



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0
A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CUENCA-
ECUADOR 2017.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR/A: Reinoso Parra, Michelle Estefanía

DIRECTOR: Reinoso Quezada, Santiago Od. Esp

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

Yo, Michelle Estefanía Reinoso Parra, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Michelle Estefanía Reinoso Parra

C.I.: 0105674402

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CUENCA-ECUADOR 2017**”, realizado por **REINOSO PARRA MICHELLE ESTEFANÍA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, febrero de 2019

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo
COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CUENCA-ECUADOR 2017”**, realizado por **REINOSO PARRA MICHELLE ESTEFANIA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico y se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, febrero de 2019

.....

Tutor: Od. Esp. Santiago Reinoso Quezada

DEDICATORIA

A Dios por darme el don de la perseverancia y constancia para alcanzar mis metas, a mis padres Kléver Reinoso y Rut Parra por su apoyo incondicional y por inculcarme el valor de la responsabilidad, a mis hermanas Daniela y Gabriela por sus consejos brindados durante estos años de educación.

EPIGRAFE

Las grandes obras son hechas no con la fuerza, sino con la perseverancia

Samuel Johnson.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca por su enseñanza académica en estos 5 años de estudio.

Al Hospital Vicente Corral Moscoso por brindarme los respectivos permisos elaborar este proyecto.

Agradezco de una manera especial al Doctor Santiago Reinoso Quezada, mi tutor de tesis por guiarme en cada etapa de la elaboración de este proyecto, su apoyo incondicional y su paciencia.

LISTA DE ABREVIATURAS

LPF	Labio y Paladar fisurado
LF	Labio fisurado
PF	Paladar fisurado
HVCM	Hospital Vicente Corral Moscoso
NVLPF	Nacidos vivos con labio y paladar fisurado.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESÚMEN.....	15
ABSTRACT	16
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	18
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2. JUSTIFICACIÓN.....	20
3. OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo general.....	21
3.2 Objetivos específicos:	21
4. MARCO TEÓRICO.....	22
4.1 DEFINICIÓN.....	22
4.1.a LABIO FISURADO.....	22
4.1.b PALADAR FISURADO.....	22
4.1.1 HISTORIA DEL LPF.....	22
4.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL LPF.....	23
4.1.2.a EPIDEMIOLOGÍA EN CUENCA DEL LPF.....	24
4.1.3 EMBRIOLOGÍA DEL LPF.....	25
4.1.3.a DESARROLLO DEL LABIO.....	25
4.1.3.b DESARROLLO DEL PALADAR.....	25
4.1.4 ETIOLOGÍA DEL LPF.....	26
4.1.4.1 FACTORES AMBIENTALES DEL LPF.....	26
4.1.4.2 FACTORES GENÉTICOS DEL LPF.....	27
4.1.4.3 OTROS FACTORES ASOCIADOS AL LPF.....	28
4.1.5 CLASIFICACIÓN DEL LPF.....	28
4.1.5.a Clasificación de Kernahan y Stark (1958).....	28
4.1.5.b Clasificación según CIE-10: fisura del paladar y labio fisurado (Q35 A Q37).....	29

4.1.6	DIAGNÓSTICO DEL LPF	30
4.1.7	SÍNTOMAS DEL LPF	31
4.1.8	PREVENCIÓN DEL LPF	33
4.1.9	ASPECTO PSICOLÓGICO DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES CON LPF	34
4.2	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	34
5.	HIPÓTESIS	39
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		40
1.	MARCO METODOLÓGICO	41
2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	41
3.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	42
4.-	INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	46
4.1-	Instrumentos documentales	46
4.2-	Instrumentos mecánicos	46
4.3-	Materiales	46
4.4-	Recursos	46
5.-	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	46
5.1-	Ubicación espacial	46
5.2-	Ubicación temporal	46
5.3-	Procedimientos de la toma de datos	47
5.3.a-	Método de examen	47
5.3.b-	Criterios de registro de hallazgos	47
6.-	PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	47
7.-	ASPECTOS BIOÉTICOS	48
CAPÍTULO III. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		49
1.	RESULTADOS	50
2.	DISCUSIÓN	61
3.	CONCLUSIONES	64
4.	RECOMENDACIONES	65

BIBLIOGRAFÍA:.....	66
ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1: Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, en el período 2017.....	50
Tabla No. 1: Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños atendidos de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.....	51
Tabla No. 3: Total, y porcentaje de niños de 0 a 5 años de edad con labio y paladar fisurado según sexo, atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública, Cuenca 2017.....	52
Tabla No. 4: Total, y porcentaje entre la asociación de edad de la madre y el diagnóstico de LPF.....	53
Tabla No. 5: Asociación del número de casos con la etnia de origen de los niños atendidos de 0 a 5 años con prevalencia de LPF.....	54
Tabla No. 6: Asociación entre el nivel socioeconómico y el diagnóstico de LPF.....	55
Tabla No. 7: Asociación entre el consumo de ácido fólico por parte de las madres y el diagnóstico de LPF.....	56
Tabla No. 8: Tipos de deformidades labiales más comunes en los niños de 0 a 5 años atendidos en e Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca en el 2017.....	57
Tabla No. 9: T Asociación entre el nivel de instrucción de la madre y el diagnóstico de LPF.....	58
Tabla No. 10: Asociación entre la ocupación de la madre y el diagnostico de LPF.....	59
Tabla No. 11: Asociación entre familiares con antecedentes de LPF y su diagnóstico.....	60

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Clasificación de Kernahan (1971)	¡Error! Marcador no definido.
Ilustración 2: Labio Unilateral incompleto.....	32
Ilustración 3: Labio Unilateral completo.....	32
Ilustración 4: Labio fisurado bilateral completo.....	32
Ilustración 5: Paladar secundario fisurado	33
Ilustración 6: Labio y paladar fisurado completo	33

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado para los padres.....	71
Anexo 2: Ficha de recolección de datos clínicos.....	74
Anexo 3: Permiso para solicitar acceso a las fichas en estadística.....	76
Anexo 4: Autorización otorgada por la responsable de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso.....	77
Anexo 5: Autorización otorgada por el Gerente General del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.....	78
Anexo 6: Aprobación del estudio por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito.....	79
Anexo 7: Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico.....	81

RESÚMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de Labio y Paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública, Cuenca-Ecuador 2017. **Materiales y métodos:** El enfoque de la investigación fue cuantitativo, observacional y de tipo descriptivo, corte transversal y retrospectivo. Los datos se recopilaron por medio de la historia clínica de cada paciente. No se estableció hipótesis dado que la investigación es de tipo descriptivo. Se analizó los datos estadísticos a través de hojas de cálculo de MS-Excel y del programa SPSS. **Resultados:** la prevalencia de LPF fue de 2,15 niños por cada mil nacidos, el sexo masculino presenta mayor riesgo con el 68%, el grupo de edad con mayor porcentaje está comprendido entre las edades de 19 a 22 años con el 36%; la etnia de origen es la mestiza con el 100%, y el nivel socioeconómico con mayor porcentaje de riesgo es el medio bajo con el 80%. **Conclusión:** las fisuras de labio y paladar son las malformaciones congénitas comunes, adquirida desde el nacimiento, puede desarrollarse por diversos factores tanto ambientales como genéticos, se presentan con mayor prevalencia en el sexo masculino, asociado a las madres entre las edades de 19 a 22 años con un nivel socioeconómico medio bajo.

Palabras clave: Labio fisurado, paladar fisurado, prevalencia

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to determine the prevalence of cleft lip and palate in children from 0 to 5 years of age served in the Hospital Vicente Corral Moscoso of the Ministry of Public Health, Cuenca-Ecuador 2017, and to define the current and real situation of the problem in our country. **Materials and methods:** The research focus was quantitative, observational and descriptive, cross-sectional and retrospective. The data was collected by means of the clinical history of each patient. No hypotheses were established since the research is descriptive. The statistical data were analyzed through MS-Excel spreadsheets and through the SPSS program. **Results:** the prevalence of LPF was 2.15 per thousand births, the male sex is more at risk with 68%, the age group with the highest percentage is between the ages of 19 to 22 years old with 36%, ethnicity of origin is the mestiza with 100%, and the socioeconomic level with the highest percentage of risk is the low one with 80%. **Conclusion:** cleft lip and palate are the common congenital malformations, acquired from birth, can be developed by various environmental factors and genetic, are presented with higher prevalence in males, associated with mothers between the ages of 19 to 22 years with a low average socioeconomic level.

Key words: Cracked lip, cleft palate, prevalence

INTRODUCCIÓN

Estas malformaciones congénitas son los defectos de nacimiento craneofaciales más frecuentes, presentan alteraciones en la fusión entre los procesos frontonasal y maxilares, es multifactorial, genética y ambiental ^(1,2).

Las fisuras de labio y paladar se desarrollan en 1 de cada 700 nacidos vivos. Estas malformaciones se dan a causa de una embriopatía en la que se origina una soldadura incompleta del maxilar con el mamelón nasal, lo que da lugar a un labio fisurado o una soldadura incompleta de las crestas palatales⁽³⁾.

Su etiología responde a diversas situaciones entre las cuales tenemos: 30% son factores genéticos y el 70% restante corresponde a factores ambientales o exógenos. Es más frecuente que se presente de manera unilateral y el lado que se afecta más comúnmente es el izquierdo, y en el labio superior, mayormente en el hombre ⁽⁴⁾.

Las fisuras del paladar comúnmente se presentan solas y en pocos casos se presentan asociadas a las labiales. El momento en que se presentan las dos juntas, se crearan alteraciones morfo-fisiológicas estéticas y psicológicas para el paciente, por lo que se necesitara la intervención de un equipo multidisciplinario para la ayuda de la persona ⁽⁵⁾.

Puede causar un deterioro en el desarrollo de los dientes, afecta en el habla, en la alimentación y además puede dar resultados de estrés emocional para los niños afectados y sus familias⁽⁶⁾.

El presente trabajo de investigación tiene el objetivo de estudiar la prevalencia en los pacientes de 0 a 5 años con labio y paladar fisurado, atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca- Ecuador, en el período 2017.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

La importancia de este trabajo de investigación es debido a que las fisuras del labio y paladar representan una malformación congénita común, es por ello que se determinará la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años de edad atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, y poder asociar diversos factores de riesgo como edad de la madre, nivel socioeconómico de la familia, antecedentes familiares, etc. Los datos serán confirmados mediante el análisis de las historias clínicas de cada paciente que hayan sido atendidos con LPF en el periodo 2017. La Interrogante principal fue ¿La edad, etnia, sexo, nivel educativo de la madre, ausencia de consumo de ácido fólico durante el embarazo, síndromes asociados y el nivel socio-económico, son un factor de riesgo para tener hijos con labio y paladar fisurado?

2. JUSTIFICACIÓN.

Se pretende crear una estadística base para conocer la prevalencia de niños que presentaron esta patología durante el año 2017 en el Hospital Vicente Corral Moscoso, sobre los determinantes sociales entre los cuales resaltamos: edad y nivel educativo de la madre, zona de residencia, número de partos previos, consumo de ácido fólico, posibles enfermedades de la madre y relacionar estas variables con el riesgo de tener un hijo con Labio y Paladar fisurado. Este estudio encaja dentro de la línea de investigación 7 de la facultad de Ciencias Médicas y de Salud de la Universidad Católica de Cuenca "Medicina preventiva, curativa y calidad de vida-Epidemiología, Servicios de Salud". Los datos al culminar el estudio servirán para planificar políticas de salud locales, regionales, nacionales y enfocarlas a las áreas más afectadas verificadas en el estudio descriptivo, así como implementar planes de prevención luego de haber encontrado los factores de riesgo predeterminantes en esta patología tan común en nuestro medio.

