

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



**TRASTORNOS DE LA FORMACIÓN DEL PALADAR Y
TRATAMIENTO, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2010 AL 2016**

TESIS

Para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

PATTY ELIZABETH SEQUEIROS PALOMINO

ABANCAY –

PERU 2017

DEDICATORIA

A Dios principalmente, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida profesional. Por haberme conducido y bendecido en mi vida universitaria.

A mi abuela Vidalina a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntas, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A Pablo por su apoyo incondicional en el transcurso de mi Carrera universitaria por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con él.

A mí familia, porque me han brindado apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haberme dado fuerza para superar obstáculos y valor para culminar esta etapa de mi vida.

A la Universidad “Alas Peruanas”, facultad de ciencias de la salud, escuela profesional de Estomatología y a cada uno de los docentes, por haberme inculcado valores, impregnado conocimientos y sembrado fortalezas.

Al coordinador de la Facultad de Ciencias de la Salud, escuela profesional de Estomatología DR. Esp.Sosimo Tello Huarancca de la Universidad “Alas Peruanas”, por su apoyo como autoridad de dicha dirección.

RESUMEN

Los trastornos en la formación del paladar son un serio problema para el desarrollo de la vida normal en las personas y eso motivó realizar este estudio que tuvo por objetivo determinar los trastornos de la formación del paladar y su tratamiento, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016. Se analizaron las historias clínicas de 41 pacientes quienes padecieron algún tipo de trastorno en la formación del paladar, toda la información fue tabulada en una ficha observacional validada. Los resultados muestran que al evaluar los pacientes que padecieron trastornos en la formación del paladar y que fueron registrados en historias clínicas del Hospital Guillermo Díaz de la Vega, de la provincia de Abancay y Región Apurímac, durante los años 2010 a 2016 se observó que la mayor cantidad de pacientes padecieron trastorno en la formación del paladar de tipo mixto (fisura labial y palatina) llegando a valores de 43.90%, en segundo lugar se ubica el trastorno de fisura labial con un 34,15% y por último encontramos a la fisura palatina con un 21,95%. De todos estos pacientes que presentaron estas patologías el 78% siguió un tratamiento quirúrgico, habiendo hallado que la totalidad de los pacientes con fisura labial (34,15%) fueron intervenidos siguiendo la técnica quirúrgica de Queiloplastía; el 41.5% de los pacientes se le intervino siguiendo los procedimientos de la cirugía denominada Palatoplastía y solo a un 2.4% se le realizó la técnica quirúrgica utilizando Placa palatina, éstas dos últimas técnicas quirúrgicas se utilizaron indistintamente para tratar fisura palatina y fisura mixta. Asimismo, según análisis de las historias clínicas se encontró

un total de 41 pacientes que padecieron el trastorno en la formación del paladar, durante los años 2010 a 2016 en la Región Apurímac. De éstos el 63.41% (26/41) fueron de sexo masculino y el 36.59% (15/41) fueron de sexo femenino. De los 26 pacientes masculinos que presentaron trastorno en la formación del paladar, el 46,15% (12/26) padecieron este trastorno en forma mixta, sin embargo el 34,62% (9/26) mostraron solo fisura del labio y fisura del paladar se presentó en el 19.23% (5/26). De los 15 pacientes femeninos que presentaron trastorno en la formación del paladar, el 40% (6/15) padecieron este trastorno en forma mixta, sin embargo el 33,33% (5/15) mostraron solo fisura del labio y fisura del paladar se presentó en el 26.67% (4/15). De acuerdo al lugar de procedencia el 58,54% (24/41) son de Abancay, el 14,63% (6/41), de Aymaraes, 7,32% (3/41) de Cotabambas, 9,76% (4/41) de Grau y también con un 9,76% (4/41) los pacientes provenientes de Andahuaylas. Por otro lado, también se clasificó a los pacientes de acuerdo al tipo de trastorno en la formación del paladar que padecieron y éste análisis mostró que la mayor cantidad de pacientes padecieron trastorno en la formación del paladar de tipo mixto (fisura labial y palatina) llegando a valores de 43.90% (18/41), en segundo lugar se ubica el trastorno de fisura en labio con un 34,15% (14/41) y por último encontramos a la fisura palatina con un 21,95% (9/41). Asimismo, se encontró que de 14 pacientes que presentaron fisura labial, el 71.43% (10/14) fueron a un nivel leve, el 21,43% (3/14) padeció a un nivel moderado y el 7,14% (1/14) se encontró a un nivel severo. Analizando los 9 pacientes que presentaron fisura del paladar, el 66,7% (6/9) estuvieron en el rango de moderado y el otro 33,3% (3/9) en un nivel leve, ningún paciente mostro esta patología

en un nivel severo. Del mismo modo encontramos 18 expedientes correspondientes a pacientes que presentaron fisura del paladar de tipo mixta, de los cuales el 77.78% (14/18) se clasificó en el rango de moderado, un 11.11% (2/18) a nivel leve y el otro 11.11% (2/18) en un nivel severo, ningún paciente mostro esta patología en un nivel severo. Solo 14 pacientes de los 41 estudiados presentaron fisura labial y de este grupo la totalidad optó por seguir el tratamiento quirúrgico denominado queiloplastía. De los 27 casos reportados que sufrieron trastorno en la formación del paladar, solo el 66.67% optó por un tratamiento y de éstos el 62.97% (17/27) siguió el camino de la palatoplastía, y el 3.17% (1/27) fue intervenido utilizando la placa palatina.

Palabras clave: trastorno en la formación del paladar, tipo de tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Disruptions in the formation of the palate are a serious problem for the development of normal life in people and that motivated this study that aimed to determine disorders palate formation and its treatment, in patients Guillermo Diaz regional hospital de la Vega, Abancay, 2010 to 2016. the medical records of 41 patients who suffered some kind of disorder in the formation of the palate, all information was tabulated in a validated observational record were analyzed. The results show that when evaluating patients suffering disorders in the formation of the palate and that were recorded in hospital records Guillermo Diaz de la Vega, in the province of Abancay and Apurimac Region during the years 2010-2016 was observed that the more patients suffered disorder in palate formation of mixed type (cleft lip and palate) reaching values of 43.90%, second disorder cleft lip with 34.15% ranks and finally found the fissure palatal with 21.95%. Of these patients who had these conditions 78% followed surgical treatment, having found that all patients with cleft lip (34.15%) underwent surgical technique following Chieloplasty; 41.5% of patients was intervened by following the procedures of surgery called Palatoplasty and only 2.4% underwent surgical technique using palatal plate, the latter two surgical techniques are interchangeably used to treat cleft palate and mixed. Also, according to analysis of medical records a total of 41 patients suffering from the disorder in palate formation during the years 2010-2016 in the Apurimac region was found. Of these, 63.41% (26/41) were male and 36.59% (15/41) were female. Of the 26 male patients who presented disorder in the formation of the

palate, 46.15% (12/26) suffered from this disorder in mixed form, however 34.62% (9/26) showed only lip and cleft palate palate was presented in 19.23% (5/26). Of the 15 female patients who presented disorder in palate formation, 40% (6/15) suffered this disorder in mixed form, however 33.33% (5/15) showed only cleft lip and cleft palate was presented in 26.67% (4/15). According to the place of origin, 58.54% (24/41) are of Abancay, 14.63% (6/41) of Aymaraes, 7.32% (3/41) of Cotabambas, 9.76% (4/41) of Grau and with 9.76% (4/41) patients from Andahuaylas. On the other hand, patients according to the type of disorder was also ranked in the formation of the palate that suffered and this analysis showed that more patients suffered disorder in palate formation of mixed type (cleft lip and palate) coming values of 43.90% (18/41), second disorder lip fissure is located in a 34.15% (14/41) and finally found the palate with 21.95% (9 / 41). We also found that of 14 patients who had cleft lip, 71.43% (10/14) were at a slight level, 21.43% (3/14) suffered a moderate level and 7.14% (1 / 14) was found at a severe level. Analyzing the 9 patients who presented cleft palate, 66.7% (6/9) in the range were moderate and the other 33.3% (3/9) in a mild level, no patient showed this pathology in a severe level. Similarly we found 18 dossiers for patients who had cleft palate mixed type, of which 77.78% (14/18) were classified in the moderate range, 11.11% (2/18) to mild level and another 11.11% (2/18) in a severe level, no patient showed this pathology in a severe level. Only 14 of the 41 patients studied had cleft lip and this group all chose to follow the surgical treatment called cheiloplasty. Of the 27 cases reported disorder suffered palate formation, only 66.67% chose treatment and of these, 62.97% (17/27) followed the path of the Palatoplasty,

and 3.17% (1/27) was operated using the palatal plate.

Keywords: disorder in palate formation, type of surgical treatment.

INDICE

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	15
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL	16
1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	16
1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL.....	16
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL	17
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	17
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.4.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS	18
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.5.1 HIPÓTESIS PRINCIPAL.....	18
1.5.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS.....	18
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	19

CAPITULO II MARCO TEORICO	20
2.1 Antecedentes de la investigación.....	20
2.1.1 Antecedentes Internacionales	20
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	24
2.2 Bases teóricas	27
A. Trastornos en la formación del paladar.....	27
I. Fisura labial.....	27
II. Fisura palatina	27
III. Fisura labio palatina (mixta).....	28
B. Embriología del labio fisurado y paladar hendido.....	29
C. Tratamiento quirúrgico de la fisura labial	30
i. Queiloplastía	30
Técnicas de queiloplastia:.....	31
ii. Rinoplastía	32
Preparación	32
Posición del Paciente	32
Asepsia y Antiseptia	32
Marcación	33
Infiltración.....	33
Incisión	33
Incisión en el septo membranoso trasfixante y hemitrasfixante	34

Incisiones laterales sin liberación de los cartílagos (nondelivery approach) intercartilaginosa.....	35
Trascartilaginosa o intracartilaginosa:.....	35
Incisiones laterales con liberación de los cartílagos, incisión rimal, marginal o infracartilaginosa	36
Incisión en la piel columelar: transcolumelar.....	36
Incisiones para la osteotomía.....	37
D. Tratamiento quirúrgico de fisura del paladar.....	37
1. Palatoplastia	37
2. Palatoplastia de Furlow.....	38
3. Palatoplastia de Von Langenbeck.....	39
4. Palatoplastia Wardill-Kilner	39
5. Placa palatina.....	40
2.3 Definición de términos básicos	41
Fisura labiopalatina	41
Simetría labial.	41
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	42
3.1 Tipo de investigación	42
3.2 Diseño de la investigación	42
3.3 Población y muestra de la investigación	43
3.3.1 Población.....	43
3.3.2 Muestra	43
3.4 Variables, dimensiones e indicadores	44
3.4.1 Variable principal.....	44
3.4.2 Sub variable	44

3.4.3	Operacionalización de variables	45
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.5.1	Técnicas.....	46
3.5.2	Instrumentos	46
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....		48
4.1	RESULTADOS	48
TABLAS Y GRAFICOS		49
4.2	PRUEBA DE HIPOTESIS.....	59
4.3	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	69
CONCLUSIONES.....		71
Conclusión general		71
Conclusiones específicas.....		71
RECOMENDACIONES		73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		74
ANEXOS		78
1.	INSTRUMENTOS	78
2.	MATRIZ DE CONSISTENCIA	79
3.	OTROS	80

INTRODUCCIÓN

El labio y el paladar hendido son defectos de nacimiento (congénitos) que ocurren por una malformación en el labio o la boca del bebé. Estos defectos de nacimiento a menudo se conocen como "hendiduras orofaciales" o malformaciones craneofaciales y se forman a principios del embarazo. El bebé puede tener labio hendido, paladar hendido o ambos (1).

Las fisuras labiopalatinas se constituyen como deficiencias estructurales congénitas a causa de la falta de unión entre algunos procesos faciales embrionarios en formación. Las fisuras del paladar primario y las fisuras de la cara las cuales incluyen los procesos faciales ocurren en el periodo embrionario, a partir de la sexta semana de vida intrauterina, mientras que las fisuras del paladar secundario ocurren a partir de la octava semana de vida prenatal. El paladar hendido representa un trastorno de la fusión incompleta de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos, ya sea por ausencia de la fuerza de penetración del tejido conjuntivo, interferencia mecánica ejercida por la lengua o diferencia de tamaños de las partes afectadas. El paladar blando y la úvula se forman como una extensión posterior de los procesos palatinos, así que una hendidura en estas estructuras es básicamente una extensión posterior de los procesos palatinos (2).

Las deformidades del labio y paladar son malformaciones congénitas producidas por la no unión de los procesos nasales internos, maxilares y sus prolongaciones, que se presentan comúnmente en pacientes en todo el mundo, encontrándose en muchas investigaciones realizadas respecto a esta anomalía un promedio de incidencia de 1 en 1000 casos por año (Torres Durand , 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, 2010).

Conociendo estos antecedentes, estuvimos muy preocupados sobre la presencia de este trastorno en la Región Apurímac y por ello quisimos reportar estos casos y los tipos de tratamiento que se les sigue y por ello emprendimos este estudio.

