



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**PREVALENCIA DE HENDIDURA LABIOPALATINA EN PACIENTES QUE  
ACUDEN A LA A.V.A.I.P.A.C.F. EN VALENCIA - ESTADO CARABOBO  
PERÍODO (2016 – 2017)**

**Autor:**

Br. Kasandra Uzcategui  
V – 25.402.258

Br. Rosangelina Lucena  
V – 25.138.554

Urb. Yuma II, calle N° 3, Municipio San Diego  
Teléfono: (0241 871.42.40 (master) – Fax: (0241) 871.932



República Bolivariana de Venezuela  
Universidad José Antonio Páez  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Odontología

**PREVALENCIA DE HENDIDURA LABIOPALATINA EN PACIENTES QUE  
ACUDEN A LA A.V.A.I.P.A.C.F. EN VALENCIA - ESTADO CARABOBO  
PERÍODO (2016 – 2017)**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
Odontólogo**

**Autores:**

Br. Kasandra Uzcategui  
V – 25.402.258

Br. Rosangelina Lucena  
V – 25.138.554

**Tutor Académico:**

Od. Eglee Diaz  
V – 4.131.694

San Diego, Abril 2018



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

**PREVALENCIA DE HENDIDURA LABIOPALATINA EN PACIENTES QUE  
ACUDEN A LA A.V.A.I.P.A.C.F. EN VALENCIA - ESTADO CARABOBO  
PERÍODO (2016 – 2017)**

**ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

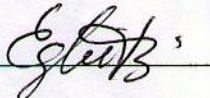
1. 25.402.258

Kasandra Uzcátegui

2. 25.138.554

Rosangelina Lucena

Tutor Propuesto: Od. Eglee Díaz

Firma: 

Cédula de Identidad N° 4.131.694

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

Firma 



Fecha  
12/04/2018







## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, EGGLEE DÍAZ, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 4.131.694, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas ROSANGELINA LUCENA, portadora de la Cedula de Identidad N° 25.138.554 y KASANDRA UZCÁTEGUI, portadora de la Cedula de Identidad N° 25.402.258 , titulado **PREVALENCIA DE HENDIDURA LABIOPALATINA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA A.V.A.I.P.A.C.F. EN VALENCIA - ESTADO CARABOBO PERÍODO (2016 – 2017)**, presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los dieciocho días del mes de Septiembre del año dos mil diecisiete.

(Firma autógrafa)

Od. Eglee Díaz

C.I. 4.131.694



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Prevalencia de Hendidura Labiopalatina en pacientes que acuden a la A.V.A.I.P.A.C.F. en Valencia - Estado Carabobo Período (2016 - 2017)", realizado por Kasandra Uzcátegui C.I 25.402.258. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: buena (30) PUNTOS.  
Revisión Publicación

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Eglee Díaz  
C.I.: 4.131.694

Jurado  
Nombre: Ivette Alsina  
C.I.: 11.528.130

Jurado  
Nombre: Blasmir Giménez  
C.I.: 11.121.571

Fecha: 11-04-18



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Prevalencia de Hendidura Labiopalatina en pacientes que acuden a la A.V.A.I.P.A.C.F. en Valencia - Estado Carabobo Período (2016 - 2017)", realizado por Rosangelina Lucena C.I 25.138.554. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: buena (20) PUNTOS.  
mencion publicada

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Eglee Díaz  
C.I.: 4.131.694

Jurado  
Nombre: Ivette Alsina  
C.I.: 11.528.130

Jurado  
Nombre: Blasmir Giménez  
C.I.: 11.121.571

Fecha: 11-04-18

## DEDICATORIA

A Dios primero que nada, siempre me protegió de todos los males y me dio fortaleza para poder cumplir todas mis metas a pesar de los obstáculos que pude tener a lo largo de la carrera.

A los mejores padres del universo entero, Carlos Uzcategui y Sandra Prado, gracias por confiar en mí, por su esfuerzo, cariño, paciencia, todo lo que soy es gracias a ustedes, los quiero demasiado.

A mi compañera Rosangelina, porque desde el curso introductorio siempre me distes fuerzas para seguir adelante y superarme, tu apoyo incondicional me ayudo a cumplir mi meta y tu amistad crear bonitos recuerdos de esta etapa universitaria, gracias por todo.

A Daniela, porque sin tu amistad y tu emoción de estudiar odontología, a lo mejor mi vida hubiera agarrado otro rumbo, otra carrera; gracias por todos los momentos que pasamos en San Diego, siempre estaré para ti.

A Jeyce, María Jesús y María Graciela porque hicieron de estos 4 años algo inolvidable, alegraron mi vida todos los días, me hicieron sentir en casa a pesar de no estar en mi hogar y de ayudarme a conocer personas muy especiales, gracias por todo.

Al resto de mis familiares y amigos que siempre me dieron su apoyo a pesar de la distancia, sobretodo María José, gracias por confiar en mí y ser mi paciente, los quiero.

Gracias por apoyarme

## DEDICATORIA

A Dios primeramente por haberme regalado la vida, por brindarme la fortaleza y las fuerzas para seguir adelante y poder culminar con éxito esta etapa de mi carrera.

A mis padres Reinaldo Lucena, Gisela Torrez y mi hermana por brindarme su apoyo incondicional, porque a pesar de la distancia ellos me mantenían de pie, motivada a cumplir esta meta trazada. Por enseñarme que todo en la vida tiene una razón y a ellos les debo lo que soy ahora. Por ayudarme a encontrar pacientes y sin importar la distancia traerlos a la universidad para pasar mi clínica.

A mi hermano José que desde el cielo guía mis pasos, que a pesar de que pensé en desistir él me dio las fuerzas necesarias para seguir adelante con mis sueños y dedicarle este triunfo a él.

A José Andres por su constante motivación, apoyo incondicional y por brindarme su cariño.

A mis demás familiares por el apoyo constante durante el transcurso de mi carrera.

A Kasandra Uzcategui que ha sido una gran compañera de estudio y amiga, desde el curso introductorio hasta hoy que tengo la dicha de decir que comenzamos esta meta juntas y la lograremos juntas. Gracias por ser un gran apoyo, por motivarme y ayudarme en cada momento que lo necesite.

A Jeyce y Maria Jesús por su amistad, por su compañía, su ayuda, porque nunca me sentí sola a pesar de tener mi familia lejos, fueron mi segunda familia y siempre estarán presentes en mi vida.

Gracias a todos por su confianza...

## RECONOCIMIENTO

Deseamos hacer llegar nuestro agradecimiento a las personas que nos ayudaron a la realización de este trabajo:

Profesora Eglee Diaz, tutora de contenido; le agradecemos su tiempo dedicado a nuestra investigación, sus observaciones, sugerencias, enseñanzas y cariño que sirvieron de gran ayuda para la finalización del mismo.

A la coordinadora y personal administrativo del centro de Atención Interdisciplinaria del paciente con Alteraciones Craneofaciales de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera; por brindarnos la oportunidad de realizar nuestro trabajo en su consulta, gracias por su ayuda, apoyo y confianza.

A la Universidad José Antonio Páez, nuestra casa de estudio, de formación como profesionales de la salud, gracias por todos los conocimientos adquiridos, nos encargaremos de reforzarlos cada día más.

A cada uno de los profesores que se esforzaron por transmitirnos sus conocimientos y hacer esto posible.

Y por último pero no menos importante, a nuestros familiares y amigos por su apoyo incondicional.

Gracias...

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	
<b>INFORMATIVO</b> .....	xiv
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO</b>	
<b>I EL PROBLEMA</b>	
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.1.2 Formulación del Problema.....	3
1.2 Objetivos de la Investigación.....	4
1.2.1 Objetivo General.....	4
1.2.2 Objetivos Específicos.....	4
1.3 Justificación de la Investigación.....	4
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	6
2.2 Bases Teóricas.....	9
2.3 Antecedentes Legales de la Investigación.....	27
2.4 Definición de términos básicos.....	29
<b>III MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Tipo de Investigación.....	31
3.2 Diseño de Investigación.....	31
3.3 Población y Muestra.....	33
3.4 Técnicas de Recolección de Datos.....	34
<b>IV ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	
4.1 Presentación de Resultados.....	38
4.2 Interpretación de Resultados.....	42
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	45
<b>ANEXOS</b> .....	48

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Distribución de acuerdo a la cantidad de pacientes atendidos en la Atención Interdisciplinaria del paciente

Con Alteraciones Craneofaciales en Valencia - Estado Carabobo durante el periodo 2016- 2017.

**Gráfico 2.** Distribución de acuerdo al sexo de los pacientes atendidos con hendidura labiopalatina en la Atención Interdisciplinaria del paciente con Alteraciones Craneofaciales en Valencia - Estado Carabobo durante el periodo 2016- 2017

**Gráfico 3.** Distribución de acuerdo a la clasificación de hendidura labiopalatina presentes en los pacientes atendidos en la Atención Interdisciplinaria del paciente con Alteraciones Craneofaciales en Valencia - Estado Carabobo durante el periodo 2016- 2017

**Gráfico 4.** Distribución de acuerdo al sexo en la clasificación de hendidura labiopalatina presentes en los pacientes atendidos en la Atención Interdisciplinaria del paciente con Alteraciones Craneofaciales en Valencia - Estado Carabobo durante el periodo 2016- 2017.

## LISTA DE TABLAS

**Tabla 1:** Clasificar los tipos de hendidura labiopalatina según el sexo, en los pacientes que acuden a la A.V.A.I.P.A.C.F. en Valencia Estado Carabobo periodo (2016 – 2017)



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

**TÍTULO**

**Autor (a):** Rosangelina Lucena C.I. 25.138.554

**Autor (a):** Kasandra Uzcátegui C.I. 25.402.258

**Tutor:** Eglee Díaz

**Fecha:** Febrero 2018

**RESUMEN INFORMATIVO**

La **hendidura labiopalatina** es un defecto congénito que consiste en una hendidura o separación en el labio superior y fisura o grieta del maxilar, por la fusión incompleta de los procesos maxilar y nasomedial del embrión, que produce una comunicación de la boca con la cavidad nasal, siendo estos uno de los defectos de nacimiento más frecuentes, constituyendo aproximadamente el 15% de las malformaciones congénitas. El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de determinar la prevalencia de hendidura labiopalatina en los pacientes que acuden a la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria de pacientes con alteraciones craneofaciales (A.V.A.I.P.A.C.F.), Valencia - Estado Carabobo, durante el período 2016 - 2017, como a su vez, los factores que pueden influir en la causa de estas malformaciones congénitas. Se realizó una investigación retrospectiva no experimental transversal donde la población son las historias clínicas, teniendo en cuenta que es un documento legal y ya se encuentra validado, de 93 pacientes y la muestra fue de 45 que se encuentran atendidos en dicha asociación obteniendo información acerca del tipo de hendidura labiopalatina que presentan según edad y sexo. En los resultados se evidencia que la hendidura labiopalatina es la alteración craneofacial más frecuente, siendo el sexo masculino el sexo predominante con un total de 33 pacientes en edades comprendidas de 5 días – 9 años; el tipo de hendidura labiopalatina con mayor porcentaje es la hendidura unilateral completa con un 62% (28), y la hendidura bilateral 38%(17) restante. La hendidura unilateral derecha tuvo mayor prevalencia con un total de 15 pacientes y la izquierda menor con 13.