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo general.

Determinar la prevalencia de Labio y Paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública, Cuenca-Ecuador 2017.

3.2 Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de Labio y Paladar fisurado en los niños que nacieron en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2017.
- Caracterizar la población estudiada por sexo y etnia.
- Identificar la edad de la madre con mayor prevalencia de tener hijos con LPF.
- Conocer el nivel socioeconómico familiar de los pacientes atendidos que presenten LPF.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 DEFINICIÓN

4.1.a LABIO FISURADO

Conocido también como fisura labial, dado por la forma que da el labio superior al recién nacido. Se da por la ausencia de unión del proceso maxilar con el mamelón nasal, puede ser unilateral, bilateral o medial, de manera general lateral a la línea media, ocurre a partir de la sexta semana de vida intrauterina ⁽⁷⁾.

4.1.b PALADAR FISURADO

Es un defecto del desarrollo en el techo de la cavidad bucal, en el cual no existe una fusión completa de las dos crestas palatinas, dejando una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal, la fisura puede afectar el paladar duro, blando o los dos. Se extiende desde el paladar duro (parte anterior de la boca) y llega al paladar blando (garganta), también puede involucrarse el labio ⁽⁸⁾.

4.1.1 HISTORIA DEL LPF

En las antiguas civilizaciones asociaban a estas malformaciones congénitas con maldiciones, eran considerados como personas impuras, productos del pecado y castigo divino por lo que eran marginados ⁽⁹⁾.

El primer caso de labio fisurado fue reportado por un grupo de arqueólogos que analizaron una momia egipcia enterrada 2000 años antes de Cristo, en el año 390 a.C un desconocido cirujano chino realiza la primera cirugía para corregir esta malformación ⁽¹⁰⁾.

En el siglo XIII el cirujano belga Johan Yperman pone a pie la primera descripción clara y completa sobre el labio fisurado y establece intervenciones para corregirlo, pero el Papa Inocencio III antes de eso, había dictado un decreto en el que manifestaba que "la cirugía y la pérdida de sangre van en contra de la moral cristiana", por lo que esta investigación de esta malformación no tuvo acogida hasta el siglo XVI ⁽¹⁰⁾.

En el renacimiento en 1556 el cirujano francés Pierre Franco realiza una publicación sobre las fisuras labio-alveolo-palatinas y sus diversos tipos, Ambroise Paré utiliza el término "bec-de-lievre", refiriéndose al labio leporino, este término aún se utiliza en Francia ⁽¹⁰⁾.

En el siglo XVII, Enric Van Roomnhuyze determina que se puede hacer la cirugía de esta malformación después de los 3-4 meses de edad ⁽¹⁰⁾.

Cien años después, el 2do y 3er decenio de 1800, por primera vez se toma en cuenta la importancia de la estética y funcionalidad del labio, preocupándose los especialistas por los resultados dismórficos o las retracciones. Las técnicas quirúrgicas han ido mejorando consecutivamente, destacando las contribuciones del profesor de cirugía Karl Ferdinand Von Gräfe ⁽¹⁰⁾.

Warren en 1824 realizó el primer cierre velar, en 1828 Dieffenbach mejoró la cirugía palatina con elevación de la mucosa del paladar duro y de esta manera permitir el cierre de la fisura palatina ⁽¹¹⁾.

Schweckendiek en 1994 sugiere el cierre del paladar en dos tiempos, el cierre temprano del paladar blando y el cierre del paladar duro en años después, y de esta manera se mejoraría la función velo faríngea durante el desarrollo del habla, la fisura se estrecha con el crecimiento facial y después lograr el cierre del paladar duro ⁽¹¹⁾.

4.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL LPF

El labio y paladar fisurado muestran una alta prevalencia en el mundo, la misma que se encuentra relacionada con el nivel socioeconómico y el grupo étnico ⁽¹²⁾.

Europeos y norteamericanos caucásicos tienen una prevalencia de 1 por cada 1000 nacimientos; afroamericanos es de 0,5 por cada 1000 y los asiáticos 2,24 por cada 1000. Dando como resultado una mayor tendencia en asiáticos ⁽¹³⁾.

En Latinoamérica se presentó una tasa global de 10,49 por cada 10,000 habitantes, con más frecuencia en Bolivia (23,7), Ecuador (14,96) y Paraguay (13,3%), menor frecuencia en Venezuela (7,92), Perú (8,74), Uruguay (9,37) y Brasil (10,12) por cada 10.000 ⁽¹⁴⁾.

Se encontró que en el Ecuador la provincia con mayor cantidad de neonatos con labio y paladar fisurado es el Azuay con el 37.4%, Morona Santiago con el 18,4%, Cañar 12.8% y finalmente Guayas con el 7.2% ⁽¹⁵⁾.

Por otra parte, el labio fisurado se encuentra con mayor incidencia en los hombres, y el paladar fisurado en las mujeres. La frecuencia es del 46% con ambas lesiones, 21% solo labio fisurado y en el 33% se presenta fisura palatina de manera aislada ⁽¹⁶⁾.

El 25% de los pacientes que presentan labio y paladar fisurado se conoce la causa, el 75% es multifactorial y del 20 – 25 % presentan algún antecedente familiar ^(16,17).

El 35% de los casos se encuentra relacionado con la dismorfogénesis como el Síndrome de Down, d' Waardenburg, de Patau, de Van der Woude, de Sprintzen, Waardenburg, o la trisomía X ⁽¹⁸⁾.

4.1.2.a EPIDEMIOLOGÍA EN CUENCA DEL LPF

En un estudio realizado entre los años 2010 al 2014 en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de los 26.429 recién nacidos, 451 nacieron con estas malformaciones. Con más prevalencia en madres de 20 a 24 años (34.95%) que tuvieron hijos con labio y paladar fisurado, seguidos con las madres de 15 a 19 años (21.68%), 25 a 29 años (16,58%), 30 a 34 años (10.20%), y las mujeres menores a los 15 años (1.02%) ⁽¹⁹⁾.

Las mujeres que viven en zonas rurales presentan mayor prevalencia de nacidos con malformaciones congénitas (52,55%), a comparación de las madres que viven en zonas urbanas con el 47,55% ⁽¹⁹⁾.

Las mujeres que dan a luz por primera vez presentan mayor prevalencia con el 39.54% a comparación de las que ya tuvieron más hijos con el 7.14% ⁽¹⁹⁾.

Las madres que no presentan antecedentes familiares con fisuras labio-palatinas presentan un mayor número de hijos con estas malformaciones (88,52%) y las mujeres que si tienen antecedentes de familiares con malformaciones congénitas representan el 11,48% ⁽¹⁹⁾.

En un estudio realizado desde el 2010 hasta el 2015 muestra un riesgo mayor en madres de nivel socioeconómico medio bajo y bajo a comparación con el nivel medio alto y alto ⁽²⁰⁾.

En cuanto a la educación presenta un mayor riesgo si la madre tiene un nivel de instrucción bajo (analfabeta, primaria, secundaria incompleta), en comparación si tiene un nivel de instrucción alto (secundaria completa, universidad, cuarto nivel) ⁽²⁰⁾.

Las madres que no consumieron ácido fólico tiene mayor riesgo de tener hijos con estas malformaciones congénitas⁽²⁰⁾.

4.1.3 EMBRIOLOGÍA DEL LPF

4.1.3.a DESARROLLO DEL LABIO

La morfología de la cara se da entre la cuarta y décima semana después de la concepción. El labio superior se forma a los 24 días después de la concepción y se completa en los 37 días. Las células especiales de la cresta neural de origen ectodérmico se diferencian para formar el ectomesenquima, el mismo que migra alrededor de la cabeza y participa en la formación de cinco prominencias faciales que rodean la cavidad oral primitiva:

- Prominencia frontonasal,
- Prominencias maxilares unidas y
- Prominencias mandibulares unidas⁽²¹⁾.

La prominencia frontonasal se forma en la línea media sobre el cerebro, en la sexta semana, los dos procesos nasales mediales se fusionan dando lugar a la línea media de la nariz, la parte medial del labio superior, el filtro, y el paladar primario ⁽²²⁾.

El paladar primario se encuentra ventralmente al foramen incisivo, el paladar secundario es la parte dorsal de dicho foramen. El proceso nasal lateral posteriormente forma las alas nasales y la base alar ⁽¹¹⁾.

En la sexta semana, los procesos maxilares crecen hacia adelante y se fusionan con los procesos nasales mediales que dan lugar a la formación del labio superior lateral, la mayor parte del maxilar superior y del paladar secundario. Las prominencias mandibulares dan lugar a la mandíbula y al labio inferior ⁽²³⁾.

La fusión de las estructuras faciales se produce entre la 4 y 6 semana después de la concepción. El fracaso de la fusión entre cualquiera de las estructuras faciales da lugar a fisuras y puede ser unilateral o bilateral, y generalmente ocurre en la unión del incisivo lateral y los primeros dientes premolares ⁽²⁴⁾.

El proceso normal de fusión del paladar comienza en el foramen incisivo y posteriormente se cierra en una dirección posterior. La fusión real del labio comienza cranealmente y posteriormente se cierra en una dirección caudal ⁽²¹⁾.

4.1.3.b DESARROLLO DEL PALADAR

La palatogénesis comienza a partir de la quinta semana y el desarrollo del paladar no se completa hasta las 12va semana posterior a la concepción. La mesénquima palatina

derivado de la cresta neural, el revestimiento epitelial y la capa más apical compuesta por células peridérmicas, son el tipo de célula más importante en el desarrollo del paladar. En el paladar blando se encuentra incluido las células miógenas, las mismas que son derivadas del mesodermo paraxial craneal ⁽²¹⁾.

El paladar primario está formado por la fusión de las prominencias nasales mediales durante la sexta semana, la misma que da lugar a los 4 incisivos centrales, extendiéndose hasta el foramen incisivo ⁽²⁵⁾.

El paladar secundario está formado por la fusión de la mesénquima de la cresta neural, separa la cavidad nasal de la cavidad oral. A medida que la mandíbula crece hacia abajo y adelante, la posición de la lengua desciende ⁽²¹⁾.

Gradualmente, el hueso se extiende desde el proceso palatino del maxilar y el hueso palatino hasta los estantes del paladar, de esta manera forman el paladar duro. Las partes posteriores no se osifican y se extienden posteriormente y se fusionan para formar el paladar blando, incluida la úvula ⁽²¹⁾.

Si se produce una interrupción en la fusión entre la 9 y 12va semana de gestación, por factores genéticos, mecánicos o teratogénicos, provocará una hendidura en el paladar secundario ⁽²⁶⁾.

4.1.4 ETIOLOGÍA DEL LPF

Varios estudios manifiestan que está relacionada con la ingesta de fármacos durante la gestación, los mismos que son distintos al ácido fólico y hierro. Entre estos tenemos ciertos antimicóticos como la nistatina y el clotrimazol, lo cual se ve la ingesta en el primer trimestre de embarazo, y los que se consumen en menor grado tenemos los antibacterianos, analgésicos, tricomicidas como el metronidazol y sedantes ⁽⁸⁾.

Los factores genéticos tienen un papel importante en estas anomalías, se ha encontrado que uno de cada cinco pacientes presenta alteraciones familiares con esta alteración, su recurrencia está relacionada a la herencia autosómica dominante ⁽²⁷⁾.

