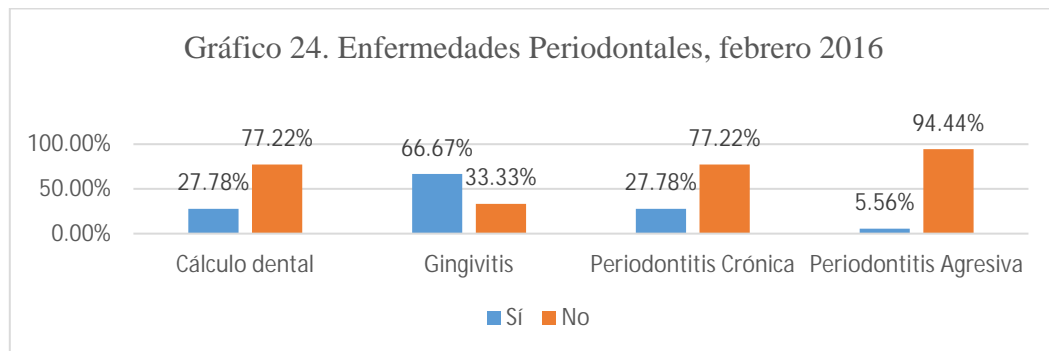
**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes de que las enfermedades periodontales de pacientes con hendidura de labio y

paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: cálculo dental presentaron en un 55,56% no tenían y un 44,44% sí presentaron, en el caso de la gingivitis 77, 22% si presenta esta afección y un 27,78% no tenían, en cuanto a la periodontitis un 22,22% era crónica el otro 77,78% no presentaron. Finalmente, la se observó en los casos reportados que había un 94,440% no tenía periodontitis agresiva y solo un 5,56% sí presenta este tipo de afección bucal. Por lo que se puede decir que las enfermedades periodontales no fueron de mayor predominancia en pacientes con hendidura de labio y paladar durante el mes enero 2016.

**Ítems 5.** Enfermedades Periodontales, febrero 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 24.** Enfermedades Periodontales, febrero 2016

Ítems 5	Si		No	
	f	%	f	%
Cálculo dental	5	27,78	13	72,22
Gingivitis	12	66,67	6	33,33
Periodontitis Crónica	5	27,78	13	72,22
Periodontitis Agresiva	1	5,56	17	94,44



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

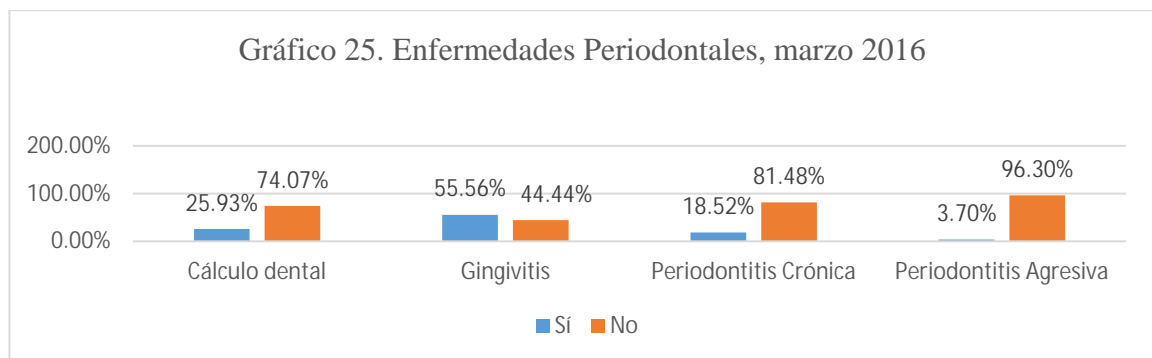
**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes de que las enfermedades periodontales de pacientes con hendidura de labio y

paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: cálculo dental presentaron en un 77,22% no tenían y un 27,22% sí presentaron, en el caso de la gingivitis 66,67% si presenta esta afección y un 33,33% no tenían, en cuanto a la periodontitis un 27,78% era crónica el otro 77,22% no presentaron. Finalmente, la se observó en los casos reportados que había un 94,440% no tenía periodontitis agresiva y solo un 5,56% sí presenta este tipo de afección bucal. Por lo que se puede decir que las enfermedades periodontales no fueron de mayor predominancia en pacientes con hendidura de labio y paladar durante el mes febrero 2016.

**Ítems 5.** Enfermedades Periodontales, marzo 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 25.** Enfermedades Periodontales, marzo 2016

Ítems 5	Si		No	
	f	%	f	%
Cálculo dental	7	25,93	20	74,07
Gingivitis	15	55,56	12	44,44
Periodontitis Crónica	5	18,52	22	81,48
Periodontitis Agresiva	1	3,70	26	96,30



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes marzo 2016 que las enfermedades periodontales de pacientes con hendidura de

labio y paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: cálculo dental presentaron en un 74,07% no tenían y un 25,93% sí presentaron, en el caso de la gingivitis 55,56% si presenta esta afección y un 44,44% no tenían, en cuanto a la periodontitis un 18,52% era crónica el otro 81,48% no presentaron. Finalmente, la se observó en los casos reportados que había un 96,30% no tenía periodontitis agresiva y solo un 3,70% sí presenta este tipo de afección bucal. Por lo que se puede decir que las enfermedades periodontales no fueron de mayor predominancia en pacientes con hendidura de labio y paladar durante el mes marzo 2016.

