

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**FRECUENCIA DE NEONATOS CON FISURA DEL
PALADAR Y LABIO LEPORINO EN DOS HOSPITALES
MINSA DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE DURANTE EL
PERIODO 2012- 2014**

CECILIA LUCIA VICTORIA PERICHE FIESTAS

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

**Chiclayo, Perú
2015**

**FRECUENCIA DE NEONATOS CON FISURA DEL
PALADAR Y LABIO LEPORINO EN DOS
HOSPITALES MINSA DE LA REGIÓN
LAMBAYEQUE DURANTE EL PERIODO 2012-
2014**

POR:

Cecilia Lucía Victoria Periche Fiestas

Tesis presentada a la Escuela de Odontología de la Facultad de
Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo,
para optar el Título de **CIRUJANO DENTISTA**

APROBADO POR:

Mgtr. CD. Miriam Arellano Tafur
Presidenta de Jurado

Mgtr. CD. Marco Antonio Puccinelli Wang
Secretario de Jurado

Mgtr. CD. Óscar Orlando Peralta Mendoza
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2015

DEDICATORIA

A Dios y a María Santísima, fuentes infinitas de bondad, por haberme conducido y bendecido estos seis años de carrera universitaria.

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional y desinteresado, cuyo esfuerzo se ve reflejado en este nuevo logro en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A todos mis maestros que en el transcurso de mi vida universitaria supieron compartir sus conocimientos y crear en mí este amor por la Odontología.

Al Mgtr. C.D. Óscar Orlando Peralta Mendoza por su tiempo y confianza como asesor.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	1
1.1 ANTECEDENTES	1
1.2 MARCO TEÓRICO	3
1.2.1 HISTORIA DEL LABIO LEPORINO Y PALADAR FISURADO	3
1.2.2 DEFINICIÓN DE LAS FISURAS LABIOPALATINAS	4
1.2.3 EMBRIOLOGÍA Y ANATOMÍA DEL LABIO FISURADO Y PALADAR HENDIDO	5
1.2.4 ETIOLOGÍA	7
1.2.5 EPIDEMIOLOGÍA	8
1.2.6 CLASIFICACIÓN	8
1.2.7 TRATAMIENTO DE FISURA LABIAL Y PALADAR HENDIDO	10
CAPÍTULO II MATERIALES Y MÉTODOS	12
2.1 DISEÑO DE ESTUDIO	12
2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	12
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	14
2.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	15
2.5 ANÁLISIS DE DATOS	16
2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	16
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN	17
3.1 RESULTADOS	17
3.2 DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	37

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014.	17
Tabla N° 2: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según edad de la madre.	18
Tabla N° 3: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según periodo gestacional.	19
Tabla N° 4: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico gestas.	20
Tabla N° 5: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico abortos.	21
Tabla N° 6: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico partos.	22
Tabla N° 7: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes familiares de la madre.	23
Tabla N° 8: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes personales de la madre.	24

Tabla N° 9: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según peso del neonato. 25

Tabla N° 10: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según sexo del neonato. 26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014.	39
Gráfico N° 2: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según edad de la madre.	40
Gráfico N° 3: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según periodo gestacional.	41
Gráfico N° 4: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico gestas.	42
Gráfico N° 5: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico abortos.	43
Gráfico N° 6: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico partos.	44
Gráfico N° 7: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes familiares de la madre.	45
Gráfico N° 8: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes personales de la madre.	46
Gráfico N° 9: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región	47

Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según peso del neonato.

Gráfico N° 10: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según sexo del neonato.

48

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue determinar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014. Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional, con un diseño retrospectivo. La muestra fue representada por 272 historias clínicas de neonatos que cumplieron con los criterios de selección, se diseñó una ficha de recolección de datos, la cual estuvo dividida en tres partes según las variables estudiadas. Se encontró que la mayor frecuencia de la malformación fue la fisura del paladar y labio leporino con 4 casos (1,5%) y labio leporino con 1 caso (0,4%) haciendo un total de 5 casos con malformación (1,9%) de la población total. Se concluyó que se ve pertinente levantar estadísticas periódicas de los diferentes casos de malformaciones de los neonatos que nacen diariamente en los distintos hospitales; lo que permitiría disponer de una información actualizada de estas patologías contribuyendo, así favorablemente en su prevención y tratamiento.

Palabras claves: Frecuencia, paladar hendido, fisura del paladar, neonatos.

(Fuente: DeCS)

Abstract

The objective of this research was to determine the frequency of newborn infants with cleft palate, cleft lip and cleft palate with cleft lip in MINSA hospitals in Lambayeque during the period 2012 to 2014. This investigation was a descriptive, observational and with a retrospective design. The sample was represented for 272 newborns' medical history which satisfy with the selection criteria, a form of data collection was designed, which was divided into three parts according to the variables studied. It was found that the increased frequency of malformation was the cleft palate and cleft lip with 4 cases (1.5%) and cleft lip with 1 case (0.4%) for a total of 5 cases with malformation (1.9 %) of the total sample. It was concluded that is appropriate to carry out periodic statistics of the various cases of malformations of infants who are born daily in different hospitals in our locality; which would provide an updated list of these diseases thereby contributing favorably information for prevention and treatment.

Keywords: Frequency, cleft palate, cleft lip, infants.

(Source: DeCS)

INTRODUCCIÓN

En nuestra región Lambayeque, cada año existe un gran número de partos en los diversos establecimientos de salud; sin embargo, luego de las oportunas atenciones, sin ninguna explicación, algunos neonatos presentan malformaciones orofaciales, cuyo posible origen son los trastornos en el desarrollo embrionario¹.

El labio leporino y la fisura del paladar son malformaciones orales congénitas más comunes en los niños a diferencia de las niñas y ocurre con más frecuencia en los países en vía de desarrollo. En las maternidades latinoamericanas se encontró una tasa global de 10,49 por 10.000, con una alta frecuencia en Bolivia (23,7), Ecuador (14,96) y Paraguay (13,3 por 10.000), seguramente debido a que sus poblaciones tienen mezcla con raza india y con tasas bajas en Venezuela (7,92 por 10.000), Perú (8,74), Uruguay (9,37) y Brasil (10,12 por 10.000) tasas que se explican por la mezcla con raza negra de sus poblaciones².

Si el labio leporino y la fisura del paladar continúan, serán un problema de gran importancia, pues son muchos los afectados y la frecuencia con que aparecen. Además, estas anomalías producen dificultades en la comunicación buco-nasal, afectando no sólo la estética, sino fundamentalmente la succión, fonación y deglución del niño, así como, el peligro de regurgitación de alimentos en los niños afectados¹. Es decir, el efecto de mayor envergadura, es la imposibilidad de poseer una buena calidad de vida.

Bajo estas consideraciones y teniendo en cuenta la escasa investigación en la región Lambayeque con respecto a esta patología y sus posibles factores de riesgo, se vió necesario disponer de información real y actualizada, lo que contribuiría favorablemente a la implementación de programas adecuados y manejo multidisciplinario de este grupo de pacientes. Producto de esta necesidad, surgió la pregunta ¿Cuál es la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012 - 2014?

El objetivo general fue determinar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014

Los objetivos específicos fueron:

- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014 según edad de la madre.
- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014 según el periodo gestacional de la madre.
- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio

leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014 según el antecedente obstétrico gestas.

- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014 según el antecedente obstétrico abortos.
- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico partos.
- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes familiares de la madre.
- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes personales de la madre.
- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según sexo del neonato.
- Identificar la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según peso del neonato.

Procurando una mayor concientización por parte del médico, odontólogo general y padres de familia, la presente investigación permitirá obtener datos estadísticos acorde a nuestra realidad. Además, la información obtenida será de vital importancia para estudios de investigación que busquen implementar o modificar las políticas de salud que afectan a este grupo poblacional.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES

Duque *et al.*³ describieron características de infantes con fisuras palatinas aisladas que se atendieron en el Hospital Universitario del Valle. Concluyeron que las fisuras palatinas aisladas correspondieron al 19.7% de los casos de niños con fisuras orofaciales atendidos, observándose mayor incidencia en el género femenino, siendo la malformación congénita mayormente asociada la secuencia de Pierre Robin.

Charry *et al.*⁴ describieron las características demográficas, clínicas y de tratamiento de 118 pacientes que asistieron al hospital infantil universitario de Manizales. Se concluyó que existe predominio de labio leporino y paladar de

grado III, la igualdad de género, urbano ciudad natal estratos IV que tiene la frecuencia más alta.

Sacsquispe *et al.*⁵ estableció la prevalencia de Labio y/o paladar fisurado en el Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima y su relación con los factores de riesgo. Se revisaron las historias clínicas de neonatos con labio fisurado y paladar hendido. Concluyeron que la fisura labio palatina se presentó con mayor frecuencia (68%). No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa con respecto a la edad materna. La frecuencia fue mayor en el sexo masculino (54.55%) que en el sexo femenino (45.5%).

Gonzales *et al.*⁶ analizaron las tasas de labio y/o paladar hendido en México y determinaron su asociación a nivel ecológico con variables sociodemográficas, socioeconómicas y de contaminación. Concluyeron que existen correlaciones ecológicas entre las tasas de labio fisurado y paladar hendido con éstos factores, aunque de forma inversa con el consumo de alcohol y que durante el período estudiado se presentaron 10.573 nuevos casos de labio fisurado y paladar hendido.

Obando¹ determinó la incidencia de pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro de Ayora en Quito. Utilizó 163 historias clínicas que registraron fisura labio-palatina en los neonatos durante el periodo 2005 al 2010, concluyendo que de un total de 163 malformaciones; de estas 15 fueron de labio fisurado (9,2 %), 39 fisura palatina (23,9 %) y 109 labio fisurado y fisura palatina (66,9 %).