4.1.4.1 FACTORES AMBIENTALES DEL LPF

Se dividen en físicos, químicos y biológicos, se denominan teratógenos causando malformaciones por su alteración en el desarrollo embriológico. Existe mayor riesgo cuando los padres sobrepasan los 30 años; establece Habib, que el país donde viven, la raza, infecciones virales en la madre, desnutrición, madres epilépticas, déficit de la ingesta de

ácido fólico y ácido retinoico durante el embarazo, alcohol, tabaquismo, consumo de antibióticos, radiaciones ionizantes y pesticidas son factores asociados con estas malformaciones congénitas(28)(16). Existen otros factores como incompatibilidad sanguínea, primiparidad, edad avanzada, hiperémesis gravídica (náuseas y vómitos constantes que pueden llegar a provocar deshidratación), desequilibrio emocional, embarazos múltiples, condiciones socioeconómicas ⁽²⁹⁾.

Por deficiencia nutricional de elementos biogénicos y oligoelementos como las vitaminas B, C, D y E en la alimentación de la mujer gestante, puede provocar anomalías en el desarrollo embrionario ⁽⁷⁾.

4.1.4.2 FACTORES GENÉTICOS DEL LPF

Las malformaciones son variables, dependen de su origen y de su raza, por factores genéticos, se pueden dar por anomalías en el número y estructura de cromosomas o debido a modificaciones en los genes ⁽⁷⁾.

Las fisuras labio palatinas sindrómicas contiene patrones de herencia mendeliana, no solo producen la alteración orofacial si no también producen otras anomalías. En cuanto a las no sindrómicas tienen patrones de herencia poligénicos, es decir que son detectados en fisuras sindrómicas que contribuyen con su etiología ⁽³⁰⁾.

Intrínseco: se desarrolla por herencia monogenética con diversos factores de transmisión: autosómica recesiva, autosómica dominante, recesiva ligada a X, dominante ligada a X y la dominante ligada a Y, también puede darse por herencia poligenética o multifactorial. Un padre puede pasar a un hijo 1 o 2 genes menores que sean los causantes de la fisura labial y palatina, a este se denomina predisposición genética con factores ambientales desconocidos ⁽³¹⁾. Un padre que tenga fisura labio palatina tiene de 4 a 6 veces más posibilidades de tener un hijo con esta disposición. Si el hijo nace con fisura, y no tiene ni el padre y ni la madre esta anomalía, tiene de 2 a 8 más posibilidades de tener un hermano con esta predisposición. Existe un riesgo del 15 a 20% si los padres y los primeros hijos tienen fisuras labiales y palatinas, lo cual incrementa el riesgo en hermanos biológicos y sus futuros hijos ⁽³²⁾.

La predisposición en cuanto al sexo, establece que es más frecuente el labio y paladar fisurado en los varones, y con frecuencia el paladar fisurado en las mujeres. Por la presencia de algunos síndromes son un 3 % de las fisuras palatinas que forman parte de las mismas ⁽³³⁾.

4.1.4.3 OTROS FACTORES ASOCIADOS AL LPF

4.1.4.3.a EDAD DE LA MADRE

Hay evidencia en cuanto a la edad de la madre, si tienen más de 35 años de edad, tienen un doble riesgo de tener hijos con labio y paladar fisurado, mujeres de 39 años en adelante, presentan el triple de riesgo comparando con las mujeres en edades entre los 25 y 29 años de edad ⁽²⁷⁾.

4.1.4.3.b GESTACIONES ANTERIORES

Una madre es más susceptible de tener hijos con labio y paladar fisurado si es el primer embarazo, esto se relaciona con la edad más joven en la fecundación ⁽³⁴⁾.

4.1.4.3.c ESTRÉS

Por el aumento de la actividad adrenocortical, produciendo liberación de cortisona durante la organogénesis, produciendo estas malformaciones congénitas en los niños ⁽³⁴⁾.

4.1.5 CLASIFICACIÓN DEL LPF

4.1.5.a Clasificación de Kernahan y Stark (1958)

Se clasifica en dos grupos basado en la embriología:

Hendidura del paladar primario: Va desde el alvéolo hasta el foramen incisivo⁽³⁵⁾.

Hendidura del paladar secundario: Va desde el paladar blando y duro hasta el foramen incisivo. Los dos grupos pueden ser completos o incompletos, unilaterales o bilaterales⁽³⁵⁾.

Kernahan eliminó la clasificación "Y"

Se observa como una “Y” con bloques numerados. Cada número representa un área afectada específica de la deformidad de la hendidura ⁽³⁵⁾.

KERNAHAN STRIPED Y CLASSIFICATION (1971)

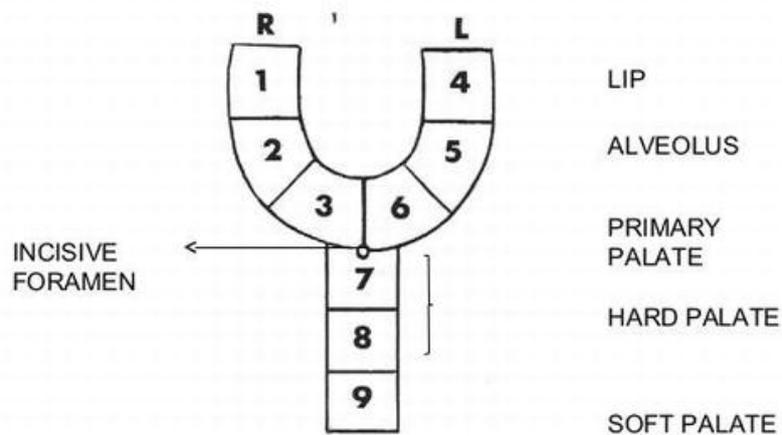


Ilustración 1: Clasificación de Kernahan (1971)

Fuente: Hussni,M; Hassna, R y Hanoun, A ⁽³⁵⁾.

Los bloques 1 y 4 indican la línea de fusión a nivel de los labios entre la prominencia maxilar y la parte medial nasal.

Los bloques 2 y 5 indican la línea de fusión a nivel alvéolo.

Los bloques 3 y 6 indican la línea de fusión en el paladar primario frente al orificio incisivo.

Los bloques 7 y 8 indican paladar duro a foramen incisivo.

El bloque 9 indica el paladar blando.

Círculo pequeño - papila incisiva ⁽³⁶⁾.

4.1.5.b Clasificación según CIE-10: fisura del paladar y labio fisurado (Q35 A Q37)

(Q35) Fisura del paladar.

- (Q35.0) Fisura del paladar duro, bilateral.
- (Q35.1) Fisura del paladar duro, unilateral.
- (Q35.2) Fisura del paladar blando, bilateral.
- (Q35.3) Fisura del paladar blando, unilateral.

- (Q35.4) Fisura del paladar duro y del paladar blando, bilateral.
- (Q35.5) Fisura del paladar duro y del paladar blando, unilateral.
- (Q35.6) Fisura del paladar, línea media.
- (Q35.7) Fisura de la úvula.
- (Q35.8) Fisura del paladar bilateral, sin otra especificación.
- (Q35.9) Fisura del paladar unilateral, sin otra especificación.

(Q36) Labio fisurado.

- (Q36.0) Labio fisurado, bilateral.
- (Q36.1) Labio fisurado, línea media.
- (Q36.9) Labio fisurado, unilateral.

(Q37) Fisura del paladar con labio fisurado

- (Q37.0) Fisura del paladar duro con labio fisurado, bilateral.
- (Q37.1) Fisura del paladar duro con labio fisurado, unilateral.
- (Q37.2) Fisura del paladar blando con labio fisurado, bilateral.
- (Q37.3) Fisura del paladar blando con labio fisurado, unilateral.
- (Q37.4) Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio fisurado, bilateral.
- (Q37.5) Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio fisurado, unilateral.
- (Q37.8) Fisura del paladar con labio fisurado bilateral, sin otra especificación.
- (Q37.9) Fisura del paladar con labio fisurado unilateral, sin otra especificación ⁽³⁷⁾.

4.1.6 DIAGNÓSTICO DEL LPF

Puede realizarse en la etapa prenatal o después del nacimiento. Debido a que las fisuras orales ocurren en las áreas faciales donde no se produjo la fusión embrionaria normal de las estructuras, el conocimiento de los antecedentes embriológicos ayuda al ecografista a diagnosticar con mayor precisión ⁽²¹⁾.

Es por ello que cada vez es más frecuente el uso del examen de ultrasonido transabdominal durante el segundo trimestre del embarazo, que sirve para diagnosticar la cara. La evaluación del labio superior para el posible labio fisurado con o sin paladar fisurado CL/P es un elemento opcional, con un 88% para ser detectado⁽²¹⁾.

La detección de paladar fisurado tiene una tasa muy baja, se demuestra que no hay indicadores ecográficos satisfactorios, lo que podría ser una razón por la que el paladar a menudo no se visualiza en el examen de ultrasonido. Debe tomar en cuenta el ecografista que la micrognatia puede estar asociada con el paladar fisurado (PC) ⁽²⁷⁾.

El diagnóstico después del nacimiento lo realiza el gineco-obstetra o el neonatólogo, mediante la observación de la cara y la boca ⁽³⁸⁾.

4.1.7 SÍNTOMAS DEL LPF

Va a depender en cada caso, debido a que el niño puede tener uno o más anomalías congénitas. Entre esos tenemos:

- Existe cambios en la forma de la nariz.
- Desalineación de los dientes: a pesar de haber sido reparado el paladar fisurado, los pacientes con esta anomalía necesitarán visitar al odontólogo a medida que le vayan erupcionando los dientes.
- Insuficiencia para aumentar de peso
- Salida de flujo de leche a través de las fosas nasales durante la alimentación
- Crecimiento retrasado
- Infecciones en el oído
- Dificultad en el habla ⁽³⁹⁾.

4.1.7.1 FISURA DEL LABIO

Se puede observar desde una pequeña falla en el labio superior, hasta una fisura completa que se extiende hasta la zona inferior de la nariz, se puede encontrar involucrada la encía superior, causa deficiencia en la función en la parte del lenguaje, masticación y la deglución⁽⁴⁰⁾.

Puede afectar solamente el labio con la encía o extenderse al paladar duro y el blando. El perfil de estos pacientes es cóncavo debido al hundimiento existente en la encía superior ⁽⁴¹⁾.

4.1.7.2 FISURA DEL PALADAR

Puede afectar solamente el paladar blando o extenderse al paladar duro involucrando a un solo lado o a ambos lados del paladar ⁽⁴¹⁾.

4.1.7.3 PUEDE PRESENTARSE DE LAS SIGUIENTES MANERAS ESTA ANOMALÍA:

4.1.7.3.a Labio fisurado unilateral: la fisura involucra sólo el labio y puede ser desde leve (muesca del labio) hasta severo (enorme abertura desde el labio hasta la nariz) ⁽⁴¹⁾.

4.1.7.3.b Unilateral incompleto: cuando la fisura no se extiende hasta la nariz ⁽⁴¹⁾.



Ilustración 2: Labio Unilateral incompleto

Fuente: Bueno, G ⁽⁴¹⁾.

4.1.7.3.c Unilateral completo: Se extiende hasta la nariz ⁽⁴¹⁾.



Ilustración 3: Labio Unilateral completo

Fuente: Bueno, G ⁽⁴¹⁾.

4.1.7.3.d Labio fisurado bilateral completo: cuando la fisura compromete el labio y se extiende hasta la nariz ⁽⁴²⁾.



Ilustración 4: Labio fisurado bilateral completo

Fuente: Bueno, G ⁽⁴¹⁾.