### **Análisis de los resultados obtenidos enfermedades periodontales en pacientes con hendidura de labio y paladar en el periodo noviembre 2015 y marzo 2016**

Durante el desarrollo del proceso investigación se pudo observar que durante los meses de diciembre 2015 a marzo 2016, se atendieron un total de 99 pacientes con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar, donde se observó las enfermedades periodontales y se pudo observar que la media entre los meses de noviembre a 2015 a marzo de 5016 el 40,37% tenían cálculo dental, mientras que un 59,63% no estaba presente este tipo de afección bucal. En relación a este punto California Dental Association (2016;s.p) expresa lo siguiente:

Más de la mitad de los adultos, y tres cuartas partes de los adultos sobre 35 años de edad, tienen alguna forma de enfermedad periodontal. La causa principal de la enfermedad periodontal es la interacción entre las bacterias que se encuentran en la placa dental—la capa pegajosa, virtualmente invisible que se acumula en los dientes diariamente – y la respuesta del cuerpo a dichas bacterias. Estas bacterias crean toxinas que irritan e inflaman las encías. Este proceso inflamatorio destruye los tejidos de la encía y causa que se separen del diente. Si no se trata, la enfermedad avanza hasta dañar el hueso subyacente.

En relación a los resultados obtenidos la gingivitis se pudo observar en los historias clínicas que el 55,92% si tenían a diferencia de 44,08%% de paciente que no

presentaban esta enfermedad bucal. Entre las enfermedades periodontales que tenían menos índices estadísticos una vez calculada la media en un periodo de 5 meses está la periodontitis crónica 17,40% con este tipo de afección, a diferencia de un 82,60% no presentan, según los registros médicos emitidos de los odontólogos tratantes. En relación a la gingivitis la Organización Panamericana de la Salud (2012; 21) explica lo siguiente:

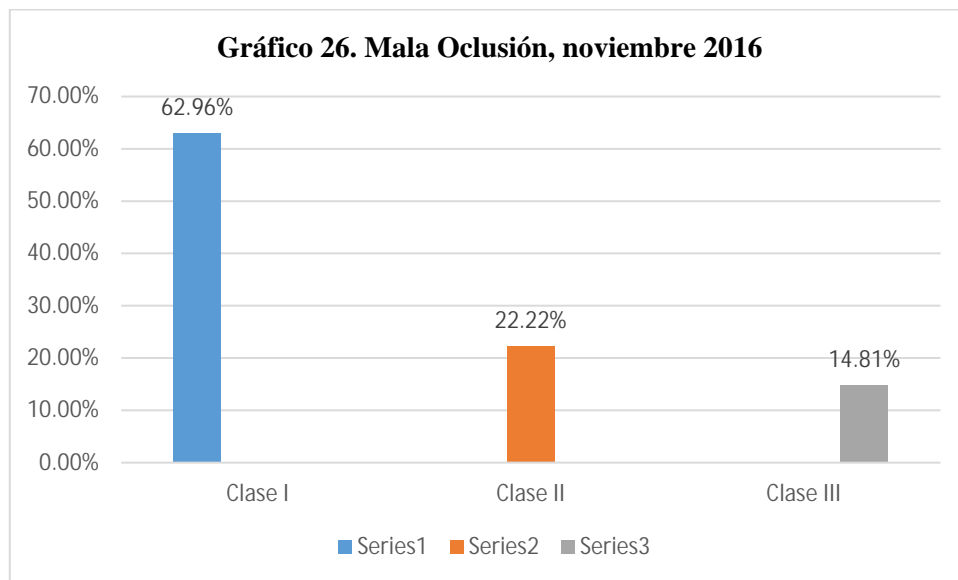
Las enfermedades gingivales (gingivitis) y periodontales son infecciosas, de origen bacteriano y desencadenadas por la acumulación de placa bacteriana. La gingivitis produce inflamación y sangrado de las encías y representa una primera etapa de la enfermedad periodontal. La enfermedad periodontal afecta a los tejidos de soporte del diente, el hueso, el ligamento periodontal y la encía que lo rodea. Factores sistémicos pueden modificar todas las formas de periodontitis principalmente a través de sus efectos sobre la inmunidad y la respuesta inflamatoria.

En relación a la periodontitis se pudieron obtener datos estadísticos de los registros clínicos odontológicos y se pudo conocer que la periodontitis agresiva la cual solo la poseen 4.44% de los 99 pacientes que fueron a cita odontológica en CHET y 95,56% no se observó la presencia de esta enfermedad periodontal. Dichos resultados son de beneficio para sus pacientes, debido a que el padecer de esta enfermedad compromete la pérdida de piezas dentarias.