**Descriptor:** Alteración craneofacial, gestación, labio y paladar hendido, maxilar, epidemiología.

## INTRODUCCIÓN

La hendidura labiopalatina es un defecto congénito que consiste en una hendidura o separación en el labio superior y fisura o grieta del maxilar, por la fusión incompleta de los procesos maxilar y nasomedial del embrión, que produce una comunicación de la boca con la cavidad nasal, los cuales pueden ser causada por factores genéticos heredables, como también, epigenéticos; siendo estos uno de los defectos de nacimiento más frecuentes, constituyendo aproximadamente el 15% de las malformaciones congénitas.

Es por ello que, en el siguiente trabajo de grado, busca determinar la prevalencia de hendidura labiopalatina en los pacientes que acuden a la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria de pacientes con alteraciones craneofaciales (A.V.A.I.P.A.C.F.), Valencia - Estado Carabobo, durante el período 2016 - 2017, como a su vez, los factores que pueden influir en la causa de estas malformaciones congénitas.

En este sentido, el presente estudio se desarrolló en cinco capítulos; Capítulo I: El Problema; el cual incluye el Planteamiento del Problema, Objetivos de Estudio y Justificación del mismo. Capítulo II: El Marco Teórico Referencial, en el cual se presentan los Antecedentes del Estudio, Bases Teóricas y Definición de Términos Básicos. Capítulo III: Marco Metodológico, donde se reseña la Naturaleza de la Investigación y todo el proceso realizado. Capítulo IV: el Análisis e Interpretación de los Datos Obtenidos, Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones que se generaron de la investigación; y finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas del Estudio y los Anexos.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del Problema

Las malformaciones congénitas son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina; entre las más frecuentes están la hendidura labial que consiste en la separación del labio superior, mientras que la hendidura palatina, es una fisura o grieta que une la boca con la cavidad nasal, las cuales pueden ser generadas por factores genéticos heredables y epigenéticos, siendo la hendidura labiopalatina una combinación de las dos. Estos defectos congénitos afectan ampliamente diversos aspectos de la vida del individuo, como la alimentación, salud, autoestima y vida cotidiana.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), aproximadamente uno de cada 500 a 700 recién nacidos presentan defectos congénitos, tales como labio leporino o paladar hendido. Esta proporción varía considerablemente dependiendo del grupo étnico y de la zona geográfica de que se trate. Igualmente, la Universidad Complutense de Madrid (2012), resalta que el labio leporino es una malformación facial más frecuentes, con una incidencia de 1/1100, debido a la falta de fusión de los procesos maxilares, siendo este más frecuente en el sexo masculino, predominando la afectación unilateral de lado derecho; mientras que, la hendidura palatina con el labio hendido o sin el ocurre en 1/2500 nacimientos, siendo más frecuente en el sexo femenino y en hijos de parejas de edad avanzada.

Por otro lado, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia (2014), afirma que la prevalencia de labio y paladar hendido asociados es de 0.07% en el país, mientras el reporte de estos eventos se da en menor proporción si se hace referencia a fisura labial o paladar hendido por separado; a su vez indican que la prevalencia de

hendidura labial para Bogotá, es de 0.27%. En relación con la distribución por sexo, se encuentra la fisura en el 0.3% de los hombres y 0.17% de las mujeres, siendo el 91.68% de las fisuras labiales encontradas son bilaterales. La incidencia de hendidura palatina en Colombia se encuentra en 0.09% del total de la población incluida en el ENSAB IV, de las cuales, es más frecuente en mujeres (0.13%) que en hombres (0.04%), estos últimos identificados en tratamiento mientras que un 0.05% de las mujeres se encuentra sin tratamiento con el 0.06% que reporta haber recibido tratamiento y el 0.02% que presenta hendidura sin corregir; frente a la localización de la hendidura, dada su baja frecuencia y la dimensión del error estándar, sólo es posible afirmar que el 73.96% de las fisuras palatinas encontradas son bilaterales.

Mientras, que en Venezuela la Revista ODOUS de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (2005) expone que la prevalencia de hendidura labial y/o palatina en pacientes neonatos es del 12%, siendo una de totalidad de 481 niños con hendidura labial y/o palatina. En relación a ubicación geográfica, el Municipio Valencia presentó 76% y los Municipios Guacara y Bejuma 13%; 75% de los padres no sobrepasan los 34 años al momento de procrear.

Por tanto, se considera que es suma importancia el manejo de la prevalencia de la malformación congénita hendidura labiopalatina, ya que permitirá a los especialistas de ciencia de la salud, específicamente a los del área de cirugía bucal y maxilofacial, la frecuencia con la cual se presenta este defecto facial y así poner en práctica medidas para la solución de dicha afectación.

Analizando todo lo anteriormente planteado surge la siguiente interrogante de investigación ¿Cuál será la prevalencia de hendidura labiopalatina en la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el período 2016 – 2017?

## **1.2 Objetivos de la Investigación**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de hendidura labiopalatina en los pacientes que acuden a la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria de pacientes con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el período 2016 - 2017.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

Determinar las alteraciones de hendidura labiopalatina en los pacientes que acuden a la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria de pacientes con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el período 2016 - 2017.

Clasificar los tipos de hendidura labiopalatina según edad y sexo, en los pacientes que acuden a la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria de pacientes con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el período 2016 - 2017.

Establecer la prevalencia de hendidura labiopalatina según edad y sexo, en los pacientes que acuden la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el período 2016 – 2017.

### **1.3 Justificación**

La hendidura labiopalatina es una malformación congénita que afecta la vida cotidiana de los niños que la padecen, ya que intervienen en el desarrollo psicológico de éstos, así como también, en la funcionalidad de los órganos asociados a este trastorno. Cabe señalar que, los niños que padecen dicha condición presentan alteraciones dentales como la erupción tardía, forma anatómica incorrecta de algunos dientes o la ausencia total de estos.

Cabe destacar que, el desarrollo dentario esta ligado al crecimiento craneofacial y parcialmente, al de los maxilares; sin embargo, las alteraciones en número de algunos de estos componentes serán ocasionados por la posición incorrecta de los dientes, añadiendo, por su puesto los problemas inherentes al

desarrollo dentario, las posibles alteraciones causadas por agentes externos, y de influencia en el establecimiento de una función aceptablemente normal.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, el presente trabajo de investigación pretende determinar, clasificar y establecer las alteraciones de hendidura labiopalatina en la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el período 2016 – 2017. Se puede decir que, el estudio se considera importante a nivel académico porque brindará a los estudiantes de odontología cifras porcentuales acerca de la prevalencia de la hendidura labiopalatina en la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales.

A nivel cultural se aspira que los resultados de este trabajo permitan crear conciencia en la población a participar activamente en ayudar a los pacientes que presentan hendidura labiopalatina lo que permitirá mejorar la calidad de vida de los afectados integrándolos a la sociedad a la cual pertenecen. A través de la misma se logrará incorporar mediante las estadísticas la prevalencia de dicha malformación, al igual que las diferentes alteraciones que pueden afectar a los pacientes con hendidura labiopalatina, para contribuir tanto a nivel académico como personal y lograr un aporte más conjuntamente con nuestra casa de estudio, la Universidad José Antonio Páez.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la Investigación

La hendidura labiopalatina es un defecto congénito que afecta la vida cotidiana del individuo tanto en el funcionamiento del organismo debido a la comunicación buconasal que esta implica, como también, en la parte estética facial. En la actualidad, se evidencia una alta incidencia de pacientes que presenta esta afección, por el cual, los expertos del área de ciencia de la salud se han visto en la necesidad de tabular la prevalencia de dicha patología.

Por ello, **Padilla Yáñez. (2016)**, en Ecuador realizó una investigación titulada “Prevalencia de Fisura Labio-Palatina en niños atendidos en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz en el periodo Enero-Diciembre 2014”, la cual buscaba identificar a los pacientes según sexo, edad procedencia, tipo de diagnóstico y hospitalización; establecer el tipo de fisura labio-palatina más común; y la frecuencia según género, edad; la relación de comorbilidades en fisuras labio-palatina con sexo y edad, en los pacientes atendidos en el servicio de cirugía plástica del hospital pediátrico Baca Ortiz.

El estudio es de tipo observacional descriptivo retrospectivo; la muestra estuvo constituida por todos los niños menores de 1 hasta 16 años, que presentan fisura labio-palatina y se sujetan a los criterios de inclusión; fue procesado en SPSS V22. Los resultados obtenidos evidenciaron una existencia asociada entre los diagnósticos fisura labio-palatina en los niños atendidos, corresponde al 30,6%; con un universo de 640 pacientes; el tipo de fisura labio-palatina más común corresponde a la fisura palatina y labial unilateral derecha con un 27% en menores de 3 años,

con 77,4% y de sexo masculino con un 69,8%; mientras que en la fisura labial la de mayor predominio es la fisura labial unilateral izquierda con el 71,4%, en menores de 3 años con el 64,3% y de sexo masculino con un 60,7%.

Por otro lado, **España García (2015)**, en Guatemala ejecutó una investigación que lleva por nombre “Caracterización de pacientes con labio y paladar hendido”, cuya finalidad fue determinar las principales características de los pacientes con labio y paladar hendido, que asisten a Operación Sonrisa Guatemala durante el año 2014. Basado en un estudio observacional, descriptivo, transversal. Los datos fueron obtenidos de dos encuestas, la primera dirigida a las madres de los pacientes menores de edad y la segunda dirigida a los pacientes mayores de edad, que presentan labio y/o paladar hendido, posteriormente fueron evaluados clínicamente para complementar la información sobre el tipo de malformación que presentaban.

Se evaluaron 108 pacientes con labio y/o paladar hendido. Se evidenció un mayor porcentaje de casos de sexo masculino, 64.81% en relación al sexo femenino 35.19%. El tipo de malformación predominante fue el labio hendido unilateral completo con afectación del paladar. Por lo que se concluye en la existencia de un predominio de pacientes con labio y/o paladar hendido de sexo masculino. El tipo de malformación más frecuente dentro de los casos es el labio hendido unilateral completo con afectación del paladar.

Por último, **Periche Fiestas (2015)**, en la ciudad de Chiclayo – Perú, ejecutó un trabajo de investigación titulada “Frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino en dos Hospitales Minsa de la Región Lambayeque durante el período 2012- 2014”, donde el objetivo fue determinar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014. Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional, con un diseño retrospectivo.

La muestra fue representada por 272 historias clínicas de neonatos que cumplieron con los criterios de selección, donde se diseñó una ficha de recolección de

datos, la cual estuvo dividida en tres partes según las variables estudiadas. Se encontró que la mayor frecuencia de la malformación fue la fisura del paladar y labio leporino con 4 casos (1,5%) y labio leporino con 1 caso (0,4%) haciendo un total de 5 casos con malformación (1,9%) de la población total. Se concluyó que se ve pertinente levantar estadísticas periódicas de los diferentes casos de malformaciones de los neonatos que nacen diariamente en los distintos hospitales; lo que permitiría disponer de una información actualizada de estas patologías contribuyendo, así favorablemente en su prevención y tratamiento.

A nivel nacional, **Barrios (2015)** ejecutó una investigación en el estado Mérida en Venezuela, titulado “Características epidemiológicas en pacientes pediátricos con hendiduras de labio y paladar” cuyo propósito fue determinar la incidencia de labio y/o paladar hendido entre los años 2006 y 2013 en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, y las características epidemiológicas en dicha población. Se realizó un estudio descriptivo observacional, retrospectivo de 8 años. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de HLP que acudieron al IAHULA desde enero 2006 hasta diciembre 2013, para seleccionar 158 que presentaban datos completos en sus registros clínicos. Se identificaron las variables: sexo procedencia, antecedentes familiares y tipo de malformación. Los datos se vaciaron en una ficha para analizarlos con el programa estadístico SPSS 22.0.