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Centros para el control y prevención de enfermedades. [Online].; 29 de octubre de 2014 [cited 2016 Agosto 15. Available from:
<http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/cleftlip.html>.
2. Mejía Ayala AC, Suárez Vergara DE. Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. investigación materno infantil. 2012 Enero; IV(2).
3. Torres Durand MA. 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 de Título. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología ; 2010.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El paladar hendido y el labio leporino son defectos congénitos. Ocurren cuando el labio superior y el paladar no se desarrollan correctamente. Esto sucede en los primeros meses de embarazo. Un bebé puede tener paladar hendido o labios leporinos o ambos. El labio leporino ocurre cuando el tejido que forma el paladar y el labio superior no se unen antes del nacimiento. Esto causa una abertura en el labio superior. Esta abertura puede ser pequeña o puede ser una grande que va desde el labio hasta la nariz. Puede ser en un lado u otro del labio, o con menor frecuencia, en el medio del labio. Algunos niños con labio leporino pueden tener el paladar hendido. Esto sucede cuando el tejido que forma el paladar no se une correctamente. Algunos bebés pueden tener estas hendiduras en la parte de adelante o atrás del paladar. Otros solo tienen una parte del paladar hendida. Los niños con esta condición pueden tener problemas para comer o hablar. También pueden tener infecciones de oídos, pérdida de audición y problemas con sus dientes (1) (2) (3) (4) (5)

A menudo, una cirugía puede cerrar el labio y el paladar. La cirugía para el labio leporino se hace, generalmente, antes de los 12 meses de edad. La cirugía para el paladar hendido se realiza antes de los 18 meses. Muchos niños pueden tener otras complicaciones. Pueden necesitar otras cirugías, cuidado dental y ortodoncia y terapia del habla cuando crezcan. Con

tratamiento, la mayoría de los niños con hendiduras orofaciales tienen buenos resultados y una vida saludable (1).

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación temporal

Este estudio se realizó tomando en consideración las historias clínicas registradas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante los años 2010 a 2016 y de estas historias se clasificaron a todos aquellos que hayan presentado trastornos en la formación del paladar.

1.2.2 Delimitación geográfica

La investigación se realizó en el área de admisión del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay que se encuentra situada a 2.377 msnm en la vertiente oriental andinas, al norte del valle del río Pachachaca, a las faldas del nevado Ampay, cuyas coordenadas son 13°38'00"S 72°53'00"O. Se optó por trabajar en el área de admisión ya que es el lugar donde se encuentran las historias clínicas de las personas con trastornos en la formación del paladar, provenientes de las siete provincias de Apurímac y que son Abancay, Andahuaylas, Aymaraes, Antabamba, Chincheros, Cotabambas y Grau.

1.2.3 Delimitación social

Los datos se extrajeron de las historias clínicas de niños y niñas que se atendieron durante los años del 2010 a 2016 de la Región Apurímac.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema principal

- ¿Cuáles son los trastornos de la formación del paladar y tratamiento, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?

1.3.2 Problemas secundarios

- ¿Cuál es el diagnóstico de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?
- ¿Cuáles son los tipos de tratamiento quirúrgico utilizados, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?
- ¿Cuál es el sexo en el que prevalece el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?
- ¿En qué lugar de procedencia se presenta mayor número de pacientes con trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo principal

- Determinar los trastornos de la formación del paladar y su tratamiento, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.

1.4.2 Objetivos secundarios

- Identificar el diagnóstico de los trastornos de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.
- Identificar los tipos de tratamiento quirúrgico utilizados, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.
- Identificar el sexo en el que prevalece en mayor cuantía el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.
- Identificar los lugares de procedencia y cuantificar los pacientes en los que prevalece el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.

1.5 Hipótesis de la investigación

1.5.1 Hipótesis principal

- Los trastornos de la formación del paladar no supera el 0.05%, y de los cuales el 70% adquiere un tratamiento, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.

1.5.2 Hipótesis secundarias

- El diagnóstico de los trastornos de la formación del paladar en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016 es la fisura del labio.

- Los tipos de tratamiento quirúrgico utilizados, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016 son la queiloplastía y palatoplastía.
- El sexo en el que prevalece el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016, es el sexo masculino.
- El lugar de procedencia en el que prevalece el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016, son en su mayoría de la zona rural.

1.6 Justificación de la investigación

La importancia de esta investigación es la de identificar en que dimensión se encuentran presentes los diferentes tipos de trastornos en la formación del paladar, además de conocer los tipos de tratamiento de los pacientes atendidos con dicha patología entre los años 2010 a 2016 en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Además siendo los trastornos en la formación del paladar una patología frecuente en nuestro medio y las limitaciones de tratamiento que padecen estos pacientes, se hace imprescindible el realizar un diagnóstico certero de los tratamientos quirúrgicos que se instauran en Abancay.

Este estudio será base de muchos otros más que se relacionen a los trastornos en la formación del paladar y nos permitirá medir las posibles consecuencias que se acarreen a consecuencia de esta patología. Asimismo servirá para diseñar tipos de tratamientos y planes de prevención para evitar la formación de tales males orales mejorando la calidad de vida de estos pacientes. Por otro lado servirá para poder capacitar a las futuras madres para poder evitar en lo posible la presencia de trastornos de la formación del paladar.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Ortiz, J. realiza una investigación que titula “Estudio de incidencia en pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido e indicadores de riesgo materno, en el hospital gineco - obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, en el periodo 2010-2015”. Arriba a resultados obtenidos mediante el análisis de 162 historias clínicas de neonatos con fisuras labiopalatinas, dándonos una incidencia de 4.6 por cada mil nacimientos, en Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, en el periodo del 2010 al 2015. La incidencia fue mayor en el sexo masculino 56.2%, la fisura labiopalatina se presentó con mayor frecuencia 72.2%. En conclusión, de acuerdo a la prueba de Chi cuadrado de Pearson, si existe influencia del riesgo materno sobre los síndromes y malformación producida (6).

Vilariño, R. realiza una investigación que titula “Indicadores del estado de salud bucodental en menores con fisura oral congénita y en escolares sanos”, y obtiene resultados e indica que la prevalencia de caries en los menores fisurados del estudio es del 53%, muy superior a la del grupo no fisurado (27%) siendo además todos los índices de caries analizados (ceod, CAOD, CAOM6 y el SIC index) significativamente más altos en fisurados. Las revisiones odontológicas rutinarias han sido

significativamente menores en los fisurados lo que de acuerdo con los resultados del análisis de RLM puede ser un factor de peso para desarrollar caries. Por otro lado, aunque los hábitos de cepillado están arraigados en la muestra evaluada, es poco efectivo dado los elevados niveles de placa dental y sarro (G2) que presentan especialmente el grupo fisurado. El uso de flúor es más frecuente entre los fisurados, sin embargo, la aplicación de selladores es baja en la muestra (<20%) y más entre los afectados. Los resultados del cálculo de regresión logística múltiple (RLM) que hemos efectuado reflejan el importante papel de protección que tiene en la aparición de caries dental tanto un buen control de la placa bacteriana como la realización de revisiones periódicas. Por tanto, con independencia de la presencia o no de fisura palatina, se puede disminuir en un niño, con las características estudiadas, el riesgo de caries controlando y aplicando hábitos orales saludables. En conclusión en nuestra muestra, los niveles de salud bucodental de los niños fisurados son peores que los del grupo de menores no fisurado, por lo que aunque la fisura pierde peso como factor de riesgo de caries dental respecto a otras variables en el análisis de regresión logística múltiple, sí supone una condición de riesgo para la salud bucodental del menor afectado debido a la conjunción de diversos factores que se asocian con ella, por lo que se deben establecer protocolos básicos de prevención odontológica que se adapten a las distintas situaciones de estos menores (7).

Rodriguez, M. y Sanchez, K. realizan una investigación que se titula "Alteraciones dentarias según variación de número, tamaño y caries presentes en pacientes con labio y paladar hendido tratados por operación sonrisa Venezuela durante el período (2011 – 2012), donde arriban a resultados que indican que los pacientes con alteraciones según número presenta más prevalencia la agenesia con un 34% y supernumerarios con un 23%. El sexo de mayor predominio que presentó las alteraciones dentarias y caries fue el sexo masculino con un total de 143 pacientes. Según variación en tamaño con más prevalencia en el sexo femenino con un 14 %, mientras el masculino 6%. En la clasificación de caries por Mount

Hume y evaluación por sitio. Se observó que 37 pacientes presentaban esta afección en el sitio 2 dando un porcentaje de 41% (proximal) (8).

Obando, G. realiza una investigación que titula "Incidencia de pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido atendidos en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito desde el año 2005 al 2010", y obtiene resultados que indican que durante los años 2005 al 2010, se registró 67.755,0 nacimientos, de los cuales 67.735,0 fueron nacimientos vivos y 20,0 nacimientos muertos, lo que representa una mortalidad del 0,03 %. El mayor número de casos de malformaciones se registraron en las madres en edad de 14 a 18 años y 29 a 33 años con el 22,1 % y los menores casos en las madres menores de 14 años (1,8 %) y mayores de 44 años (4,3 %). En el número de partos de las madres, la mayor presencia de malformaciones fue en las multíparas (50,9 %) en relación a nulípara (49,1 %). La presencia del mayor número de casos de malformaciones, se registraron en los niños (62,0 %) en relación a las niñas (38,0 %). Con relación al peso de los neonatos al nacimiento, la mayor presencia de malformaciones se encontró en los pesos menores de 2000 g (41,10 %) y mayores a 2501 g (32,5 %) y la menor incidencia en los pesos entre 2001 a 2500 g (26,4 %). Con relación a la presencia de malformaciones, se registraron un total de 163 casos; registrándose la menor incidencia en labio fisurado (9,2 %) y fisura palatina (23,9 %) y en mayor grado labio fisurado y fisura palatina (66,9 %). En la localización patológica de las malformaciones, se descubrieron 23 malformaciones patológicas, Fisura Labial Bilateral y Hendidura del Paladar Completa con 21 fue la de mayor presencia, seguida de Fisura Labio alveolar derecha y Hendidura del Paladar Completa con 17 casos, Hendidura del Paladar Completa con 14 casos, Fisura Labio alveolar Izquierda, Hendidura del Paladar Completa y Hendidura del Paladar Blando con 13 casos. La localidad proveniente de las madres incide en la presencia de malformaciones en los neonatos, como se desprende que la mayor presencia se encontró en madres de la sierra (89,6 %) en relación a las madres de la costa (6,7 %) y del oriente (3,7 %). La etnea es otro de los

factores que determina malformaciones en los neonatos, como se advierte en los mestizos la mayor presencia (89,6 %), con relación a los indígenas (5,5 %); negros 6 (3,7 %) y blancos 2 (1,2 %), respectivamente. El estudio de malformaciones de los neonatos según posibles factores advirtió en primer lugar síndrome (17,2 %); genético (17,2 %) y automedicación (13,5 %); en segundo grado: desnutrición (9,8 %) y causas sin identificación (9,22 %). En términos medios el alcohol y drogas (7,4 %), traumatismos (6,1 %) y químicos 10 (6,1 %) y con menor incidencia la tuberculosis y metrorragia (0,6 %). Con relación a las causas de malformaciones según asociación a síndromes, se observó ninguna (70,55 %), en menor incidencia síndrome de Pierre Robin (5,52 %), microcefalia (4,29 %), síndrome Velo Cardio Facial (3,68%) y síndrome de Van Der Woude (3,07%). En el estudio del tipo de malformación región de procedencia, se determinó en la sierra, la mayor presencia de malformaciones en todos los años, en primer grado se encontró la asociación Labio Fisurado y Fisura Palatina en un rango diferencial entre 51,8 % a 66,6 %, en segundo lugar se encontró Fisura Palatina entre 13,3 a 27,3 % y en tercer lugar Labio Fisurado entre 11,11 a 13,33 %. En el tipo de malformación según etnia de las madres, se observó la mayor presencia en los neonatos mestizos, la Fisura Palatina fue muy evidente en todo los años en un rango entre 13,13 a 29,63 %; la asociación Labio Fisurado y Fisura Palatina entre 48,15 a 73,33 % y Labio Fisurado entre 10,34 a 13,33 %. Finalmente, con esta investigación se invita a llevar a cabo nuevas investigaciones, en donde se identifique otras patologías que se producen a diario en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, lo que contribuiría favorablemente al adelanto médico en el tratamiento de las diferentes patologías y si es abordada desde la niñez, tendrían mayor valía (9).

Gomez, R. y Lara, R. realizan una investigación que titulan "Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006" y donde arriban a resultados que indican que se presentan los informes de nacimientos con labio y/o paladar hendido (CIE 10-Q35-Q37) por entidad y género correspondientes a los años 2003 a 2006 y se calculan las tasas por 1,000

nacidos vivos registrados para cada estado y nacional. En promedio, se reportaron 1,462 nacimientos anuales con estas patologías, con 32.02% mayor incidencia en hombres que en mujeres. En el año 2003 la tasa de incidencia fue de 0.636 por 1,000 NVR, para 2004 de 0.672, para 2005 de 0.467 y para 2006 de 0.479, significativamente menores a las esperadas, por lo que se realizarán estudios complementarios para corroborar el número de casos. Las entidades con las mayores tasas de incidencia fueron Jalisco y el estado de México, Colima reporta la tasa menor en este periodo (3).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Periche, C. realiza una investigación que titula “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 arriban a resultados que 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 (5).

Rossel, P. realiza una investigación que Titula “Evaluación de la técnica de doble rotación y avance superior en el tratamiento de la fisura labial unilateral”, y arriba a resultados que indican que el estudio no encontró diferencias significativas entre el lado fisurado y el no fisurado (sano) en la altura labial (p: 0.310), ancho labial (p: 0.425) y altura del bermellón (p: 0.283) después de la cirugía labial utilizando esta técnica. Sin embargo hubo diferencias significativas entre el lado sano y el fisurado en el ancho de la base alar (p: 0.01) (10).