Nazer *et al.*² presentaron las tasas de prevalencia al nacimiento de estas anomalías congénitas en la maternidad del Hospital clínico de la Universidad de Chile. Para ello revisaron la base de datos de la institución. Se concluyó que en las maternidades latinoamericanas se encontró una tasa global de 10,49 por 10.000, con una alta frecuencia en Bolivia (23,7), Ecuador (14,96), Paraguay

(13,3 por 10.000) Venezuela (7,92 por 10.000), Perú (8,74), Uruguay (9,37) y Brasil (10,12 por 10.000).

Aponte *et al.*⁷ describieron cuales son los factores de riesgo involucrados en la génesis de este problema, la frecuencia con la que se presenta este defecto en la población del Salvador en un Hospital Nacional, así como su morbilidad asociada. Concluyendo que del total de los pacientes hay una mayor proporción de pacientes del sexo masculino con labio leporino y paladar hendido, al igual que en los pacientes con solo labio leporino.

Padrón *et al.*¹⁵ revisaron 237 expedientes de niños con labio y paladar hendidos, quienes recibieron atención en el Área de Comunicación Humana del Instituto Nacional de Rehabilitación en México, en donde fueron evaluados aspectos sociodemográficos, diagnósticos, quirúrgicos, tipológicos familiares, lugar de nacimiento que ocupa el niño, problemas familiares, así como aspectos psicológicos: conducta, habilidades con retraso e indicadores emocionales desde una perspectiva sistémica en la que los factores tienen una interrelación directamente responsable con el resultado final de la habilitación y el bienestar del paciente.

Aizpurua¹⁸ determinó la incidencia de hendiduras labiopalatinas en un hospital de Venezuela, en donde se encontraron 18 recién nacidos con fisura del labio y/o paladar originando una tasa de 0.74 por mil nacidos vivos y en relación al tipo de malformación presente se encontró que el 83.33% presentaron tanto el labio como el paladar afectado.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 HISTORIA DEL LABIO LEPORINO Y FISURA DEL PALADAR

La primera evidencia de una fisura se encuentra en una momia egipcia que data del 2400 – 1300 a.C. En la literatura médica estas hendiduras aparecen alrededor del año 170 cuando Galeno las

denomina Colobomas⁸. (Del griego “kooloboma”, mutilación)⁹.

Es sabido que las fisuras orofaciales afectan al hombre desde los tiempos prehistóricos. Además se ha reportado una estatua cerámica de 2000 años de antigüedad en América de un rey con fisura labio palatina². En el museo arqueológico de Lima existen varias esculturas que datan de los años 200 a 400 d.C. Una de ellas representa una hendidura de la línea media posiblemente de origen congénito, otra es un vaso que muestra una queilosquisis bilateral con un prolabio pequeño y en otras se observa una hendidura unilateral con una pieza dentaria en posición anómala y la deformidad nasal típica de esta entidad¹⁰. En el mundo andino son los elementos de la naturaleza, entre ellos el rayo, que al caer cerca de la madre gestante produce la deformidad del nuevo ser¹¹.

Al parecer fueron los chinos alrededor del año 390 D.C., durante la dinastía Chin quienes bautizaron la deformidad con el nombre que conocemos hoy en día: leporino. En realidad, existe gran semejanza entre el labio superior de las liebres y las hendiduras labiales congénitas que permite la visualización de los dientes incisivos centrales y el aspecto nasal con una punta aplanada, unas alas amplias sin ángulo nasolabial y una columella corta¹².

A mediados del siglo XIX nace la teratología como la ciencia que trata las monstruosidades, y en las últimas décadas se ha acuñado el término dismorfología para referirse a la ciencia que estudia las malformaciones congénitas. Se consideran malformaciones congénitas, aquellos defectos estructurales presentes en el nacimiento¹².

1.2.2 DEFINICIÓN DE LAS FISURAS LABIOPALATINAS¹

Las malformaciones son anomalías o deformaciones originadas en

un trastorno del desarrollo embrionario. La ciencia que estudia estos problemas es denominada teratología. Las malformaciones pueden manifestarse en el momento del nacimiento, hacerse evidentes tiempos después o ser tan graves que hacen al feto no viable. Las malformaciones constituyen lesiones de considerable importancia debido al número de lisiados que producen y a la frecuencia con que aparecen.

Las fisuras orofaciales son malformaciones congénitas, causadas por la falta de fusión de los primordios faciales, que alteran el desarrollo normal de la cara. Las más frecuentes se producen a nivel del labio superior y el paladar y se denominan, en conjunto, fisuras labiopalatinas (FLP).

Se denomina labio leporino, fisura labial al defecto congénito que consiste en una hendidura o separación en el labio superior. El labio leporino se origina por fusión incompleta de los procesos maxilar y nasolateral del embrión y es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes (aproximadamente, constituye el 15% de las malformaciones congénitas). Se presenta, frecuentemente, acompañado de paladar hendido.

El labio leporino es una malformación relativamente frecuente, siendo aproximadamente el 15% de todas las malformaciones; con una frecuencia, asociado o no a paladar hendido, entre 0,8 a 1,6 casos por cada 1000 nacimientos.

1.2.3 EMBRIOLOGÍA Y ANATOMÍA DEL LABIO FISURADO Y PALADAR HENDIDO

Las fisuras labiopalatinas (FLP) son malformaciones craneofaciales congénitas originadas por defectos embriológicos en la formación de la

cara, cuyo grado de compromiso se focaliza en ciertas zonas del macizo facial, especialmente el labio superior, la premaxila, el paladar duro y el suelo de las fosas nasales. Una de las características más importantes en la formación de la cara la constituyen los desplazamientos y multiplicación celular que dan como resultado la consolidación de los mamelones o procesos faciales, procedentes del primer arco branquial. La cara se forma mediante el desarrollo de cinco mamelones (mamelones maxilares, mandibulares y un mamelón impar: el frontonasal), formaciones de tejido mesenquimatoso que en las primeras semanas de vida intrauterina se desarrollan y fusionan mediante un proceso de mesodermización en la línea media dando lugar al paladar primario y secundario¹.

La fisura labial palatina es resultado de un trastorno embrionario originado entre la quinta y décima semana de gestación, y que conduce a la falta de fusión de los procesos embrionarios que forman la cara. La cara se forma entre las semanas cuarta a octava del desarrollo embrionario gracias al desarrollo de cinco mamelones: dos mandibulares, dos maxilares y uno frontonasal¹⁰. Esta entidad, conocida en muchos países como labio leporino (de lepo: liebre), constituye la malformación congénita más común entre las que se originan -de las estructuras derivadas del 1er. arco branquial¹.

El labio leporino afecta el labio superior en uno o ambos lados, siendo más frecuente del lado izquierdo. Varía desde la simple fisura labial o facial hasta lesiones que abarcan tejidos blandos y óseos. Por su parte, el paladar hendido consiste en la fisura medial longitudinal de la bóveda palatina, que comunica la cavidad bucal con la nasal; puede estar asociado con el labio leporino o puede aparecer como una malformación aislada. Se acepta en general que el factor etiológico principal de estas malformaciones es de carácter genético. En algunos casos se ha sugerido

una causa ambiental y/o una causa mixta, razón por la cual se afirma que la fisura labiopalatina es un proceso de origen multifactorial¹⁸.

Las fisuras del paladar, al igual que las del labio, forman parte del síndrome del 1er arco branquial. Pueden presentarse solas o asociadas a las fisuras labiales; su incidencia, cuando son aisladas, es similar a las del labio leporino aislado, o sea: presentan la mitad de la frecuencia de la asociación de fisura del labio y del paladar¹.

El labio fisurado (queiloquisis) y el paladar hendido (palatoquisis) también pueden ocurrir juntos son variaciones de un tipo de deformidad congénita causada por el desarrollo facial incompleto anormal durante la gestación¹.

1.2.4 ETIOLOGÍA¹

Durante el desarrollo y crecimiento prenatal de un individuo, ocurren una sucesión de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados. Por ello cualquier interrupción o modificación de este patrón puede dar origen a malformaciones congénitas dentro de las cuales se encuentra la fisura labio-palatina. La etiología es multicausal y reconoce factores de riesgo tales como alcoholismo y drogadicción de los padres y factores ambientales diversos (fármacos, nutricionales, físicos, etc.) y en menor porcentaje transmisión genética.

La causa exacta del labio leporino y del paladar hendido no se conoce completamente. El labio leporino y, o el paladar hendido son causados por múltiples genes heredados de ambos padres, así como también factores ambientales que los científicos todavía no comprenden cabalmente. Cuando una combinación de genes y factores ambientales provocan un trastorno, la herencia se denomina "multifactorial" (muchos

factores contribuyen a la causa). Dado que están implicados los genes, las probabilidades de que se vuelva a presentar un labio leporino y, o paladar hendido en una familia son elevadas, dependiendo del número de miembros de la familia que tenga labio leporino y, o paladar hendido.

1.2.5 EPIDEMIOLOGÍA

Como promedio la frecuencia de las malformaciones congénitas "mayores" presentes al nacimiento, es de aproximadamente el 3 % si consideramos solo a recién nacidos vivos, naturalmente esta frecuencia aumenta si se tienen en cuenta los óbitos y los abortos¹².

Se ha planteado que la incidencia global de hendiduras maxilofaciales está comprendida entre 1:500 y 1:700 nacimientos, aunque en los últimos años a causa del control de la natalidad y del asesoramiento genético, la incidencia de estas hendiduras ha disminuido¹¹.

En el Perú 2,500 niños nacen con labio leporino y/o paladar hendido cada año (uno de cada 500-600 recién nacidos). El 25% de estos niños padecen de paladar hendido, 25% de labio leporino y el 50% de ambos. Esta malformación congénita es más común en los niños que en las niñas, y ocurre con más frecuencia en los países en vía de desarrollo¹.