La incidencia acumulativa de HLP en el IAHULA durante el periodo comprendido entre el año 2006 y el año 2013 fue de 5 casos por cada 10.000 nacidos vivos (nv). Del total de las historias clínicas evaluadas, el 65.2% de los niños con HLP eran del sexo masculino, 76.6% provenían del estado Mérida, el 60.2 con residencia en el área rural, el 69.0% no tenían antecedentes familiares. Del total de casos, el 53.2% con afectación de paladar primario y secundario. La incidencia acumulativa durante 8 años fue 5 casos por cada 10.000 nv, el mayor porcentaje de pacientes eran del sexo masculino, provenientes de las zonas rurales, sin antecedentes

familiares de hendiduras de labio y/o paladar; la mayoría presentó una fisura que abarcaba el paladar primario y paladar secundario.

**Hernández; M. (2013)** en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela realizó un trabajo titulado “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” en el que se reportó la prevalencia en niño/as con hendidura labiopalatina 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. De 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.

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. 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. La hendidura que predominó en esta muestra fue de HLP bilateral completa.

Las investigaciones ya antes mencionadas se encuentran ampliamente vinculadas, debido a que expresan la incidencia de neonatos que presentan la afección congénita de labio leporino y paladar hendido, así como el sexo en la cual predomina y el tipo de clasificación más frecuente.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Hendidura labial y hendidura palatina**

La hendidura labial y la hendidura palatina o hendiduras labio-palatinas se definen según Coiffman, F. MD., F.A.C.S. & cols. (1986) como: “deficiencias

estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación”; existen diferentes grados de severidad que comprenden fisura de labio, fisura labio-palatina y fisura palatina aislada.

La mayoría de las malformaciones craneofaciales congénitas se producen a las 5 - 12 semanas de desarrollo, el periodo embrionario, de 3 - 9 semanas, es el periodo más sensible durante el cual el teratógeno puede ser especialmente perjudicial. Esto es especialmente cierto para los trastornos morfológicos de línea media como la hendidura labial y la hendidura palatina. Ellos consideran como un problema poligénico multifactorial en que la susceptibilidad genética está influida por factores ambientales múltiples, los cuales interactúan en conjunto para cambiar el complejo proceso de morfogénesis de los paladares primario y secundario, en el que se puede producir hendiduras (Muhamad, A-H., 2012).

La fisura labio-palatina constituye por tanto una malformación producida entre la cuarta y doceava semana del embarazo a nivel de las estructuras orofaringonasales, siendo la sexta la de mayor riesgo, por lo que la aparición de las fisuras del paladar primario y las fisuras anómalas de la cara suceden a partir de la sexta semana de vida intrauterina, en el periodo embrionario, mientras que las fisuras del paladar secundario son más tardías, ya que ocurren luego de la octava semana de vida prenatal, ya en el periodo fetal; es por eso que de acuerdo al momento y tiempo en que actúen factores teratógenicos sobre la cronología de la formación facial, obtendremos fisuras que afecte al labio y el reborde alveolar, fisuras palatinas o la asociación de ambas y además podrían integrarse a un síndrome más complejo o aparecer de manera aislada (Fernández y Magán, 2010).

Esta patología no solo acarrea problemas estéticos, si no también afecta a diferentes funciones del infante, dependiendo del tipo de fisura que el niño presente; ya sea una fisura de labio, labio-palatina o solo de paladar. En las fisuras labio-palatina está afectada la alimentación, la audición, la respiración nasal y la fonación;

por lo que de todos estos aspectos deben ser abordados como parte del tratamiento integral (Ford A., 2004).

### **2.2.2 Formación Embrionaria del Labio y del Paladar**

La armonía en lo referente a la forma facial del recién nacido es el resultado de una sucesión complicada de procesos embriológicos que involucran migraciones celulares, interacciones de tejidos, crecimiento celular y diferenciación entre ellos, la formación de la cara inicia durante la cuarta y quinta semana del embarazo, en el momento de formación de los arcos branquiales, derivados en su mayor parte de células que migraron desde la cresta neural (Sadler, TW., 2009).

A finales de la cuarta semana de gestación se puede observar en la zona cefálica del embrión el estomodeo o boca primitiva, en torno al cual se forman prominencias y surcos, que al crecer y diferenciarse da lugar a las estructuras que forman la cara (Sadler, TW., 2009). A partir de la quinta semana de gestación rápidamente se eleva el tejido que rodea a las placodas olfatorias por crecimiento diferencial tomando una forma de herradura para constituir los procesos nasales, mediales y laterales, en la formación de la porción medial del maxilar superior intervienen los procesos nasomediales del labio y del paladar primario (prolabio, premaxilar y parte media anterior del paladar), la porción lateral del maxilar está dada por los procesos nasolaterales (Sadler, TW., 2009).

A la sexta semana, los procesos maxilares crecen hacia la línea media y se vuelven más prominentes, aproximándose a los procesos nasales, los cuales al mismo tiempo van creciendo de tal manera que se ve desvanecerse por completo la porción inferior del proceso frontal, situado entre ellos, y quedan en contacto ambos procesos nasomediales; los procesos nasolaterales se desplazan hasta ponerse en contacto con los procesos maxilares en ambos lados (Coiffman, F. MD., F.A.C.S. & cols., 1986).

En la séptima semana, en el interior de la cavidad oral, se originan un par de prominencias a los lados del maxilar, llamados tabiques palatinos, los cuales crecen y tienden a reunirse en la línea media; al principio la lengua se encuentra entre ellos,

pero conforme progresa el desarrollo, la lengua se va a la parte inferior y los tabiques palatinos, medialmente hacia arriba (Moore, K., 2008).

En la región anterior, una zona triangular correspondiente al premaxilar y proveniente del proceso nasomedial se coloca entre los tabiques palatinos, con los que se une; el tabique nasal crece caudalmente y se une al paladar con lo que se completa la separación entre ambas fosas y de estas con la cavidad oral (Sadler, TW., 2009).

Dehiscencias en la unión del paladar primario o secundario llevan a la aparición de fisuras, ya sean del paladar primario (afectan al labio con o sin compromiso del hueso alveolar), fisuras del paladar secundario (afectan paladar óseo y/o blando); mistas (compromiso de labio y paladar) y fisuras atípicas, estas ocurren en menor proporción (Gonzales, G., 2012). Las fisuras labio-palatina pertenecen al grupo de malformaciones congénitas (MFC), es decir, una alteración estructural que se presenta al momento del nacimiento, siendo el resultado de una falla, atraso o desviación ocurrida durante el desarrollo embrionario que puede dañar a un órgano, una célula o una molécula (Gonzales, G., 2012).

### **2.2.3 Malformaciones de Cabeza y Cuello**

Habitualmente las principales son las hendiduras labio-palatinas, las malformaciones craneofaciales en una manera simple se dividen en aquellas concernientes a la aparición de fisuras las cuales son hendidura de los tejidos blandos que pueden afectar tanto a los huesos del esqueleto del cráneo como también de la cara; y en aquellas malformaciones del cráneo y la cara que son el resultado del cierre precoz de las suturas craneales, mejor denominadas sinostosis, clínicamente se aprecian en caras y cráneos malformadas como consecuencia de un crecimiento anómalo del esqueleto óseo. (Pesqueira, T., 2010).

#### **2.2.3.1 Anatomía y Alteraciones de la Hendidura Labial Unilateral y Bilateral**

En el labio fisurado, se presenta un retraso en el desarrollo de los procesos maxilares, una distribución ósea e inserción anormal de las porciones musculares, contribuyendo a la deformidad nasal y labial. (Ford, A., 2004).

### **2.2.3.2 Clasificación de las Hendiduras Labio-palatinas**

La clasificación de las fisuras está dada de acuerdo a las estructuras afectadas ya que encontramos diversos de severidad como: "fisura de labio, fisura labiopalatina y fisura palatina aislada", la categorización de las fisuras se realiza dependiendo de las estructuras comprometidas: labio, encía, paladar óseo, velo. Además se puntualiza si es unilateral completa (3/3), incompleta (2/3, 1/3) (Ford, A., 2004).

### **2.2.3.3 Tipos de Hendiduras según su Extensión**

Unilateral, este tipo de fisura se encuentra por fuera de la cresta filtral, todos los elementos de la parte media del labio forman parte del borde interno de la fisura, la cresta filtral de la fisura labial es más corta y más oblicua que la de la mitad opuesta del labio, también sobresale menos. La premaxila se proyecta y rota hacia arriba, el septum nasal se gira para el lado no fisurado, quedando la narina del lado no fisurado reducida y la del fisurado ensanchada. (Ccoiffman, F.MD., F.A.C.S. & cols., 1986).

En el lado fisurado la musculatura se inserta en el borde de la fisura y a lo largo de ella; la columela se halla acortada y sigue a la desviación septal; el filtrum esta acortado; mientras que en el lado no fisurado el labio posee musculatura normal tracciona y ayuda a la desviación labial; (Whitaker, L., Pashayan, H., and Reichman, J., 1981). El ala nasal del lado fisurado en su parte externa está implantada más baja, así mismo esta hipertrofiada y aplastada, debido a la alteración de la musculatura; las dos narinas están obstruidas, la del lado fisurado en su parte anterior; la punta nasal tiene una muesca en su centro debido a la separación de los cartílagos alares, a mas de ser ancha; el suelo nasal esta agrandado. (Acaiturri, 2012).

Bilateral, en si encontramos alteraciones similares a la de la fisura labial unilateral. El centro del labio, llamado prelabio, se encuentra separado de vez en cuando totalmente, de las dos porciones laterales, según lo expresa: (Coiffman, F.

MD.,F.A.C.S. & cols., 1986); el arco de cupido no es reconocible en este tipo de fisura, puesto que la premaxila se encuentra protruida destruyendo el área de la columela, de tal manera que el labio sale específicamente de la punta nasal; el hueso alveolar se articula con el septum nasal y el vómer, además contiene a los incisivos. La columela está muy acortada pareciendo clínicamente ausente; la porción central no contiene musculo, salvo pequeños haces; pero no anatómicamente. (Whitaker, L, Pashayan, H., and Reichman, J., 1981).

#### **2.2.3.4 Clasificación Clínica de Hendidura Labial y Hendidura Palatina**

Debido a la gran diversidad que las figuras labio palatinas pueden mostrar varios autores, con el paso del tiempo, han planteado múltiples sistemas de clasificación apoyándose en varios criterios como lo son: embriológicos, anatómicos, odontológicos, quirúrgicos. (Acaiturri, A.2012).

Las más utilizadas son:

- Kemahan, en 1971 plantea una clasificación que utiliza una representación grafica de la fisura en forma de "Y". (Landa, G. y Fernandez, M. 2011).

- Millard en 1977 perfecciona la propuesta al incluir en la representación grafica de las fisuras primero a la nariz y luego también al suelo nasal bajo la forma de triángulos enfrentados en ambos extremos de los brazos de la "Y" (Coiffman, 1986).

- Kriens en 1989 plantea una clasificación en la cual se utiliza letras para describir las estructuras afectadas por la fisura (L: lip, A: Alveolar, H: LAHSHAL, el cual nos ayuda a coadyugar y localizar las diferentes clases de fisuras simplificando su registro.