Torres, M. realiza un estudio titulado “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”, e indica que en sus resultados encontró que la prevalencia de Fisura labial y/o palatina fue de 0.17% es decir, 1.7 por cada mil RNV. El género masculino es un factor de riesgo. La edad materna es un factor de riesgo. Los antecedentes familiares de FLP es un factor de riesgo. El número de gestaciones anteriores es un factor de riesgo. En los casos presentados, los antecedentes de infecciones, radiaciones y medicación durante el primer trimestre del embarazo no es un factor de riesgo según el estudio, esto debido posiblemente al ser el tipo de muestreo no probabilístico, pierde sensibilidad (11).

Burgos, J. realiza una investigación que titula “Utilidad de la queilorrinoplastía primaria en el tratamiento de la fisura labial unilateral con deformidad nasal, hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao, junio 2000, mayo 2001”, encuentra resultados luego de aplicar la técnica de la Queilorrinoplastía combinando la rinoplastia primaria para la deformidad nasal que presentan los pacientes con fisura labial unilateral logrando elevar el cartílago alar desplazando al mismo tiempo de reparar el labio por la técnica de Millard. El mayor porcentaje de pacientes tratados fueron de tres a seis meses, pero también se llegaron a tratar de mayor edad, hasta el año. Predominaron las fisuras labiales izquierdas con el 78.6% y los hombres fueron los mayormente comprometidos con el 64.3%. Un 85.7% de los pacientes operados fueron considerados con resultados buenos, 14.3% con resultados regulares. Si la cirugía se realiza en los tres primeros meses de vida, los resultados obtenidos son mejores que si son operados de mayor edad. La técnica de la Queilorrinoplastía primaria es fácil de realizar y permite una fácil reposición del cartílago alar a su posición normal. Consideran que la queilorrinoplastía primaria proporciona una óptima corrección de la deformidad nasal al mismo tiempo de reparar la fisura labial unilateral, ya que se consigue reponer el cartílago alar y la punta nasal a su posición normal, siendo el mejor tratamiento que les podemos brindar a estos pacientes, evitando con esto otras cirugías

adicionales. Los resultados se consideran satisfactorios en la mayor parte de los casos (12).

Masgo, M. realiza una investigación que titula "Malformaciones congénitas en recién nacidos vivos: morbimortalidad en el Honadomani San Bartolomé" arribando a resultados que indican el solo el 16.75% presentó antecedente familiar positivo. Las madres solteras presentan doble riesgo de tener hijos con malformaciones congénitas. Es conocido ya el riesgo de tener hijos después de los 35 años pero también se presenta un riesgo incrementado en las madres menores de 20 años o madres adolescentes; se debe tener en cuenta que la mayoría de embarazos no son deseados; se someten a prácticas abortivas farmacológicas empíricas y/o uso de plantas de efecto no conocido que podrían significar noxas para el normal desarrollo del feto. Generalmente son madres adolescentes solteras, algunas veces producto de la violación, provienen de hogares mal constituidos, muchas veces con un entorno de drogadicción. Existe un factor de riesgo incrementado en madres con deficiente nivel cultural, educacional y socio económico y con un desconocimiento de ciertos factores de riesgo como productores de cualquier malformación o una malformación por agentes etiológicos conocidos como la radiación, y los antineoplásicos, entre otros. El uso de drogas (drogadicción), el uso de cocaína básicamente es un factor de riesgo más importante. No solo la droga como noxa fetal es importante, sino el submundo en el cual se encuentran inmersos, donde existen otros factores de riesgo teratogénicos presente (enfermedades venéreas, homosexualidad, alcoholismo, malnutrición, uso de tabaco, promiscuidad, etc.) El problema congénito más frecuente fue la fisura palatina y el paladar hendido, teniendo su mayor efecto sobre el aspecto físico que cobra importancia en el psicodesarrollo del infante. El segundo más frecuente identificado son las malformaciones congénitas cardiovasculares. Las malformaciones complejas o múltiples representan según su prevalencia el tercer lugar de importancia en las cuales coexisten más de dos defectos congénitos, representando el grupo de mayor letalidad (con 100% de mortalidad), las cuales se deben en su

mayoría a síndromes y dehcencias de noxas de inicio temprano, comprometiendo finalmente diversos órganos o sistemas a la vez. Las malformaciones congénitas se van convirtiendo en fuente alta de morbimortalidad en recién nacidos, por lo que los pediatras deben aprender a reconocer los distintos patrones de malformaciones congénitas, así como determinar sus causas y consecuencias (4).

2.2 Bases teóricas

A. Trastornos en la formación del paladar

I. Fisura labial

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 la fusión incompleta de los procesos maxilar y nasomedial 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 o fisura palatina. Labio leporino (del lat. *leporem*, 'liebre': «labio de liebre», pues ese animal tiene el labio superior cortado en el centro). Durante mucho tiempo este fue el término utilizado para denominar a la fisura labial, sin embargo en años recientes esta nomenclatura ha cambiado (13).

II. Fisura palatina

La fisura palatina es también un defecto de nacimiento que ocurre cuando falla la unión de las prominencias palatinas laterales con la prominencia palatina media o frontonasal y se manifiesta por la presencia de una apertura en el cielo de la boca. Hay una comunicación directa entre la boca y la nariz. La fisura palatina puede extenderse desde la encía, junto

a los dientes, hasta el paladar blando. Hay formas incompletas que pueden afectar sólo al paladar blando o al paladar blando y óseo pero respetando la encía o reborde alveolar. La fisura palatina crea fundamentalmente un trastorno funcional (trastorno del habla). También produce dificultad de alimentación, problemas de erupción dentaria y anomalías de desarrollo del maxilar. Embriológicamente, el labio y el paladar se forman independientemente en el feto. Por tanto, podemos encontrar el labio leporino y la fisura palatina por separado o conjuntamente (14).

III. Fisura labio palatina (mixta)

La Fisura Labio-Palatina (FLP), es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y se produce por una alteración en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario. La boca primitiva inicia su formación entre los 28 y 30 días de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Entre la quinta y la sexta semana, los procesos frontonasales y mandibulares derivados del primer arco faríngeo forman la boca primitiva. Posteriormente, los procesos palatinos se fusionan con el tabique nasal medio formando el paladar y la úvula entre los 50 y los 60 días del desarrollo embrionario. De acuerdo a su etiología, el momento en el desarrollo embrionario en que se producen y sus características epidemiológicas, las FLP se clasifican en cuatro grupos: fisuras prepalatinas o de paladar primario (que puede afectar el labio con o sin compromiso del alvéolo), fisuras de paladar secundario (que pueden comprometer el paladar óseo y/o blando), mixtas (con compromiso del labio y paladar) y fisuras raras de menor ocurrencia. Las fisuras representan una condición genética, determinada por la presencia de varios genes y un gen mayor. Su frecuencia mundial es de 1 por cada 1.200 nacidos vivos. 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 (15).

En el embrión normal, el labio se cierra entre la 5ª y la 6ª semana y el paladar a los 2 meses. La mayoría de los bebés con fisura labio-palatina son sanos y no tienen ninguna otra anomalía congénita. La verdadera causa por la que se produce esta anomalía, sigue siendo desconocida. Se estima que algunos factores ambientales, fármacos, drogas, falta de vitaminas, etc., pueden reaccionar con ciertos genes específicos e interferir en el cierre normal del labio y o el paladar. Sólo en algunos casos encontramos un cierto grado de predisposición hereditaria. De todas formas, a pesar de las numerosas investigaciones científicas realizadas, los mecanismos biológicos que causan el labio leporino y la fisura palatina siguen siendo un misterio. Estadísticamente la frecuencia de esta malformación es de 1,8 por cada mil nacimientos (14).

B. Embriología 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 secundario. 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 frontonasal. 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 branquial. 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 multifactorial (16).

C. Tratamiento quirúrgico de la fisura labial

i. Queiloplastía

La queiloplastía es la cirugía que permite aumentar el tamaño de los labios. Su resultado es variable en efecto y resultado. Para esta cirugía se emplea grasa corporal y piel del propio paciente. También puede realizarse empleando productos sintéticos (17). La queiloplastía es la cirugía en la cual se busca mejorar la proyección de los labios superior o inferior, mejorando de esta manera su aspecto estético y la armonía facial. En la cirugía de labios se hace una incisión por dentro de la boca, se realiza un avance de los tejidos y se utiliza una sutura reabsorbible, es decir que se desintegra el punto y se cae solo, no hay que retirarlos. Las estructuras faciales más sensuales son los labios. El labio inferior deberá de ser siempre más grueso y revertido que el superior. Los labios de

acuerdo a su forma y volumen pueden proporcionar el aporte ideal de sensualidad al rostro (18).

Técnicas de queiloplastía:

Hay distintas técnicas para el aumento del volumen del labio o queiloplastía.

- Silicona: es un procedimiento que está prohibido actualmente.
- Grasa (autóloga): es el uso de la grasa del paciente para inyectarla en la zona deseada. De la cantidad de grasa que se inyecte, permanecen sólo los 2/3, y el resto es reabsorbido. Este procedimiento no presenta efectos colaterales, por lo que puede repetirse varias veces. La grasa debe ser del propio paciente, y debe someterse a una purificación.
- Alloderm: es una técnica que consiste en la implantación de una lámina blanda de colágeno humano, que se introduce dentro del labio. Es posible que también sea reabsorbido, pero los resultados son excelentes. Es un procedimiento caro.
- Fascia: es similar al Alloderm, pero con colágeno del paciente. Se introduce una lámina blanda de colágeno, pero en general se reabsorbe lentamente. Produce un efecto bueno. Como desventaja de este tratamiento, está la secuela que dejará la extracción de la Fascia, que deja una cicatriz.
- Gore-tex: esta queiloplastía consiste en la implantación de una placa de material para impermeables. Es bastante inerte, presenta riesgo de infección y puede provocar rigidez labial. En caso que sea necesario removerlo, el procedimiento es muy complicado.
- Biopolímeros: es muy usado, ya que es un procedimiento barato y que es realizado por cosmetólogas y peluqueras, a pesar de la restricción que rige sobre su aplicación. Entre las complicaciones que se presentan por su incorrecta aplicación están: endurecimiento, asimetrías, deformidades, daños a los nervios que mueven los músculos faciales.
- Colágeno: fue muy empleado, pero debido a reacciones adversas, a caído prácticamente en desuso.

– Ácido hialurónico: es una sustancia orgánica que proviene del paciente. Su reabsorción es muy lenta y los resultados satisfactorios. Otro inconveniente es su elevado costo (17).

ii. Rinoplastía

Es la corrección de la nariz. Su objetivo es que luzca simétrica y bien proyectada. La edad de la operación depende de muchos factores. Es importante que cuando el niño se escolarice esté lo mejor posible para que su inmersión social sea la adecuada (19). Técnicamente, la rinoplastia puede ser una intervención muy sencilla o extremadamente compleja dependiendo no solo de las alteraciones que presenta sino, también, de la capacidad diagnóstica del cirujano y del sentido crítico y capacidad de observación del o de la paciente. La rinoplastia básica o convencional sigue unos pasos o método que nos permite dividir la operación en diferentes tiempos quirúrgicos, cuyo orden se adaptará a las necesidades de cada caso (20).

Preparación

Posición del Paciente

Para las operaciones en la cara, el paciente debe colocarse apoyado sobre la espalda (decúbito supino) y con la cabeza ligeramente elevada por encima del nivel del corazón para facilitar el retorno venoso y disminuir el edema (20).

Asepsia y Antisepsia

La asepsia consiste en el lavado con agua y jabón, secado y la aplicación de líquidos antisépticos (Betadine ® quirúrgico) sobre la zona a tratar. La antisepsia comprenderá todos los procedimientos encaminados a evitar la contaminación del área quirúrgica: colocación de campos quirúrgicos estériles de manera que cubran el cuero cabelludo y el resto del cuerpo y preparación adecuada del equipo quirúrgico. Cirujano, ayudante e

instrumentista deberán vestir ropa de quirófano, utilizar calzado quirúrgico, llevar gorro y mascarilla, proceder al cepillado de manos y antebrazos y, finalmente, ponerse una bata y guantes estériles (20).

Marcación

Para evitar los tatuajes provocados por la tinta de los rotuladores convencionales, utilizaremos tinta biológica: azul de metileno, violeta genciana o un rotulador dermográfico. Con la ayuda de un palito de naranjo o de un pincel muy fino esterilizado marcamos sobre la piel la planificación quirúrgica, principalmente la línea de incisión, la zona de despegamiento, el área del tumor, su margen de seguridad, etcétera (20).

Infiltración

Aunque la rinoplastia puede ser realizada bajo anestesia general o local acompañada de sedación, siempre realizamos la infiltración de una solución anestésica con adrenalina, ya que evita el sangramiento y nos facilita la disección anatómica de las estructuras (20).