**Ítems 6.** Mala Oclusión, noviembre 2015. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 26.** Mala Oclusión, noviembre 2015

<b>Ítems 6</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Clase I	17	62,96
Clase II	6	22,22
Clase III	4	14,81
Total Pacientes	<b>27</b>	<b>100%</b>



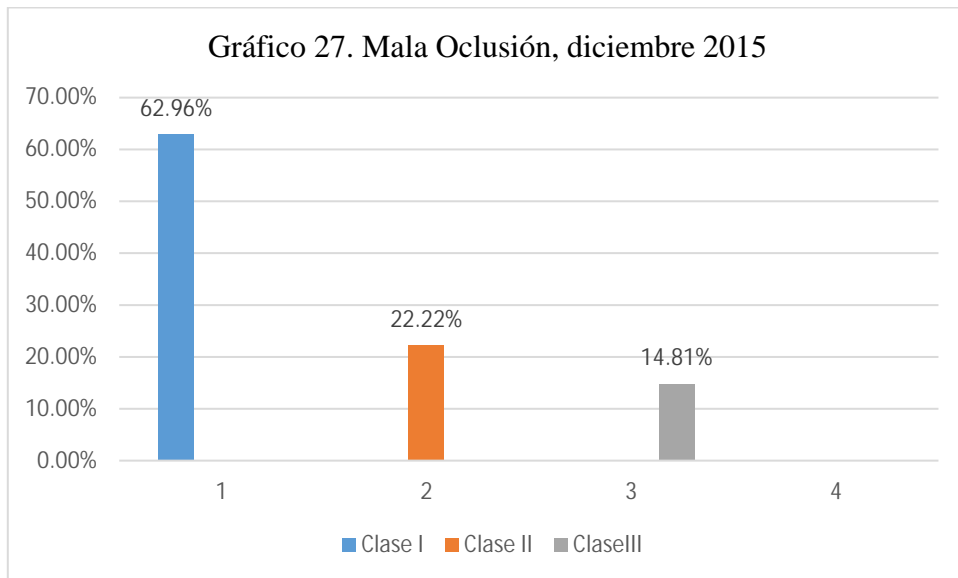
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHEF) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes noviembre 2015, la mala oclusión en los pacientes con hendidura de labio y paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: un 62,96% con clase I un 22,22% con clase II y un 14,81 % con clase III.

**Ítems 6.** Mala Oclusión, diciembre 2015. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 27.** Mala Oclusión, diciembre 2015

<b>Ítems 6</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Clase I	5	55,56
Clase II	3	33,33
Clase III	1	11,11
Total Pacientes	<b>9</b>	<b>100%</b>



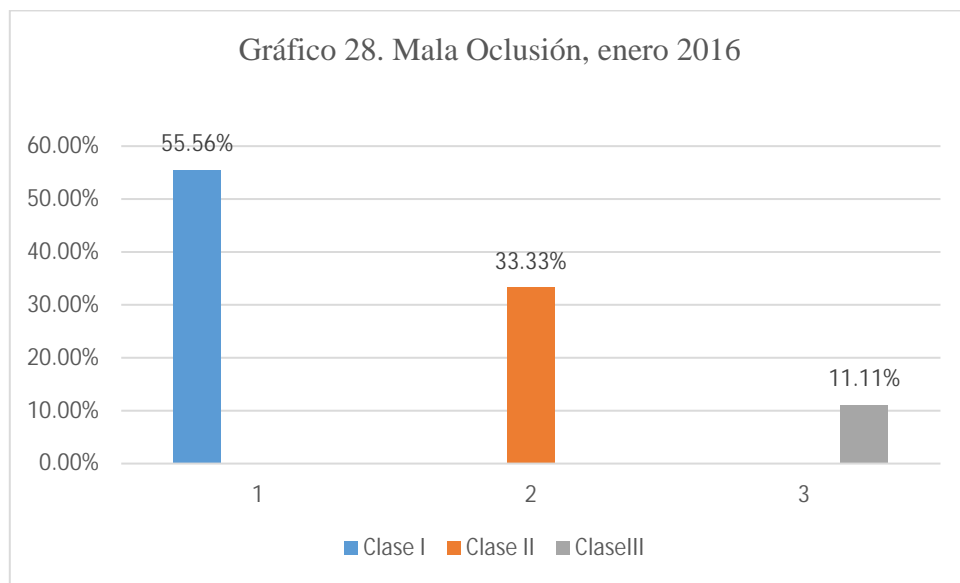
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHEF) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes diciembre 2015, la mala oclusión en los pacientes con hendidura de labio y paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: un 62,96% con clase I un 22,22% con clase II y un 14,81 % con clase III.