1.2.6 CLASIFICACIÓN

En lo que respecta a la clasificación de las fisuras labiopalatinas, se considera un tema que regularmente genera controversia debido a los múltiples criterios que a la fecha existen para dicho fin. Dentro de los últimos 70 años las clasificaciones más reconocidas y aceptadas de las fisuras labiopalatinas encontramos: ¹⁴

- a. Davis y Ritchie. Agrupa las fisuras en tres grupos: I fisuras anteriores (nasolabiales), II fisuras posteriores (palatinas) y III fisuras tanto nasolabiales como palatinas.
- b. Veau. Crea cuatro grupos en números o letras, en donde el grupo 1 o A incluye las fisuras de paladar blando, el grupo 2 o B incluye fisuras de paladar duro y blando, el grupo 3 o C defectos de paladar y reborde alveolar que usualmente involucra el labio unilateralmente y el grupo 4 o D fisuras bilaterales.
- c. Kernahan y Stark. El foramen incisivo funciona como punto de división entre las dos entidades embriológicas que involucran los defectos de LPF, éstas se mencionan como primarias y secundarias. Las fisuras labiopalatinas se dividen en cuatro grupos: Fisuras labiales primarias, fisuras de paladar blando, fisuras de paladar duro, fisuras labiales y palatinas.
- d. La clasificación de la Confederación Internacional de Cirugía Plástica y Reconstructiva menciona tres grupos: a) defectos labiales y alveolares, b) fisuras palatinas, primarias y secundarias y c) cualquier combinación de fisuras que involucren tanto paladar primario como secundario.
- e. Clasificación según el CIE-10, capítulo XVII: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas¹⁸:
 - Q35: Fisura del paladar
 - Q36: Labio leporino
 - Q37: Fisura del paladar con labio leporino

1.2.7 TRATAMIENTO DE FISURA PALATINA Y PALADAR HENDIDO¹⁵

El primer diseño de una prótesis para promover el lenguaje de un paciente con fisura y paladar hendido fue elaborado por Amathus Lucitanus en 1511, esta ha sido transformada desde una sencilla tapa de plástico a una ayuda fisiológica en la producción de un lenguaje normal, el progreso logrado se debió a la contribución de muchos científicos incluyendo a Ambroise Paré en 1531, quién señaló los principios generales del tratamiento.

El obturador palatino es un dispositivo acrílico que se coloca sobre la mucosa gingival del maxilar superior de los recién nacidos para cubrir la fisura entre la boca y la nariz. Pueden ser pasivas o utilizarse en ciertas ocasiones para corregir la conexión entre los segmentos de la mandíbula antes de la cirugía, resuelve los problemas de alimentación, impide la regurgitación nasal, la asfixia y la ingesta excesiva de aire.

Los defectos de paladar necesitan ser obturados antes de la corrección quirúrgica; la alimentación de los recién nacidos con fisura representa una preocupación imperiosa para los especialistas y los padres durante el periodo neonatal, Existe suficiente evidencia para demostrar que los niños con labio y paladar hendido alimentados con placa obturadora y chupón ortodóntico a los seis meses de edad presentan incrementos de peso y longitud semejantes al peso de niños sanos.

Para la corrección quirúrgica se han descrito numerosas técnicas, la técnica que mejores resultados ha dado con un menor número de complicaciones, es la descrita por Mendoza, quien emplea el prolabio en su totalidad. Esto favorece un cierre anatómico del piso nasal al levantar colgajos de mucosa septal y del ala nasal con su periostio, y evita la formación de fístulas nasovestibulares. El músculo es insertado en el

espesor del prolabio sin unirlo con el contra lateral, evitando problemas tardíos de crecimiento facial. La disección amplia de los colgajos mucosos permite crear un fondo de saco adecuado. El bermellón del prolabio se utiliza íntegramente sin disecarlo y brinda armonía con los segmentos laterales. Los pacientes son tratados en un primer tiempo quirúrgico con queiloplastia y cierre del piso nasal a los tres meses de edad, cuando la nariz y el labio han aumentado de tamaño, y en un segundo tiempo palatofaringoplastia, de los seis a los dieciocho meses de edad¹⁶.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, del mismo modo se considera un estudio observacional, pues el fenómeno estudiado fue analizado y no fue susceptible de ser modificado a voluntad del investigador. El diseño fue retrospectivo ya que la información obtenida se produjo con anticipación a la planeación de la investigación y de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población fueron todos los neonatos nacidos vivos en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012-2014 y que cumplieron con los criterios de selección.

La muestra estuvo conformada por 319 casos de neonatos nacidos vivos sanos en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014 y que cumplieron con los criterios de selección: Pacientes nacidos vivos en hospitales MINSA y pacientes cuya historia clínica tenga datos y fichas completas otorgadas por la Gerencia Regional de Salud - Lambayeque.

Varianza	0.15425
Error	3%
Nivel de confianza	95%
	$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{Z^2 \sigma^2 + e^2 (N - 1)}$

Muestreo:

La muestra estuvo conformada por 319 historias clínicas elegidas por medio de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Sólo cumplieron con los criterios de selección 272 historias clínicas con las cuales se trabajó.

HOSPITAL	MERCEDES		
	NACIDOS VIVOS	muestra	Con malformación
2012	4113	80	5
2013	4187	82	3
2014	4200	82	-
Total (2012 a 2014)	12700	244	

HOSPITAL	BELEN		
	NACIDOS VIVOS	muestra	Con malformación
2012	1225	25	3
2013	-	25	-
2014	-	25	-
Total (2012 a 2014)	1225	75	

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes nacidos vivos en hospitales MINSA.
- Pacientes cuya historia clínica tenga datos y fichas completas otorgadas por la Gerencia Regional de Salud - Lambayeque.

2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Neonatos hijos de madres que sólo acudieron al hospital en el momento del parto sin controles previos.
- Pacientes con malformación oral relacionada a alguno de los siguientes síndromes: Displasia Cleidocraneal, infección vulvarpulmonar, microcefalia, microrragia, síndrome Apert, síndrome Cardio-Facial, síndrome Crouzon, síndrome de Edwards, síndrome Robin, síndrome de Pierre Robin, síndrome de Van der Woude¹.

2.4 Métodos e Instrumentos de recolección de datos

El método que se utilizó en el trabajo de investigación fue el de la observación; es decir, se obtuvieron los datos de los neonatos con sus respectivas madres a través del registro visual y anotación de datos de las historias clínicas pertinentes de acuerdo con la investigación. Para ello se necesitó de una ficha de recolección de datos, la cual estuvo impresa en papel bond A4 dividida en tres partes:

- Datos maternos: En donde se especificó la edad.
- Antecedentes prenatales y embarazo actual: Que comprendieron los datos de antecedentes obstétricos, antecedentes familiares y personales, edad gestacional y fármacos en gestación
- Datos del recién nacido: En dónde se especificó el sexo, peso y diagnóstico.

Las actividades para la obtención de los datos fueron:

- Se solicitó permiso para obtener la base de datos de morbilidad general por categorías: grupo étnico y sexo, según hospitales MINSA, en la oficina de estadística de dicha entidad.
- Se solicitó el permiso a la dirección de los dos hospitales MINSA para obtener el acceso a las historias clínicas que se deseó analizar, posteriormente los servicios de neonatología y alojamiento conjunto brindaron el registro de nacimientos.

- Se realizó la recolección de datos en el área de historias clínicas de ambos hospitales en los horarios establecidos por el jefe del servicio de estadística.

2.5 Análisis de datos

Los programas que se ejecutaron fueron Microsoft Excel, SPSS Statics 21 y Data Analysis and Statistical Software: Stata, para el procesamiento de la base de datos y su respectivo estructuramiento: tablas, gráficos e interpretaciones.

Los datos fueron obtenidos por las historias clínicas de los neonatos considerados en el estudio, nacidos vivos durante el periodo 2012 – 2014 de dos hospitales MINSA de la región Lambayeque, dicha información fue recogida por medio de una ficha de recolección de datos.

El análisis de los datos fue descriptivo con el que se pudo expresar la frecuencia expresada en porcentaje y número total de casos durante el periodo de tiempo indicado.

2.6 Consideraciones éticas

En este trabajo de investigación se utilizaron historias clínicas de los neonatos seleccionados para el estudio previa autorización de la dirección de los hospitales MINSA y se garantizó el completo anonimato del paciente ya que se manejaron fichas de recolección de datos con una numeración asignada.

El beneficio de este trabajo fue proporcionar información actualizada sobre la frecuencia de neonatos con labio leporino y fisura del paladar en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, ya que en nuestra región se carece de datos estadísticos e investigaciones acerca de estas malformaciones.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

Tabla N° 1: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014

	HOSPITAL	DIAGNOSTICO			Total
		Sano	Labio leporino	Fisura paladar - labio leporino	
	A	202	1	3	206
	%	74,3%	0,4%	1,1%	75,7%
	B	65	0	1	66
	%	23,9%	0,0%	0,4%	24,3%
TOTAL		267	1	4	272
L	%	98,2%	0,4%	1,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 1 se resume la frecuencia de labio leporino y fisura del paladar con labio leporino. El predominio de casos de fisura del paladar y labio leporino con 4 casos (1,5%) sobre la presencia de sólo labio leporino con 1 caso (0,4%) haciendo un total de 5 casos con malformación (1,9%) ante 267 nacidos sanos (98,2%).

Tabla N° 2: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según edad de la madre

EDAD DE LA MADRE	DIAGNOSTICO			Total
	Sano	Labio leporino	Fisura paladar y labio leporino	
16-24	116	0	1	117
%	42,6%	0,0%	0,4%	43,0%
25-35	118	1	2	121
%	43,4%	0,4%	0,7%	44,5%
>36	33	0	1	34
%	12,1%	0,0%	0,4%	12,5%
TOTAL	267	1	4	272
%	98,2%	0,4%	1,5%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 2 se muestra los resultados de la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino según la edad de la madre. La mayor cantidad de casos se presentó en el grupo etáreo de 25 y 35 años con 2 casos de fisura de paladar con labio leporino (0,7 %) y un caso (0,4%) con sólo labio leporino. Los otros grupos etáreos presentaron un caso de fisura del paladar con labio leporino (0,4%) respectivamente.