4.1.7.3.e Labio y paladar primario hendido: se ve involucrado el labio y además está afectada la encía superior ⁽⁴²⁾.

4.1.7.3.f Paladar secundario fisurado: la fisura se localiza en el paladar tanto duro como blando ⁽⁴²⁾.



Ilustración 5: Paladar secundario fisurado

Fuente: Bueno, G ⁽⁴¹⁾.

4.1.7.3.g Labio y paladar fisurado completo: cuando la fisura afecta el labio y paladar primario y secundario ⁽⁴²⁾.

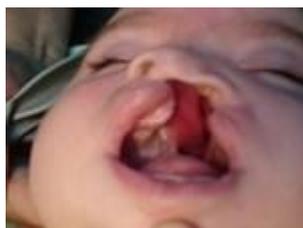


Ilustración 6: Labio y paladar fisurado completo

Fuente: Bueno, G ⁽⁴¹⁾.

4.1.8 PREVENCIÓN DEL LPF

Se sugiere tomar suplementos de vitaminas con ácido fólico antes y durante del embarazo, en dosis de 400 mg/día, 3 meses antes del embarazo y recomendado hasta la décimo segunda semana de gestación, es importante prevenir sobre todo si en la familia ya tiene algún caso ⁽⁴³⁾.

Es de gran ayuda reconocer esta malformación en la etapa intrauterina, porque de esta manera el equipo médico puede ayudar a disminuir las complicaciones en el nacimiento y planear los posibles tratamientos quirúrgicos, para que no interfiera en su desarrollo y crecimiento del recién nacido ⁽¹²⁾.

Si existe antecedentes familiares con labio y paladar fisurado, es importante buscar asesoramiento en genética antes de quedar embarazada, el mismo que determinara los riesgos de tener hijos con estas malformaciones congénitas ⁽⁴³⁾.

Desarrollar campañas educativas sobre la prevención de rubeola congénita y la reducción del tabaco y bebidas alcohólicas ⁽⁴³⁾.

4.1.9 ASPECTO PSICOLÓGICO DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES CON LPF

Hunt en los resultados de su investigación indico que los niños con labio y paladar fisurado aparentemente no presentan problemas psicosociales significativos, pero si se observó problemas relacionados de insatisfacción por su aspecto facial ⁽⁴⁴⁾.

Las repercusiones por parte de los padres de familia son: frustración, rechazo, decepción, sentimiento de culpa y tristeza, la familia presenta dificultades al momento del nacimiento del niño y también cuando tenga que socializar, es por ello que inicialmente los que necesitan ayuda psicológica son los padres para que tengan un mejor manejo con sus hijos, en ocasiones existen desequilibrios que conlleva a la separación o abandono de unos de los padres. La reacción de los padres son un determinante importante en la personalidad del niño ⁽⁴⁵⁾.

Las personas con labio y paladar fisurado cuando reciben rechazo lo cual produce consecuencias como baja autoestima, soledad, depresión, inseguridad emocional ⁽⁴⁶⁾.

Se demuestra que existe discriminación y aislamiento hacia los niños con estas malformaciones congénitas, para ello es importante crear estrategias para combatir con estos estereotipos, estas personas deben ser consideradas con diferencias faciales no con discapacidad⁽⁴⁷⁾.

Por esta razón se requiere que sea atendido por un equipo multidisciplinario para resolver todas las problemáticas en cuanto a su función y estética, mejorando la calidad de vida del niño, sus padres y familiares, lo que permitirá una mejor integración con la sociedad que lo rodea⁽⁴⁸⁾.

4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

En una obra denominada “Interacciones genéticas y epigenéticas relacionadas con fisuras de labio y paladar no sindrómicas” por Tirado Amador LR en 2016, concluye que las fisuras de labio y fisuras de paladar no sindrómicas están consideradas como una de las alteraciones de crecimiento y desarrollo de prevalencia alta causando alteraciones fisiológicas, funcionales, estéticas y psicológicas en el paciente por lo que es de gran interés en el mundo, para el tratamiento es interdisciplinario por lo que se necesita un buen equipo de trabajo ,la etología se debe a factores genéticos y ambientales y alteraciones en el desarrollo labial y cierre palatino en esta investigación se tratará el tema los factores genéticos que por la exposición a ciertos factores ambientales intervienen en el cierre de fisuras labiales y palatinas no sindrómicas ⁽³⁰⁾.

En 2017, publicaron un artículo científico denominado “ALTERACIONES EN EL DESARROLLO Y CRECIMIENTO BUCODENTAL DE PACIENTES CON HENDIDURA LABIO PALATINA” por Jeanette Salas obtiene que. La hendidura labio palatina se debe a la falta de fusión de los procesos faciales embrionarios lo que provoca alteraciones anatómicas, funcionales ,estéticas ,en este trabajo se observan las diferentes alteraciones que se producen en los pacientes con HLP atendidos en el Módulo de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela , de los 48 historias el 58,30% corresponden al sexo masculino, con una edad promedio de $7,27 \pm 2,10$ años, la Hendidura Labio Palatina Unilateral Izquierda predominó en un 56,30%, dientes con giro versión en un 47,30%, ausencias congénitas en un 52,60%, dientes supernumerarios en un 15,80%, dentición primaria Tipo I y Tipo II en un 20,80%, Clase I molar en un 39,60%, mordidas cruzadas anteriores en un 56% y respiración bucal en un 70,80% ⁽⁴⁹⁾.

En el artículo científico denominado “Implicaciones moleculares del Factor de crecimiento Transformante Beta (TGF- β) en el desarrollo de las fisuras labio palatinas” por Madera Anaya MV en 2016, comenta que las fisuras de labio y paladar se presenta pro una flota de fusión en los tejidos es una de los defectos congénitos más comunes durante las etapas iniciales del desarrollo fetal , su etología se debe a factores endógenos ye exógenos por lo que no está totalmente aclarada ,el TGF- β es uno de los factores endógenos en este se involucran el desarrollo del paladar, la diferenciación celular , y el desarrollo embrionario , en este estudio se muestran las implicaciones moleculares de esta vía de señalización en este tipo de alteraciones⁽²⁶⁾.

En una publicación de revista denominada “FISURAS LABIO PALATINAS. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO” por LUIS MONASTERIO A en 2016, indica que la segunda mal formación congénita frecuente es la de labio y paladar ,se dice que es multifactorial ,con una incidencia de 1 a 550 nacidos vivos ,pueden afectar tanto al labio como el paladar ambos lados ,se deben descartar casos sindrómicos con una evaluación el síndrome velocardiofacial, stickler) son los más frecuentes, el tratamiento se inicia en el período de recién nacido el cual es multidisciplinario ,las cirugías primarias incluyen la plastia del labio (3-6 meses), plastia de velo del paladar (6 meses) y el cierre de paladar óseo junto a plastia de velo (12 meses) ⁽⁴⁸⁾.

En 2016, la investigación denominada “Necesidad de guías clínicas para el manejo integral de pacientes con labio paladar hendido” por Paola Guerrero-Abell busco identificar las guías clínicas para el tratamiento de labio/paladar fisurado ,se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos y páginas web de los hospitales de Colombia en los cuales 96 de los 190 documentos no estaban enfocados en el tratamiento 84 eran disciplinares ,8 interdisciplinares y solo 2 eran de guía por lo tanto es evidente la falta de unificación de criterios se recomienda formar consensos sobre el abordaje terapéutico para tener estándares de calidad basados en evidencia⁽⁵⁰⁾.

En 2017, el estudio denominado “Panorama epidemiológico de labio y paladar hendido en México” por Edgar García Rojas obtuvo que la fisura de labio y paladar tiene una alta prevalencia, se requieren 5 cirugías aproximadamente para su tratamiento en México en el año 2015 se realizó un estudio sobre los casos reportados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de 2008 a 2015 en el cual se observan 1328 casos con un 60% para el sexo masculino con mayor registro en los meses de marzo y julio ⁽⁸⁾.

En 2017, una investigación denominada “Educación comunitaria, impacto familiar y social en la aparición de labio leporino y paladar hendido” por Rogelio Cordero considera que en la prevención de enfermedades la educación comunitaria es un herramienta fundamental que busca aun solución del problema que afecta a la comunidad , en este estudio se consideran estudios que avalan el hecho de que la patología de labio leporino puede ser impactada de manera positiva con este tipo de aproximación se realizó primero una revisión bibliográfica como base teórica y luego, un estudio descriptivo de carácter exploratorio de los expedientes de los pacientes que asisten al servicio de la “Fundación niños que ríen” y

se buscó disminuir los factores predisponentes por lo que se dirigió los esfuerzos a los lugares o áreas de mayor incidencia⁽¹⁾.

En un artículo de revista denominado “Diagnóstico exacto de labio/paladar de hendidura prenatal para comprender la embriología” por Bram Smarius en 2017, destaca que una de las malformaciones más comunes es de labio y/o paladar fisurado, para encontrar este tipo de malformaciones se usa el ultrasonido que es muy importante para este tipo de pacientes y poder entender la embriología de su cara es muy importante porque nos ayuda a un diagnóstico temprano de esta malformación, luego del nacimiento se discutirá la clasificación de labio y/o paladar fisurado⁽²¹⁾.

En el artículo denominado “Clasificación de Labio/Paladar de Hendidura: Antes y Ahora por” Alexander Allori y otros en 2017 propone que la clasificación de labio y paladar fisurado es diversa por lo tanto un poco difícil, en este artículo se exploran varias ideas y como han ido evolucionando como Davis y Ritchie (1922), Brophy (1923), Veau (1931), Fogh-Andersen (1943), Kernahan y Stark (1958), Harkins et al. (1962), Broadbent et al. (1968), Spina (1973), entre otros, se propone una estructura que sea comprensivo, clara y consistente que describa la clasificación de labio y/o paladar fisurado basada en estos sistemas⁽⁵¹⁾.

En una obra denominada “Labio de Hendidura Bilateral y Paladar, con Displasia Facial: Tratamiento Interdisciplinario y Continuación A largo plazo” por Ricardo D. Bennun en 2018, concluye en que una fusión incompleta de los componentes morfológicos del paladar o labio da como resultado una hendidura bilateral completa, una clase 3 esquelética, una nariz chata y un tabique corto con un Angulo naso labial anormal, fistulas bilaterales oro nasales, alteraciones en número y posición de los incisivos laterales y la agenesia o dientes supernumerarios es una característica de los pacientes con hendidura bilateral de labio y/o paladar que incluyen displasias es una rara condición con una solución compleja ya que estos pacientes necesitan de varias cirugías a lo largo de su vida por lo que se puede obtener un resultado no favorable al menos que se sepa manejar las cirugías con el crecimiento intrínseco, los pacientes que presentan también hipoplasia del surco naso labial y premaxila, el tratamiento será interdisciplinario a largo plazo y con controles del crecimiento intrínseco se recomienda estimular el desarrollo facial para no optar por tantas

cirugías y prevenir consecuencias se debe realizar por personal especializado para lograr buenos resultados⁽²⁴⁾.

5. HIPÓTESIS

El presente estudio no precisó hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO.

Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo⁽⁵²⁾.

Diseño de Investigación: Descriptivo, Retrospectivo ⁽⁵³⁾.

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** Descriptivo
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Transversal, Retrospectivo

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La muestra corresponderá a la totalidad de niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública, Cuenca-Ecuador 2017, dando como resultado la recopilación de 25 fichas clínicas. La población se la tomo por conveniencia ⁽⁵⁴⁾.

2.1. Criterios de selección.

Para la formalización de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a Criterios de inclusión.