Incisión

La incisión es la vía de acceso necesaria para realizar los diversos procedimientos de una rinoplastia. Puede ser interna, en la mucosa (intranasales), o externa en la piel (extranasal). La elección del tipo de incisión va a depender especialmente de las zonas a tratar y, de manera no menos importante, de las diferentes escuelas y experiencia de cada cirujano. Como en toda cirugía, podemos afirmar que cuanto menos trauma quirúrgico, mejor. Las incisiones se limitarán a lo estrictamente necesario para realizar la operación con comodidad y control adecuado del campo operatorio. Normalmente, una rinoplastia conlleva el tratamiento de los cartílagos alares y del dorso, por lo que las incisiones han de ser planificadas con estos fines. La parte superior o cefálica de los cartílagos alares puede ser trabajada, prácticamente con igual control, tanto a través

de la incisión transcartilaginosa como intercartilaginosa, aunque el trauma causado a los tejidos es menor en la primera. Si necesitamos trabajar el dorso nasal y el septo, extenderemos la incisión (cualquiera de las dos anteriores) hacia el septo membranoso. Para esto tiramos de la columela en sentido caudal y se incide la mucosa a nivel borde del septo caudal. Debemos recordar que esta incisión elimina importantes componentes del soporte de la punta nasal que mantienen la proyección de la misma, especialmente la adhesión de las crura medialis al borde caudal del septum y el soporte de las crura medialis en la espina nasal anterior (20).

Cuando hace falta exponer completamente los cartílagos alares para su análisis y modificación por asimetrías, alteraciones de la forma, posición o consistencia (malposición de alares), tendremos que recurrir a abordajes más complejos que nos permitan su adecuado tratamiento, bien mediante una doble incisión (inter e infracartilaginosa) y su movilización inferior en forma de asa de cubo o bien, a través de la elevación completa de la piel que la recubre, mediante una incisión en la piel de la columela (transcolumelar) que se extiende por el borde caudal de los cartílagos laterales inferiores (rimal o infracartilaginosa). Los abordajes pueden ser divididos entre aquellos que liberan completamente los cartílagos y aquellos que lo hacen sólo de forma parcial. Estas incisiones pueden ser:

Incisión en el septo membranoso trasfixante y hemitrasfixante

Puede ser completa si se unen las incisiones de los dos lados, o hemitrasfixante derecha y/o izquierda, si sólo afecta a un lado. Se sitúa en el borde inferior del septum membranoso y puede extenderse hasta la espina nasal (extendida) si está indicado el tratamiento del septo o de la espina nasal anterior. Proporciona el acceso al septo caudal, crura mediales y espina nasal. Normalmente es la primera incisión realizada en la rinoplastia endonasal. Comienza en la unión de la mucosa septal con la mucosa nasal lateral, inmediatamente por debajo del septo caudal. Se angula hacia abajo, siguiendo los márgenes cefálicos de las crura

mediales (no del septo caudal) y se extiende casi hasta los pies de la crura medialis. Puede prolongarse hasta el suelo nasal cuando se desea obtener mayor proyección. En la incisión hemitransfixante se procede de la misma manera de un sólo lado, con lo que no se altera el sistema mayor de soporte de la punta. Tiene el inconveniente de dificultar el acceso al lado opuesto del septo y de una posible cicatrización asimétrica (20).

Incisiones laterales sin liberación de los cartílagos (nondelivery approach) intercartilaginosa:

Si se hace entre el borde inferior del cartílago triangular y el borde superior del cartílago alar, en el limen vestibular o área de la válvula nasal. Comienza medialmente, como una extensión de la incisión transfixante, y continúa lateralmente a lo largo de todo el cartílago lateral inferior. Es importante preservar el extremo lateral de los cartílagos alares y no juntar esta incisión con la incisión para la entrada de la osteotomía interna. Proporciona acceso a la punta y al dorso, y accede de manera retrógrada a los cartílagos alares (20).

Trascartilaginosa o intracartilaginosa:

Atraviesa el cartílago alar. Esta incisión puede afectar únicamente a la mucosa o cortar simultáneamente mucosa y cartílago alar. En el primer caso se realiza la elevación cuidadosa de la mucosa en sentido ascendente en los dos lados para comparar mejor la cantidad de cartílago a resecar. De igual forma que la incisión intercartilaginosa, comienza medialmente en la incisión transfixante para dirigirse hacia fuera paralela al borde cefálico (3 a 5mm) del cartílago alar, dependiendo de la cantidad a ser resecada. Ofrece la ventaja sobre la incisión anterior que ésta se realiza caudal a la válvula, por lo que disminuyen las posibilidades de que la retracción cicatricial altere la fisiología de la misma y provoque una dificultad respiratoria (20).

Incisiones laterales con liberación de los cartílagos, incisión rimal, marginal o infracartilaginosa

Se sitúa en el borde inferior de la cruz lateral y de la cúpula, es decir, paralela al borde caudal de los cartílagos laterales inferiores. Sirve como guía la línea de transición entre la zona pilosa y la mucosa nasal (vibrisas). La utilizamos siempre en la rinoplastia abierta, extendiéndose medialmente hacia el borde cefálico de la columela. A través de esta incisión colocamos unas tijeras entre el cartílago y la piel de manera que mediante su apertura (divulsión) conseguimos separarlas. Permite la retirada de tejido fibrograso de la punta y el debilitamiento de los cartílagos. También la empleamos combinada con la incisión intercartilaginosa cuando deseamos exponer completamente los cartílagos alares mediante un colgajo mono o bipediculado condromucoso. A través de las incisiones intercartilaginosa y marginal se separa la piel de los cartílagos alares con tijeras y con la ayuda de unas erinas se traccionan hacia abajo los cartílagos y se exponen completamente. La ventaja de las técnicas que liberan los cartílagos alares es la buena visualización de los mismos, lo cual facilita la operación y la obtención de una mayor simetría. Tienen el inconveniente de que la gran exposición de los cartílagos alares altera en gran manera los mecanismos mayores de soporte de la punta (20).

Incisión en la piel columelar: transcolumelar

En el abordaje externo para la rinoplastia abierta se hacen incisiones infracartilaginosas bilaterales que se unen en la línea de la columela a través de una incisión (transcolumelar) en la piel. Existen diversas maneras de plantearse esta incisión, desde la original de Rethi, una línea transversal directa, a las formas más sofisticadas en escalón o con colgajo medio triangular que facilitan el cierre correcto y dificultan la

visualización de la cicatriz; además, previenen la contractura transversal de la cicatriz.

Normalmente se localiza en la zona de transición o ensanchamiento de los pies de las crura medialis. En posiciones más próximas a la cara se corre el riesgo de dejar una cicatriz hundida o evidente lateralmente debido a la ausencia de cartílago de soporte que resista las tensiones generadas por la cicatrización de la piel. Esta incisión se extiende lateralmente por la columela hacia las cúpulas del domus, a unos 2-3mm del borde de la piel. El abordaje externo no debe ser considerado como un método de rutina, sino que debe reservarse para situaciones que realmente lo requieran, independientemente de que sean primarias o secundarias. Con esta incisión la piel de la nariz es elevada y se expone totalmente el esqueleto de soporte de la nariz (20).

Incisiones para la osteotomía

En la osteotomía lateral, tanto interna como externa, haremos unas mínimas incisiones para la introducción de la punta del escoplo. Actualmente, los que utilizamos son tan finos que, incluso, podemos prescindir del bisturí y hacer la incisión con el mismo escoplo (20).

D. Tratamiento quirúrgico de fisura del paladar

1. Palatoplastia

La palatoplastia es la reconstrucción del paladar, fundamentalmente como corrección quirúrgica de las hendiduras (21). Se define también como cirugía plástica del paladar (22), otros autores indican que se trata de una reconstrucción quirúrgica del velo del paladar (23).

2. Palatoplastia de Furlow

La tercera técnica principal es la de la “doble Zplastia inversa” de Furlow (Furlow 1980, 1986; Randall et al. 1986), que no incluye incisiones laterales de descarga. Se trata de una intervención de tejidos blandos primariamente y consiste en dos Z-plastias, una en la mucosa oral y otra orientada en el lado contrario de la mucosa nasal del paladar blando; el músculo elevador queda incluido en el colgajo de pedículo posterior de la Z-plastia, de forma que el elevador de un lado permanece en el colgajo de mucosa oral mientras que el contralateral queda en el de mucosa nasal. El paladar duro se cierra con un colgajo de vómer en una o dos capas, si es posible avanzar el mucoperiostio de los bordes de la fisura. Aunque Furlow no recomienda incisiones laterales de descarga, otros autores no dudan en realizarlas (LaRossa, Randall) en los bordes de la úvula para facilitar la movilización del colgajo anterior de la Z-plastia. Son ventajas de esta técnica el alargamiento a base del paladar blando sin necesidad de avanzar el mucoperiostio del paladar duro evitando así el posible retraso del crecimiento facial; el que reorienta los músculos elevadores aproximándolos de forma superpuesta y el que evita una cicatriz en la línea media del paladar blando que podría originar retracción. A la hora de plantearnos una técnica quirúrgica ideal para el cierre del paladar hendido, no parece haber tanta unanimidad entre los diferentes autores. En todas las técnicas descritas se intenta unir las fibras musculares, separándolas de su inserción anómala, para conseguir el retroceso del paladar blando y volverlo más largo, estando descrito que el levantamiento de colgajos mucoperiostícos del paladar duro o de mucosa del vómer puede afectar al crecimiento del maxilar superior o causar desvíos importantes de las arcadas dentarias. Intentamos por tanto encontrar una técnica que evite todos estos inconvenientes (24).

3. Palatoplastia de Von Langenbeck

El principal objetivo del cierre de la fisura palatina es la movilización de los tejidos palatales hasta la aproximación tisular sin o con mínima tensión. La palatoplastia se centra sobre todo en 3 técnicas básicas, de las que han aparecido combinaciones y modificaciones, pero que siguen siendo la base de la cirugía del cierre del paladar. Bernard Von Langenbeck describió en 1861 el cierre de la fisura palatina levantando dos colgajos de mucoperiostio del paladar duro. Se trata de una aproximación de lado a lado de los márgenes de la hendidura del paladar duro y del blando, con separación de las fibras del músculo elevador de su inserción ósea y con incisiones laterales de descarga. Se puede añadir también un colgajo de vómer para proporcionar una doble capa al cierre del paladar duro (24).

4. Palatoplastia Wardill-Kilner

Puesto que la intervención de Bernard Von Langenbeck no proporciona longitud al paladar, en el último siglo los esfuerzos se han dirigido hacia técnicas que permitan elongar lo máximo posible el paladar para prevenir el posible desarrollo de una insuficiencia velofaríngea. La palatoplastia de Wardill-Kilner es muy similar a la desarrollada por Veau (Veau 1931, Wardill 1937, Kilner 1937). Estos autores realizan un avance del mucoperiostio del paladar duro mediante colgajos de avance en V-Y. La mayor elongación se obtiene sobre todo de la mucosa nasal del paladar blando, puesto que el mucoperiostio es muy rígido. Otros autores prefieren una Z-plastia de la mucosa nasal que aumenta el avance (Stark, 1963). Como consecuencia del avance en V-Y, quedan dos zonas de hueso membranoso expuestas que, aunque suelen granular rápidamente, epitelizando por completo en 2 ó 3 semanas, pueden dejar zonas de cicatriz retráctil que distorsiona el crecimiento maxilar y la oclusión dental (24).

5. Placa palatina

Un elemento fundamental en la estructura de la prótesis parcial removible es el conector mayor. De su diseño y características dependerá que lleve a cabo correctamente su función. El conector mayor (CM) es el elemento que conecta las partes de una prótesis parcial removible (PPR) de un lado de la arcada con las del otro lado. Su principal característica es la rigidez. En este sentido, es importante que la estructura no se flexione durante la masticación ya que, si no fuera así, se generarían fuerzas transversales sobre los pilares. En ese sentido la **Placa palatina** abarca todo el paladar o prácticamente todo. Se indicará en aquellos casos de edentaciones extensas, ya sea sólo posteriores o que incluyan espacios anteriores y posteriores, en bruxistas o pacientes con potente musculatura masticatoria (con el fin de prevenir la fractura del CM) y en paladares aplanados y crestas casi inexistentes. Como inconvenientes tenemos que no puede utilizarse cuando hay un torus palatino, reduce la percepción del gusto de los alimentos, interfiere en la fonación y puede crear molestias a los pacientes por su excesiva extensión. La placa palatina podrá ir acompañada por una barra Kennedy cuando se requiera retención indirecta o falte algún diente anterior. La colocación de una barra Kennedy es preferible a la extensión anterior de la placa palatina puesto que la barra nos permite mantener libres, sin cubrir, las rugosidades palatinas con lo que no se altera la fonética y no molesta tanto al paciente. Ahora bien, si la edentación anterior es amplia será necesario cubrir todo el paladar. En principio siempre será colada o combinada (se realizará en acrílico sólo en los casos de prótesis inmediata, prótesis provisionales o cuando se prevea un futuro inmediato en que deba acabar llevando una prótesis completa). Cuando se trata de una placa colada suele cubrir sólo el paladar para situar unas bases combinadas a nivel de las crestas para permitir los posteriores rebasados. No es aconsejable que recubra también las crestas residuales ya que ello impedirá rebasar con acrílico. La ventaja de ser colada reside en la mayor rigidez, característica fundamental, y en que transmite mejor los cambios de temperatura (es beneficioso para la circulación superficial de la mucosa) (25).