**Ítems 6.**Mala Oclusión, enero 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 28.**Mala Oclusión, enero 2016

<b>Ítems 6</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Clase I	10	55,56
Clase II	6	33,33
Clase III	2	11,11
Total Pacientes	<b>18</b>	<b>100%</b>



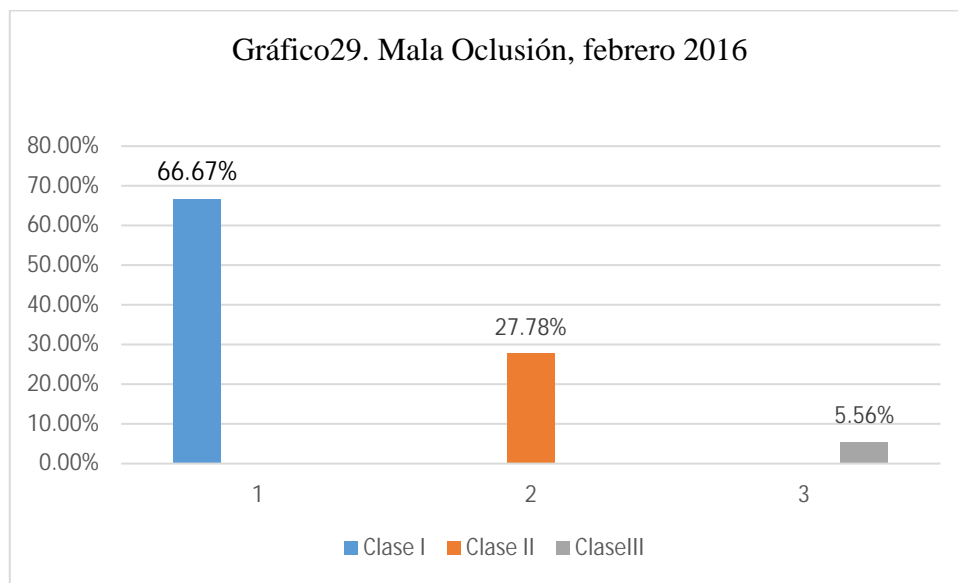
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:**Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHEF) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes diciembre 2015, la mala oclusión en los pacientes con hendidura de labio y paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: un 55,56 % con clase I un 33,33 % con clase II y un 11,11 % con clase III.

**Ítems 6.**Mala Oclusión, febrero 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 29.**Mala Oclusión, febrero 2016

<b>Ítems 6</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Clase I	12	66,67
Clase II	5	27,78
Clase III	1	5,56
Total Pacientes	<b>18</b>	<b>100%</b>



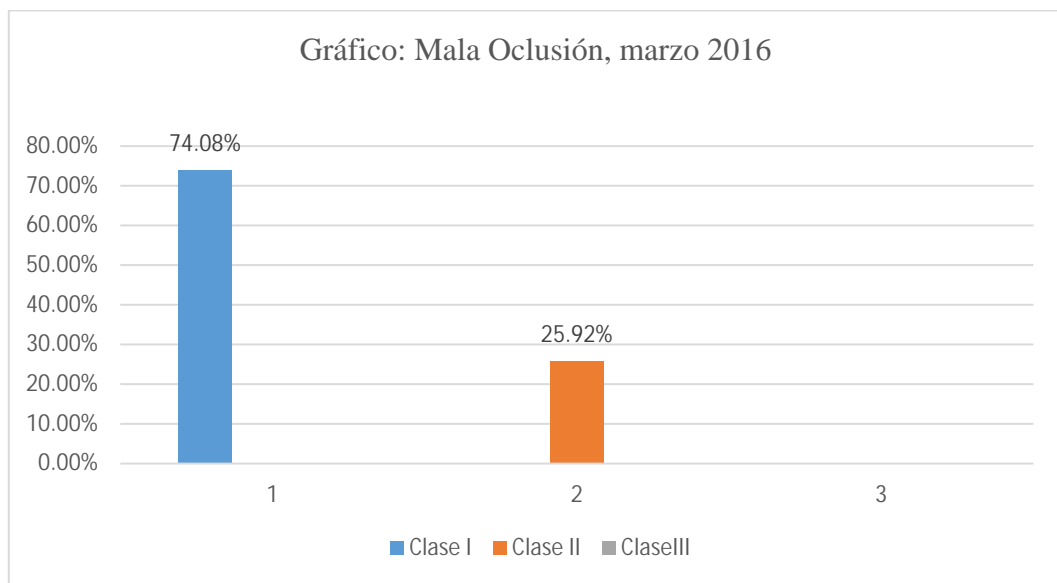
**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:**Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHEF) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes febrero 2016, la mala oclusión en los pacientes con hendidura de labio y paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: un 66,67% con clase I un 27,78% con clase II y un 5,56 % con clase III.