##### **2.2.3.4.1 Fisuras Labiales**

Fisura labial cicatrizal, se le puede considerar como la variedad más benignas de las fisuras labiales, es un leve hundimiento del borde mucoso el cual forma un surco vertical en el labio cutáneo.

Fisura labial central, es la hendidura que incluye todo el labio, tanto en el lado derecho como en el lado izquierdo, con agenesia total del prelabio y premaxila.

Fisura labial simple o incompleta, es aquella fisura labial que posee una ligera muesca o depresión en el labio de profundidad variable, según su grado de afectación, abarcando todo el bermellón y se extiende hacia el labio cutáneo; la muesca o fisura puede abarcar todo el labio cutáneo o solo parte de este, la arcada alveolar tiene continuidad y el piso de la nariz esta conservado, aunque casi siempre algo ensanchado; la fisura labial incompleta puede ser unilateral o bilateral. (Acaiturri, 2012).

Fisura labial total o completa, este tipo de fisura afecta la totalidad del labio y paladar primario, limitado por detrás por el agujero palatino anterior, la arcada alveolar está dividida; la nariz esta ensanchada por alargamiento o hipertrofia de la aleta nasal, este tipo de fisura también puede ser unilateral o bilateral. (Coiffman, F MD., F.A.C.S & cols., 1986).

#### **2.2.3.4.2 Fisuras Palatinas**

Fisura palatina simple o incompleta, en este tipo de fisura palatina, el reborde alveolar está intacto, o puede limitarse al paladar blando, o estar afectado el paladar óseo hasta el agujero palatino anterior; la forma más leve es la fisura submucosa en la que estando conservada la mucosa, la fisura se limita a la zona muscular del paladar blando; esta siempre asociada a úvula bífida (Acaiturri, 2012).

Fisura palatina total o completa, este tipo de fisura palatina podemos dividirla en dos: fisura palatina unilateral o fisura palatina bilateral.

Fisura palatina completa unilateral, la fisura pasa entre el hueso incisivo y el maxilar superior del lado correspondiente, extendiéndose hacia atrás entre las apófisis palatinas de los maxilares y las láminas horizontales del palatino; el tabique nasal está inserto en la apófisis palatina del lado opuesto. (Whitaker, L., Pashayan, H., and Reichman, J., 1981).

Fisura palatina completa bilateral, el hueso intermaxilar está completamente separado del reborde alveolar de ambos lados; esta desplazado hacia delante y arriba.

Fisura palatina central, va asociada siempre a una fisura labial central, presenta una agenesia total de las apófisis palatinas de los maxilares superiores, de las laminas horizontales del palatino y del paladar blando (Coiffman, F., F.A.C.S. & cols., 1986).

#### **2.2.4 Implicaciones Funcionales Asociadas A La Hendidura Labio-palatina**

El sistema estomatognático necesita estar normal para que cumpla con las funciones innatas para las que fue creado, en los casos en los cuales existe cualquier anomalía como es la hendidura labio-palatina, esta función se ve afectando tanto en succión, deglución, fonación, masticación y audición desde el inicio de la vida de cualquier ser humano.

##### **2.2.4.1 Alteraciones en la Alimentación**

La succión es una de las funciones principales e innatas en los mamíferos puesto que el amamantamiento constituye una herramienta primordial para la alimentación en los recién nacidos; desafortunadamente en el paciente fisurado dicha función esta alterada por la falta de integridad en el sistema estomatognático debido a las fisuras, a lo que se añade la desorientación de la madre para alimentar al niño (Acaiturri, 2012).

La no coalescencia entre algunos de los procesos faciales ya sea paladar o labio va a permitir la comunicación de la cavidad bucal y nasal, ocasionando la regurgitación de leche hacia la cavidad nasal; además de aumentar la deglución de aire en el transcurso de su alimentación, lo que origina frecuentes vómitos o atragantamientos (Fernandez y Magan., 2010).

##### **2.2.4.2 Eficiencia Masticatoria Alterada**

La forma de las arcadas al igual que la integridad de los dientes, además de la salud periodontal de los tejidos de sostén circundantes es de gran importancia para alcanzar una correcta y funcional oclusión (Gonzales, G., 2012).

El paciente fisurado presenta una disminución significativa de la eficiencia masticatoria, debido a que posee un menor número de dientes, compresión maxilar, secuelas de la fisura en la configuración de la arcada lo que produce desde los primeros días de vida diferentes alteraciones en la musculatura peribucal, puesto que la falta de continuidad en el reborde del labio o del maxilar superior va a impedir su correcto funcionamiento (Fernandez y Magan., 2010).

En lo concerniente a la oclusión las alteraciones en las relaciones interarcadas maxilo-mandibulares se diagnostican como mordidas cruzadas, cuyas secuelas resultan en una disminución del espacio aéreo, no repercutiendo en el proceso normal de ventilación respiratoria y de articulación de fonemas, hasta reducción de la eficiencia masticatoria causada en el área de la fisura y partes circundantes debido a las alteraciones dentarias.

#### **2.2.4.3 Alteraciones en la Reparación y Mucosa Nasal**

La mucosa nasal está hecha principalmente para recibir aire durante los primeros años de vida, pero debido a la constante agresión dada por líquidos y alimentos que se ponen en contacto con ella, conduce a una respuesta inflamatoria cuyos signos son: edema o hipertrofia, por lo que los pacientes fisurados presentan importantes complicaciones en su respiración, al comprometer anatómicamente a la vía aérea superior convirtiéndose en respiradores bucales (Fernández y Magan., 2010).

#### **2.2.4.4 Disturbios Fonoarticulatorios**

Uno de los principales problemas del paciente afectado con fisura labiopalatina son las alteraciones estéticas, junto con los trastornos provenientes de las anomalías de los órganos fonoarticulatorios; estableciendo una modificación de sonido que las cuerdas vocales producen al vibrar, debido a la ruptura anatómica del círculo fonatorio representado por los labios, dientes, rebordes alveolares, paladar duro, blando y lengua (Fernández y Magan., 2010).

La fisura del labio, la ruptura del reborde alveolar y del paladar crean grandes inconvenientes para la calidad nasal de la voz y la adecuada articulación de los sonidos debido a que los órganos fonoarticulatorios incluyen patrones neuromusculares sumamente coordinados, con una compleja actividad motora y que en mucho de los casos se encuentran también comprometidos (Fernández y Magan, 2010).

#### **2.2.4.5 Aspectos Emocionales y Estéticos**

Desde los primeros momentos de la vida del paciente fisurado se presentan emociones negativas originadas principalmente por la afectación estética que estos pacientes padecen y en gran parte por el impacto psicológico que sus padres experimentan por esta patología; a esto se suma la afectación psicológica que el paciente presenta por el rechazo social, este tipo de pacientes también posee una dificultad en la comunicación que desemboca en problemas de interrelación con su entorno, sumado a su necesidad de mejoras estética, generando barreras para su desarrollo personal ( Fernández y Magan., 2010).

#### **2.2.5 Etiopatogenia**

La gran mayoría de malformaciones craneales están asociadas a síndromes lo que representa entre sus características alguna fisura oral, sin embargo el 80% de ellas forma parte de la categoría "Fisura oral no-sindrómica"; estos individuos no poseen ninguna otra malformación congénita, por lo que no presentan ninguna afectación de otras estructuras anatómicas, mientras que el otro 20% están asociadas a síndromes (Gonzales, G., 2012). Un análisis de la relación que tienen las familias con más de un individuo afectado muestra que se han podido relacionar algunos con una más alta incidencia a ser susceptibles a la aparición de fisura labio-palatina y alteraciones del gen de endotelina-1 (Et1) localizado en el cromosoma 6, el cual codifica para un péptido vasoactivo expresado en las células endoteliales vasculares (Escobar, L, et al, 2013).

La fisura labial y palatina no sindrómica están relacionada con el desarrollo y suele presentarse juntos, los describimos conjuntamente, esta patología muestra una etiopatogenia bastante complicada, puesto que aun no se encuentra totalmente estudiada e investigada; su etiología parece implicar tanto factores hereditarios como ambientales y es por eso que Sapp, P., y cols señalan que aproximadamente el 40% de los casos de fisura labial, con o sin fisura palatina parecen ser hereditario; sin embargo, esto es así en menos del 20% de los casos de fisuras palatinas aisladas, por lo que se especula que es una patología multifactorial como la cataloga el Comité de Defectos Congénitos del CDC de Atlanta, lo que significa que tiene factores medioambientales y genéticos predisponentes; en lo concerniente a los factores genéticos se ha encontrado que, en varios estudios se ha enfatizado en la búsqueda de distintas regiones del genoma relacionadas con estas patologías, afortunadamente en la actualidad ya han sido identificadas algunas de ellas (Sapp, P., Eversole, Wysocki, G., 2006).

Respecto a los probables factores medioambientales propuestos en la literatura encontramos: patologías crónicas de la madre como es la diabetes mellitus, hipertensión arterial, hábito alcohólico, consumo de drogas, tabaco y fármacos durante el primer trimestre de gestación; edad materna temprana y tardía, consanguinidad parental, bajo nivel de escolaridad o educación de los padres, profesión de los padres donde este en exposición a productos químicos como pesticidas o uso agrícola; vivir a grandes alturas, etnicidad o grado de indigenidad de los padres y finalmente el estrés materno (Gonzales, G., 2012).

#### **2.2.5.1 Patologías Crónicas de la Madre**

Las enfermedades crónicas durante el embarazo como lo es, la hipertensión arterial (HTA), provocaría una disminución precoz de flujo uteroplacentario; por otra parte en la diabetes mellitus (DM), se presenta un ambiente hiperglicémico el cual actúa como un teratógeno; en relación con este factor, el estudio retrospectivo de Carinc y cols en el año 2005 sobre los niños con fisuras orales en sur de Italia, en

donde hallaron una relación de significancia estadística entre la diabetes mellitus II DM2 en la familia y una elevación de riesgo de traer al mundo a un hijo con fisura labiopalatina (Gonzales, G., 2012).

#### **2.2.5.2 Tabaquismo Materno durante el Primer Trimestre de Embarazo**

La literatura postula que la nicotina produciría una hipoxia en el embrión afectado el normal desarrollo del mismo; sin embargo varios estudios realizados en seres vivos se ha observado los posibles efectos teratogénicos del tabaquismo materno durante el embarazo, obteniendo resultados paradójicos, ya que el mecanismo por el cual esta patología se produce, es por su efecto de vasoconstricción severa. Por lo que algunos de los autores indican que el fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de tener un niño con fisura labio palatina solamente (Gonzales, G., 2012).

#### **2.2.5.3 Consumo Materno de Alcohol**

De la misma forma que el tabaquismo, el alcohol durante el embarazo como causa del apareamiento de fisuras orales, no se encuentran totalmente esclarecida su asociación, ya que se mostro en un estudio poblacional de casos y controles que inclusive un bajo consumo de alcohol durante el periodo de gestación se asocia significativamente con un alto riesgo de tener hijos con fisuras orales (Gonzales, G., 2012).