2.3 Definición de términos básicos

Fisura labiopalatina: Cuando se desarrolla la cabeza en los primeros meses del embarazo, la cara es la última parte que se forma. La conformación facial aparece de la unión de líneas bien delimitadas (hendiduras) que se cierran antes del nacimiento. Aunque todas las caras tienen fisuras (hendiduras) que antes del nacimiento se unen, en algunos casos, no se cierran completamente. Por ejemplo, el labio superior se desarrolla a partir de 3 diferentes partes. Cuando una parte ha desaparecido, la fisura aparece sin que las otras dos partes sean capaces de juntarse, todavía no sabemos por qué estas partes de la cara no se fusionan de forma normal. La formación del labio y del paladar es muy compleja. Este proceso ocurre en los primeros tres meses del embarazo. En algunos casos se pueden encontrar antecedentes familiares, pero en la mayoría de los casos no es una única causa y la razón nunca es conocida.

Simetría labial: la anatomía de la fisura labial bilateral es diferente para cada paciente y varios autores han descrito modificaciones de técnicas tradicionales en la búsqueda de obtener un diseño más individual con mejores resultados. Las técnicas de Millard y Mulliken son probablemente las técnicas quirúrgicas más usadas por los cirujanos alrededor del mundo en el manejo de la fisura labial bilateral, sin embargo existen algunas limitaciones en esta técnica en casos bilaterales con asimetría. En ese sentido, se ha diseñado la presente técnica que busca corregir la asimetría en la fisura bilateral. Esta técnica se basa en un doble avance y rotación lateral localizando las cicatrices sobre las líneas naturales del labio entre las unidades estéticas del mismo.

MINSA: Ministerio de salud del Perú.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

El siguiente estudio es de tipo Descriptivo-transversal, según al tiempo de estudio y toma de datos es retrospectivo porque los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación. Corresponde al nivel de investigación básica, ya que se obtendrán datos y éstos servirán de base para que se tome en cuenta como fuente de datos para que otros investigadores puedan recurrir a esta información.

3.2 Diseño de la investigación

Utilicé un método descriptivo, ya que se evaluó, analizó e interpretaron las encuestas (ficha observacional). En ésta investigación se observaron y se analizaron cada una de las características relacionadas a la presencia de trastornos en la formación del paladar y que con un poco de criterio pude clasificar, agrupar o sintetizar, para luego poder profundizar interpretar el nivel de conocimiento en la presencia de estas patologías en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega. En el presente estudio se trabajó sobre la realidad de los hechos y su correcta interpretación. Asimismo esta tiene como propósito anticipar situaciones futuras a partir del conocimiento de la

cantidad de vacas que presentan los evaluados y predecir la dirección futura de los eventos investigados.

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (26). Está constituido por los 41 pacientes que padecieron trastornos de la formación del paladar y tratamiento, del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2010 al 2016.

3.3.2 Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó la muestra no probabilística, esta muestra es también denominada muestra dirigida, por ser una investigación cuantitativa y porque las características estudiadas corresponden a grupos establecidos con trastornos de la formación del paladar y que se hicieron tratar en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

En las muestras no probabilísticas, “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador y desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación” (27).

Se tomó en cuenta la técnica de conveniencia, debido a que el número de la población no excede a cien unidades de estudio, lo que no permitió utilizar una fórmula que permita deducir la muestra representativa.

3.4 Variables, dimensiones e indicadores

3.4.1 Variable principal

- Trastornos en la formación del paladar.

3.4.2 Sub variable

- Tratamiento
- Género
- Estrato social

3.4.3 Operacionalización de variables

Variable Principal	Dimensiones	Indicadores	Índice
Trastornos de la formación del paladar	Diagnóstico	Fisura labial	Leve Moderado Severo
		Fisura de paladar	Leve Moderado Severo
		Mixta	Leve Moderado Severo
Sub Variable			
Tratamiento	Quirúrgico	Tratamiento quirúrgico fisura labial	-Queiloplastía
			-Rinoplastía
		Tratamiento quirúrgico fisura del paladar	-Palatoplastía
			-Palatoplastia de Furlow.
			-Técnica de Von Langenbeck.
			-Técnica de Wardill-Kilner
			- Placa palatina.
-Sin cirugía.			
Género	Sexo	Masculino	%
		Femenino	%
Estrato Social	Lugar de procedencia	Urbano	%

		Rural	%
--	--	-------	---

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Técnicas

Utilicé la técnica de la observación ya que es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla de manera sistematizada y ordenada para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación. Observaremos científicamente porque miraremos con un objetivo claro, definido y preciso; ya que nosotros conocemos qué es lo que deseamos observar y para qué queremos hacerlo, lo cual implica que prepararemos cuidadosamente la observación. Nuestra observación será de tipo participante porque para obtener los datos nosotros nos incluiremos en el grupo, hecho o fenómeno observado, para conseguir la información "desde adentro". Utilizaremos la observación estructurada porque la realizaremos con ayuda de elementos técnicos apropiados, tales como: fichas, cuadros, tablas, etc. por lo cual se los la denomina observación sistemática.

3.5.2 Instrumentos

El instrumento consiste en una ficha observacional diseñada por el investigador el cual pasó por una prueba piloto que luego se elaboró la versión final del instrumento para luego pasar a su procedimiento de aplicación y finalmente con la obtención de la autorización pase a aplicar el instrumento.

La ficha observacional que elaboré consiste en: algunos datos personales del paciente como edad, sexo que está codificado con M para el sexo masculino F para el sexo femenino, lugar de procedencia.

Dos ítems principales en la que el ítem 1.1 corresponde a Trastornos de la Formación del paladar tiene una sub división para diagnóstico del paciente categorizada con tres alternativas cuyas respuestas están codificadas con si y no respectivamente.

La otra subdivisión de este ítem corresponde al grado de severidad, tiene tres alternativas cuyas respuestas están codificadas con tres alternativas que son: leve, moderado, severo.

El Segundo ítem que corresponde al 1.2 es para el tipo de tratamiento.

La primera subdivisión es para el tratamiento quirúrgico para fisura labial la cual tiene dos alternativas codificadas con 1 y 2 respectivamente.

La otra subdivisión corresponde al tratamiento quirúrgico para fisura de paladar la cual tiene seis alternativas codificadas desde 1 hasta 6 respectivamente.

Ver instrumento 1 (anexo).

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Se hizo un estudio retrospectivo en la Región de Apurímac, con la finalidad de analizar la presencia de pacientes que padecieron trastornos en la formación del paladar y su respectivo tratamiento; para ello se acudió a la información de historias clínicas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, llegando a contabilizar las historias correspondientes a los años 2010 al 2016 (6 años), pudiéndose encontrar un total de 41 pacientes que padecieron este trastorno.

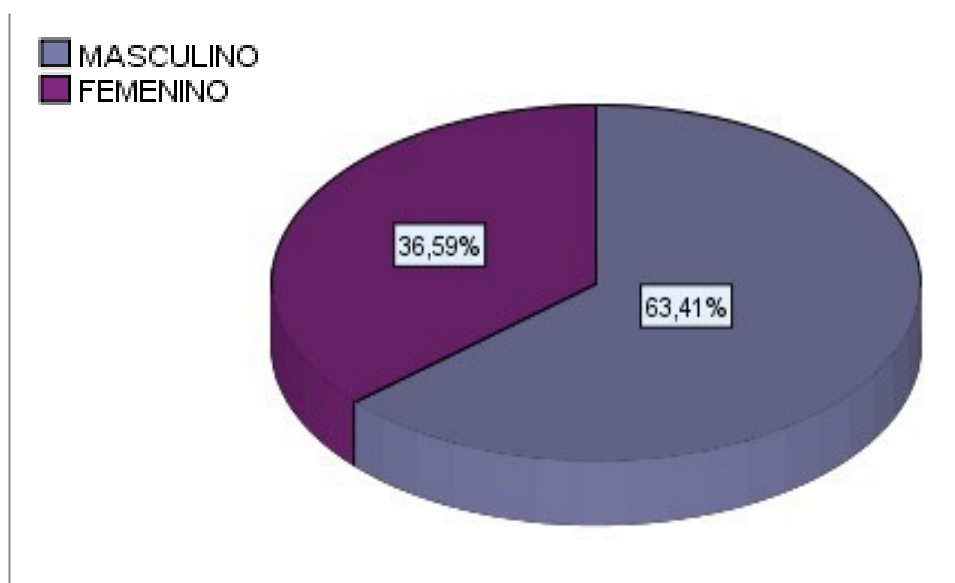
TABLAS Y GRAFICOS

Tabla N° 1: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar según sexo.

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	26	63,4	63,4	63,4
	FEMENINO	15	36,6	36,6	100,0
Total		41	100,0	100,0	

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas

Gráfico N° 1: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar según sexo.



Según análisis de las historias clínicas se encontró un total de 41 pacientes que padecieron el trastorno en la formación del paladar, durante los años 2010 a 2016 en la región Apurímac. De éstos el 63.41% (26/41) fueron de sexo masculino y el 36.59% (15/41) fueron de sexo femenino.

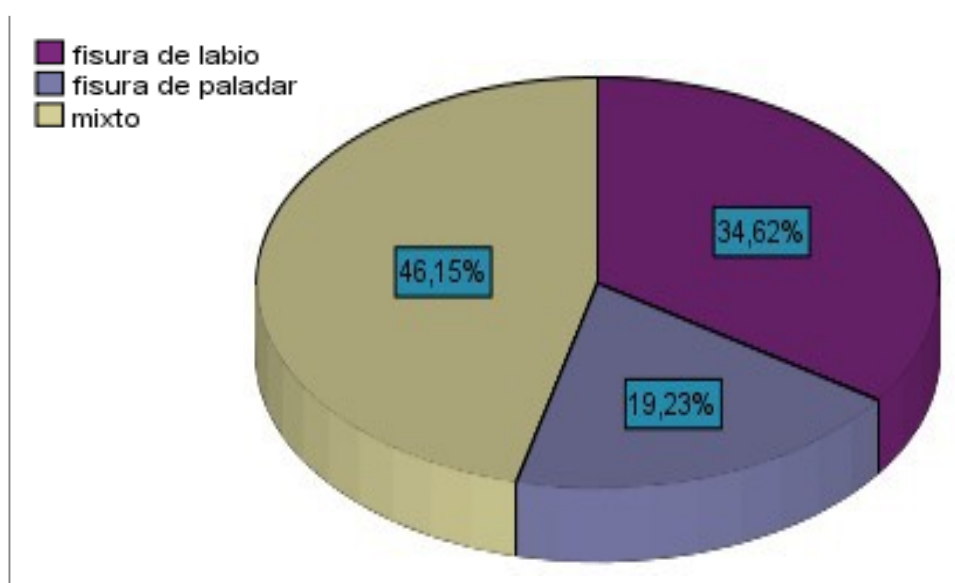
Tabla N° 2: distribución de pacientes de sexo masculino con trastornos en la formación del paladar según tipo de trastorno en la formación del paladar.

SEXO MASCULINO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
fisura de labio	9	34,6	34,6	34,6
fisura de paladar	5	19,2	19,2	53,8
Válidos mixto	12	46,2	46,2	100,0
Total	26	100,0	100,0	

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas

Gráfico N° 2: distribución de pacientes del sexo masculino con trastorno en la formación del paladar según tipo de trastorno en la formación del paladar.



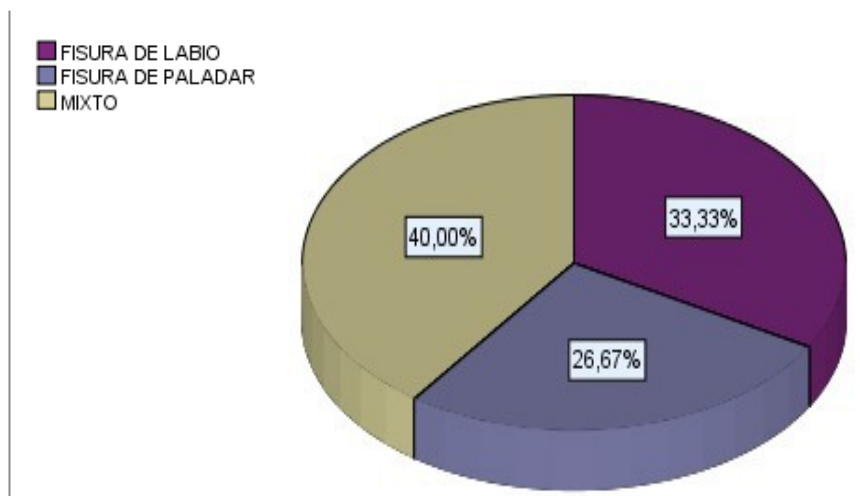
De los 26 pacientes masculinos que presentaron trastorno en la formación del paladar, durante los años 2010 a 2016, el 46,15% (12/26) padecieron este trastorno en forma mixta, sin embargo el 34,62% (9/26) mostraron solo fisura del labio y fisura del paladar se presentó en el 19,23% (5/26).

Tabla N° 3: distribución de pacientes femeninos con trastorno en la formación del paladar según tipo de trastorno en la formación del paladar.

SEXO FEMENINO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FISURA DE LABIO	5	33,3	33,3
	FISURA DE PALADAR	4	26,7	60,0
	MIXTO	6	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas

Gráfico N° 3: distribución de pacientes femeninos con trastorno en la formación del paladar según tipo de trastorno en la formación del paladar.