Tabla N° 3: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según periodo gestacional

PERIODO GESTACION AL (semanas)	DIAGNOSTICO			Total
	San o	Labio leporin o	Fisura palada r y labio leporin o	
33 %	9 3,3%	0 0,0%	0 0,0%	9 3,3%
34 %	8 2,9%	0 0,0%	1 0,4%	9 3,3%
35 %	25 9,2%	0 0,0%	0 0,0%	25 9,2%
36 %	27 9,9%	0 0,0%	0 0,0%	27 9,9%
37 %	40 14,7 %	0 0,0%	1 0,4%	41 15,1%
38 %	57 21,0 %	0 0,0%	0 0,0%	57 21,0%
39 %	50 18,4 %	1 0,4%	1 0,4%	52 19,1%
40 %	31 11,4 %	0 0,0%	1 0,4%	32 11,8%
41 %	13 4,8%	0 0,0%	0 0,0%	13 4,8%
42 %	5 1,8%	0 0,0%	0 0,0%	5 1,8%
43 %	2 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,7%
TOTAL L	267 98,2 %	1 0,4%	4 1,5%	272 100,0 %

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 3 se resume la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino, según periodo gestacional. El mayor porcentaje fue de dos casos a las 39 semanas, un caso de labio leporino (0,4%) y un caso de labio leporino

con fisura del paladar (0,4%). Además, se detectó un caso de labio leporino con fisura del paladar (0,4%) en los periodos gestacionales de 34, 37 y 40 semanas.

Tabla N° 4: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012-2014, según el antecedente obstétrico gestas

GESTAS	DIAGNOSTICO			Total
	Sano	Labio leporino	Fisura paladar y labio leporino	
Primigesta	131	0	1	132
a	49,1	0,0%	0,4%	48,5%
%	%			
Multigesta	136	1	3	140
a	50,9	0,4%	1,1%	51,5%
%	%			
TOTAL	267	1	4	272
L	98,2	0,4%	1,5 %	100.0
%	%			%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 4 se resume la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino según el antecedente obstétrico gestas. Se encontraron 3 casos (1,1%) de fisura del paladar con labio leporino y un caso (0,4%) de sólo labio leporino en madres multigestas ante la presencia de un caso de fisura del paladar con labio leporino en una madre primigesta (0,4%).

Tabla N° 5: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico abortos

	ABORTO	DIAGNOSTICO			Total
		Sano	Labio leporino	Fisura paladar y labio leporino	
	0	209	0	2	211
	%	78,3%	0,0%	0,7%	77,6%
	≥1	58	1	2	56
	%	21,7%	0,3%	0,7%	20,6%
TOTAL		267	1	4	272
L	%	98,1%	0,3%	1,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 5 se resume la frecuencia neonatos con fisura de paladar y labio leporino según el antecedente obstétrico abortos y se pudo observar que las malformaciones predominaron en madres con uno o más abortos haciendo un total de 2 casos (0,7%) de fisura del paladar con labio leporino y un caso (0,3%) de labio leporino. Existieron dos casos de fisura del paladar con labio leporino (0,7%) en madres sin presencia de abortos.

Tabla N° 6: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico partos

PARTOS	DIAGNOSTICO			Total
	Sano	Labio leporino	Fisura paladar y labio leporino	
Nulípara	81	0	2	83
%	30,3%	0,0%	0,7%	30,5%
Múltipara	186	1	2	189
%	69,7%	0,37%	0,7%	69,5%
TOTAL	267	1	4	272
L	98,16%	0,37%	1,47%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 6 se resume la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino según el antecedente obstétrico partos. La presencia de mayor cantidad de casos fue en madres múltiparas, un caso de labio leporino (0,37%) y dos casos de fisura del paladar con labio leporino (0,7%). Así mismo, existieron dos casos de fisura del paladar con labio leporino (0,7%) en madres nulíparas.

Tabla N° 7: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes familiares de la madre

ANTECEDENTES FAMILIARES	DIAGNOSTICO			Total
	San o	Labio lepori no	Fisur a palad ar y labio lepori no	
Ninguno %	229 84, 2%	0 0,0%	3 1,1%	232 85,3 %
Diabetes %	17 6,2 %	0 0,0%	0 0,0%	17 6,2%
Hipertensión Arterial %	6 2,2 %	0 0,0%	0 0,0%	6 2,2%
Diabetes/Hiperte nsión arterial %	0 0,0 %	1 0,4%	0 0,0%	1 0,4%
Diabetes/Hiperte nsión arterial/TBC %	0 0,0 %	0 0,0%	1 0,4%	1 0,4%
TBC %	5 1,8 %	0 0,0%	0 0,0%	5 1,8%
Otros %	10 3,7 %	0 0,0%	0 0,0%	10 3,7%
TOT AL %	267 98, 2%	1 0,4%	4 1,5%	272 100. 0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 7 se resume la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino según antecedentes familiares de la madre. La mayor frecuencia estuvo en madres con ningún tipo de antecedente familiar con 3 casos de fisura del paladar con labio leporino (1,1%) ante la presencia de un caso de labio leporino con el antecedente hipertensión arterial/diabetes (0,4%) y un caso de

fisura del paladar con labio leporino (0,4%) con el antecedente diabetes/hipertensión/TBC.

Tabla N° 8: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes personales de la madre

ANTECEDENTES PERSONALES	DIAGNOSTICO			Total
	San o	Labio leporino	Fisura paladar y labio leporino	
Ninguno %	242 89,0%	0 0,0%	3 1,1%	245 90,1%
Enfermedad infecciosa %	2 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,7%
Desnutrición %	1 0,4%	1 0,4%	0 0,0%	2 0,7%
Violencia %	2 0,7%	1 0,4%	1 0,4%	3 1,1%
Pre-Eclampsia %	6 2,2%	0 0,0%	0 0,0%	6 2,2%
Cardiopatía %	5 1,8%	0 0,0%	0 0,0%	5 1,8%
Anemia %	5 1,8%	0 0,0%	0 0,0%	5 1,8%
Tabaco %	2 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,7%
Diabetes %	2 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,7%
TOTAL	267	1	4	272
L %	98,2%	0,4%	1,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 8 se resume la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino según antecedentes personales de la madre. La mayor frecuencia de casos en madres sin antecedentes personales con tres casos de fisura del paladar con labio leporino (1,1%).

Tabla N° 9: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según peso del neonato

PESO DEL NEONATO (g)	DIAGNOSTICO			Total
	Sano	Labio leporino	Fisura paladar y labio leporino	
<2500	1	0	0	1
%	0,37%	0,0%	0,0%	0,37%
2500-3500	187	0	3	190
%	68,75%	0,0%	1,10%	69,85%
>3500	79	1	1	81
%	29,04%	0,37%	0,37%	29,78%
TOTAL	267	1	4	272
L	98,16%	0,37%	1,47%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 9 se resume la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino según peso del neonato, en donde se evidenció el predominio de la frecuencia de fisura del paladar con labio leporino en los neonatos con el peso comprendido entre 2500 y 3500 con tres casos (1,10%). En el caso de neonatos con peso mayor a 3500 hubo un caso de labio leporino (0,37%) y un caso de fisura del paladar con labio leporino (0,37%).

Tabla N° 10: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según sexo del neonato

SEXO	DIAGNOSTICO			Total
	Sano	Labio leporino	Fisura paladar y labio leporino	
Femenin	128	1	0	129
o %	47,1%	0,4%	0,0%	47,4%
Masculin	139	0	4	143
o %	51,1%	0,0%	1,5%	52,6%
TOTAL	267	1	4	272
L %	98,2%	0,4%	1,5%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

En la Tabla N° 10 se resume la frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino según sexo del neonato, existiendo una mayor frecuencia de malformaciones en el sexo masculino con 4 casos de fisura del paladar con labio leporino (1,5%) ante un caso de labio leporino (0,4%) en un neonato de sexo femenino.

3.2. DISCUSIÓN

El labio leporino y la fisura del paladar son consideradas como dos de las más frecuentes anomalías del desarrollo y muchos autores coinciden al afirmar que constituyen las malformaciones congénitas más comunes¹. A pesar del impacto de estas malformaciones congénitas en neonatos, no se cuenta con registros específicos para conocer el porcentaje de la población afectada en Lambayeque.

El propósito del estudio fue determinar la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, en el cual se revisaron 267

historias clínicas. Es importante indicar que no existen trabajos similares en el contexto local que permitan realizar la comparación con los resultados del estudio, de los encontrados a nivel nacional e internacional se puede citar a Obando Q¹, Nazer H², Saqsaquispe S⁵, Gonzales C⁶, Torres M¹⁰,

En el estudio se observó que la presencia de labio leporino en el hospital A fue de 1 caso (0,4%) y de ningún caso (0,0 %) en el hospital B, sin embargo hubieron 3 casos (1,1%) de fisura del paladar con labio leporino en el hospital A y 1 caso (0,4) en el hospital B, lo que indica que la fisura del paladar con labio leporino predomina ante los casos en donde sólo se presenta labio leporino lo que es coincidente con Obando Q¹, en cuyo estudio demostraron que de 163 malformaciones predominaron las de tipo labio fisurado y fisura palatina (66,9 %) respecto a los casos individuales de labio fisurado (9,2 %) y fisura palatina (23,9 %). En consecuencia de lo expuesto, se deduce que la presencia de la asociación (Labio fisurado y fisura palatina), se presenta con mayor frecuencia.

De la misma manera en el estudio que comprendió el periodo 2012 a 2014, el total de casos con malformaciones fue de 5 casos (1,9%) ante 267 nacidos sanos (98,2%) de la población total conformada por 272 casos, datos que son similares a los de Aizpurua¹⁷ quien encontró 18 casos, durante un periodo de cinco años, con labio y/o paladar fisurado, representando un 0.07% del total de los nacimientos reportados, lo que indica la baja frecuencia de aparición de dicha malformación en el tiempo.

Con respecto a la variable edad de la madre en el presente estudio se determinó que la mayor cantidad de casos se presentó en el grupo etáreo de 25 y 35 años con 2 casos de fisura de paladar con labio leporino (0,7 %) y un caso (0,4%) con sólo labio leporino. Asimismo los otros grupos etáreos presentaron un caso de fisura del paladar con labio leporino (0,4%) respectivamente. Este resultado se asemeja a lo encontrado por Aizpurua¹⁷ quien encontró una mayor frecuencia de malformaciones se observó en el grupo de 26 a 30 años con 9

casos y lo hallado por Obando G¹ quien determinó 36 casos en madres cuya edad comprendía entre 29 a 33 años.