#### **2.2.5.4 Fármacos**

Corticoesteroides, estudios en cepas de ratones susceptibles han evidenciado que los glucocorticoides causan fisuras palatinas; esta situación se ha debatido mucho durante años, que la combinación de embarazo con el consumo de glucocorticoides da como resultados la aparición de fisuras orales en los recién nacidos; además varios estudios epidemiológicos realizados en humanos han demostrado que dicha aseveración es correcta, puesto que en él se establece la relación que hay entre el uso de corticoides durante el primer trimestre de gestación con un aumento de riesgo de aparición de fisuras orales (no sindrómicas) en niños nacidos de estos embarazos.,

(Gonzales, G., 2012). Antinflamatorios no esteroidales (AINES), en los relacionado a los AINES en el estudio de Hernández y cols. (2012), se encontró un incremento en el riesgo de tener hijos con fisuras orales con la utilización de AINES por parte de las madres; en dicho estudio se observo una asociación más fuerte, específicamente al consumo de naproxeno; desafortunadamente la información obtenida es insuficiente, por lo que se requiere investigar más sobre el tema, en lo referente a la frecuencia, dosis, y momento de consumo (Coiffman, F.MD., F.A.C.S. & cols., 1986). Anticonvulsivantes, la fenitoina y el acido valproico, entre otros, se asocian con una acentuación en el riesgo de patologías congénitas en la progenie.

#### **2.2.5.5 Consanguinidad Parental**

Uno de los factores etiológico para el aumento de la aparición de fisuras bucales en la descendencia es la consanguinidad parental, significativamente para fisuras labio-palatinas, más no la fisura palatinas; por lo que Ravichandran y cols. (2012), en un estudio longitudinal de 10 años sobre niños nacidos con fisuras orales en el hospital de arabia saudita, constataron la presencia de relaciones de consanguinidad del 56,8% de los padres de los pacientes con fisuras orales (Gonzales, G., 2012).

#### **2.2.5.6 Recurrencia Familiar de Fisuras Bucles**

Uno de los principales factores de riesgo para la aparición de fisuras orales, es la recurrencia familiar de figuras labio-palatinas, el riesgo puede ser mayor o menor, dependiendo del grado de parentesco y del número de personas afectadas en la familia.

“En el estudio de Ravichandran y cols. (2012) se encontró que alrededor de un tercio de los niños con fisuras orales tenían una historia familiar de fisuras, siendo esta especialmente asociada al aumento de frecuencia de fisuras palatinas” se ha encontrado que en Chile hay una elevada recurrencia familiar de fisuras; “En un estudio de Sepúlveda y cols en 2008, se observo que un 26,7% de familias con un

hijo fisurado conoce por lo menos un familiar con fisuras orales en su genealogía” (Coiffman, F, MD., F.A.C.S. & cols., 1986).

#### **2.2.5.7 Edad Parental**

El posible papel que tienen la edad de la madre en la etiología de las fisuras orales se ha investigado, sin embargo, como muchos de los posibles factores de riesgos propuestos, aun continua sin un consenso final, según Correa de Queiroz y cols. (2012).

“Realizaron un meta-análisis para evaluar la relación entre la edad de los padres y la aparición de las fisuras labio palatinas, no encontraron asociación entre una temprana edad parental (menos de 20 años) y tener hijos con fisuras orales, en cambio, respecto a una edad parental avanzada, se observo que padres de 40 años o más muestran un mayor riesgo de tener un niño con fisuras palatinas en comparación con sus padres entre 20 y 39 años, así como también las madres entre 35 y 39 años de edad son más propensas a tener hijos con fisuras palatinas en comparación con madres entre 20 y 29 años; por otra parte, las madres con 40 años o más tienen más posibilidad de tener hijos con fisuras palatinas” (Gonzales, G., 2012).

#### **2.2.5.8 Estrés Materno durante Primer Trimestre de Gestación**

Se conceptualiza al estrés con un estado de tensión fisiológica o psicológica ocasionada por los estímulos hostiles físicos mentales o emocionales internos o externos, que tienden a alterar el trabajo de un organismo y que él desea impedir (Gonzales, G., 2012). Podrían desencadenar este tipo de estado los desastres nucleares, la violencia intrafamiliar, muerte de un ser querido y los desastres naturales como: tormentas de nieve, terremotos, huracanes, inundaciones, tsunamis. (Coiffman, F. MD., F.A.C.S. & cols 1986).

Existe evidencia que el estrés prenatal post-traumático de la embarazada, se presenta específicamente en aquellas mujeres altamente expuestas a estos sucesos por que pueden afectar la salud mental de la embarazada. Se ha evidenciado que resultados congénitos adversos en los seres humanos, como disminución del

crecimiento fetal, del peso al nacer, de la edad gestacional y posiblemente mal formaciones congénitas están asociadas con el estrés (Gonzales, G., 2012).

Los estímulos estresantes pueden producir defectos congénitos ya que es un mecanismo de desregulación del sistema de respuesta de estrés, el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal (HHA), ante un suceso de estrés se va a producir de la cascada del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal el cual comienza con una mayor liberación de hormona liberadora de corticotropina del hipotálamo (CRH), estimulando a la hipófisis a liberar la hormona corticotropina para estimular a su vez a la corteza suprarrenal incrementando la elaboración y secreción de glucocorticoides (Gonzales, G 2012).

### **2.2.6 Tratamiento**

Según el médico Víctor Manuel Valadez Jiménez, en el manual de guías clínicas del servicio de foniatría sobre fisura labio-palatina del 2012, comenta que el paciente fisurado debe recibir un tratamiento multidisciplinario de especialistas con la finalidad de brindar una atención integral, con el propósito de resolver la problemática de cada paciente; basándose en los siguientes parámetros: edad del paciente, su estado de salud en general y su historia clínica, las características específicas de la patología, la tolerancia del paciente a expresos medicamentos, procedimientos o terapias, el compromiso de otras partes del sistema del cuerpo, el sentir del paciente o su predilección.

El médico foniatra, desde los primeros días del nacimiento del niño, se deberá aleccionar a los padres, sobre técnicas de alimentación al infante, estimulación temprana de las funciones pre lingüísticas y a continuación de las lingüísticas; focalizando su esfuerzo en la rehabilitación orofacial, la respiración, la deglución, la articulación del habla y la voz.

El genetista, realizara los estudios necesarios así como ayudara en el asesoramiento genético a la familia (Valadez, V, 2012). El odontopediatra, elabora la placa obturadora para ayudar a mejorar la alimentación del infante; así como también

en las funciones prelingüísticas; por otro lado dará un seguimiento al pequeño a lo largo de su desarrollo orofacial para, si es necesario colocar diversos aparatos con la finalidad de redireccionar su crecimiento (Valadez, V, 2012). El cirujano maxilofacial, operará al niño con el objetivo de devolver la función normal de las estructuras buco-faciales (Gomes KU, Rapoport A, Carlini JL, Lehn CN, Denardi OV., 2009).

El ortopedista y el ortodoncista, van a orientar y estimular el crecimiento óseo del paciente fisurado con el objetivo de alcanzar una buena relación intermaxilar y una alineación dentaria aceptable (Valadez, V, 2012). El psicólogo, enseñara primero a los papas del paciente, para que estos consigan deshacerse de los sentimientos de culpa y frustración; del mismo modo el especialista podría brindar psicoprofilaxis prequirúrgica y postquirúrgica, tanto al infante como también a su familia para así disminuir de alguna forma el trauma que deja el paso por el quirófano (Yzunza, A. Pamplona Ma., 2012).

El otorrinolaringólogo, su función consiste en brindar una profilaxis y tratamiento de las infecciones de vías aéreas superiores especialmente cuando padecen de otitis, la cual es una de las patologías más recurrentes que presentan estos pacientes (Gomes KU, Rapoport A, Carlini JL, Lehn CN, Denardi OV., 2009). El pediatra, maneja el crecimiento y desarrollo del niño (Valadez, V, 2012).

### **2.2.7 Epidemiología**

En la investigación realizada por Barrios (2015) de las Características epidemiológicas en pacientes pediátricos con hendiduras de labio y paladar, los datos estadísticos y epidemiológicos son una necesidad para la realización de programas de prevención dirigidos a determinar la incidencia y reconocer la enfermedad, así como para establecer protocolos para la rehabilitación de estos pacientes (Sepúlveda 2008)

De acuerdo con Hurtado(2010), Cherfên (2009), Feroso (2006), Quijano (2009), Chavarriaga (2011), Zubillaga (2010) y Sotomayor (2004), la incidencia media de hendiduras de labio y/o paladar en la población caucásica es de

aproximadamente 1:500 nacidos vivos (nv) en Europa y de 1:700-1000 nv en Estados Unidos, mientras que en la población de origen negro es inferior (0.41: 1000 nv o 1:2500 a 3000 nv). Señalan también que esta patología es más frecuente en las razas asiáticas (1:350 nv) e indígenas de América; en Chile, la incidencia es de 1 por cada 580 nv, en Colombia de 1:1000 nv y en Bolivia de 25:10000 nv. Según Chavarriaga et al. (2011), el Instituto Latinoamericano de Malformaciones Congénitas puntualizó que la tasa global de 10.49 por 10000 nv era superada por algunos países; las tasas más altas se presentaron en Bolivia con 23.7 seguidas de Ecuador con 14.96 y Paraguay con 13.3 y por otra parte, las tasas más bajas se presentaron en países como Venezuela con 7.92, Perú con 8.94, Uruguay con 9.37 y Brasil con 10.12

### **2.2.8 Prevalencia**

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. Estudios realizados anteriormente por la ODOUS en el estado Carabobo la prevalencia de hendidura labial y/o palatina es 12%. En relación a ubicación geográfica, el Municipio Valencia presentó 76% y los Municipios Guacara y Bejuma 13%; 75% de los padres no sobrepasan los 34 años al momento de procrear. En cuanto al nivel educativo, 67% no culmina estudios secundarios. La prevalencia de la Hendidura labial y/o palatina es muy alta en el Estado Carabobo. En cuanto a los progenitores, presentan un nivel educativo bajo y una edad de procrear por debajo de 34 años, es una población joven. Se evidenciaron anomalías asociadas en pabellón auricular, mano y pie

Al relacionar la distribución de la hendidura labial y/o palatina, según el lugar de nacimientos de los niños se observó que el estado Carabobo presenta el mayor porcentaje en ambos centros de atención: A.V.A.I.P.A.C.F. 65,12% y U.D.A.C.Y.D. 72,87%. Estos resultados se corresponden con lo presentado en el Proyecto Venezuela por FUNDACREDESA, donde el estado fue tomado como piloto

demostrando la prevalencia de la hendidura en el mismo. Los estados que constituyen las zonas de influencia: Aragua, Cojedes, Yaracuy y Falcón representan 25% del total del universo. Es importante señalar que el porcentaje de niños con hendidura labial y/o palatina que presenta el estado Cojedes es relevante, en relación al resto de los estados que constituyen las zonas de influencia. En el reglón otros se agrupan los estados que presentaron menos de cuatro niños con hendidura labial y/o palatina.

### **2.2.9 Salud Pública**

La hendidura labiopalatina es una malformación muy variable en complejidad y prevalencia, lo que la convierte en un problema de salud pública. Sin duda, tiene una profunda repercusión tanto estética (problema psicológico que repercute en el núcleo familiar y en el entorno social) como funcional (problemas en la alimentación, la respiración nasal, el crecimiento facial, el desarrollo dental, la fonación, la audición) que varía en relación con el compromiso labial, arcada dentaria, paladar y nariz (Barrios 2015)

Existen organizaciones internacionales y nacionales que prestan servicios médicos y tratamientos a pacientes con estas alteraciones craneofaciales, tales como la operación sonrisa, la cual en 1992 El Dr. Bill Magee contacto a los doctores Jorge Carlesso, especialista en cirugía plástica y reconstructiva, y a la Dra. Teresita Pannaci, odontóloga, especialista en ortopedia maxilar, quienes integraban la Unidad de Labio y Paladar Hendido del Hospital San Juan de Dios de Caracas y los invita a Norfolk, Virginia EU., a la celebración del décimo aniversario de Operation Smile y para iniciar los arreglos a fin de incluir a Venezuela como país participante en las jornadas internacionales.