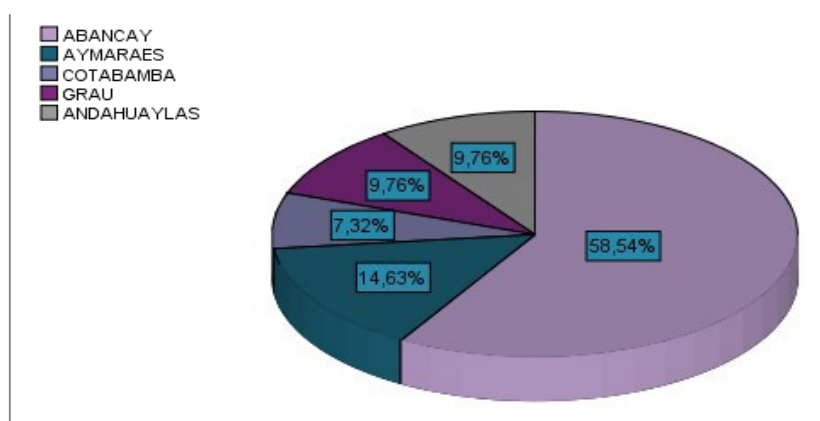
De los 15 pacientes femeninos que presentaron trastorno en la formación del paladar, durante los años 2010 a 2016, el 40% (6/15) padecieron este trastorno en forma mixta, sin embargo el 33,33% (5/15) mostraron solo fisura del labio y fisura del paladar se presentó en el 26.67% (4/15).

Tabla N° 4: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar según lugar de procedencia.

		LUGAR DE PROCEDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ABANCAY	24	58,5	58,5	58,5
	AYMARAES	6	14,6	14,6	73,2
	COTABAMBAS	3	7,3	7,3	80,5
	GRAU	4	9,8	9,8	90,2
	ANDAHUAYLAS	4	9,8	9,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas

Gráfico N° 4: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar según lugar de procedencia.



Apurímac posee siete provincias (Abancay, Andahuaylas, Aymaraes, Antabamba, Chincheros, Cotabambas y Grau), y de acuerdo a ello se hizo la distribución de lugar de procedencia; habiendo analizado las historias clínicas se encontró que un total de 41 pacientes que padecieron el trastorno en la formación del paladar, durante los años 2010 a 2016, y de éstos el 58,54% (24/41) son de Abancay, el 14,63% (6/41), de Aymaraes, 7,32% (3/41) de Cotabambas, 9,76% (4/41) de Grau y también con un 9,76% (4/41) los pacientes provenientes de Andahuaylas.

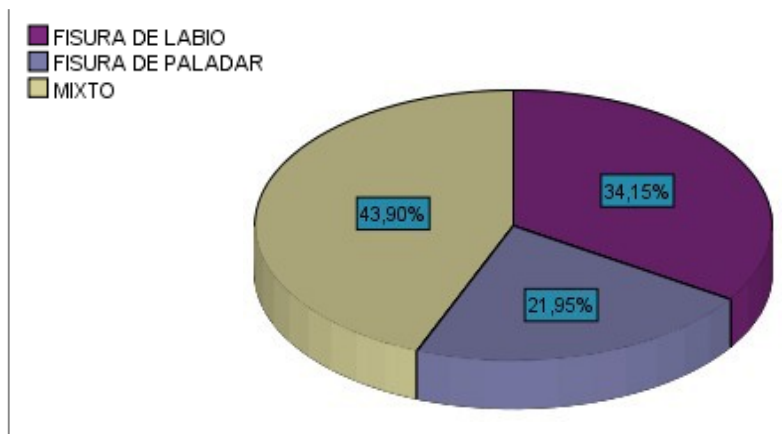
Tabla N° 5: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar según su diagnóstico del paciente.

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FISURA DE LABIO	14	34,1	34,1	34,1
FISURA DE PALADAR	9	22,0	22,0	56,1
MIXTO	18	43,9	43,9	100,0
Total	41	100,0	100,0	

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas.

Gráfico N° 5: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar según su diagnóstico del paciente.



Por otro lado, también se clasificó según diagnóstico del paciente de acuerdo al tipo de trastorno en la formación del paladar que padecieron y que además fueron atendidos durante los años de 2010 a 2016, y éste análisis mostró que la mayor cantidad de pacientes padecieron trastorno en la formación del paladar de tipo mixto (fisura labial y palatina) llegando a valores de 43.90% (18/41), en segundo lugar se ubica el trastorno de fisura en labio con un 34,15% (14/41) y por último encontramos a la fisura palatina con un 21,95% (9/41).

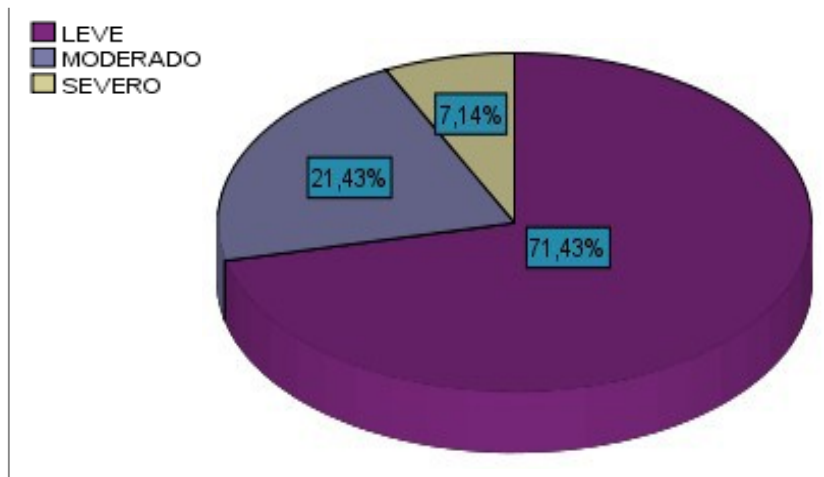
Tabla N° 6: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar de tipo fisura labial según el grado de severidad.

SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD FISURA DE LABIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
LEVE	10	71,4	71,4	71,4
MODERADO	3	21,4	21,4	92,9
SEVERO	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas.

Gráfico N° 6: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar con diagnóstico de fisura labial según el grado de severidad.



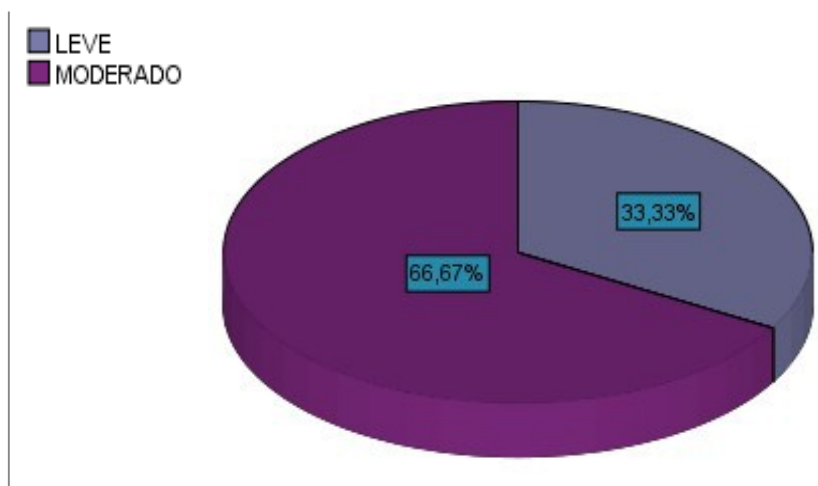
Asimismo, se encontró que de 14 pacientes que presentaron fisura labial, el 71.43% (10/14) fueron a un nivel leve, el 21, 43% (3/14) padeció a un nivel moderado y el 7,14% (1/14) se encontró a un nivel severo, en los pacientes que acudieron al hospital regional Guillermo Díaz de la Vega y que además fueron atendidos durante los años de 2010 a 2016.

Tabla N° 7: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar (fisura del paladar) según el grado de severidad.

SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD FISURA DE PALADAR				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	LEVE	2	25,0	25,0
	MODERADO	6	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas

Gráfico N° 7: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar (fisura del paladar) según el grado de severidad.



Analizando los 9 pacientes que presentaron fisura del paladar, el 66,7% (6/9) estuvieron en el rango de moderado y el otro 33,3% (3/9) en un nivel leve, ningún paciente mostro esta patología en un nivel severo.

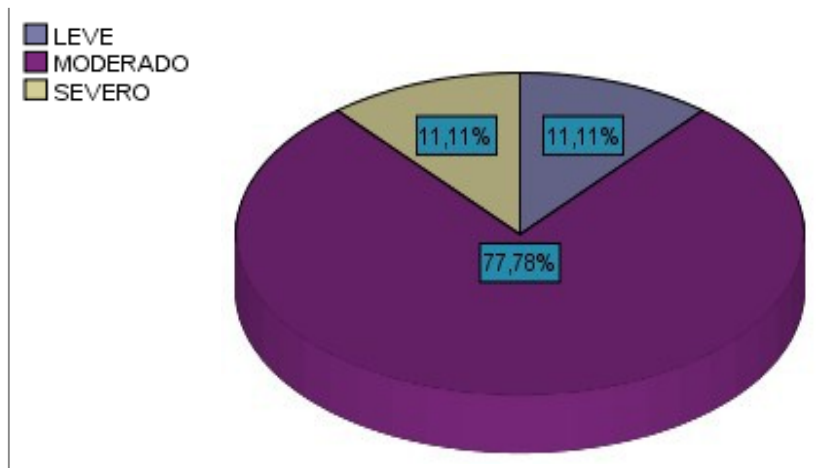
Tabla Nº 8: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar de tipo mixta según el grado de severidad.

SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD MIXTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
LEVE	2	11,1	11,1	11,1
MODERADO	14	77,8	77,8	88,9
SEVERO	2	11,1	11,1	100,0
Total	18	100,0	100,0	

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas.

Gráfico Nº 8: distribución de pacientes con trastorno en la formación del paladar de tipo mixto según el grado de severidad.



Del mismo modo encontramos 18 expedientes correspondientes a pacientes que presentaron fisura del paladar de tipo mixta, de los cuales el 77,78% (14/18) se clasificó en el rango de moderado, un 11,11% (2/18) a nivel leve y el otro 11,11% (2/18) en un nivel severo, ningún paciente mostro esta patología en un nivel severo.

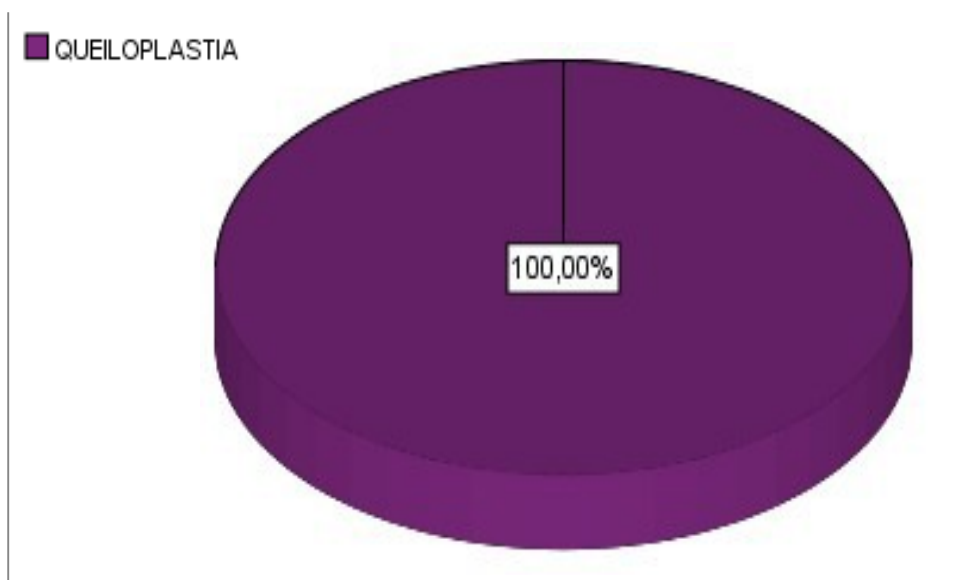
Tabla N° 9: distribución de pacientes según el tipo de tratamiento quirúrgico que siguieron para corregir las fisuras labiales.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA FISURA LABIAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	QUEILOPLASTIA	14	100,0	100,0	100,0

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas.

Gráfico N° 9: distribución de pacientes según el tipo de tratamiento quirúrgico que siguieron para corregir las fisuras labiales.



Solo 14 pacientes de los 41 estudiados presentaron fisura labial y de este grupo la totalidad optó por seguir el tratamiento quirúrgico denominado queiloplastía.

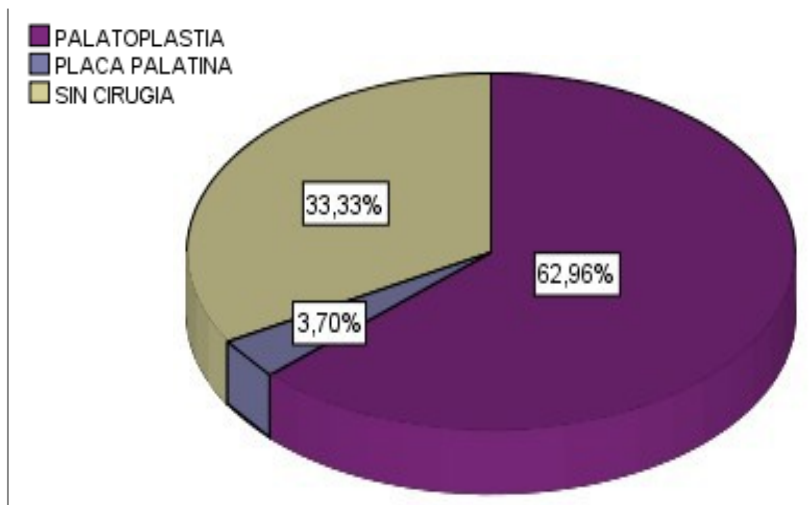
Tabla N° 10: distribución de pacientes según el tipo de tratamiento quirúrgico que siguieron para corregir la fisura de paladar.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA FISURA DE PALADAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PALATOPLASTIA	17	63,0	63,0	63,0
PLACA PALATINA	1	3,7	3,7	66,7
SIN CIRUGIA	9	33,3	33,3	100,0
Total	27	100,0	100,0	

FUENTE: ficha observacional obtenidas de historias clínicas.