Evaluando la variable antecedentes obstétricos número de Gestas fueron encontrados 3 casos (1,1%) de fisura del paladar con labio leporino y un caso (0,4%) de la presencia de sólo labio leporino en madres multigestas ante la presencia de un caso de fisura del paladar con labio leporino en una madre primigesta (0,4%) resultados que difieren a los de Torres M¹¹, quien observó que un mayor número de casos correspondían a madres primerizas (22) que representan el 48% casos con malformación.

Con respecto al antecedente obstétrico partos, se evidenció la presencia de mayor cantidad de casos en madres múltiparas, un caso de labio leporino (0,37%) y dos casos de fisura del paladar con labio leporino (0,7%). Así mismo, existieron dos casos de fisura del paladar con labio leporino (0,7%) en madres nulíparas, estos resultados son coincidentes con los de Obando G¹, el cual encontró que durante el periodo 2005 al 2010, la mayor presencia de malformaciones fue en las múltiparas con 83 casos (50,9%), pero discrepa a los de Aizpurua¹⁷ quien encontró que la mayoría de los recién nacidos con hendidura labiopalatina fueron producto de madres múltiparas (66.66%).

Respecto a los antecedentes familiares de la madre, en el presente estudio se observó que la mayor frecuencia estuvo en madres con ningún tipo de antecedente familiar con 3 casos de fisura del paladar con labio leporino (1,1%) ante la presencia de un caso de labio leporino con el antecedente hipertensión arterial/diabetes (0,4%) y un caso de fisura del paladar con labio leporino (0,4%) con el antecedente diabetes/hipertensión/TBC, lo que concuerda con lo expuesto por Torres M¹¹, quien observó que la presencia de antecedentes familiares con la patología de Fisura Labial y/o palatina se presentó en 6 pacientes que representan el 13.5% respecto a 39 casos (86,5%) sin antecedentes familiares de importancia.

Asimismo en relación a antecedentes personales de la madre, en el estudio fue notable la mayor frecuencia de casos en madres sin antecedentes personales con tres casos de la presencia de fisura del paladar con labio leporino (1,1%). Con respecto a los antecedentes de violencia, se evidenció la presencia de un caso de labio leporino (0,4%) y uno de fisura del paladar con labio leporino (0,4%), además se relacionó un caso de labio leporino con el antecedente desnutrición (0,4%). Esto se asemeja a lo postulado en el estudio de Obando G¹ quien de los 163 casos de malformación que encontró, relacionó la aparición de estas con desnutrición en 16 casos (9,8 %), causas sin identificación 15 casos (9,22 %) y 8 casos relacionados a violación (4,9%). Asimismo, Sacsquispe S et al⁵, observó que en relación a la presencia de enfermedad de la madre el 50 % de estas tuvo alguna enfermedad con respecto al total de casos con malformación, destacando la anemia con un 35%.

Por otro lado, respecto al peso del neonato se evidenció el predominio de la frecuencia de fisura del paladar con labio leporino con tres casos (1,10%) en los neonatos con el peso comprendido entre 2500 y 3500. En el caso de neonatos con peso mayor a 3500 hubo un caso de labio leporino (0,37%) y un caso de fisura del paladar con labio leporino (0,37%) lo que concuerda con Aizpurua¹⁷ el cual encontró que la mayor parte de malformaciones (12 casos) estuvo en el grupo con el peso >2500 g; discrepando con Obando G¹ quien postula que la mayor presencia de malformaciones se encontraba en neonatos cuyo peso fue menor de 2000 g con 67 casos.

De igual forma en el estudio, según sexo del neonato, se encontró una mayor frecuencia de malformaciones en el sexo masculino con 4 casos de fisura del paladar con labio leporino (1,5%) ante un caso de labio leporino (0,4%) en un neonato de sexo femenino, lo que coincide con Padrón A et al¹⁶ quien de su muestra analizada, 133 casos fueron del sexo masculino y 104 del sexo femenino, resultados que se reafirman con los de Obando G¹, Gonzales C et al⁶

y Torres M¹¹ quienes observaron en sus respectivos estudios que los varones fueron los más afectados con estas malformaciones.

Es importante señalar que durante el estudio se tuvieron dificultades en relación a la recolección de información en las historias clínicas de las pacientes de la muestra, debido a la carencia del registro de varios datos importantes en dichos documentos que contribuirían a un mayor nivel de calidad de información.

CONCLUSIONES

1. Al determinar la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino se observó que el 1,5% de neonatos presentan esta malformación y el 0,4% presentan sólo labio leporino, por tanto la frecuencia es muy baja.
2. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino, según edad de la madre, que el mayor porcentaje corresponde al grupo etáreo de 25 y 35 años, en el cual no existe un elevado riesgo obstétrico.
3. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino según periodo gestacional que el mayor porcentaje corresponde a las 39 semanas, que constituyen parto a término.
4. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino según el antecedente obstétrico gestas que el mayor porcentaje corresponde a madres multigestas.
5. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino según el antecedente obstétrico abortos que el mayor porcentaje corresponde a madres con uno o más abortos.

6. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino según el antecedente obstétrico partos que el mayor porcentaje corresponde a madres multíparas.
7. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino según antecedentes familiares de la madre que el mayor porcentaje corresponde a madres con ningún tipo de antecedente familiar, lo cual es una contribución importante del estudio.
8. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino según antecedentes personales que el mayor porcentaje corresponde a madres sin antecedentes personales considerados en el estudio, sin embargo, es digno de recalcar un caso de labio leporino y uno de fisura del paladar con labio leporino en relación al antecedente violencia y un caso de labio leporino respecto al antecedente desnutrición.
9. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino según peso del neonato, que el mayor porcentaje de dichas malformaciones corresponde a neonatos con el peso comprendido entre 2500 a 3500 gr.
10. Se logró identificar respecto a la frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino según sexo del neonato que el mayor porcentaje corresponde a neonatos del sexo masculino en relación al sexo femenino.

RECOMENDACIONES

1. En nuestra región se ve pertinente efectuar investigaciones periódicas de los diferentes casos de malformaciones orofaciales de neonatos que nacen en los distintos hospitales MINSA de la región, lo cual permitiría disponer de una información actualizada que justifique la existencia de centros especializados para el tratamiento de dichas malformaciones.
2. Se exhorta a que los resultados obtenidos en la presente investigación sean tomados en cuenta tanto dentro de los diferentes centros de salud de la región Lambayeque, como de los estudiantes de las facultades de medicina y de odontología de las diversas universidades, lo que permitiría la motivación de los nuevos profesionales en la investigación y tratamiento de estas patologías.
3. Realizar un correcto registro de información en la historia clínica prenatal de las pacientes, ya que en base a esto, se puede obtener una posible etiología de alguna malformación fetal, lo cual implica supervisión permanente del llenado de historias en las diferentes instituciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obando G. Incidencia de pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido atendidos en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito desde el año 2005 al 2010. [Tesis doctoral]. Quito: Facultad de Odontología, Universidad Central de Ecuador; 2011.
2. Nazer Herrera J. Incidencia de labio leporino y paladar hendido en Latinoamérica: período 1982-1990. tab ilus [en línea]. Santiago de Chile; 1995. [fecha de acceso 30 de marzo de 2014]; 37(1,2):13-9.
3. Duque A, Estupiñan B, Huertas P. Reporte de casos de niños(as) con paladar fisurado aislado en el hospital universitario del Valle entre 1996 y 2001. Revista Estomatológica [en línea]. Colombia; 2002. [fecha de acceso 30 de marzo]; 10(2). Disponible en: <http://odontologia.univalle.edu.co/estomatologia/publicaciones/10-022002/pdf/07v10n02-02.pdf>
4. Charry. Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención en el hospital infantil universitario de Manizales. Archivos de Medicina [en línea]. Colombia; 2010. [fecha de acceso 6 de Abril de 2014] 12(2):190-198. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=1657320X&AN=85336008&h=EZI5Be8tus9hO%2fогx6YHnihsTHzJfGVQSyZWFEyPXIBD%2bZSASEF%2bjKDi2Bl9doothiBlrRBbH%2fV%2bb7LRYLQ7w%3d%3d&crl=c>
5. Sacsquispe S, Ortiz L. Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. Rev. Estomatológica Herediana [en línea]. Lima; 2004. [fecha de

acceso 6 de Abril de 2014] 14(1-2). Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S101943552004000100011&script=sci_arttext.

6. Gonzales C. Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. Anales de Pediatría [Revista online] 2013. [Acceso el 21 de abril de 2014]; 74(6). Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403311000427?via=sd&cc=y>
7. Apontes M, Muñoz R, Ochoa H. Situación epidemiológica y de salud de los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido en el hospital nacional San Rafael. El Salvador: Universidad Dr. José Matías Delgado; 2006.
8. Suárez C, Gil L, Marco J, Medina J, Ortega P, Trinidad J. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza Cuello [en línea]. Madrid: Panamericana; 2008. [Fecha de acceso 25 de Abril de 2014]. URL disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=RJHQugtktLsC&pg=PA1977&dq=labio+fisurado+y+paladar+hendido&hl=es&sa=X&ei=wetdU8uuCe3QsQTpgYG4Bg&ved=oCCwQ6AEwAA#v=onepage&q=labio%20fisurado%20y%20paladar%20hendido&f=false>
9. Durand W. Diferencias del crecimiento craneofacial en niños con y sin fisura labio-palatina unilateral atendidos en el instituto especializado de salud del niño entre el 2006-2009. [Tesis doctoral]. Lima: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Federico Villarreal; 2011.
10. Torres M. Factores de riesgo de labio y/o paladar fisurado en neonatos del hospital nacional docente madre niño san Bartolomé en el período 2000 al 2009 [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
11. Corbo MT, Marimon ME. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr [Revista online] 2001 [acceso 25 de Abril de 2014]; 17(4):379-85. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S101943552004000100011&script=sci_arttext
12. Montañó LA, Rincón RH, Landa SC. Grado de integración de injertos óseos nasoalveolares, en pacientes con secuelas de labio y paladar fisurados. Rev Odont Mex (Mex) 2012; 16 (1):18-30.