Para cumplir con la atención integral de sus pacientes, Operación Sonrisa Venezuela cuenta con el apoyo de un equipo multidisciplinario de voluntarios profesionales, constituido por cirujanos plásticos, cirujanos maxilofaciales, anestesiólogos, enfermeros, odontólogos, psicopedagogos, pediatras, terapeutas de lenguaje, psicólogos, nutricionistas, comunicadores, entre otros especialistas, que

dedican su tiempo y conocimientos para llevar a cabo jornadas quirúrgicas y programas educativos. El objetivo principal es brindar atención integral y cirugías a niños y jóvenes de escasos recursos con labio y paladar hendido de forma gratuita.

### **2.3 Bases legales**

Las bases legales representan el conjunto de normas, estatutos y leyes que sustentan la parte legal de la investigación. Es así como, la salud y la odontología en Venezuela se encuentran apoyadas por un conjunto de leyes que, para la presente investigación tiene como fundamentación legal la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, El Código de Deontología Odontológica y la Ley del Ejercicio de la Odontología.

#### **2.3.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**

**Artículo 83:** La salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho de la vida. El estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

**Artículo 84:** Para garantizar el derecho a la salud el estado creara, ejercerá la rectoría y gestionara un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integro al sistema de seguridad social, regidos por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y

rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la forma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

### **2.3.2 Código de Deontología Odontológica**

#### **CAPITULO I Del Ejercicio de la Odontología:**

**Artículo 2.** Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley su Reglamento.

### **2.3.3 Capítulo Primero, De los deberes generales de los odontólogos**

**Artículo 1:** El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

**Artículo 2:** El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

### **2.3.4 Capítulo Segundo, De los Deberes hacia los Pacientes**

**Artículo 17:** El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan.

### **2.3.5 Ley Orgánica Para la Protección del Niño y del Adolescente, Capítulo II, Derechos, Garantías y Deberes**

**Artículo 41:** Derecho a la Salud y a Servicios de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. Parágrafo Primero: El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.

Parágrafo Segundo: El Estado debe asegurar a los niños y adolescentes que carezcan de medios económicos el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación.

**Artículo 42:** Responsabilidad de los Padres, Representantes o Responsables en Materia de Salud. Los padres, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes.

**Artículo 43:** Derecho a Información en Materia de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas de la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo. El Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias

#### **2.4 Definición de Términos Básicos**

- **Alcoholismo:** Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito.
- **Alteración:** Cambio de las características, la esencia o la forma de una cosa.

- **Estrés:** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

- **Fármacos:** Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico.

- **Hendidura:** Abertura alargada y con muy poca separación entre sus bordes, que se hace en un cuerpo sólido, especialmente un hueso o un mineral.

- **Labio:** Parte exterior carnosa y movable de la parte inferior del rostro o de las fauces que, junto con otra, cubre la dentadura y forma la abertura de la boca de los mamíferos.

- **Paladar:** Parte superior del interior de la boca de los vertebrados.

- **Parental:** De los padres o parientes o relacionado con ellos.

- **Patología:** Enfermedad física o mental que padece una persona.

- **Recién Nacido:** Que ha salido del vientre materno y ha comenzado a existir en un momento o lugar determinado.

- **Tabaquismo:** Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.

- **Tratamiento:** Conjunto de medios que se aplican para curar o aliviar una enfermedad a una persona.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de Investigación

Según Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P, (2010), que especifican la investigación descriptiva:

Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (pág.: 80).

Por lo tanto, basándonos en este concepto se puede decir que la presente investigación es de tipo descriptiva ya que, se busca establecer, y tasar las características que presentan un grupo de individuos con una misma condición clínica, como es el caso de la prevalencia de hendidura labiopalatina, en pacientes que asisten a la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el periodo 2016 - 2017, y a su vez, clasificar los tipos de hendidura labiopalatina que asisten a dicha asociación y, permitiendo así la recolección de información para posteriormente pueda ser empleada en el gremio médico-odontológico y por los estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio buscando proporcionar mejores alternativas de tratamiento a pacientes con dicha problemática.

#### 3.2 Diseño de la Investigación

Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), se refieren al término diseño como al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea, es decir, es el plan de acción a seguir en el trabajo de campo (pág.: 120). A su vez, define, la investigación retrospectiva, como aquella que se reconstruyen las relaciones a partir

de la variable dependiente, es decir, consisten en el estudio que el análisis son en el tiempo presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados. (pág.: 156).

Mientras que, Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), establecen que la investigación no experimental, se refiere a un estudio que:

Se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se demuestra en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (pág.:149).

Igualmente, Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), expresan que la investigación transeccional o transversal, recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (pág.: 151). En este sentido, el siguiente estudio se considera una investigación retrospectiva no experimental transeccional o transversal, ya que busca determinar las alteraciones de hendidura labiopalatina, como también, clasifica los tipos de hendidura labiopalatina, y por último, establecer la prevalencia de hendidura labiopalatina en la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el periodo 2016 – 2017.

### **3.3 Población y Muestra de la Investigación**

#### **3.3.1 Población**

Según Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), una población “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Siendo esta una población finita agrupación en la que se conoce la cantidad de unidades que la integran. Además, existe un registro documental de dichas unidades, que desde el punto de vista estadístico, una población finita es la constituida por un número inferior a cien mil unidades (Arias, F. 2012; pág.: 82). Por ello, se puede decir que en la presente investigación la población estará constituida por los 93

pacientes que asistieron a la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el periodo 2016 – 2017.

### **3.3.2 Muestra**

Según Hernández. R, Fernández. C y Baptista. P (2010), la muestra:

Es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, éste deberá ser representativo de dicha población. El investigador pretende que los resultados encontrados en la muestra logren generalizarse o extrapolarse a la población (en el sentido de la validez externa que se comentó al hablar de experimentos). El interés es que la muestra sea estadísticamente representativa (pág.: 173).

De acuerdo a Arias F (2012), para seleccionar la muestra se utiliza una técnica o procedimiento denominado muestreo; en el que se empleó un muestreo no probabilístico intencional u opinático, siendo este un procedimiento de selección en el que se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra; en este caso los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador (pág.: 85).

De igual forma, Arias F (2012), señala que son varios los autores que usar una muestra tan grande como sea posible, por cuanto una muestra de gran tamaño tiene mayores posibilidades de ser representativa de la población. (pág.:87). En tal sentido fue tomada como muestra los pacientes que padecen de hendidura labio-palatina de la población, es decir, 45 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 0 – 9 años que asistieron a la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el periodo 2016 – 2017.

### **3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

Para Arias F. (2012), la técnica de recolección de datos, es el “procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (pág.: 67) en la que se puede ubicar la observación, siendo una “técnica que consiste en visualizar o captar mediante la vista

en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad [...]” (pág.: 69). La información recopilada partirá de la historia clínica el cual según Sánchez (1994) la historia clínica, también llamado expediente clínico, es un documento legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, psicológico, enfermero) y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes.

#### **3.4.1 Validez y Confiabilidad del Instrumento de Recolección de Datos**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), se refiere al “grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (pág.: 201). A su vez exponen que la validez de contenido, es el “grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide” (Hernández, Fernández y Baptista 2010; pág.: 201); mientras, que la validez de criterio “establece la validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo” (Hernández, Fernández y Baptista 2010; pág.: 202).

Según Sánchez (1994) la historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social. Así mismo siendo un instrumento estandarizado tampoco requiere verificar la confiabilidad.

#### **3.5 Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos**

Según Arias F. (2012), son el conjunto de técnicas y medidas que permiten caracterizar y condensar los datos obtenidos. Una vez recogidos los datos, se procederá a su ordenación, tabulación y análisis a través de estadística descriptiva. Para llevar a cabo tal procedimiento se realizará un análisis de frecuencia y porcentaje que se agrupará e interpretará en base a las dimensiones de la variable, y se encontraran presentados en cuadros y gráficos.

### Cuadro de Operacionalización de Variables

**Objetivo General:** Determinar prevalencia de hendidura labiopalatina en la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria al paciente con alteraciones craneofaciales, Valencia - Estado Carabobo, durante el periodo 2016 - 2017.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	INSTRUMENTO
Hendidura Labiopalatina	Deficiencia estructural congénita debida a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación	Datos Personales	Edad	1	Historia Clínica
			Sexo	2	
			Peso	3	
			Raza	4	
			Vida Intrauterina	5	
		Antecedentes	Edad Parental	6	
			Antecedentes de los Padres	7	
				8	
		Características Clínicas	Clasificación de la Hendidura	9	
		Implicaciones Funcionales		10	

			Alimentación	11	
			Masticación	12	
			Respiración	13	
			Fonoarticular		

**Fuente:** Lucena y Uzcátegui (2017)

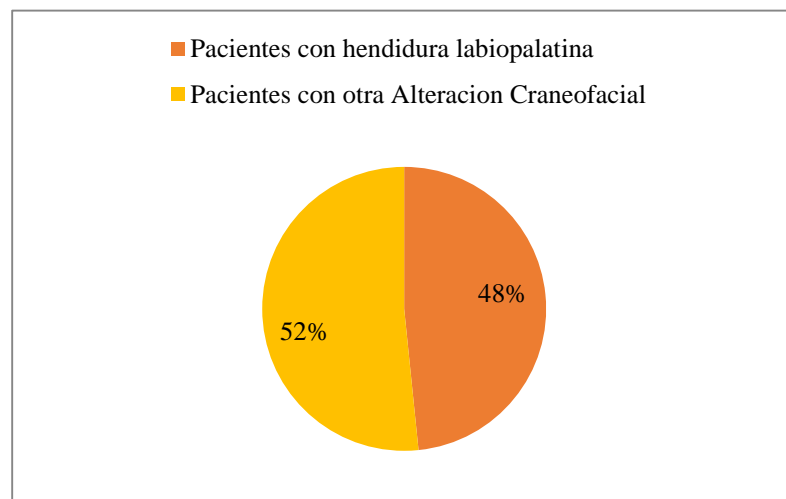
## CAPITULO IV

### RESULTADOS

A través de este capítulo se presentan la recolección de datos a través de las historias clínicas de la A.V.A.I.P.A.C.F de los pacientes que acudieron en un período comprendido entre Enero 2016 – Diciembre 2017. Además describe el análisis e interpretación de los resultados en función de los objetivos formulados para fines de estudio.