**Ítems 6** .Mala Oclusión, marzo 2016. Pacientes con hendidura de labio y paladar.

**Tabla 30. Mala Oclusión, marzo 2016**

<b>Ítems 6</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Clase I	20	74,08
Clase II	7	25,92
Clase III	-	-
Total Pacientes	<b>27</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** Caldera, Olivares y Pérez (2016)

**Análisis de Resultados:** Se pudo observar en las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHEF) en Valencia Estado Carabobo, durante el mes febrero 2016, la mala oclusión en los pacientes con hendidura de labio y paladar se encontró lo siguientes datos estadísticos: un 74,08% con clase I un 25,92% con clase II y la clase III en ese mes no se observó en ninguno de los pacientes que asistieron a dicho centro asistencial.

## **Análisis de los resultados obtenidos mala oclusión en pacientes con hendidura de labio y paladar en el periodo noviembre 2015 y marzo 2016**

Se pudo observar que durante los meses de diciembre 2015 a marzo 2016, se atendieron un total de 99 pacientes con afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar, donde se observó que la clase de mala oclusión más predominante considerando la media de 63,17%, seguido de la clase II con una media de 28,52, y la que presentó menor data estadística fue Clase III 8,52 cuya su media fue de 8.2 %. En relación a este aspecto Acosta (2014; 16) hace el siguiente señalamiento:

En Sudamérica se encuentran los estudios realizados en Venezuela por 31 Saturno , quien reporta, para una población de 3630 escolares de la zona metropolitana de Caracas, una prevalencia de la mal oclusión Clase III de un 4.2%; mientras que para Betancourt , la prevalencia de un 1.3%, en dos poblaciones rurales venezolanas

Esto guarda relación, con los datos que se registraron en el proceso de recolección de información en los meses de noviembre del 2015 a marzo de 2012, donde la menor data estadística se reportó en menor índice estadístico. Hay que destaca que,Acosta (2014; 16) que cita a Angle explica el siguiente enrelación ala clase de mal oclusión y este explica lo siguiente:

Clase I los maxilares están bien relacionados anteroposteriormente y el problema principal se localiza en los dientes anteriores que pueden estar apiñados, espaciados, cruzados, entre otras características. Las mal oclusiones Clase II pueden ser producidas por exceso maxilar, deficiencia mandibular o una combinación de ambos casos, mientras que la mal oclusiones Clase III cursa con maxilares retruídos, mandíbulas protruídas o una combinación de ambas formas.

En el caso de afecciones odontológicas con hendidura de labio y paladar, se observa que los pacientes tienen presentar problemas con el apiñamiento, producto de los defectos óseos que se generan por dicha afección odontología, siendo Clase I la más predominante en dicho estudios afectado la salud bucal de los pacientes que asisten a la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

En esta parte de trabajo de investigación se presenta los resultados obtenidos durante los procesos de recolección de datos a través de una guía de observación, que permitió recabar información a fin de responder a las interrogantes planteado en el presente estudio, donde se obtuvo de las historias clínicas en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHEF) en Valencia Estado Carabobo. A continuación se da respuesta en relación a la incidencia de los casos reportados con afecciones odontológicas de pacientes con hendidura de labio y paladar que acuden la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (noviembre 2015 al marzo 2016):

El número de casos reportados durante el periodo de noviembre 2015 a marzo 2016 son 95 casos con paladar y labio hendido, de los cuales los niños y los adultos jóvenes representaron la mayor cantidad de pacientes reportados en las historias clínicas de la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera. El tercer grupo con estuvo un media 12,72%, fueron los adolescentes y esta situación se debe que muchos de estos pacientes acuden a consulta habitual y mantienen un control riguroso y tratamiento por las características y naturaleza de sus casos, los cuales han sido atendidos con regularidad en este centro asistencial.

En cuanto a la adultez media se obtuvo un número de pacientes muy bajo y los adultos mayores no se reportaron casos, posiblemente dentro de esos rango de distribución etaria ya han culminado su tratamiento médico odontológicos o estos

acuden que menor regularidad producto que no tienen el hábito de ir a consulta odontológica.

Otro aspecto que pudo revelar el estudio es que los hombres son los que más van a consulta con hendidura de labio y paladar, y representaron una media de 58,59% entre los meses de noviembre 2015 a marzo 2016. Sólo 44 mujeres de 99 pacientes van a consulta por este tipo de afección en el Centro Hospitalario Doctor Enrique Tejera. Un aspecto importante a resaltar es en relación a la causa porque afecta más sexo masculino que a las mujeres hay quienes señalan que el cierre embrionario es ligeramente más tardío en el sexo femenino.

Hay que destacar que, las razones por la cual se presenta este tipo de problemas faciales que afecta la salud bucal de los pacientes es multifactorial a quienes expresan que es producto de problemas genéticos e incluso indican que otros es dan debido factores de tipo ambiental. Uno de estos factores es producto de hábitos como el tabaquismo, consumo de alcohol; incluso diferentes textos especializados señalan que generalmente se ve en mujeres mayores de 35 años que no han tenido una ingesta balanceada rica en vitaminas y ácido fólico.