13. Vilariño R. Indicadores del estado de salud bucodental en menores con fisura oral congénita y en escolares sanos. [Tesis doctoral]. Madrid: Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid; 2012.
14. Rodríguez L, Norabuena MT. Uso del obturador palatino en pacientes con labio y paladar fisurado, reporte de un caso en el Centro Médico Naval, Lima, Perú. *Odontol Pediatr (Lima)* 2010; 9(1): 107-113.
15. Padrón A, Achirica M, Collado M. Caracterización de población con labio y paladar hendidos. *Cir Ciruj* 2006;74(3):159-166.
16. Aizpurua E. Incidencia de labio leporino y paladar hendido en una región de Venezuela. Periodo 1995-1999. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría (Venezuela)* 2002:1-8. Disponible en: www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/art4.asp

ANEXOS



Facultad de Medicina
Escuela de Odontología

ANEXO N° 1 – FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
N° DE FICHA	FECHA	HOSPITAL	
		HRDLM	HPDBL

I. DATOS MATERNOS

EDAD años

II. ANTECEDENTES PRENATALES, EMBARAZO ACTUAL

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Gestas Abortos Partos EG (ECO)

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Ninguno
- Diabetes
- HTA
- TBC
- Malformaciones
- Otros

ANTECEDENTES PERSONALES

- Ninguno
- Diabetes
- Cardiopatía
- Pre Eclampsia
- Eclampsia
- Desnutrición
- Anemia
- Enf. Infecciosas
- Enf. congénitas
- Alcoholismo
- Hoja de coca
- Tabaco
- Otras drogas
- Violencia

FÁRMACOS EN GESTACIÓN

SI NO

III. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

SEXO Femenino Masculino

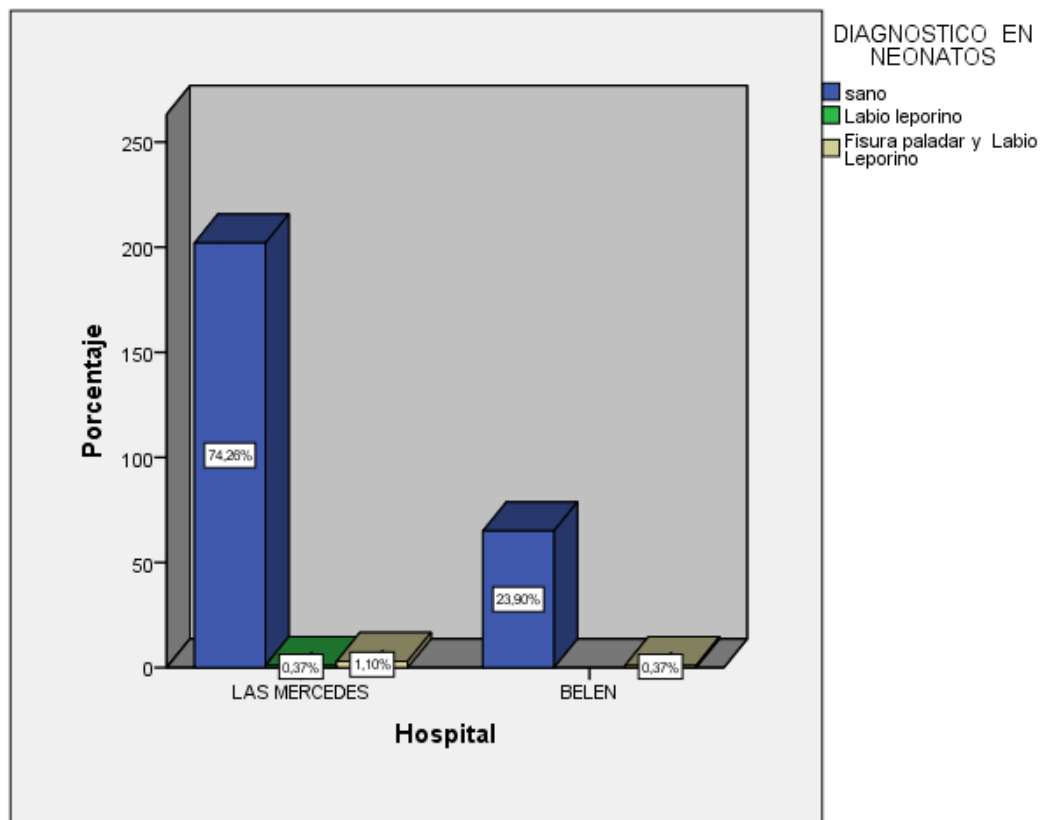
PESO g

DIAGNÓSTICO

- Niño sano (U16X)
- Fisura Paladar (Q35)
- Labio Leporino (Q36)

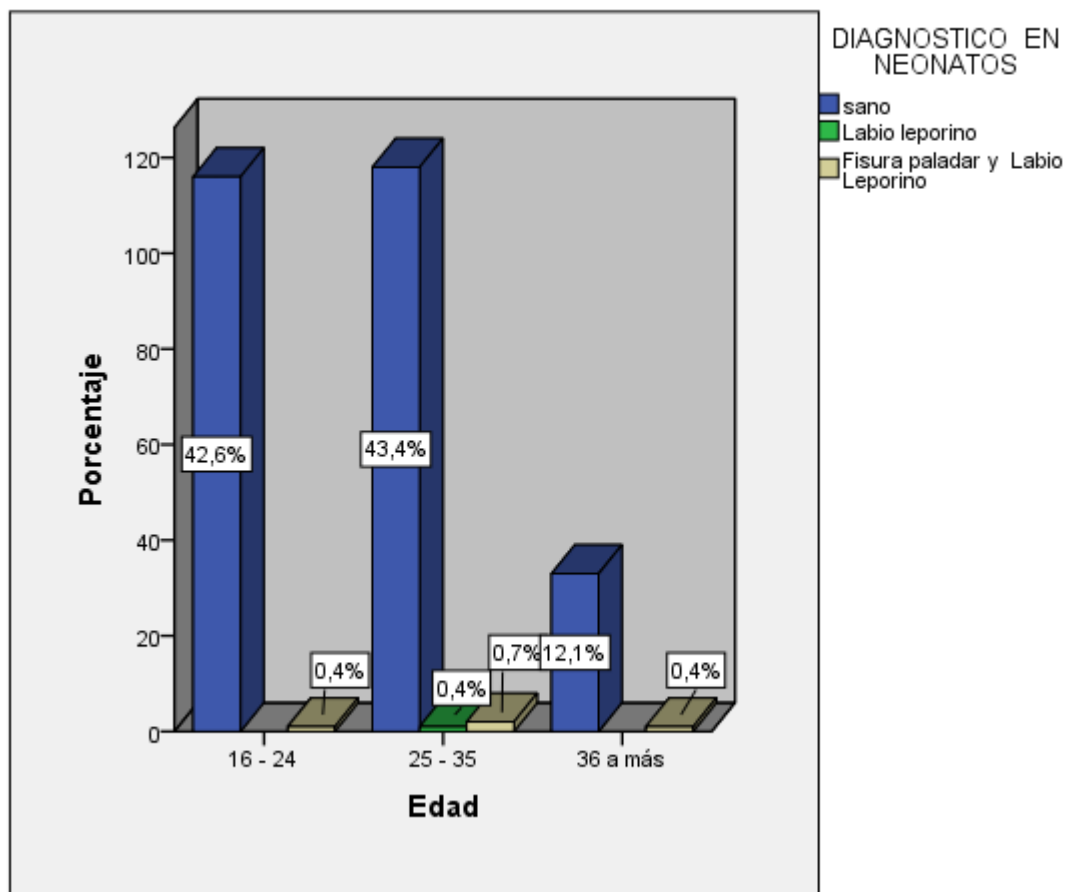
ANEXO N° 2 – GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014



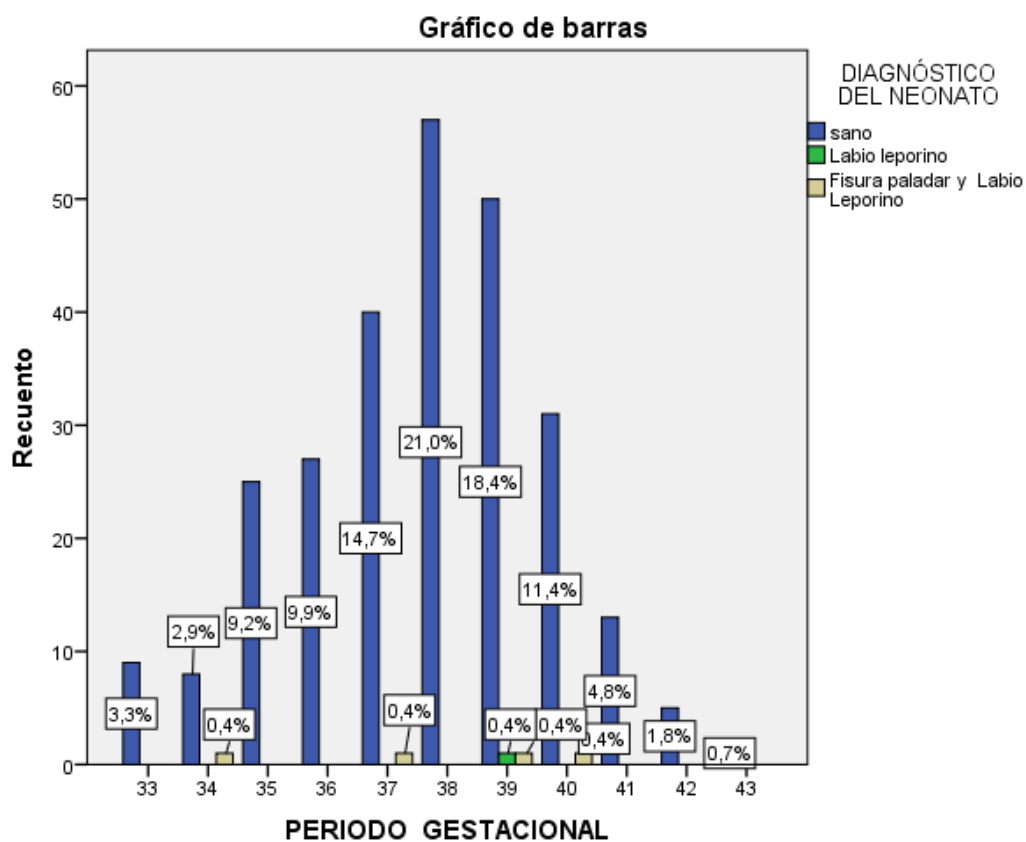
Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N° 2: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según edad de la madre.