Todas las fichas de pacientes de 0 a 5 con LPF ingresados en el Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública, Cuenca-Ecuador 2017.

2.1.b Criterios de exclusión.

Historias clínicas con información incompleta de los pacientes de 0 a 5 años con LPF.

Historias clínicas que se encuentren repetidas.

Pacientes con otras malformaciones del tubo neural

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES ⁽⁵⁵⁾.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA
Síndrome Asociado	Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de un cuadro patológico determinado	Signos y Síntomas	Ninguno Q91.3 Q90.9 Q73.8 Q87.8 Q87.0 Q38.	Cualitativa	Nominal
Genero sexual	Grupo de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a hombres y mujeres.	Conjunto de características físicas que diferencia hombres de mujeres.	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Edad	Número de cumplidos desde el nacimiento	Establecer un rango de edad para los enfermos	0 A 5 años	Cuantitativa	Discreta
Procedencia	Lugar de nacimiento o de vivienda	Provincia Ciudad	1. Azuay 2. Bolívar 3. Cañar 4. Carchi 5. Cotopaxi 6. Chimborazo 7. Imbabura 8. Loja 9. Pichincha 10. Santo Domingo de los	Cualitativa	Nominal

			<p>Tsáchilas</p> <p>11. Tungurahua</p> <p>12. El Oro</p> <p>13. Esmeraldas</p> <p>14. Guayas</p> <p>15. Los Ríos</p> <p>16. Manabí</p> <p>17. Santa Elena</p> <p>18. Morona Santiago</p> <p>19. Napo</p> <p>20. Orellana</p> <p>21. Pastaza</p> <p>22. Sucumbíos</p> <p>23. Zamora Chinchipe</p> <p>24. Galápagos</p>		
Clasificación de fisuras según CIE-10	Malformación en la que los tejidos de la cavidad bucal (labios y paladar) que no se forman correctamente durante el desarrollo.	Fisura de labio y/o paladar de puede ser bi o uni lateral	<p>Fisura del paladar duro. Bilateral. Q35.0</p> <p>Fisura del paladar duro. Unilateral Q35.1</p> <p>Fisura del paladar blando. Bilateral. Q35.2</p> <p>Fisura del paladar blando. Unilateral Q35.3</p> <p>Fisura del paladar duro y blando. Bilateral. Q35.4</p>	cualitativa	Ordinal

			<p>Fisura del paladar duro y blando. Unilateral Q35.5</p> <p>Fisura del paladar. Línea Media Q35.6 Fisura de Úvula. Q35.7 Fisura del paladar, sin otra especificación. Bilateral Q35.8</p> <p>Fisura del paladar, sin otra especificación. Unilateral Q35.9</p> <p>Labio Leporino Bilateral Q36.0</p> <p>Labio Leporino Línea Media Q36.1</p> <p>Labio Leporino Unilateral Q36.9</p> <p>Fisura de paladar duro con labio leporino Bilateral Q37.0</p> <p>Fisura de paladar duro con labio leporino Unilateral Q37.1</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Fisura de paladar blando con labio leporino Bilateral Q37.2</p> <p>Fisura de paladar blando con labio leporino Unilateral Q37.3</p> <p>Fisura de paladar duro y Bilateral Q37.4</p> <p>paladar blando con labio leporino Fisura de paladar duro y paladar blando con labio leporino Unilateral Q37.5</p> <p>Fisura de paladar con labio leporino, sin otra especificación. Bilateral Q37.8</p> <p>Fisura de paladar con labio leporino, sin otra especificación. Unilateral Q37.</p>	
--	--	--	---	--

4.-INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.1-Instrumentos documentales.

Se utilizó una ficha de recolección de información, en el departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.2-Instrumentos mecánicos.

Para la toma de datos se utilizó una computadora de escritorio, procesador Core5.

4.3-Materiales.

Se utilizaron únicamente materiales de escritorio.

4.4-Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitó de recursos institucionales, recursos humanos y recursos financieros.

5.-PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1-Ubicación espacial.

El Hospital Vicente Corral Moscoso está ubicado en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay al sur de la República del Ecuador, su altitud es de 2583m sobre el nivel del mar, Cuenca está catalogada como la tercera ciudad más grande del Ecuador, su número de habitantes es de 580 mil según el INEC, la temperatura es variada entre los 7 y 25 grados centígrados, el área urbana consta con una superficie de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente. Su característica principal es que está rodeada por 4 ríos, sus iglesias manifiestan una arquitectura llamativa y excepcional al igual que su centro histórico.

5.2-Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de agosto 2018 - enero 2019, recolectando datos de fichas que reflejan la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de 0 a 5 años en el año 2017.

5.3- Procedimientos de la toma de datos.

Se obtuvo los datos en el departamento de estadística 1. Número total de niños atendidos de 0 a 5 años, número de pacientes que han nacido con el diagnóstico de labio y paladar fisurado (objeto de estudio).

En las fichas para el estudio se analizó el expediente, obteniendo datos específicos como edad de la madre, peso del niño al nacer, número de partos previos, posibles enfermedades de la madre e historia clínica completa. (Anexo 2). En caso de ser posible se realizó una entrevista estructurada a la madre para tener información netamente socioeconómica, luego los datos cuantitativos serán tabulados, analizados, contrastados y organizados con los datos obtenidos en las otras unidades de estudio, teniendo así un reporte final (Anexo 6).

5.3.a- Método de examen.

Se obtuvo la aprobación del manejo de las fichas y la información del director del Hospital o del coordinador zonal en caso de ser necesario, la información no contiene nombres o datos específicos de las madres o niños estudiados, se utilizó netamente datos estadísticos y esta información es de vital importancia ya que no se puede planear programas de salud, prevención y tratamiento si no se conoce el número real de los afectados (Anexo 4 y 5).

5.3.b- Criterios de registro de hallazgos.

Se realizó la toma de datos del departamento de estadística del Hospital, tomando las fichas que correspondían a los niños de 0 a 5 años de edad del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en el año 2017 y se realizó el análisis de los pacientes que presentaban labio y/o paladar fisurado.

Los datos se consignan en las casillas correspondientes, anotando el código correspondiente que representa el criterio de clasificación o denominación de la clasificación según los respectivos códigos (Anexo 2).

6.-PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos recolectados en el Hospital Vicente Corral de Cuenca se ingresaron en una base de datos diseñada en el programa Microsoft Excel 2016, los mismos que fueron analizados y revisados mediante la realización de un control de calidad exhaustivo, de acuerdo a los parámetros del Departamento de Investigación de la Universidad Católica de Cuenca.

Con la base de datos ya obtenida se procedió a ver la prevalencia de labio y paladar fisurado utilizando la fórmula. $p = \frac{\text{número de enfermos}}{\text{número de examinados}}$, además se empleó la fórmula para el intervalo de confianza.

$$p = \frac{\text{Numero de niños nacidos con LPF en el HVCM}}{\text{Total de nacidos vivos en el HVCM}}$$

En el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, nacen 2,15 niños con LPF por cada mil nacidos vivos.

7.-ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio no implicó aspectos bioéticos ya que se trata de un estudio documental, observacional y descriptivo, el cual se basó únicamente en los datos tomados del departamento de estadística del Hospital.

Previo a la obtención de la base de datos se presentaron las respectivas solicitudes para poder obtener la información de los pacientes.

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS.

Durante todo el año 2017, se registraron 25 pacientes de 0 a 5 años con labio y paladar fisurado atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.

Tabla No. 1

Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, en el período 2017.

Prevalencia de LPF	Casos
NVLPF	11

En el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, nacen 2,15 niños con LPF por cada mil nacidos vivos.

Tabla No. 2

Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, en el período 2017.

Prevalencia de LPF	Casos
Atendidos de 0 a 5 años	25

En el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, se atienden 3,44 niños con LPF por cada mil atendidos de 0 a 5 años.

Tabla No. 3

Total, y porcentaje de niños de 0 a 5 años de edad con labio y paladar fisurado según sexo, atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública, Cuenca 2017.

Sexo	Casos	Porcentaje
HOMBRE	17	68,0%
MUJER	8	32,0%
Total	25	100,0%

Del total de casos registrados de niños de 0 a 5 años con labio y paladar fisurado, el 68,0 % son hombres, mientras que el 32,0% son mujeres.

Tabla No. 4

Total, y porcentaje entre la asociación de edad de la madre y el diagnóstico de LPF

Edad Madre	Casos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
19-22	9	36,0%	36,0
23-26	4	16,0%	52,0
27-30	3	12,0%	64,0
31-34	4	16,0%	80,0
35-38	5	20,0%	100,0
Total	25	100,0%	

Entre las edades de 19 a 22 años representan el grupo de mayor riesgo de tener un hijo con LPF con el 36%, mientras tanto que entre las edades de 27 a 30 años son el de menor prevalencia con el 12%.

Tabla No. 5

Asociación del número de casos con la etnia de origen de los niños atendidos de 0 a 5 años con prevalencia de LPF.

Etnia de origen	Casos	Porcentaje
MESTIZO	25	100.0%

El 100% de los casos de niños de 0 a 5 años de edad con prevalencia de LPF corresponden a la etnia Mestiza.

Tabla No. 6

Asociación entre el nivel socioeconómico y el diagnóstico de LPF

Nivel socio económico	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	3	12,0%
MEDIO BAJO	20	80,0%
MEDIO TIPICO	2	8,0%
ALTO	0	0,0%
	25	100,0%

El 80,0% representa el nivel socioeconómico con mayor riesgo de tener hijos con LPF, y el medio típico con un 8,0% con un menor riesgo.

Tabla No. 7

Asociación entre el consumo de ácido fólico por parte de las madres y el diagnóstico de LPF

Consumo de ácido fólico durante el embarazo	Casos	Porcentaje
NO	10	40,0%
SI	15	60,0%
Total	25	100,0%

El 60% de las madres si consumió ácido fólico durante el embarazo, mientras tanto el 40% no consumieron esta vitamina.

Tabla No. 8

Tipos de deformidades labiales más comunes en los niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca en el 2017.

Tipo de Deformidad labial	Casos	Porcentaje
LABIO FISURADO BILATERAL	2	8,0%
LABIO FISURADO UNILATERAL DERECHO	6	24,0%
LABIO FISURADO UNILATERAL IZQUIERDO	12	48,0%
SOLO PALADAR	5	20,0%
Total	25	100,0%

El 48,0% presenta labio fisurado unilateral izquierdo siendo el de mayor prevalencia, y el de menor porcentaje con el 8,0% presentan labio fisurado bilateral.

Tabla No. 9

Asociación entre el nivel de instrucción de la madre y el diagnóstico de LPF.

Nivel de instrucción de la madre	Casos	Porcentaje
PRIMARIA	12	48,0%
SECUNDARIA	13	52,0%
Total	25	100,0%

El 52% de las madres han acabado de cursar la secundaria siendo el de mayor prevalencia, mientras que el nivel de instrucción primaria presentó el 48,0% siendo el de menor porcentaje.

Tabla No. 10

Asociación entre la ocupación de la madre y el diagnóstico de LPF.

Ocupación de la madre	Casos	Porcentaje
CAJERA	1	4,0%
COCINERA	3	12,0%
COMERCIANTE	2	8,0%
COSTURERA	1	4,0%
EMPLEADA EN LA BLOQUERA	1	4,0%
NIÑERA	1	4,0%
QQDD	16	64,0%
Total	25	100,0%

Las QQDD con mayor porcentaje se presentó con un 64,0%, seguido de madres cocineras con una prevalencia del 12,0%, y las ocupaciones como cajera, costurera, empleada en una bloquera y niñera se presentó con un 4% siendo las de menor prevalencia.