En relación al objetivo de conocer cuáles de los tipos de afecciones odontológicas de pacientes hendidura de labio y paladar eran más frecuente en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera (CHET) en Valencia, Estado Carabobo, en el periodo (2015 noviembre a marzo 2016) y se pudo conocer lo siguiente:

Lo que más se observó en este periodo que los pacientes sanos representaban un porcentaje aceptable en relación a los pacientes con algún tipo de caries, debido a que representa una media de 31,56%, el estadio IV tuvo un media 26.25 %, estadio III con una media de 22,18% y el tipo II fue 20%. Sin embargo, 68,43% de los pacientes

tienen algún tipo de caries, producto de mal uso de técnicas del cepillado, malos hábitos de higiene bucal y alimentos altos en azúcares, dichos datos fueron observados en las historias clínicas de los pacientes.

Asimismo, se pudo observar que el 40,37% tenían cálculo dental, mientras que un 59,63% no estaba presente este tipo de afección bucal; pero se pudo evidenciar en los registros clínicos que más de la mitad de los pacientes tenían gingivitis presentaban esta enfermedad. En relación a la periodontitis crónica y periodontitis agresiva, se observó en historias clínicas que la gran mayoría no tenía este tipo de afección, lo que hace denotar que proceso de revisión periódica contribuye a minimizar los riesgos de desarrollar tipos de afecciones odontológicas de pacientes hendidura de labio y paladar.

Finalmente, se pudo conocer mal oclusión la más predominante es la de tipo I que tiene una media 63,17% considerando los meses noviembre 2015 a marzo 2016, y clase II que tiene un 28,52%. La que tuvo en menor registro es la tipo III con un 8.2 %,

## **RECOMENDACIONES**

Entre las sugerencias que se puede brindar es que el Estado debe desarrollar políticas públicas que atienda la salud bucal de los pacientes con hendidura de labio y paladar por medio de la ayuda conjunta con organizaciones internacionales que pueda contribuir al control eficaz de los riesgos conexos.

De igual forma el gobierno nacional puede desarrollar actividades en los ambulatorios y centros asistenciales para trabajar de manera conjunta con las comunidades brindando información para la prevención de afecciones odontológicas que comprometan la salud bucal, especialmente a las madres y familiares de personas que tengan paladar y labios hendidos.

De igual forma, se debe crear programas educativos dirigido a los padres y representantes de cómo debe ser alimentados, y los cuidados de higiene bucal indicándoles cuales son las complicaciones futuras para el niño que tiene esta condición y cómo puede afectar se desarrollo integral. Dentro de los programas se debe reafirmas las técnicas del cepillado e indicar la importancia cada una de las piezas dentarias permanentes en los procesos de masticación y las implicaciones psicosociales de mantener una apariencia agradable, ya que afecta la autoestima y procesos de socialización.

Promover programas desde los centros asistenciales y las comunidades de los agentes causales de labio y paladar hendido como las afecciones odontológicas, proporcionando información de en relación a como el consumo de excesivo de azúcares, bebidas alcohólicas y hábitos como el tabaquismo, ya que estas inciden en el desarrollo de enfermedades bucales. Es oportuno indicar que dentro de las actividades a realizar están brindar charlas en los colegios y comunidades,

proporcionarse trípticosefectuar carteras informativa en los centros asistenciales para la prevención de este tipo de afecciones que comprometa la salud bucal.

Otras de las sugerencias es la ayuda que puedan brindar la Universidades a por medio de los programas de responsabilidad social, para educar e informar a la colectividad en relación a este tipo de afecciones y como ayudar a prevenirlas. Estas actividades pueden ser en comunidades y personas más desprotegidas que requieren ser información en relacionada a la prevención de afecciones bucales, las cuales se pueden efectuarse a través de los trabajos comunitarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta, I. (2014) Tratamiento de las Mal oclusiones Clase III Con el uso de mascara facial. Revisión bibliográfica. Universidad de Carabobo. Facultad de Odontología. Especialista en Ortopedia Dentofacial y Ortodoncia

Arias, F (2006). El Proceso de la Investigación. Quinta Edición. Caracas. Editorial: Epísteme. Caracas.

Arias, Fernando (1988) Administración de recursos humanos para el alto desempeño. Trillas. México.

Barrios, Salas y Otros (2014) Prevalencia, experiencia y necesidades de tratamiento de caries de la infancia temprana en niños con labio y paladar hendido. Revista de Odontología de la Universidad de los Andes. Disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/39994/1/articulo3.pdf>

Berry (2003) Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación., España: Editorial Spersing.

Bezerrada, L. (2008) Tratado de Odontología. Tomo 1. (2 ed.) Editorial Amolca.

California Dental Association (2016) Guía sobre la enfermedad periodontal. Disponible: [http://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact\\_sheets/gum\\_disease\\_spanish.pdf](http://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/gum_disease_spanish.pdf)

Camacho, F. (2012) Protocolo de Servicio Integral para Pacientes Labio y Paladar Hendido Universidad del Zulia. Facultad de odontología. Especialista en Odontopediatría. Documento en Línea Disponible en: [http://tesis.luz.edu.ve/tde\\_arquivos/167/TDE-2015-06-18T08:04:34Z-5850/Publico/camacho\\_rincon\\_fabiola.pdf](http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/167/TDE-2015-06-18T08:04:34Z-5850/Publico/camacho_rincon_fabiola.pdf)

Cameron, A., y Widmer, R. 2000. Manual de odontología pediátrica. (1ª ed.), Harcourt. Madrid.