Gráfico N° 10: distribución de pacientes según el tipo de tratamiento quirúrgico que siguieron para corregir la fisura de paladar.



De los 27 casos reportados que sufrieron trastorno en la formación del paladar, solo el 66.67% optó por un tratamiento y de éstos el 62.97% (17/27) siguió el camino de la palatoplastía, y el 3.70% (1/27) fue intervenido utilizando la placa palatina, y el 33.33% (9/27) todavía no se realizaron cirugía.

4.2 PRUEBA DE HIPOTESIS

4.2.1 Prueba de hipótesis para trastornos de formación del paladar según sexo

Tabla Nro. 1

Estadísticos de prueba	
SEXO	
Chi-cuadrado	2,951
gl	1
Sig. asintótica	,086

Fuente: Base de datos

$$X_C^2 = 2,951$$

$$X_t^2 = 3,8415$$

En la tabla Nro.1 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 1. La Chi - cuadrada calculada es igual a 2,951 menores a la Chi – cuadrada de la tabla 3,8415, por lo tanto se rechaza la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,086 es menor al 0,05 de margen de error.

4.2.2. Prueba de hipótesis para trastornos de formación del paladar según sexo masculino.

Tabla Nro. 2

Estadísticos de prueba

SEXO MASCULINO	
Chi-cuadrado	2,846
gl	2
Sig. asintótica	,241

Fuente: Base de datos

$$X_C^2 = 2,846$$

$$X_t^2 = 5,9915$$

En la tabla Nro. 2 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 2. La Chi - cuadrada calculada es igual a 2,846 menores a la Chi – cuadrada de la tabla 5,9915, por lo tanto se rechaza la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,241 es mayor al 0,05 de margen de error.

4.2.3 Prueba de hipótesis para trastornos de formación del paladar según sexo femenino.

Tabla Nro. 3

Estadísticos de prueba

SEXO FEMENINO	
Chi-cuadrado	,400
gl	2
Sig. asintótica	,819

Fuente: Base de datos

$$X_C^2 = 4,000$$

$$X_t^2 = 5,9915$$

En la tabla Nro. 3 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 2. La Chi - cuadrada calculada es igual a 4,000 menores a la Chi – cuadrada de la tabla 5,9915, por lo tanto se rechaza la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,819 es mayor al 0,05 de margen de error.

4.2.4 Prueba de hipótesis para trastornos de formación del paladar según lugar de procedencia.

Tabla Nro. 4
Estadísticos de prueba

LUGAR DE PROCEDENCIA	
Chi-cuadrado	38,634
gl	4
Sig. asintótica	,000

Fuente: Base de datos

$$X_C^2 = 38,634$$

$$X_t^2 = 9,4877$$

En la tabla Nro. 4 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 4. La Chi - cuadrada calculada es igual a 38,634 mayores a la Chi – cuadrada de la tabla 9,4877, por lo tanto se acepta la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,000 es menor al 0,05 de margen de error.

4.2.5 Prueba de hipótesis para trastornos de formación del paladar según diagnóstico del paciente.

Tabla Nro. 5

Estadísticos de prueba

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE	
Chi-cuadrado	2,976
gl	2
Sig. asintótica	,226

Fuente: Base de datos

$$X_C^2 = 2,9760$$

$$X_t^2 = 2,9915$$

En la tabla Nro. 5 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 2. La Chi cuadrada calculada es igual a 2,9760 menores a la Chi – cuadrada de la tabla 2,9915, por lo tanto se rechaza la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,226 es mayor al 0,05 de margen de error.

4.2.6 Prueba de hipótesis para trastornos de formación del paladar con diagnóstico de fisura labial según grado de severidad.

Tabla Nro. 6

Estadísticos de prueba

SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD FISURA DE LABIO	
Chi-cuadrado	9,571
gl	2
Sig. asintótica	,008

Fuente: Base de datos

$$X_C^2 = 9,571$$

$$X_t^2 = 5,9915$$

En la tabla Nro. 6 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 2. La Chi - cuadrada calculada es igual a 9,571 mayores a la Chi – cuadrada de la tabla 5,9915, por lo tanto se acepta la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,008 es menor al 0,05 de margen de error.

4.2.7 Prueba de hipótesis para trastornos de formación del paladar con diagnóstico de fisura de paladar según grado de severidad.

Tabla Nro. 7

Estadísticos de prueba

SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD FISURA DE PALADAR	
Chi-cuadrado	2,000
gl	1
Sig. asintótica	,157

Fuente: Base de datos

$$X_C^2 = 2,000$$

$$X_t^2 = 3,8415$$

En la tabla Nro. 7 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 1. La Chi - cuadrada calculada es igual a 2,000 menores a la Chi – cuadrada de la tabla 3,8415, por lo tanto se rechaza la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,157 es mayor al 0,05 de margen de error.

4.2.8 Prueba de hipótesis para trastornos de formación del paladar con diagnóstico de fisura mixta según grado de severidad.

Tabla Nro. 8

Estadísticos de prueba

SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD MIXTO	
Chi-cuadrado	16,000
gl	2
Sig. asintótica	,000

Fuente: Base de datos

$$X_C^2 = 16,000$$

$$X_t^2 = 5,9915$$

En la tabla Nro. 8 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 2. La Chi - cuadrada calculada es igual a 16,000 mayores a la Chi – cuadrada de la tabla 5,9915, por lo tanto se acepta la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,000 es menor al 0,05 de margen de error.

4.2.9 Prueba de hipótesis para tipo tratamiento quirúrgico para fisura labial.

Tabla Nro. 9

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA FISURA LABIAL

	N observado	N esperada	Residuo
QUEILOPLASTIA	14	14,0	,0
Total	14 ^a		

a. Esta variable es constante. La prueba de chi-cuadrado no se puede realizar.

En la tabla Nro. 9 Se presentan los valores observados y los valores esperados. De los resultados se percibe un valor constante, por lo tanto se acepta la hipótesis de la investigación debido a que en su totalidad los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico para fisura labial, esto sucede cuando los valores son totalmente homogéneos, lo que impide hacer una diferenciación para hallar una Chi-cuadrada.

4.2.10 Prueba de hipótesis para tipo de tratamiento quirúrgico en fisura de paladar.

Tabla Nro. 10

Estadísticos de prueba

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA FISURA DE PALADAR	
Chi-cuadrado	14,222
gl	2
Sig. asintótica	,001

$$X_C^2 = 14,222$$

$$X_t^2 = 5,9915$$

En la tabla Nro. 10 Se presentan los valores observados y los valores esperados que permitieron obtener el coeficiente de la Chi-cuadrada, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error igual al 0,05 y un grado de libertad igual a 2. La Chi - cuadrada calculada es igual a 14,222 mayores a la Chi – cuadrada de la tabla 5,9915, por lo tanto se rechaza la hipótesis de la investigación, además que el valor sig. Asintótico 0,001 es menor al 0,05 de margen de error.

4.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este estudio reportamos que el tipo de trastorno que se encontró con mayor frecuencia fue de tipo mixta (labiopalatina) y se encontró valores de 43.90% y además el sexo masculino fue el más afectado (63.41%), resultados que coinciden plenamente por los reportados por Ortiz, J. en el 2015 quien realizó un estudio en pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido e indica que la fisura labiopalatina se presentó con mayor frecuencia (72.2%) y que la incidencia fue mayor en el sexo masculino (56.2%). De la misma manera nuestro estudio es muy similar al reportado por Obando, G. en el 2011 quien realiza una investigación que titula “Incidencia de pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido atendidos en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito desde el año 2005 al 2010”, y obtiene resultados que indican que la presencia del mayor número de casos de malformaciones, se registraron en los niños (62,0 %) en relación a las niñas (38,0 %). Con relación a la presencia de malformaciones, se registraron un total de 163 casos; registrándose la menor incidencia en labio fisurado (9,2 %) y fisura palatina (23,9 %) y en mayor grado labio fisurado y fisura palatina (66,9 %). Asimismo nuestra investigación coincide con lo descrito por Gomez, R. y Lara, R. en el 2008 quienes reportan una investigación que titulan “Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006” y donde arriban a resultados que indican que se presentan los informes de nacimientos con labio y/o paladar hendido (CIE 10-Q35-Q37) por entidad y género correspondientes a los años 2003 a 2006 y se calculan las tasas por 1,000 nacidos vivos registrados para cada estado y nacional. En promedio, se reportaron 1,462 nacimientos anuales con estas patologías, con 32.02% mayor incidencia en hombres que en mujeres.

Recordando que en nuestra investigación reportamos mayor presencia de trastornos en la formación del paladar de forma mixta y esto también es corroborado por lo reportado por Periche, C. en el 2015 quien realiza una investigación que titula “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 arriban a resultados que se encontró que la mayor frecuencia de la malformación fue la fisura del paladar y labio leporino (fisura mixta) 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. Asimismo este estudio coincide con lo reportado por Torres, M. en el 2010, quien realiza un estudio titulado “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”, e indica que en sus resultados encontró que la prevalencia de Fisura labial y/o palatina (fisura mixta) fue de 0.17% es decir, 1.7 por cada mil recién nacidos vivos (RNV) y que además el género masculino es un factor de riesgo.

CONCLUSIONES

Conclusión general

- Al evaluar los pacientes que padecieron trastornos en la formación del paladar y que fueron registrados en historias clínicas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, de la provincia de Abancay y región Apurímac, durante los años 2010 a 2016 se observó que la mayor cantidad de pacientes padecieron trastorno en la formación del paladar de tipo mixto (fisura labial y palatina) llegando a valores de 43.90%, en segundo lugar se ubica el trastorno de fisura labial con un 34,15% y por último encontramos a la fisura palatina con un 21,95%. De todos estos pacientes que presentaron estas patologías el 78% siguió un tratamiento quirúrgico, habiendo hallado que la totalidad de los pacientes con fisura labial (34,15%) fueron intervenidos siguiendo la técnica quirúrgica de Queiloplastía; el 41.5% de los pacientes se le intervino siguiendo los procedimientos de la cirugía denominada Palatoplastía y solo a un 2.4% se le realizó la técnica quirúrgica utilizando Placa palatina, éstas dos últimas técnicas quirúrgicas se utilizaron indistintamente para tratar fisura palatina y fisura mixta.

Conclusiones específicas

- Según análisis de las historias clínicas se encontró un total de 41 pacientes que padecieron el trastorno en la formación del paladar, durante los años 2010 a 2016 en la Región Apurímac. De éstos el 63.41% (26/41) fueron de sexo masculino y el 36.59% (15/41) fueron de sexo femenino. De los 26 pacientes masculinos que presentaron trastorno en la formación del paladar, el 46,15% (12/26) padecieron este trastorno en forma mixta, sin embargo el 34,62% (9/26) mostraron solo fisura del labio y fisura del paladar se presentó en el 19.23% (5/26). De los 15 pacientes femeninos que presentaron trastorno en la formación del paladar, el 40% (6/15) padecieron este trastorno en forma mixta, sin embargo el 33,33% (5/15) mostraron solo fisura del labio y fisura del paladar se presentó en el 26.67% (4/15). De acuerdo al lugar de procedencia el

58,54% (24/41) son de Abancay, el 14,63% (6/41), de Aymaraes, 7,32% (3/41) de Cotabambas, 9,76% (4/41) de Grau y también con un 9,76% (4/41) los pacientes provenientes de Andahuaylas. Por otro lado, también se clasificó a los pacientes de acuerdo al tipo de trastorno en la formación del paladar que padecieron y éste análisis mostró que la mayor cantidad de pacientes padecieron trastorno en la formación del paladar de tipo mixto (fisura labial y palatina) llegando a valores de 43,90% (18/41), en segundo lugar se ubica el trastorno de fisura en labio con un 34,15% (14/41) y por último encontramos a la fisura palatina con un 21,95% (9/41). Asimismo, se encontró que de 14 pacientes que presentaron fisura labial, el 71,43% (10/14) fueron a un nivel leve, el 21,43% (3/14) padeció a un nivel moderado y el 7,14% (1/14) se encontró a un nivel severo. Analizando los 9 pacientes que presentaron fisura del paladar, el 66,7% (6/9) estuvieron en el rango de moderado y el otro 33,3% (3/9) en un nivel leve, ningún paciente mostro esta patología en un nivel severo. Del mismo modo encontramos 18 expedientes correspondientes a pacientes que presentaron fisura del paladar de tipo mixta, de los cuales el 77,78% (14/18) se clasificó en el rango de moderado, un 11,11% (2/18) a nivel leve y el otro 11,11% (2/18) en un nivel severo, ningún paciente mostro esta patología en un nivel severo.

- Solo 14 pacientes de los 41 estudiados presentaron fisura labial y de este grupo la totalidad optó por seguir el tratamiento quirúrgico denominado queiloplastía. De los 27 casos reportados que sufrieron trastorno en la formación del paladar, solo el 66,67% optó por un tratamiento y de éstos el 62,97% (17/27) siguió el camino de la palatoplastía, y el 3,17% (1/27) fue intervenido utilizando la placa palatina.