Tabla No. 11

Asociación entre familiares con antecedentes de LPF y su diagnóstico

Familia con antecedente de LPH	Casos	Porcentaje
NO	22	88,0%
SI	3	12,0%
Total	25	100,0%

El 88% de los casos no presentó familiares con antecedentes de LPF, mientras que el 12% si lo hizo.

2. DISCUSIÓN.

El presente trabajo de investigación fue realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, en niños de 0 a 5 años con LPF en el período 2017, mediante el análisis de las historias clínicas de cada paciente se pudo observar en los resultados que el sexo masculino presentan mayor prevalencia de LPF que el sexo femenino, este resultado concuerda con el estudio realizado por Lombardo Aburto que realizó su estudio en el año 2017 en la ciudad de México, en el cual establece que esta deformidad congénita afecta más en los hombres que en las mujeres ⁽¹⁶⁾. Al igual Zamora Linares en su investigación en el año 2014 en la ciudad de Matagalpa-Nicaragua, presenta datos que son similares con los resultados de esta investigación y con los de Lombardo Aburto, manifestando que tiene más predominio a presentar LPF el sexo masculino que el femenino⁽³³⁾.

Lombardo en su estudio también obtuvo que el tipo de malformación congénita que existe con mayor frecuencia en los pacientes es el labio y paladar fisurado juntos con el 46%, mientras tanto los pacientes que solo tienen paladar fisurado representa un porcentaje del 33% y de manera aislada solo labio fisurado con el 21%⁽¹⁶⁾, estos datos analizados son similares al de este estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el cual se analizó los datos de las historias clínicas y se establece que se presentan con mayor porcentaje de casos de Labio y paladar fisurado con el 60%, mientras tanto que solo para labio fisurado el 20% y el otro 20% presenta solo paladar fisurado.

Linares en su trabajo de investigación realizado en el año 2014 en Nicaragua, presentan datos con mayor prevalencia en los pacientes de piel mestiza con el 62,7%, dato que concuerda con los resultados de esta investigación siendo la etnia de origen con mayor prevalencia la mestiza con un 100%, se debe tener en cuenta que la ciudad de Cuenca la población mestiza presenta un alto porcentaje a comparación de las otras etnias presentes en otras ciudades del país ⁽³³⁾.

Con relación si existe asociación entre los antecedentes familiares con LPF, Lombardo en los resultados de su estudio describe que entre el 20 -25% si presenta algún antecedente familiar, y el 75% es multifactorial, estos datos son similares con los resultados del presente estudio, manifestando que en el 12% de pacientes existe asociación de presentar antecedentes familiares con labio y paladar fisurado, entre los familiares con antecedentes de esta malformación congénita se relaciona a primos y tíos más que los padres, y el 88% se presenta por otras causas⁽¹⁶⁾. Chumbi en su trabajo sobre "características de las malformaciones congénitas en recién nacidos, realizado en el año 2016 en el mismo

hospital en el que se realizó esta investigación interpreta datos iguales a los dos comparados anteriormente entre los antecedentes y tener hijos con LPF, aquellos que no tienen antecedentes familiares representa el 88,52%, y quienes tienen dichos antecedentes representan el 11,48% por lo que se puede decir que los antecedentes familiares no implica un factor de riesgo alto para que se presente la patología⁽¹⁹⁾.

En el presente trabajo de investigación se encontró mediante los datos analizados y tabulados que el tipo de deformidad labial que se presenta con más prevalencia es el unilateral izquierdo con el 48% de los casos, seguido del labio unilateral derecho con el 24% y el tipo de deformidad labial que se encuentra con menor porcentaje es el labio fisurado bilateral con el 8%, estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Díaz Casado en el año del 2013, manifestando que es más frecuente que sea unilateral y que afecta generalmente el lado izquierdo⁽³⁾. Medina e Hidalgo en su trabajo denominado "Caracterización de pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado en la provincia de las Tunas", en el año 2014, muestra datos iguales a los comparados, manifestando que se desarrolla esta malformación congénita de manera unilateral y el lado que se ve más afectado es el izquierdo y en el labio superior⁽⁴⁾.

En los resultados obtenidos del presente estudio se establece que las madres de 19 a 22 años y de 31 a 34 años son las que tienen mayor riesgo de tener un hijo con LPF, datos que son similares al estudio elaborado por Criollo, V. y Velecela J, en el año 2016 en la ciudad de Cuenca, muestran datos que esclarecen que presentan mayor riesgo las madres menores de 18 años y mayores de 35 años⁽¹⁹⁾. Ruiz Gloria, en el año del 2016 en Sevilla, en su estudio publica datos similares a los resultados obtenidos, relatando que tienen mayor riesgo las madres menores de 20 años y mayores de 40 años⁽³⁴⁾. Chumbi en su trabajo de investigación muestra datos similares a los comparados con los diferentes autores y la de mi estudio, describiendo que las madres que tienen mayor riesgo de presentar hijos con labio y paladar fisurado son aquellas que están entre las edades comprendidas de los 20 a 24 años, seguido de las mujeres de 15 a 19 años, las madres menores a los 15 años son las que menos riesgo tienen de tener hijos con LPF debido a que se relaciona con la edad más joven en la fecundación⁽¹⁹⁾.

En cuanto a la ocupación de las madres, las que se dedican a los QQDD son las que tienen mayor riesgo de tener un hijo con LPF con el 64%, las madres que se dedican a ser comerciantes tienen un porcentaje del 8%, resultados que concuerdan con el estudio de Criollo, V. y Velecela J, que establece mayor porcentaje a las mujeres que se dedican a ese oficio con el 52.55%, y las mujeres que se dedican al comercio con el 8,93%⁽¹⁹⁾.

El resultado obtenido en cuanto al nivel socioeconómico de la madre y su familia, mostró que existe mayor riesgo en personas que pertenecen al nivel medio bajo con el 80% y bajo con el 20%, estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Reinoso S, en el año 2018 en la ciudad de Cuenca, manifestado mayor riesgo en personas de nivel socioeconómico medio bajo y bajo ⁽²⁰⁾, de igual manera estos datos son iguales al estudio realizado por Ortiz Jennifer en el año 2015, en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, con el mismo nivel socioeconómico ⁽⁷⁾.

Con relación al consumo de ácido fólico por parte de las madres, en el presente estudio mostró mayor riesgo en las mujeres que si consumieron este nutriente, pero sin embargo se mostró un porcentaje significativo en las madres que no lo consumieron con el 40%, debido a que por presentar una deficiencia nutricional de ácido fólico establece Ortiz J ⁽⁷⁾, que puede provocar anomalías en el desarrollo embrionario, esta información es similar al estudio realizado por Bueno G, en el año del 2018, en el que manifiesta que la deficiencia en el consumo de ácido fólico puede producir malformaciones congénitas ⁽⁴¹⁾.

De acuerdo al nivel de instrucción de la madre muestra en los resultados mayor riesgo en los de escolaridad primaria y secundaria, datos que concuerdan con el estudio realizado por Pons A y cols, dando como predominio madres que cursaron la primaria y la secundaria ⁽¹²⁾. Reinoso Santiago en su trabajo de investigación publicado en el año 2018, relata que el nivel de instrucción de las madres que tienen mayor riesgo es el bajo, en comparación con el nivel de instrucción alto ⁽²⁰⁾.

En este trabajo que se realizó en el Hospital Vicente Corral Moscoso, se muestra mayor susceptibilidad de tener hijos con Labio y paladar fisurado si son madres por primera vez a comparación si ya ha tenido partos previos, estos resultados concuerdan con los de Ruiz María que publicó su estudio en el año 2017, relata que se presenta con mayor riesgo en las mujeres primigestas ⁽³⁴⁾.

Con relación a la zona en donde viven los familiares de los pacientes con estas malformaciones congénitas en mi estudio se muestra un mayor porcentaje en aquellos que viven en zonas urbanas con el 52%, y los que viven en las zonas rurales presentan un 48%, estos datos no concuerdan con los del estudio realizado por Criollo Verónica y Velecela Jessica en el año 2016, en sus resultados describen que existe mayor riesgo en las mujeres que viven en las zonas rurales con el 52.55% a comparación de las que viven en las zonas urbanas con el 47,55% ⁽¹⁹⁾.

3. CONCLUSIONES.

- Se realizó el presente estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca en el periodo 2017, con un total de nacidos vivos de 5111, de los cuales 11 niños presentan LPF, lo que indica que nacen 2,15 con esta malformación congénita por cada mil nacidos vivos.
- En el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, se atendieron el período 2017 7259 niños de 0 a 5 años de edad, de los cuales 25 casos tienen LPF, lo que explica que se atienden 3,44 niños con LPF por cada mil atendidos de 0 a 5 años.
- La prevalencia de labio y paladar fisurado en los niños atendidos de 0 a 5 años en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en el año 2017, fue mayor en el sexo masculino con un 68,0% (17 casos), que en el sexo femenino con el 32,0% (8 casos). La etnia de origen con el 100% (25 casos) fue la mestiza.
- Mediante las historias clínicas analizadas se encontró que, de las 25 madres de los pacientes con Labio y Paladar fisurado atendidos en el HVCM, el 36,0% (9 casos) están en edades de 19 a 22 años, siendo el de mayor prevalencia, 20,0% (5 casos) tienen edades entre 35-38 años, 16,0% (8 casos) entre las edades de 23 a 26 años y 31 a 34 años, y el de menor porcentaje con un 12% (3 casos) en edades de 27 a 30 años.
- En cuanto al nivel socioeconómico de las madres y sus familiares de los pacientes atendidos en el HVCM, el de mayor prevalencia fue el nivel socioeconómico medio bajo con el 80% (20 casos), seguido del bajo con el 12% (3 casos), medio típico con el 8,0% (2 casos), y finalmente el alto con 0 casos, la mayoría de estos pacientes no son afiliados al IESS o no cuentan con seguro privado de atención.