Casanova T. (2012) Protocolo de servicio integral para pacientes labio y paladar hendido. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Especialista en Odontopediatría. Universidad del Zulia. [http://tesis.luz.edu.ve/tde\\_arquivos/169/TDE-2015-06-08T10:25:00Z-5839/Publico/camacho\\_rincon\\_fabiola.pdf](http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/169/TDE-2015-06-08T10:25:00Z-5839/Publico/camacho_rincon_fabiola.pdf)

Castañeda, P. (2016) Estado Nutricional y salud bucodental en niño de 7 años de la Unidad Educativa Fe Alegría. Universidad de Cuenca. Documento en línea. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23999/1/TESIS.pdf>

Chung, KC.; Kowalski, CP.; Kim, HM., y Buchman, SR. 2000. Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate. *Plast Reconstr Sur.*

Cusminsky, M.; Lejarraga, H.; Mercer, R.; Martell, M., y Feschina, R. 1986. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Organización Panamericana de la Salud. 1986. Documento en Línea. Disponible en: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/?q=node/966>

Davis J.S. / Ritchie H.P. (1922) Classification of congenital clefts of the lip and palate. Am Med Ass. 79:1323.

De Barrera, Jaqueline (2008) “Cómo Formular Objetivos de Investigación. Una comprensión holística”, Ediciones Quirón, segunda edición. Caracas.

Delgado de Smith, Yamile (2008). La investigación social en proceso: Ejercicios y respuestas. Dirección de Medios y Publicaciones. Tercera edición Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

Dorland. “Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina.” Interamericana. McGraw – Hill. 1997.

Duque De Estrada J. y Perez, J y Hidalgo I. (2006) Caries dentales ecología bucal, aspectos importantes a considerar. La Habana, Cuba.

Enrile, F. y Fernández, F. (2012) Manual de higiene bucal. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Gil, M. González, G. y Llor D. (2013) Guía de demostración práctica nomenclatura e instrumental utilizado en odontología. Universidad Central De Venezuela Facultad De Odontología Cátedra De Odontología Operatoria Preclínica.

González, R. Y Bologna, R. (2011) Lesiones frecuentes en la Mucosa bucal en niños y adolescentes: Revisión literaria. Revista ADM.

Gran Larousse Universal. (1996) Diccionario Gran Larousse Universal. (12 Ed)  
Universidad de Salamanca. España

Hernández, Fernández y Baptista (2003) Metodología de la Investigación.  
México: McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de la  
Investigación. México: McGraw-Hill.

Hurtado Iván y Toro Josefina. (2008) Paradigmas y Métodos de Investigación en  
Tiempos de cambio. C.EC. Venezuela.

Kerlinger, F. (1988) Investigación del Comportamiento. México: Segunda  
Edición.

Kernahan D.A. / Stark (1958) A new classification for cleft lip and cleft palate.  
Plast reconstr. surg. 22:435.

Kuhn, T. (2004). La Estructura de las Revoluciones Científicas. Segunda edición.  
Primera reimpresión. México: Fondo de la Cultura Económica.

Lagman, Sadler. J. Embriology Médica. 10a Edición. Nueva Editorial  
Interamericana México. 2010.

Lanata, Eduardo Julio. (2003) Operatoria Dental. Estética y adhesión. Argentina  
Año 2003. Editorial Grupo Gula.

Las Nieves, M. y Guerra, M. (2012) Prevalencia de Hendiduras de Labio y/o palatinas en los Pacientes que Acudieron al Centro de Investigación y Atención a Pacientes con Malformaciones Craneofaciales y Prótesis Maxilofacial Durante los años 2000-2012. Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Documento en Línea Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art11.asp>

Manns, A. (2008) Manual práctico de oclusión dentaria. (2 ed.). Editorial Amolca. Santiago de Chile.

Márquez, F. (2009) La Familia del Nino con Hendidura Labio Palatina. Trabajo de ascenso para optar a la categoría de Agregado en el Escalafón Universitario de la UCV. 2009

Márquez, F.(2009). La Familia del Nino con Hendidura Labio Palatina. Trabajo de ascenso para optar a la categoría de Agregado en el Escalafón Universitario de la UCV.

Mediciclopedia: Diccionario ilustrado de términos médicos. 2002. Documento en Línea. Disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/diccio1.htm>

Menéndez, L. (2013) Medicina, enfermedad y muerte en la España tardoantigua: un acercamiento histórico a las patologías de las poblaciones de la época tardorromana e hispanovisigoda (siglos IV-VIII). Ediciones Universidad de Salamanca.