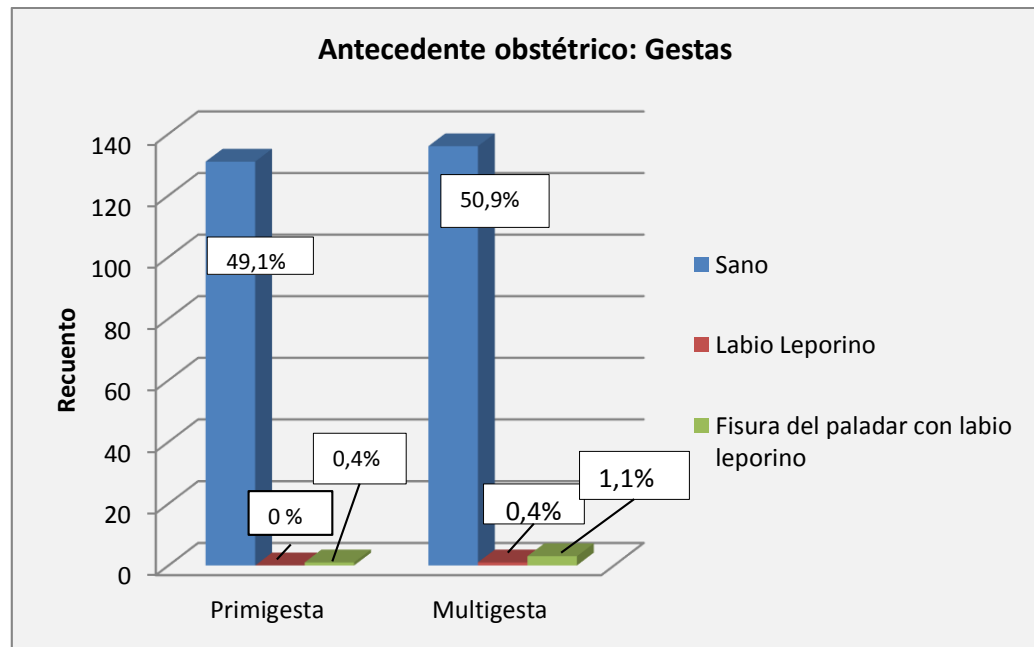
Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N° 3: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según periodo gestacional.



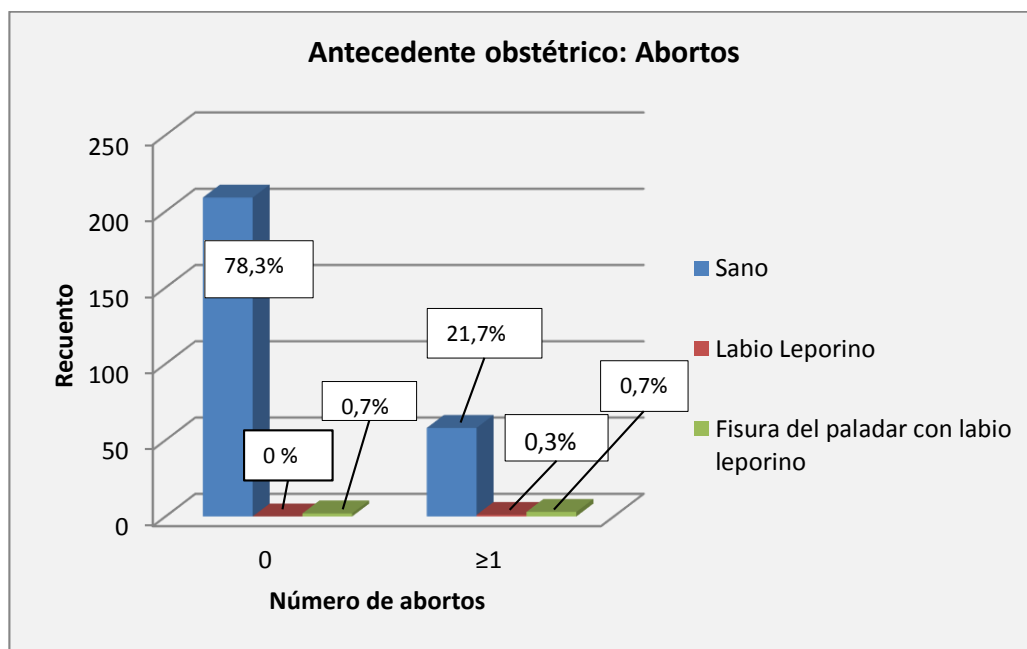
Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N° 4: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico gestas



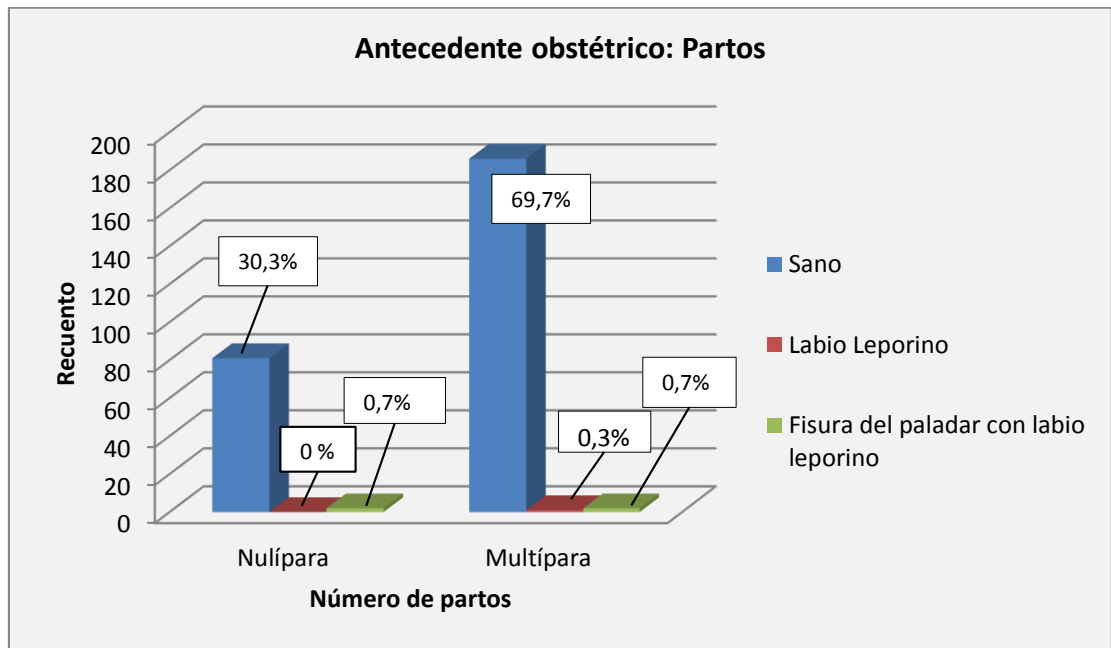
Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N° 5: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico abortos



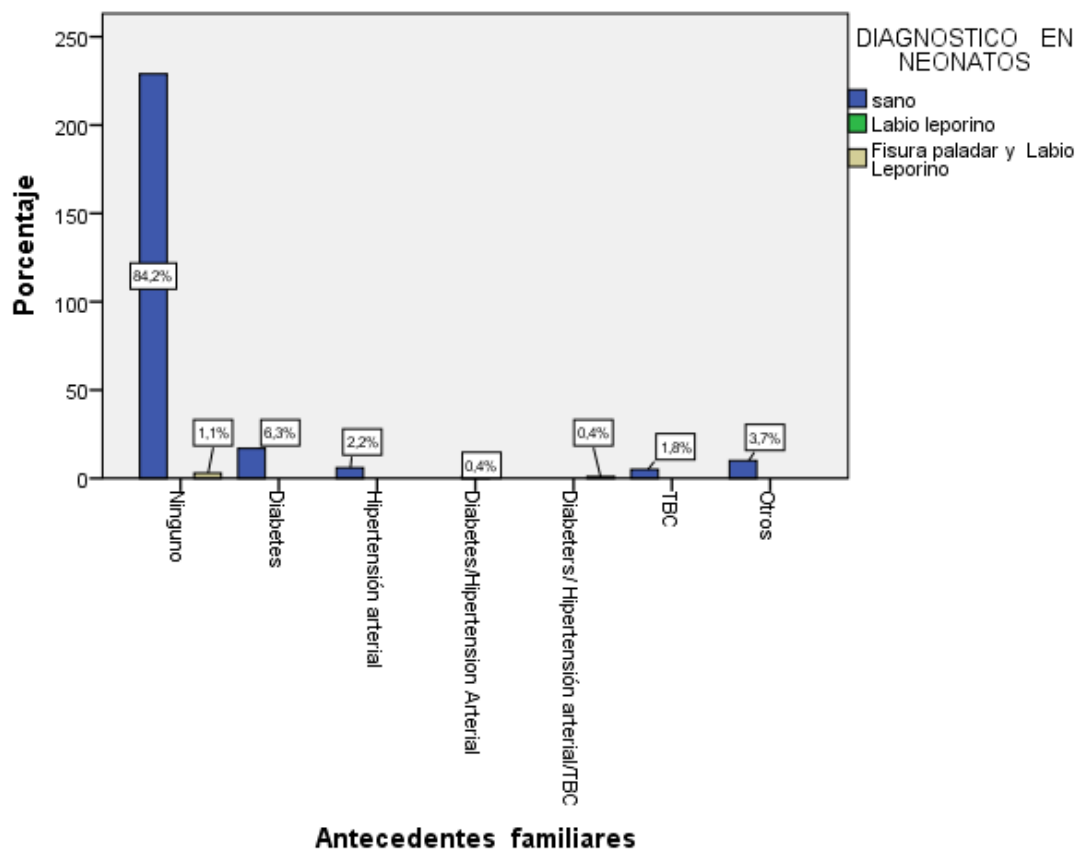
Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N° 6: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según el antecedente obstétrico partos