4. RECOMENDACIONES.

- Como recomendación se sugiere anotar correctamente en las historias clínicas el diagnóstico de cada paciente siguiendo la clasificación del CIE 10, de igual manera anotar datos relevantes de la madre e hijo, y de esta manera no se dificulte la recolección de datos, para la elaboración de futuras investigaciones.
- Que este estudio con sus resultados motive a los diferentes profesionales de la salud a buscar nuevas formas para prevenir estas malformaciones y que sean tratadas de la mejor manera.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cordero R, Silva-Vetri MG, González TB. Educación comunitaria, impacto familiar y social en al aparición de labio leporino y paladar hendido. AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales [Internet]. 2017 [citado 20 de noviembre de 2018];0(0). Disponible en: <http://revistas.unphu.edu.do/index.php/aula/article/view/78>
2. Monasterio A. L, Ford M. A, Tastets H. Me. Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 25 de noviembre de 2018];27(1):14-21. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000043>
3. Díaz Casado GH, Díaz Grávalos GJ. Defectos de cierre orofaciales: paladar hendido y labio leporino. Una revisión bibliográfica. Semergen [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 9 de octubre de 2018];39(5):267-71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-defectos-cierre-orofaciales-paladar-hendido-S1138359312002390>
4. Medina SJS, Hidalgo MS, Chiong GA, Segura RA, Almira TB. Caracterización de pacientes pediátricos con labio y paladar fisurados en la provincia de Las Tunas. Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 15 de septiembre de 2014 [citado 9 de octubre de 2018];39(9). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/157>
5. Rodríguez C. Caracterización de pacientes con labio y/o paladar hendido de 0 a 3 años de edad, atendidos en el servicio de salud oral del "HOMI" entre los años 2010 a 2016. Bdigital [Internet]. 2017; Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/57563/1/10324495862017.pdf>
6. Hurtado V. Prevalencia de anomalías dentarias y caries en niños con fisura labial, fisura palatina y fisura labio - palatina de la fundación operación sonrisa ecuador. 2018;66. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/9706/1/UDLA-EC-TOD-2018-99.pdf>
7. Ortiz J. "Estudio de incidencia en pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido e indicadores de riesgo materno, en el hospital gineco-obstetrico isidro ayora de la ciudad de quito, en el periodo 2010-2015". [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5385/1/T-UCE-0015-229.pdf>
8. García E. Panorama epidemiológico de labio y paladar hendido en México. medigraphic [Internet]. 2017; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2017/cp1711c.pdf>
9. Massó DV, Gutiérrez SH. Caracterización de pacientes con fisuras labio-palatinas atendidos en el Hospital pediátrico de centro habana. Enero 2008- diciembre 2013. 2015;12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15258e.pdf>
10. Calderón R. El labio leporino, una malformación conocida y tratada desde la Antigüedad [Internet]. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. 2017 [citado 16 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://secpre.org/blog/item/el-labio-leporino-una-malformaci%C3%B3n-conocida-y-tratada-desde-la-antig%C3%BCedad>
11. Peiró, J. Reparacion Intrauterina del labio leporino en el feto ovino. 2014;112. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_283942/jlpi1de4.pdf

12. Pons-Bonals A, Pons-Bonals L, Hidalgo-Martínez SM, Sosa-Ferreyra CF. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* [Internet]. marzo de 2017 [citado 25 de noviembre de 2018];74(2):107-21. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665114617300564>
13. Navarrete-Hernández E, Canún-Serrano S, Valdés-Hernández J, Reyes-Pablo AE. Prevalencia de labio hendido con o sin paladar hendido en recién nacidos vivos. México, 2008-2014. :10.
14. Caraguay N. Estudio a realizar en el hospital francisco Icaza Bustamante durante el periodo de enero del 2015 a enero del 2017. 2017; 72. Disponible en: <https://docplayer.es/109028111-Universidad-de-guayaquil.html>
15. Arévalo MA. Frecuencia de fisura labiopalatal en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso enero 2010 - diciembre 2015. [Internet]. Universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de tecnología médica carrera de fonoaudiología; 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27475/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
16. Lombardo-Aburto E. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. *Acta Pediátrica de México* [Internet]. 30 de junio de 2017 [citado 8 de octubre de 2018];38(4):267. Disponible en: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1435>
17. Rangel MA, Montes DP, Mesa BF. Frecuencia y factores de riesgo en labio y paladar hendidos del Centro Médico Nacional «La Raza». 2014;4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2013/cb133f.pdf>
18. Valls A, Hueto J. *Cirugía Oral y Maxilofacial*. 3ra. edición. Panamericana.
19. Chumbi JVV. Características de las malformaciones congénitas en recién nacidos del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, 2010-2014. 2016;68. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25336/1/TESIS.pdf>
20. Reinoso S. Determinantes sociales adversos y Riesgo de labio y paladar fisurados Estudio de casos y controles. Ciudad de Cuenca. 2010-2015. [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2018. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31520/1/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>
21. Smarius B, Loozen C, Manten W, Bekker M, Pistorius L, Breugem C. Accurate diagnosis of prenatal cleft lip/palate by understanding the embryology. *World Journal of Methodology* [Internet]. 26 de septiembre de 2017 [citado 27 de octubre de 2018];7(3):93-100. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/2222-0682/full/v7/i3/93.htm>
22. Vallespir CA, Zamorano PE, Ulloa JV. Etiología genética de la formación de las fisuras labio/palatinas, estado del arte: reporte de casos y revisión de la literatura. 2014;16. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1634/ETIOLOGIA+GENETICA+DE+LAS+FORMACIONES+DE+LAS+FISURAS+LABIO+ALVEOLO+PALATINAS.Image.Marked.pdf?Sequence=1>

23. Grazioso MJR. Hallazgos postoperatorios en pacientes sometidos a cirugía de fisura de labio y/o paladar, que fueron operados en el centro infantil de estomatología, antigua Guatemala o en otros establecimientos en los años 2011-2013. :61.
24. Bennun RD, Harfin JH. Bilateral Cleft Lip and Palate, With Facial Dysplasia: Interdisciplinary Treatment and Long-Term Follow-Up. *J Craniofac Surg* [Internet]. septiembre de 2018;29(6):1441-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30015740>
25. Vermeij-Keers C, Rozendaal AM, Luijsterburg AJM, Latief BS, Lekkas C, Kragt L, et al. Subphenotyping and Classification of Cleft Lip and Alveolus in Adult Unoperated Patients: A New Embryological Approach. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. octubre de 2018;55(9):1267-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29652537>
26. Madera Anaya MV, Moneriz Pretell CE, Suárez Causado A. Implicaciones moleculares del Factor de crecimiento Transformante Beta (TGF- β) en el desarrollo de las fisuras labiopalatinas. *Avances en Odontoestomatología* [Internet]. octubre de 2016 [citado 26 de noviembre de 2018];32(5):251-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852016000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Garmendia F. Diagnóstico. 2018;25-35. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/revista-diagnostico-web.pdf>
28. Cisneros Domínguez G, Bosch Núñez AI. Alcohol, tabaco y malformaciones congénitas labioalveolopalatinas. *Medisan* [Internet]. septiembre de 2014 [citado 20 de noviembre de 2018];18(9):1293-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192014000900015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Fuentes J, Silva M, Cantín M, Llermaly S. Acercamiento de los Procesos Alveolares Mediante Ortopedia Prequirúrgica en Pacientes con Labio y Paladar Fisurado. *International journal of odontostomatology* [Internet]. abril de 2014 [citado 20 de noviembre de 2018];8(1):119-24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-381X2014000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Tirado Amador LR, Madera Anaya MV, González Martínez FD. Interacciones genéticas y epigenéticas relacionadas con fisuras de labio y paladar no sindrómicas. *Avances en Odontoestomatología* [Internet]. febrero de 2016 [citado 21 de octubre de 2018];32(1):21-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852016000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
31. López N, Rodríguez MJ, Salas A, Rojas N, Yezioro S, González F, et al. Características fenotípicas en padres y su asociación con fisura labio palatina no sindrómica en su descendencia en familias de Bogotá y pasto. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología* [Internet]. 3 de octubre de 2016 [citado 25 de noviembre de 2018];6(17):106-14. Disponible en: <https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/209>
32. Martin MG. La Fisura Labio Palatina [Internet]. *Aspanif*. [citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://aspanif.es/la-fisura-labio-palatina.html>

33. Linares CEZ. Algunos factores relacionados con la herencia en niños con fisuras labiopalatinas. *Revista Cubana de Pediatría*. :8.
34. Ruiz M. El moldeamiento nasopalveolar en el niño con fisura labiopalatina [Internet]. *Idus*. 2017 [citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/55539>
35. Zreaqat MH, Hassan R, Hanoun A. Cleft Lip and Palate Management from Birth to Adulthood: An Overview. *Insights into Various Aspects of Oral Health* [Internet]. 20 de septiembre de 2017 [citado 21 de diciembre de 2018]; Disponible en: <https://www.intechopen.com/books/insights-into-various-aspects-of-oral-health/cleft-lip-and-palate-management-from-birth-to-adulthood-an-overview>
36. Bhattacharjee, Abhishek. (PDF) IDRR Cleft Lip and palate-an overview Cleft Lip and palate-an overview [Internet]. IDRR Labio y paladar hendido, una visión general Labio y paladar hendido, una visión general. 2018 [citado 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Prof.%20Clever/Downloads/IDRR.pdf>
37. S.A P. CIE10 sobre Fisura del paladar y labio leporino (Q35 a Q37) [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.tuotromedico.com/CIE10/Fisura-del-paladar-y-labio-leporino-Q35-Q37/>
38. Cisneros Domínguez G, Castellanos Ortiz B, Romero García LI, Cisneros Domínguez CM. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con malformaciones labiopalatinas. *MEDISAN* [Internet]. julio de 2013 [citado 20 de noviembre de 2018];17(7):1039-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192013000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
39. Faros S. Causas, síntomas y tratamiento del labio leporino y el paladar hendido [Internet]. *Faros HSJBCN*. 2014 [citado 21 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/causas-sintomas-tratamiento-labio-leporino-paladar-hendido>
40. Rupal Christine Gupta, MD. Labio leporino y paladar hendido. Labio leporino y paladar leporino [Internet]. 2014 [citado 26 de noviembre de 2018]; Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/cleft-esp.html>
41. Bueno G. Infogen | labio y paladar hendido/ labio leporino. 19 de septiembre de 2018 [citado 27 de octubre de 2018]; Disponible en: <http://infogen.org.mx/labio-paladar-hendido-labio-leporino/>
42. Felice MD. Causas del labio y paladar hendido en bebés [Internet]. *Noticias Ya*. 2015 [citado 3 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://noticiasya.com/reno/2015/03/23/causas-del-labio-y-paladar-hendido-en-bebes/>
43. Tagarro A. Diagnóstico, tratamiento y prevención del labio leporino [Internet]. 2013 [citado 21 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/afecciones-tipicas-infantiles/diagnostico-tratamiento-y-prevencion-del-labio-leporino>
44. Miñano ERE, Mejía MLH. Consideraciones estéticas en la rehabilitación oral de un paciente con labio y paladar fisurado. 1 [Internet]. 15 de noviembre de 2015 [citado 25 de noviembre de 2018];2(2):66-76. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/206>

45. Escudero MPG, Montes VS, Jaramillo CR, Garzón JS. Afectaciones de comportamiento en el individuo afectado por labio y paladar hendido (lph) y en su familia. Behavior changes on patients and their families affected by cleft lip and palate. 2015;13.
46. Rojas LHJ, Chacón LZM. Síntesis: Estudio de 5 Casos de Niños con Labio y Paladar Hendido, en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Sur, México, D.F. 2014;6. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v11n291987/art04.pdf>
47. Adeyemo WL, James O, Butali A. Cleft lip and palate: Parental experiences of stigma, discrimination, and social/structural inequalities. Ann Maxillofac Surg [Internet]. 2016 [citado 2 de febrero de 2019];6(2):195-203. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343627/>
48. Bastidas, Dolores. Rehabilitación Protésica en pacientes adultos con secuelas quirúrgicas de labio leporino y paladar hendido. 2014;57. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5611/1/BASTIDASdolores.pdf>
49. Salas J, Murzi M, Vielma CL, de Pachano AC. Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina. junio de 2017;12:10. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/8237>
50. Guerrero-Abello P, Ariza-Araujo Y, Caycedo-García DJ, Pachajoa H. Necesidad de guías clínicas para el manejo integral de pacientes con labio paladar hendido. Rev salud pública [Internet]. febrero de 2016 [citado 25 de noviembre de 2018];18:82-94. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642016000100008&script=sci_arttext
51. Allori AC, Mulliken JB, Meara JG, Shusterman S, Marcus JR. Classification of Cleft Lip/Palate: Then and Now. The Cleft Palate-Craniofacial Journal [Internet]. marzo de 2017 [citado 19 de diciembre de 2018];54(2):175-88. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1597/14-080>
52. Villavicencio Caparó EV. Pasos para la planificación de una investigación clínica. 1 [Internet]. 2016 [citado 17 de febrero de 2019];1(1):72-5. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/186>
53. Villavicencio Caparó EV. Diseños de estudios clínicos en odontología. 1 [Internet]. 2016 [citado 17 de febrero de 2019];1(2):81-4. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/163>
54. Villavicencio Caparó EV., Alvear Córdova M., Cuenca León K., Calderon-Curipoma m., Zhunio-Ordoñez K., Webster-Carrión F. Vista del tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar? | Odontología Activa Revista Científica [Internet]. [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175/234>
55. Villavicencio Caparó EV. ¿Cómo plantear las variables de una investigación?: operacionalización de las variables. 1 [Internet]. 9 de enero de 2019 [citado 20 de febrero de 2019];4(1):15-20. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/289>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado para los Padres

Consentimiento Informado para los Padres

Instituciones : Universidad Católica de Cuenca

Investigador : Michelle Estefanía Reinoso Parra

Director: Dr. Santiago José Reinoso Quezada

Título: **Macro estudio estadístico de Labio y Paladar fisurado Ecuador 2017**

Propósito del Estudio:

El presente estudio tiene como objetivo identificar los determinantes sociales que afectan o podrían generar un riesgo para tener un hijo con labio y paladar fisurados.