Monserat, ER. (2002) Paladar hendido tratamiento quirúrgico: reporte de un caso. Documento en Línea. Disponible

en:[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652002000300008](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000300008)

Monserat, E y Zambrano, J. Otros. Labio y Paladar Hendidos. Reporte de un Caso. Disponible: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/2/labio\\_paladar\\_hendidosp.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/2/labio_paladar_hendidosp.asp)

Naranjo, T., Vivas, S. y Herrera, G. (2009) Prevalencia de Defectos Congénitos de Labio y Paladar en Cinco Estados Venezolanos. Coordinación de Odontología, Dirección de Investigación en Ciencias Biológicas. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2009/ace093g.pdf>

Nayra Vásquez. (2010) Manejo Actual del Niño Fisurado. Trabajo de grado para optar al Título de Especialista de Especialista en Odontopediatria. UCV.

Obando, G. (2011) Incidencia de Pacientes Neonatos Con Labio Fisurado Y Paladar Hendido Atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad De Quito desde el año 2005 al 2010. Universidad Central Del Ecuador. Facultad de Odontología. Documento en Línea Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/862/3/T-UCE-0015-46.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2007) Salud Bucodental. Documento en línea. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Organización Mundial de la Salud (2013) Salud bucodental. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2012)Guía de Abordaje Integral a la Salud Bucodental para el Equipo de Salud. Disponible en:[http://www.mspbs.gov.py/bucodental/wp-content/uploads/2013/04/Guia-Abordaje\\_enero20131.pdf](http://www.mspbs.gov.py/bucodental/wp-content/uploads/2013/04/Guia-Abordaje_enero20131.pdf)

Ortíz, F., y García M. (2008). Metodología de la Investigación. El proceso y sus técnicas. México: Limusa.

Parella y Martins (2006) Metodología de la investigación cuantitativa (2ª ed.), Caracas, Venezuela: Fedupel.

Patrón, G.; Torres, H.; Yezioro, S., y Benavides, B. 2009. Guía de manejo de pacientes con labio y/o paladar hendido. Colombia: Fundación HOMI [Internet] Abr [12 p.] Disponible en: [http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion\\_homi/7](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/7)

Revista Cirugía y Cirujanos (2000) Cirugía de labio y paladar hendido. Organó oficial de la Academia de Cirugía de México. Disponible: <https://books.google.co.ve/books?id=qnR21TdF8LEC&pg=PA173&lpg=PA173&dq=sexo+donde+predomina+++paladar+y+labio+hendido&source=bl&ots=2KB1ijKYDG&sig=3dOGjIOICeL-hKh2uUKvpDUpdS8&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi-iaOwvs7OAhXDrB4KHxGB8oQ6AEIJzAC#v=onepage&q=sexo%20donde%20predomina%20%20%20paladar%20y%20labio%20hendido&f=false>

Rodríguez, M. y Sánchez, K. (2013) Alteraciones Dentarias Según Variación de Número, Tamaño y Caries Presentada en Pacientes con Labio y Paladar Hendido Tratados por Operación Sonrisa Venezuela Durante el Periodo (2011-2012). Facultad de la Ciencias de la Salud. Facultad de Odontología. Universidad José Antonio Páez.

Rossell, P. 2006. Nueva clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas del Programa Outreach Surgical Center (2003) Nueva clasificación de severidad de Fisuras Labiopalatinas del Programa Outreach Surgical Center Lima - PerúLima – Perú. Documento en Línea. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000200003&script=sci_arttext)

Sedano, R. 2007. Fisura labial y/o palatina en un centro de derivación de malformaciones congénitas. Rev Chil Ultrasonog.

Solano, L.; Barón, MA., y Del Real, S. (2005). Situación nutricional de preescolares, escolares y adolescentes de Valencia, Carabobo, Venezuela. An Ven Nutr. 18(1)72-76

Tamayo y Tamayo, Mario (2004) Proceso de la Investigación Científica. Editorial Limusa. México.

Vásquez y Gutiérrez (2005) Estudió prevalencia de hendidura labial y/o palatina en pacientes de dos centros hospitalarios del estado Carabobo. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v6n1/6-1-2.pdf>

Velayos, José Luis (2007) Anatomía de la cabeza para odontólogos. (4 Ed) editorial Médica Panamericana. Madrid.España.

Vilariño, R. (2012) Indicadores del Estado De Salud Bucodental en Menores con Fisura Oral Congénita y en Escolares Sanos. Universidad Complutense de Madrid. Documento en Línea Disponible en: [http://eprints.ucm.es/21344/1/T34458.pdf?trk=profile\\_certification\\_title](http://eprints.ucm.es/21344/1/T34458.pdf?trk=profile_certification_title)

Vellini F. (2002) Ortodoncia: Diagnóstico y Planificación Clínica. (1ra Ed.) Editoras Artes Médicas: Ltda; Brasil

Zambrano, G. y Uzcátegui, M. (2009). Manual de orientación a los padres de niños y niñas con hendidura labio y palatina. Trabajo Especial de Grado. Universidad de Los Andes, Facultad de Odontología, Mérida, Venezuela.