RECOMENDACIONES

Recomendamos a los estomatólogos y/o cirujanos dentistas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, tratar a la totalidad de los pacientes que sufren algún trastorno en la formación del paladar y de esta manera asegurar la calidad de vida de éstas personas.

Asegurar la calidad nutritiva de las gestantes en la región Apurímac, con la finalidad de disminuir la prevalencia de los trastornos en la formación del paladar.

Realizar un correcto registro de información en la historia clínica prenatal de las pacientes que padezcan dicha patología, 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; y así poder brindar información a futuras investigaciones.

Recomendamos brindar educación en salud a los pacientes con esta patología porque ellos se convertirán en futuros padres y presentaran este factor de riesgo.

Se recomienda publicar la investigación en la universidad para así incentivar a futuros odontólogos a realizar su especialización para tratar a dichos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Medline Plus. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 12. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/cleftlipandpalate.html>.
2. Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE). SECPRE. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 12. Available from: <https://secpres.org/pacientes/cirurgia-craneofacial/labio-y-paladar-hendido>.
3. Gómez García , Lara Navarro R. Incidencia de labio y paladar hendido en México:2003-2006. Revista ADM UNAM. 2008 Diciembre; LXV(6).
4. Masgo Torres MD. Malformaciones congénitas en recién nacidos vivos: morbimortalidad en el Honadomani San Bartolomé. Tesis de Título. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2003.
5. Periche Fiestas CLV. Frecuencia de neonatos con fisura del paladar y labio leporino en dos hospitales MINSA de la región Lambayeque durante el periodo 2012- 2014. Tesis de Título. Chiclayo - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de Odontología; 2015.
6. Ortiz Sánchez JE. Estudio de incidencia en pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido e indicadores de riesgo materno, en el hospital gineco - obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, en el periodo 2010-2015. Tesis de Título. Quito - Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología; 2015.
7. Vilariño Rodríguez RM. Indicadores del estado de salud bucodental en menores con fisura oral congénita y en escolares sanos. Tesis Doctoral. Madrid - España: Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid; 2013.

8. Rodriguez Cadet MB, Sanchez Guaita KA. Alteraciones dentarias según variación de número, tamaño y caries presentes en pacientes con labio y paladar hendido tratados por operación sonrisa Venezuela durante el período (2011 – 2012). Tesis de Título. San Diego - Venezuela: Universidad José Antonio Páez, Escuela de Odontología; 2013.
9. Obando Quiña GA. Alteraciones dentarias según variación de número, tamaño y caries presentes en pacientes con labio y paladar hendido tratados por operación sonrisa Venezuela durante el período (2011 – 2012). Tesis de Título. Quito - Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología ; 2011.
10. Rossell Perry. Evaluación de la técnica de doble rotación y avance superior en el tratamiento de la fisura labial unilateral. Tesis Doctoral. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana Unidad de Posgrado ; 2013.
11. Torres Durand MA. 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 de Título. Lima - Perú : E.A.P. De Odontología , Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2010.
12. Burgos Miranda JG. Utilidad de la queilorrinoplastía primaria en el tratamiento de la fisura labial unilateral con deformidad nasal, hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao, junio 2000, mayo 2001. Tesis de Título. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2004.
13. Fundación Wikimedia, Inc. Fisura Labial Wikipedia. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 10. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Labio_leporino.
14. Tresserra L. Ficat.info. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 10. Available from: <http://ficat.info/archivo3.pdf>.
15. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública. Fisura Labiopalatina.

2009. Serie de guías Clínicas MINSAL Chile.

16. Bonilla Álvarez. Desarrollo de las fisuras labio palatinas. Trabajo Fin de Grado Medicina. Zaragoza - España: Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza., Departamento de Anatomía e Histología Humanas.; 2015.
17. Universo belleza. Universo Belleza. [Online].; 2009 [cited 2016 Julio 30. Available from: <http://www.universobelleza.com/queiloplastia-quirurgica/>.
18. Figueroa Escobar. Plástica Facial. [Online].; 2008 [cited 2016 Julio 30. Available from: <http://www.plasticafacial.net/cirugia-labios/queiloplastia.html>.
19. Pérez M. Labio Leporino.org. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 11. Available from: <http://www.labioleporino.org/secuelas.html>.
20. Arquero P. Clínica de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 12. Available from: http://www.rinoplastia.eu/600_rinoplastia.htm.
21. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario Médico. [Online].; 2015 [cited 2016 Julio 30. Available from: <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/palatoplastia>.
22. Doctissimo. Doctissimo. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 29. Available from: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/palatoplastia.html>.
23. History & Maps. Encyclopedia Online. [Online].; 2015 [cited 2016 Julio 28. Available from: <http://www.lahistoriaconmapas.com/historia/definicion-de-palatoplastia/>.
24. León Pérez JA, Sesman Bernal AL, Fernández Sobrino G. Palatoplastia con incisiones mínimas. SciELO. 2009 Enero - Febrero - Marzo; 35(1).
25. Mallat Callís. Clínica Mallat. [Online].; 2016 [cited 2016 Julio 28. Available from: http://clinicamallat.com/05_formacion/art_cien/pro_par_r/ppr01.pdf.

26. Blooger. Blogger. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 30. Available from: http://proyecto1udefa2011.blogspot.pe/2011/10/poblacion-y-muestra_12.html].
27. Hernández Sampieri , Fernández Collado C, Baptista Lucio. Metodología de la investigación. Tercera ed. Roberto , editor. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.; 2003.
28. Rodrigues HLdR. Incidência de fistula após palatoplastia à Von Langenbeck com veloplastia intravelar estendida. Revista brasileira de cirugia plástica. 2015 Enero; 30(4).
29. Sommerlad B. A Technique for Cleft Palate Repair. Journal of the American Society of plastic surgeons. 2003 Noviembre; 112(6).

ANEXOS

1. INSTRUMENTOS

FICHA OBSERVACIONAL

EDAD.....SEXO M F LUGAR DE PROCEDENCIA.....

1.1. TRASTORNOS DE LA FORMACION DEL PALADAR

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE

FISURA DE LABIO			
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FISURA DE PALADAR			
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

MIXTO			
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD

FISURA DE LABIO	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
SEVERO	<input type="checkbox"/>

FISURA DE PALADAR	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
SEVERO	<input type="checkbox"/>

MIXTO	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
SEVERO	<input type="checkbox"/>

1.2. TIPO DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ELECCIÓN PARA FISURA LABIAL

1.- QUEILOPLASTIA

2.- RINOPLASTIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ELECCIÓN PARA FISURA DE PALADAR

1.- PALATOPLASTIA

4.- TÉCNICA DE WARDILL-KILNER

2.- PALATOPLASTIA DE FURLOW

5.- PLACA PALATINA

3.- TÉCNICA DE VON LANGENBECK

6.- SIN CIRUGÍA

2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TRASTORNOS DE LA FORMACIÓN DEL PALADAR Y TRATAMIENTO, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2010 AL 2016

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	Dimensiones	Indicadores	Índice	Técnicas e instrumentos	Metodología de la investigación
¿Cuáles son los trastornos de la formación del paladar y su tratamiento, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?	Determinar los trastornos de la formación del paladar y su tratamiento, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.	Los trastornos de la formación del paladar no supera el 0.05%, y de los cuales el 70% adquiere un tratamiento, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.	Variable Principal	Diagnóstico	Fisura labial	Leve Moderado Severo		
			Trastornos de la formación del paladar		Fisura de paladar	leve Moderado Severo		
					mixta	leve Moderado Severo		
Problema específico	Objetivo específico	Hipótesis específico	Sub Variable	Quirúrgico	Tratamiento quirúrgico fisura labial	-Queiloplastia -Rinoplastia	-HCLX -ficha observacional	
¿Cuál es el diagnóstico de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?	Identificar el diagnóstico de los trastornos de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.	El diagnóstico de Los trastornos de la formación del paladar en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016 es la fisura del labio.	Tratamiento		Tratamiento quirúrgico fisura Del paladar	-Palatoplastia -Palatoplastia de Furlow. -Técnica de Von Langenbeck. -Técnica de Wardill-Kilner - Placa palatina. -sin cirugía.		
¿Cuáles son los tipos de tratamiento quirúrgico utilizados, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?	Identificar los tipos de tratamiento quirúrgico utilizados, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.	Los tipos de tratamiento quirúrgico utilizados, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016 son la queiloplastia y palatoplastia.						
¿Cuál es el sexo en el que prevalece el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?	Identificar el sexo en el que prevalece el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016?	El sexo en el que prevalece el trastorno de la formación del paladar y tratamiento, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016? Es el sexo masculino.	Estrato social	Sexo	Masculino Femenino	%		
¿En qué lugar de procedencia se presenta mayor número de pacientes con trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016	Identificar el lugar de procedencia en el que prevalece el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016.	El lugar de procedencia en el que prevalece el trastorno de la formación del paladar, en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay, 2010 al 2016 Son los de la zona rural.		Lugar de procedencia	Urbano Rural	%		

3. OTROS



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU “

Abancay, 27 de Junio del 2016.

OFICIO N° 01 -2016-PESP/ESTOMATOLOGIA-ABANCAY./

SEÑOR:

DR: LUIS BELTRAN BARRA PACHECO.

**DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAS DE LA VEGA
ABANCAY – APURIMAC.-**

ASUNTO : Autorización para ingresar y obtener datos para realizar un trabajo de investigación sobre:

“Incidencia de Alternativas de Tratamiento en Pacientes con Trastornos de la formación del Paladar, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay. De: 2013-2015”.

Yo **SEQUEIROS PALOMINO PATTY ELIZABETH** , egresada de la carrera profesional de estomatología, de la universidad Alas Peruanas, identificada con DNI N° 31189375 con domicilio en el Jr. Lima 779 Me es grato dirigirme a Usted, y saludándolo cordialmente a nombre de la Escuela Académico Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay; y aprovechando el presente, solicitar por ante su despacho lo siguiente: facilitarme los reportes mensuales de los pacientes con Fisura Labial y Fisura del Paladar, Historias Clínicas del Servicio de Ginecoobstetricia de dichos pacientes cuyos objetivos son: Identificar la incidencia de trastornos de la formación del paladar en pacientes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega Abancay, de los periodos de 2010 al 2015, y así Identificar las alternativas de tratamiento en pacientes con trastornos de la formación del paladar 2010 al 2015.

Me suscribo a Usted., señor Director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; y en el marco del cumplimiento de la Catedra de taller de Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista, tenga a bien de brindarme toda la facilidad para obtener dicha información.

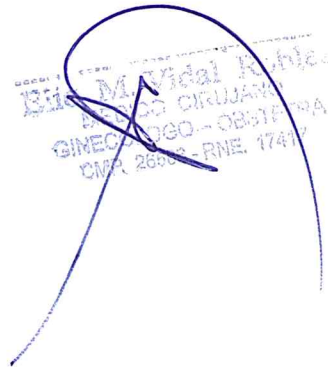
Sin otro en particular hago propicia la oportunidad, para manifestarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.



Patty Elizabeth Sequeiros Palomino

DNI 31189375

Atentamente,



El Dr. M. Vidal R. R. R.
Especialista Cirujano
GINECOLOGO-OBSTETRA
C.M.P. 26500 - R.N.E. 17400

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Abancay, 25 de julio de 2016.

INFORME N° 01-2016-PESP-AB./

INGENIERO: FRISHER ARCE ACOSTUPA

**JEFE DEL AREA DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL
REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA.**

DE : PATTY ELIZABETH SEQUEIROS PALOMINO

CIUDAD

**ASUNTO : INFORME SOBRE EL DESARROLLO DE RECOLECCION DE
DATOS A TRAVES DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES
CON FISURA DE LABIO Y FISURA DE PALADAR EN SU
DESPACHO.**

.....

Es grato dirigirme a su respetable Despacho, para hacerle llegar el informe sobre **el desarrollo de recolección de datos a través de Historias Clínicas de Pacientes con Fisura de Labio y Fisura de Paladar realizado en su despacho**; detallándose de la siguiente manera:

PRIMERO.- Que, previa coordinación con su despacho y atendiendo al oficio N° 01-2016-PESP/ESTOMATOLOGIA-ABANCAY, de fecha 27 de junio, inicie el desarrollo de recolección de datos, el día 11 de julio del presente, desarrollando lo siguiente:

1. Asistencia a la hora pactada desde el día 11 de julio al 15 de julio del presente.
2. Recojo de 10 historias clínicas por día, del área de archivo a su despacho.
3. Recolección de datos a través de las historias clínicas de los pacientes con fisura de labio y fisura de paladar a las fichas observacionales.

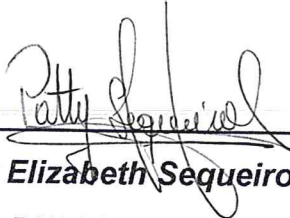
Conclusiones:

El trabajo desarrollado de manera profesional y responsable; es cuanto cumplo en informar a Ud., en honor a la verdad para los fines consiguientes. .

VISTO BUENO

Hospital Regional de Urgencias de la Región de Murcia
Ing. Filisbar L. Arce Acosta
Jefe de Estabilidad e Infección

Atentamente



Patty Elizabeth Sequeiros Palomino
DNI 31189375