Se incluirán todos los pacientes con labio y paladar fisurado nacidos en esta unidad hospitalaria desde en el periodo 2017.

Procedimientos:

Si Usted Sr padre o madre de familia acepta que su hijo(a) y Ud. participe en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se procederá a una evaluación clínica de su hijo si es que presentase la patología en estudio.
2. Seguido se realizará una entrevista en la cual se le preguntará a la madre del niño sobre sus hábitos actuales y durante el periodo de gestación. y estilo de vida. Durante 10 minutos.

Riesgos:

No se prevén riesgos para usted o su hijo(a) por participar en esta entrevista.

Beneficios:

Su hijo se beneficiará ya que si el padeciera de labio y paladar fisurado podrá ser atendido y tratado por el programa del Municipio de Cuenca, la Universidad Católica de Cuenca y Club Rotario. De manera gratuita

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico. Los pacientes identificados con labio y paladar fisurado y podrán ser atendidos y tratados por el programa del Municipio de Cuenca, la Universidad Católica de Cuenca y Club Rotario.

Así como este estudio podría identificar factores de riesgo para prevenir actitudes y conocimientos riesgosos para el desarrollo de esta patología.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la confidencialidad de los datos que se obtengan de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo(a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al: Dr. Santiago Reinoso Quezada tel. 07 2459555

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo que encuesta y examen le harán a mi hijo(a) si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Investigador

Michelle Estefanía Reinoso Parra

Fecha _____

Padre o apoderado

Nombre: _____

C.I.: _____

Anexo 2: Ficha de recolección de datos clínicos

Ficha de Recolección de datos.

Institución donde se toman los datos	
Nombre de la madre	
Edad de la madre en años	
Lugar de Residencia de la madre dirección	
Número de teléfono:	
Lugar de residencia	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Tipo de parto	Eutócico <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>
Semanas de gestación al momento del parto	
Ocupación de la madre	1. QQDD 2. Agricultura 3. Administración 4. Comercio 5. Profesional 6. Otro
Nivel de Hemoglobina Previo al parto
Estado Nutricional de la madre IMC	1. Menor o igual a 18,5 <input type="checkbox"/> 2. De 18,6 a 24,9 <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 29,9 <input type="checkbox"/> 4. Mayor o igual a 30 <input type="checkbox"/>
Nivel de instrucción de la madre	1. <input type="checkbox"/> analfabeto 2. <input type="checkbox"/> primaria incompleta 3. <input type="checkbox"/> primaria completa 4. <input type="checkbox"/> secundaria incompleta 5. <input type="checkbox"/> secundaria completa 6. <input type="checkbox"/> Superior 7. <input type="checkbox"/> No se especifica
Nombre del Recién nacido	
Peso y talla del recién nacido en kg y cm	PesoKg TallaCm

Recién Nacido con presencia de LPH	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tipo de Deformidad LABIAL	1 Labio fisurado DERECHO <input type="checkbox"/>	2 Labio fisurado IZQUIERDO <input type="checkbox"/>
	3 LABIO FISURADO BILATERAL <input type="checkbox"/>	
PALADAR HENDIDO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nivel de hemoglobina del RN		
Apgar del Recién Nacido	<input type="text"/>	
Familia con antecedente de LPH	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Consumo de ácido fólico durante el embarazo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Número de controles prenatales		
Consumo de Multivitamínicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Semanas de gestación previos al parto		
Número de partos previos		
Otro hijo con Labio fisurado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Etnia de origen. Si fuere el caso		
Consumo de OTRA MEDICACION	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	En caso de ser sí que medicamento es:	

Anexo 3: Permiso para solicitar acceso a las fichas en estadística



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL ECUADOR

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ODONTOLOGÍA

OFICIO N°00373-2018 UJACO -UCACUE
Cuenca, 10 de Diciembre del 2018

Señor Doctor,
Miguel Chango Siguenza,
DIRECTOR MEDICO,
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
Ciudad

Su despacho

Con un atento y cordial saludo me dirijo a Usted para desearle éxitos en sus tan importantes funciones y a la vez me permito solicitar permiso y acceso en fichas y estadísticas para que el estudiante de décimo ciclo la Srta. Michelle Estefanía Reinoso Parra con CI: 0105674402 de la carrera de Odontología realice parte de la investigación con el tema "PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", solicitando una autorización para la recopilación de los niños ingresados y nacidos en el hospital que presenten esta alteración.

Esperando una acogida de su parte, anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,
DÍOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO


Dr. Santiago Reinoso C.
DIRECTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLÓGICA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA



Elaborado por	Ma Isabel Calcebrón	X
Autorizado por	Santiago Reinoso	X



Cuenca: Av. Las Américas y Tarqui. Telf.: 2830751, 2834469, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande" (frente al Terminal Terrestre). Telf.: 2741613, 2273444, 2245705 Cañara Calle Antonio Ayala Clavijo. Telf.: 2331268, 2235870 San Pablo de La Troncal: Cda. Universitaria Km 72 Quinceaveles y Primer Sur. Telf.: 2474110 Macas: Av. Cap. Villanueva s/n Telf. 2730392, 2730445

WWW.UCACUE.EDU.EC

Anexo 4: Autorización otorgada por la responsable de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso.



HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Oficio N° 003-UDI-HVCM-2019

Dra. Karla Azpiazu
RESPONSABLE DEL CRITERIO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Cuenca, 11 de Enero del 2019.

Presente

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, se informa que el estudio de investigación titulado: "PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CUENCA - ECUADOR 2017", fue analizado por la Comisión de Docencia e Investigación de este centro, concluyendo como factible.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente,

Dra. Viviana Barros A.
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

CC. Archivo

0105614402
10h 50 am.

Av. Los Arboles y 12 de Abril
Teléfonos: 4098000
www.hvcm.gob.ec

Anexo 5: Autorización otorgada por el Gerente General del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca.



**HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Oficio N° 005-UDI-HVCM-2019
Cuenca, 08 de enero de 2019

Dra.
Lucila Barragán
DIRECTORA MÉDICA ASISTENCIAL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
Presente.-

De mis consideraciones, la presente tiene como objetivo dar a conocer el proyecto de investigación Prevalencia de lazo leporino y paladar fisurado en niñas de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública, Cuenca Ecuador 2017, el cual forma parte del Macro estudio estadístico de Lazo y Paladar fisurado Ecuador 2017 carrera de Odontología, Universidad Católica de Cuenca.

Es necesario informar que no existe convenio específico con esta carrera, sin embargo al tratarse de un proyecto multicéntrico a nivel país, el cual se espera que genere aporte al conocimiento, la Unidad de Docencia e Investigación cree conveniente la aprobación del mismo, sin embargo, no se encuentra dentro de las competencias de esta unidad por cuanto falta del convenio referido.

Se aclara además que el proyecto, tal como consta en la documentación adjunta, posee el análisis respectivo por parte del un Comité de ética en Investigación en Series Humanos

Por lo expuesto en líneas anteriores se solicita de la manera más comedida, salvo su mejor criterio, pedir la autorización necesaria al Dr. Oscar Chango, Gerente General de nuestra institución.

Se adjunta documentación pertinente.

Agradeciendo de antemano la favorable acogida.

Atentamente,

Dra. Viviana Barros A.
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**

Anexo 6: Aprobación del estudio por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito.

2018-232T



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito**

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ**

Aprobación MSP, Oficio No. MSP-VGVS-2016-0244-O, 26 de Abril de 2016

Quito, 05 de noviembre de 2018

Señor

Joe Eduardo Rojas Auquilla,
Investigador Principal
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Ciudad

De mi mejor consideración:

Por medio de la presente, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito se complace en informarle que su solicitud de revisión y aprobación del estudio de investigación **"Macro estudio estadístico de Labio y Paladar fisurado Ecuador 2017"** ha sido aprobada el día de hoy como un estudio *exento*, debido a que la investigación va a tomar datos personales pero el investigador asegura que serán codificados para el análisis y presentación de los resultados y una vez concluido el estudio cualquier dato que pudiese identificar al participante será borrado.

El CEISH - USFQ aprueba el estudio ya que cumple con los siguientes parámetros:

- El proyecto de investigación muestra metas y/o objetivos de significancia científica con una justificación y referencias.
- El protocolo de investigación cuenta con los procedimientos para minimizar sus riesgos de sus participantes y/o los riesgos son razonables en relación a los beneficios anticipados del estudio.
- El protocolo cuenta con provisiones para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes del estudio en sus procesos de recolección, manejo y almacenamiento de datos
- El protocolo detalla las responsabilidades del investigador

Además el investigador principal de este estudio ha dado contestación a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado en varias revisiones. Los documentos que se aprueban y que sustentan este estudio es la versión # 2 de noviembre 05, 2018 que incluyen:

- Solicitud de revisión y aprobación de estudio de investigación, 18 páginas;
- Solicitud de NO aplicación al consentimiento informado por escrito, 1 páginas;
- Hoja de vida del investigador principal.

2018-232T

Esta aprobación tiene una duración de **un año (365 días)** transcurrido el cual se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación: **2018-232T**. El Comité estará dispuesto a lo largo de la implementación del estudio a responder cualquier inquietud que pudiese surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Favor tomar nota de los siguientes puntos relacionados con las responsabilidades del investigador para este Comité:

1. El Comité no se responsabiliza por los datos que hayan sido recolectados antes de la fecha de esta carta; los datos recolectados antes de la fecha de esta carta no podrán ser publicados o incluidos en los resultados.
2. El Comité ha otorgado la presente aprobación en base a la información entregada por los solicitantes, quienes al presentarla asumen la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, los solicitantes de la aprobación son los responsables por la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Deseándole los mejores éxitos en su investigación, se solicita a los investigadores que notifiquen al Comité la fecha de terminación del estudio.

Atentamente,



William F. Waters, PhD
Presidente Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos USFQ
cc. Archivo general, Archivo protocolo



Anexo 7: Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico.



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbral),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbral
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



TESIS

por Michelle Reinoso

Fecha de entrega: 21-feb-2019 08:22a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1081381855

Nombre del archivo: plagio.pdf (264.47K)

Total de palabras: 4543

Total de caracteres: 22927

TESIS

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL

Yo Michelle Estefanía Reinoso Parra..... En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Vicente Corrales Morcote del Ministerio de Salud Pública, Cuenca - Ecuador 2017....." de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de febrero de 2019

F: 
de cédula 0105674402