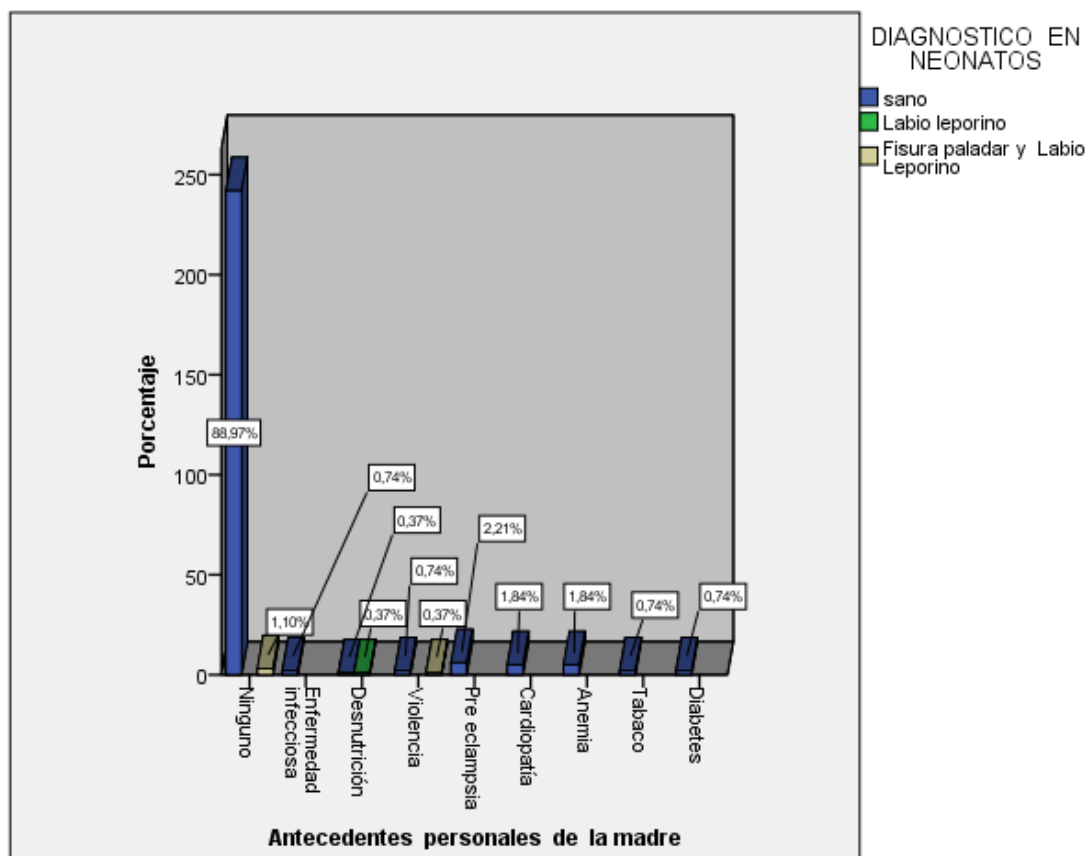
Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N° 7: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes familiares de la madre



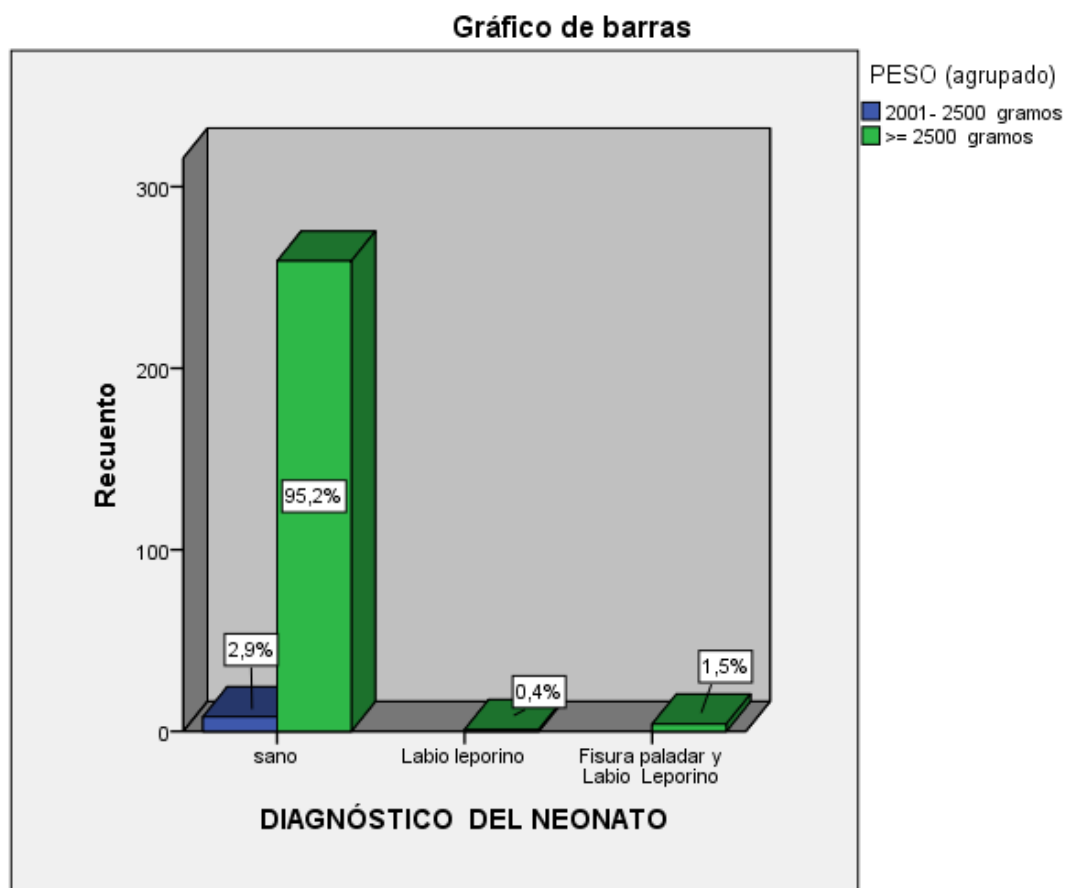
Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N°8: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según antecedentes personales de la madre.



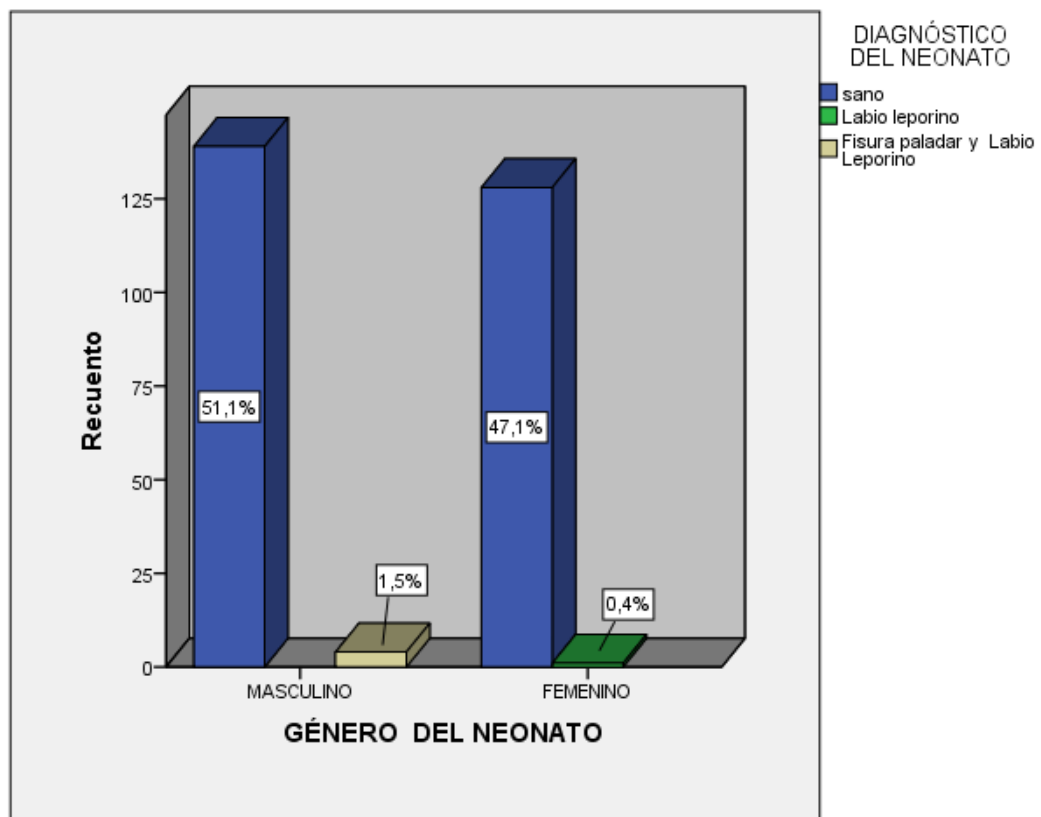
Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N° 9: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según peso del neonato



Fuente: elaboración propia, 2015

Gráfico N° 10: Frecuencia de neonatos con fisura de paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014, según sexo del neonato.



Fuente: elaboración propia, 2015