#### Características epidemiológicas

Se puede determinar que la cantidad está representada por un total de 93 pacientes, siendo 45 pacientes los que presentaron hendidura labiopalatina y 48 pacientes que padecen otra alteración craneofacial, en edades comprendidas de 5 días - 9 años. (Ver Gráfica 1)



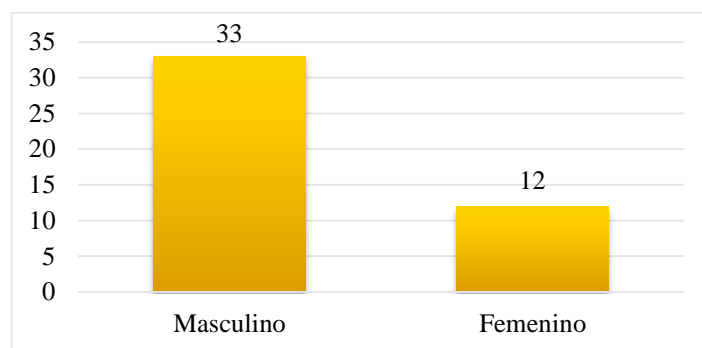
Fuente: Lucena, Uzcátegui (2018)

**Gráfico 1. Distribución de acuerdo a la cantidad de pacientes atendidos en la Atención Interdisciplinaria del paciente**

**con Alteraciones Craneofaciales en Valencia - Estado Carabobo durante el periodo 2016- 2017.**

Análisis del Gráfico 1: De la población estudiada, 93 pacientes, se analizó el 42% de las historias, que corresponden a 45 pacientes que padecen de hendidura labiopalatina, que a pesar de ser menos de la mitad del total, hay que tener en cuenta que el resto de las historias clínicas no pertenecen a una sola alteración craneofacial sino a varias (Hendidura palatina, hendidura labial, microtía, atrofia nasal, Síndrome de Moebius, Síndrome de Pierre Robin) por lo tanto es la alteración craneofacial con mayor cantidad de pacientes atendidos según las historias clínicas de la A.V.A.I.P.A.C.F.. Si lo comparamos con estudios realizados por **Hernández; M.** (2013) en el cual de 1.759 historias clínicas que se revisaron en el CIAPA, de la Facultad de Odontología de la U.C.V la muestra estuvo formada por los 329 pacientes con Hendidura labiopalatina que es mucho menos de la mitad, pero sigue siendo un número significativo demostrando junto con este estudio que los casos de hendidura labiopalatina se encuentran muy presentes en el país.

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución por sexo de los pacientes con hendidura labiopalatina, siendo 33 masculino y 12 femenino. (Ver gráfico 2).



Fuente: Lucena, Uzcátegui (2018)

**Gráfico 2. Distribución de acuerdo al sexo de los pacientes atendidos con hendidura labiopalatina en la Atención Interdisciplinaria del paciente con Alteraciones Craneofaciales en Valencia - Estado Carabobo durante el periodo 2016- 2017.**

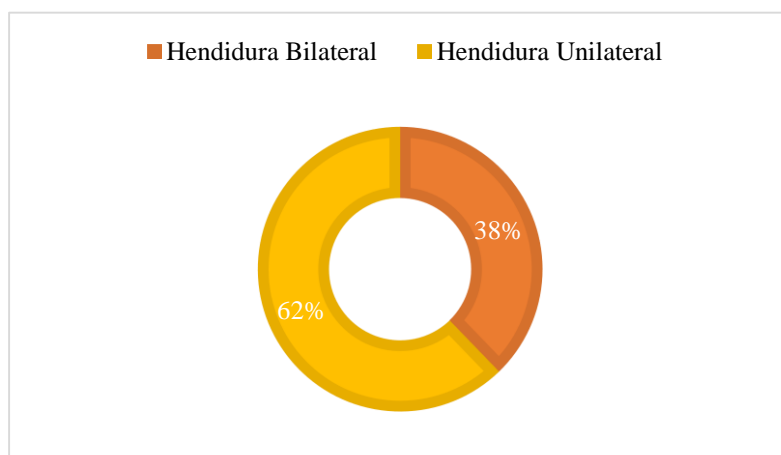
Análisis del Gráfico 2: Se pudo evidenciar que el sexo con mayor prevalencia de hendidura labiopalatina es el masculino, coincidiendo con estudios realizados anteriormente en otros países como **Padilla Yáñez** (2016) en Ecuador donde demostró que las hendiduras labiopalatinas ya sean bilaterales completas o unilaterales completas, el sexo masculino era mayoritario.

De acuerdo a la clasificación de la hendidura labiopalatina, se observó que 17 pacientes padecen de hendidura labiopalatina bilateral, mientras que 28 pacientes padecen de hendidura unilateral, siendo 15 del lado derecho y 13 izquierdo. (Ver gráfico 3)

**Tabla 1: Clasificar los tipos de hendidura labiopalatina según el sexo, en los pacientes que acuden a la A.V.A.I.P.A.C.F. en Valencia Estado Carabobo periodo (2016 – 2017)**

Tipo de Hendidura	Femenino	Masculino	Total
Bilateral	7	10	17
Unilateral Derecha	8	7	15
Unilateral Izquierda	5	8	13

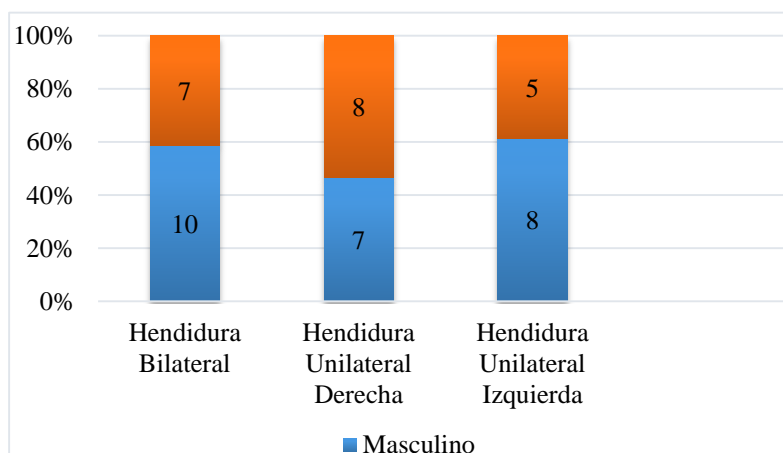
Fuente: Lucena, Uzcátegui (2018)



Fuente: Lucena, Uzcátegui (2018)

**Gráfico 3. Distribución de acuerdo a la clasificación de hendidura labiopalatina presentes en los pacientes atendidos en la Atención Interdisciplinaria del paciente con Alteraciones Craneofaciales en Valencia - Estado Carabobo durante el periodo 2016- 2017.**

Análisis del Gráfico 3: Se puede observar que la Hendidura Unilateral completa (afecta labio, premaxila y paladar, y puede ser del lado derecho o izquierdo) tiene mayor evidencia que la Hendidura Bilateral, al igual que en los estudios realizados por **España García (2015)**, en Guatemala, el cual el tipo de malformación predominante fue el labio hendido unilateral completo con afectación del paladar.



Fuente: Lucena, Uzcátegui (2018)

**Gráfico 4. Distribución de acuerdo al sexo en la clasificación de hendidura labiopalatina presentes en los pacientes atendidos en la Atención Interdisciplinaria del paciente con Alteraciones Craneofaciales en Valencia - Estado Carabobo durante el periodo 2016- 2017.**

Análisis del Gráfico 4: Lo que se puede evidenciar es que el sexo masculino tiene mayor predominio en cuanto a las hendiduras labiopalatinas unilateral izquierda y la hendidura bilateral, tal y como se demuestra en el estudio realizado por **Barrios** (2015) en el estado Mérida donde el sexo masculino tiene mayor cantidad de pacientes en cuanto el sexo femenino en estas alteraciones craneofaciales, coincidiendo con los resultados de este estudio.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones.**

De la información descrita en el presente trabajo de investigación y tras la realización de un análisis, es posible concluir que:

Con respecto a la hendidura labiopalatina se determinó entre los 45 pacientes estudiados, que es más frecuente en el sexo masculino con 33 pacientes que en el femenino (12 pacientes), en edades comprendidas de 5 días - 9 años.

Igualmente según la clasificación, el tipo de hendidura con mayor prevalencia es la hendidura unilateral completa (afecta labio, premaxila y paladar) por lo que esta representa el 62% de la población estudiada, 28 pacientes. Siendo más predominante del lado derecho con 15 pacientes, mientras el resto 13 pacientes presentan hendidura unilateral izquierda y por último la hendidura bilateral el 38% restante.

En relación con lo antes expuesto esta alteración no solo acarrea problemas estéticos, si no también afecta a diferentes funciones del infante. En las fisuras labio-palatina está afectada la alimentación, la audición, la respiración nasal y la fonación; por lo que de todos estos aspectos deben ser abordados como parte del tratamiento integral (Ford A., 2004).

Cabe destacar que estas anomalías empiezan a desarrollarse entre la cinco y doce semanas de vida intrauterina produciendo un cambio en el cual se ve afectado la cavidad nasal y bucal, la cual por medio de la A.V.A.I.P.A.C.F que es una asociación civil que fue fundada en el año 1986, sin fines de lucro, que reúne a un conjunto de profesionales que trabajan para rehabilitar integralmente al paciente con alteraciones

craneofaciales ya sea de carácter congénito o adquiridas con posterioridad al nacimiento. Esta cumple con actividades quirúrgicas para la mejoría de la salud del paciente, brindándole una mejor calidad de vida, devolviéndole sus funciones y su estética.

En la actualidad, se evidencia una alta incidencia de pacientes que presenta esta afección, por el cual, los expertos del área de ciencia de la salud se han visto en la necesidad de tabular la prevalencia de dicha patología y crear fundaciones para contribuir con los pacientes que sufren de esta anomalía, brindarles información de los centros de atención para llevar a cabo esta gran misión de brindarle una sonrisa a estos niños y sus familiares debido a los problemas y necesidades que se presentan en el transcurso de la anomalía.

### **Recomendaciones**

Educar a los padres y familiares acerca de la hendidura labiopalatina, de que forma afecta al paciente y como aprender a sobrellevarlo antes de la intervención quirúrgica.

Realizar campañas publicitarias para promover información sobre la Asociación Valenciana para la atención interdisciplinaria de pacientes con alteraciones craneofaciales y otros centros de atención

Incentivar al personal de ciencias de la salud de todas las áreas a conocer a fondo esta anomalía congénita.

Que se realicen jornadas con más frecuencia ya que hay muchos niños esperando por ser intervenidos quirúrgicamente.

Dictar charlas a la comunidad en general sobre medidas preventivas para disminuir la incidencia de malformaciones congénitas por factores adquiridos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acaiturri (2012). Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en pacientes que asisten al Hospital Roberto Gilbert desde octubre 2011 a marzo 2012. Guayaquil.
- Coiffman, F. MD., F.A.C.S. & cols. (1986). Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. Barcelona - España: SALVAT.
- Escobar, L, et al. (2013). Bases genéticas de la formación de fisuras labiales y/o palatinas en humanos. Revista CES Odontología 26.1, 60-65.
- España García (2015). Caracterización de pacientes con labio y paladar hendido. [Internet] Universidad Rafael Landívar [Citado 08 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Espana-Lilly.pdf>
- Fernández y Magán (2010). E paradigma estético y funcional del paciente con fisura labiopalatino. 383-384, 387-391.
- Fundación Operación Sonrisa [En Línea] Disponible en: <http://www.operacionsonrisa.org.ve/aboutus/facts/index.phtml>
- Ford A. (2004). Tratamiento actual de las fisuras labiopalatinas. Revista Médica Clínica Las Condes, 3-4.
- Gomes KU, Rapoport A, Carlini JL, Lehn CN, Denardi OV. (2009). Social integration and inclusión after premaxilla surgical repositioning in patients with bilateral cleft palate and lip. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 537-43.
- Gonzales, G. (2012). Asociación entre la Prevalencia al nacimiento de nacidos vivos con fisuras orales y el terremoto de magnitud 8.8 y tsunami en la región del Maule. 10-20.
- Hernández; M., Guerra, M., (2013) 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 [Internet] Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. [Citado 28 de Diciembre 2017] Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art-11/>

- Muhamad, A-H. (2012). "Cleft lip and palate: etiological factors, a review". *Indian Journal of Dental Advancements* 4.2.
- MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social Colombia (2014). [Internet] Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB IV Situación en Salud Bucal [Citado 14 Agosto 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
- MedULA: Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Zayda C. Barrios, María E. Salas C., Yanet Somancas P. (2015) Características epidemiológicas en pacientes pediátricos con hendiduras de labio y paladar. [Internet] MedULA [Citado 28 de Diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/42324/1/art7.pdf>
- Moore, K. (2008). *Embriología clínica*. Rio de Janerio: Elsevier.
- ODOUS: Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Nora Vásquez y Ángela Gutiérrez (2005). Prevalencia de Hendidura Labial y/o Palatina en Pacientes de dos Centros Hospitalarios del Estado Carabobo. [Internet] ODOUS [Citado 14 Agosto 2017]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v6n1/6-1-2.pdf>
- OMS: Organización Mundial de la Salud (2012). Salud bucodental. [Internet] Nota informativa N°318, Abril de 2012. [Citado 12 Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Padilla Yáñez (2016). Prevalencia de Fisura Labio-Palatina en niños atendidos en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz en el periodo Enero-Diciembre 2014. [Internet] UDLA-Ecuador [Citado 08 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/330/5071/1/UDLA-EC-TOD-2016-23.pdf>
- Periche Fiestas (2015). Frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino en dos Hospitales Minsa de la Región Lambayeque durante el periodo 2012-2014. [Internet] Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Chiclayo - Perú [Citado 08 Septiembre 2017]. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/327/1/TL\\_Periche\\_Fiestas\\_Cecilia.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/327/1/TL_Periche_Fiestas_Cecilia.pdf)
- Pesqueira, T. (2010). *Malformaciones Craneofaciales Congénitas y del desarrollo. Manual de Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello*.

- Sadler, TW. (2009). Langman Embriologia Medica (11ª Edición ed.). Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer.
- Sapp, P., Eversole, Wysocki, G. (2006). Patología oral y maxilofacial contemporánea. (Segunda ed.). Madrid – España: Elsevier.
- Sorolla, J. (2010). Anomalías Craneofaciales. Revista Médica Clínica Condes. 5-14.
- UCM: Universidad Complutense de Madrid (2012). Anomalías Faciales Congénitas. [Internet] UCM Madrid - España [Citado 14 Agosto 2017]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-26-08%20Anomalias%20congenitas.pdf>
- Valadez, V. (2012). Manual de guías clínicas del servicio de foniatría sobre fisura labiopalatina. [Internet] Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra [Citado 14 Agosto 2017]. Disponible en: <https://www.yumpu.com.es/document/view/13452483/manual-de-guias-clinicas-del-servicio-de-foniatria-disfagia-inicio>
- Whitaker, L., Pashayan, H., and Reichman, J. (1981). A proposed new classification of craniofacial anomalies. Cleft Palate Journal, 18(3).
- Yuma, A. Pamplona Ma. (2012). Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de articulación en el niño con paladar hendido. Primera Ed. México, D.F.: Porrúa.

# ANEXOS



**Universidad José Antonio Páez**  
**Facultad de Ciencia de la Salud**  
**Escuela de Odontología**

San Diego, 04 de Octubre del 2017

Asociación Venezolana para la atención interdisciplinaria al paciente  
con alteraciones craneofaciales- Hospital central de valencia

Directora

Presente.-

Reciba un cordial saludo, por medio de la presente se hace constar que los alumnos aquí mencionados realizan la investigación de su trabajo de grado (tesis), titulado: **“PREVALENCIA DE HENDIDURA LABIOPALATINA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA ASOCIACION VENEZOLANA PARA LA ATENCION INTERDISCIPLINARIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES CRANEOFACIALES-HOSPITAL CENTRAL DE VALENCIA, ESTADO CARABOBO DURANTE EL PERIODO 2016 – 2017”** por la cual solicitamos su valiosa colaboración y apoyo para que puedan llevar a cabo su proyecto.

Alumnos:

Rosangelina Lucena C.I 25.138.554

KasandraUzategui C.I 25.402.258

**Atentamente**

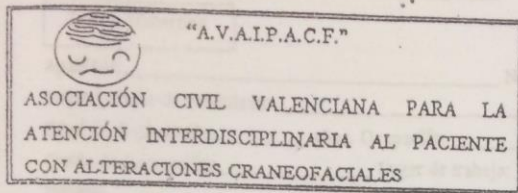
Dra. Melba Oviedo de Gésime

Decano de Facultad de Ciencias de la Salud



*[Handwritten signature]*  
9/10/17





Nº De registro: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Cod. Prof. Resp. \_\_\_\_\_

F.I. HISTORIA CLINICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo: F  M  Edad: \_\_\_\_ Años \_\_\_\_ Meses \_\_\_\_ Días. Lugar de Nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_

Entidad Federal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Procedencia: Local  Exterior  Entidad Federal: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Malformación: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN Y

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES FAMILIARES

Estado Civil de los padres: \_\_\_\_\_

Datos Maternos

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad de fecundación: \_\_\_\_\_ años. Ocupación: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Ingreso: \_\_\_\_\_

Antecedentes Obstétricos:

1.- \_\_\_\_\_ 8.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_ 9.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_ 10.- \_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_ 11.- \_\_\_\_\_

5.- \_\_\_\_\_ 12.- \_\_\_\_\_

6.- \_\_\_\_\_ 13.- \_\_\_\_\_

7.- \_\_\_\_\_ 14.- \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datos Paternos

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ingreso: \_\_\_\_\_

Radiaciones antes de la fecundación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Drogas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alcohol: \_\_\_\_\_

Anomalías en otros hijos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anomalías en Familiares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar de origen de los ascendientes

Madre \_\_\_\_\_  
Abuela Materna \_\_\_\_\_  
Abuelo Materno \_\_\_\_\_  
Bisabuela Materna \_\_\_\_\_  
Bisabuelo Materno \_\_\_\_\_  
Bisabuela Materna<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Bisabuelo Materno<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_  
Abuela Paterna \_\_\_\_\_  
Abuelo Paterno \_\_\_\_\_  
Bisabuela Paterno \_\_\_\_\_  
Bisabuelo Paterno \_\_\_\_\_  
Bisabuela Paterna<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Bisabuelo Paterno<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Árbol Genealógico y Estigmas

Tiempo de Lactancia: Materna \_\_\_\_\_  
Artificial \_\_\_\_\_  
Mixta \_\_\_\_\_  
Sonda \_\_\_\_\_

Inmunizaciones: BCG  Triple  Viruela  Sarampión  Polio  Otro  \_\_\_\_\_

Antecedentes Nosológicos

- Eruptivas de la infancia  \_\_\_\_\_
- Enf. Infecciosas  \_\_\_\_\_
- Enf. Parasitarias  \_\_\_\_\_
- Afecciones del aparato
- Digestivo. \_\_\_\_\_
- Afecciones del tracto \_\_\_\_\_
- Respiratorio  \_\_\_\_\_
- Afecciones del aparato \_\_\_\_\_
- Urinario.  \_\_\_\_\_
- Afecciones del sistema \_\_\_\_\_
- Nervioso.  \_\_\_\_\_
- Alergias  \_\_\_\_\_
- Antecedentes odontológicos  \_\_\_\_\_
- Antecedentes de O.R.L.  \_\_\_\_\_
- Antecedentes quirúrgicos  \_\_\_\_\_
- Fiebre prolongada  \_\_\_\_\_
- Otros  \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Prenatales y Obstétricos

Embarazo: Deseado  No Deseado

Intento de Aborto: Si  No

Como? \_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Semanas Controlado: Si  No

Lugar del Control prenatal: \_\_\_\_\_

Evolución:

Alcohol

Amenaza de aborto

Convulsiones

Diabetes

Desnutrición

Drogas

Eclampsia

Emocionales

Enf. Cardiovasculares

Enf. Endocrinas

Enf. Infecciosas

Enf. Pulmonares

Hemorragias

Radiaciones

Tabaco

Traumatismo

Vacunaciones

Vitaminas

Otros

Antecedentes Paranatales

Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ horas. Duración del expulsivo: \_\_\_\_\_ horas.

Tipo de Parto: Normal  Inducido  Fórceps  Cesárea

Simple  Múltiple

Atendido por: Médico  No profesional  Comadrona

Centro asistencial  Domiciliario

Antecedentes neonatales

Peso: \_\_\_\_\_ grs. Talla \_\_\_\_\_ cm. Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Rh. \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_

Respiración artificial

O espontánea.

Cianosis

Fiebre

Ictericia

Vómitos

Hemorragias

Infecciones

Convulsiones

EXAMEN FISICO GENERAL

Aspecto general

Piel

Ganglios linfáticos

Suboccipitales

Preauriculares

Cervicales anteriores

Cervicales posteriores

Submaxilares

Axilares

Epitrocleares

Inguinales

Cabeza

Cara

Ojos

Nariz

Boca

Garganta

Oídos

Cuello

Torax

Pulmones

Corazón

Abdomen

Genitales masculinos

Genitales femeninos

Ano

Recto

Extremidades

Columna vertebral

Espalda

Examen neurológico

EXAMEN CLINICO BUCAL

Hábitos: Respiración bucal   
 Masticación: dura  blanda   
 Succión: Chupón  dedos  objetos   
 Onicofagia   
 Encuresis   
 Apoyo manual   
 Posición de dormir: dorsal  ventral  sagital: der.  izq.   
 Otro: \_\_\_\_\_

Dentición: Primaria  Secundaria  Mixta   
 Etapa evolutiva: inicial de la dent. Primaria   
 Maduración de la dent. Primaria   
 Sostén de la dent. Primaria   
 Maduración de la dent. Secundaria

Anomalías Dentarias: de número  \_\_\_\_\_  
 de forma  \_\_\_\_\_  
 de color  \_\_\_\_\_  
 de la estructura  \_\_\_\_\_  
 y textura  \_\_\_\_\_  
 de la erupción  \_\_\_\_\_  
 de la exfoliación  \_\_\_\_\_  
 de posición  \_\_\_\_\_

Alineamiento dentario: maxilar superior: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 maxilar inferior: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Oclusión: Cubierta  abierta anterior  abierta ant.-post  vis abis anterior   
 bis a bis posterior unil. Izq.  der.  bis a bis bilat.   
 cruzada anterior  cruzada posterior unil. Izq.  der.   
 cruzada posterior bilateral

Línea Media: Centrada  Llaves molares: normal  D I   
 a la derecha  mesial  distal  Llaves caninas: normal  D I   
 a la izquierda  mesial  distal

Tipo de Maloclusión: Clase I  Clase II  Clase III

Funcionamiento Muscular: Orbicular superior  Pterigoideo ext. Der.   
 Orbicular inferior  Pterigoideo int. izq.   
 Buccinador izquierdo  Pterigoideo int. der.   
 Buccinador derecho  Masetero izquierdo   
 Pterigoideo ext. der.  Masetero derecho

Desarrollo Óseo: Maxilar superior n ↑ ↓ Longitudinal     
 Transversal     
 Vertical     
 Maxilar inferior n ↑ ↓ Longitudinal     
 Transversal     
 Vertical