



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

Prevalencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos atendidos  
en el Hospital II-2 Santa Rosa – Piura, en los años 2017 al 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
CIRUJANO DENTISTA

**AUTORA:**

Quinde Lozada, Tirza Isabel (ORCID: 0000-0001-9010-5102)

**ASESOR:**

Mg. Rondán Cueva Luis Angel (ORCID: 0000-0002-8680-9446)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Promoción de la salud y desarrollo sostenible

PIURA – PERÚ

2022

## **DEDICATORIA**

A mi madre, Rosa Isabel Lozada Zapata, por siempre apoyarme y estar conmigo en cada momento de mi existencia, sobre todo en los momentos más difíciles; siendo cariñosa y un ejemplo a seguir como profesional y como una gran madre.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitir que culmine mi carrera profesional, a mi querido hermano Bendavid y a mis tías Chachi y Elsa Lozada, que siempre estuvieron brindándome una mano amiga y un abrazo afectuoso.

## Índice de contenidos

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras .....	vi
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	3
III. METODOLOGÍA .....	12
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	12
3.2. Variables y operacionalización .....	12
3.3. Población, muestra y muestreo.....	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	13
3.5. Procedimientos .....	13
3.6. Método de análisis de datos.....	14
3.7. Aspectos éticos.....	14
IV. RESULTADOS .....	15
V. DISCUSIÓN .....	19
VI. CONCLUSIONES.....	19
VII. RECOMENDACIONES .....	22
REFERENCIAS .....	23
ANEXOS.....	23

## Índice de tablas

Tabla 2. Prevalencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos. ....	15
Tabla 3. Prevalencia por año de nacimiento de los niños nacidos con fisuras orofaciales.....	16
Tabla 4. Prevalencia de niños nacidos con fisuras orofaciales, según la edad de la materna.....	17
Tabla 5. La Prevalencia de niños nacidos con fisuras orofaciales, según género.	18
Tabla 1. Operacionalización de variables.....	30

## Resumen

Algunos defectos de nacimiento son el labio leporino y el paladar hendido. Corresponden con los defectos congénitos que muestran la mayor prevalencia. En primer lugar, se observa una fisura o desprendimiento en el labio superior, y la última se característica también está presente en el labio leporino; En ambos casos, se debe a una integración incompleta del feto.<sup>1</sup> En esta investigación, como objetivo principal se planteó determinar la prevalencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos. Para este estudio se siguió un diseño de tipo no experimental descriptivo transversal, el cual fue desarrollado en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura, en el transcurso de los años 2017 al 2019. La población la constituyeron 10,585 recién nacidos atendidos y solo el 0.1% (10) neonatos presentaron fisuras orofaciales; con relación al año de nacimiento de los pacientes con lesiones orofaciales, en el 2017 nacieron 4 (40%), en el 2018 nacieron 2 (20%) y en el 2019 nacieron 4 (40%); y fue el sexo masculino que presentaron mayor número de pacientes con fisuras orofaciales.

**Palabras claves:** Prevalencia, fisuras orofaciales.

## **Abstract**

Some birth defects of interest are cleft palate and cleft lip. They correspond to the most prevalent congenital malformations. At first a fissure or separation is observed in the upper lip. This last feature is also present in the cleft lip; in both cases it is attributed to incomplete fusion in the embryo.<sup>1</sup> In this research, the main objective was to determine the prevalence of orofacial clefts in newborns. For this study, a cross-sectional descriptive experimental design was followed, which was developed at Hospital II - 2 Santa Rosa - Piura, during the years 2017 to 2019. 0.1% (10) of the neonates presented orofacial clefts; regarding the year of birth of patients with orofacial injuries, in 2017, 4 (40%) were born, in 2018, 2 (20%) were born, and in 2019, 4 (40%) were born; and it was the male sex who presented a greater number of patients with orofacial clefts.

**Keywords:** Prevalence, orofacial clefts.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, en sus aspectos conceptuales, resalta que los defectos se definen como fallas congénitas y en la estructura o función (como anomalías de tipo metabólico), presentes desde el nacimiento.<sup>2</sup>

Estas condiciones incluyen diferentes tipos de trastornos prenatales. Estos incluyen defectos genéticos, cromosómicos y de un solo gen, y problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes causadas por teratógenos ambientales.<sup>1</sup>

Se ha reportado que, en el 66,86% de los casos de niños con labio leporino, la madre tenía antecedentes médicos en el primer trimestre del embarazo. Durante este período, el 53% usaba alguna droga y el 27,4% era adicto a alguna.<sup>3</sup>

La república del Perú, toma en cuenta el modelo de clasificación propuesto por Kernaham y Stark. De un total de 37.213 nacimientos, se detectaron 44, con una tasa de 1 en 1.000 nacimientos. Del labio leporino y paladar hendido la prevalencia es 68%.<sup>4</sup>

La evidencia científica no demuestra asociación con los grupos etarios de la madre de neonato. Los hombres (54,55%) con más frecuencia que las mujeres (45,5%) y el 40,9% de los casos están relacionados con otras malformaciones. El paladar hendido es considerado como problema en la salud pública y es económico y psicológicamente perjudicial.<sup>29, 34</sup>

En la práctica profesional, la investigadora ha observado que muchas personas, especialmente padres y familiares, no comprenden la causa del problema; muchas preguntas, frustraciones y otros sentimientos surgen cuando se trata de un niño con un defecto de nacimiento.

Este trabajo de investigación es importante porque brinda información local y actualizada, teniendo en cuenta datos fácticos y de integración social y el aporte de la estadística y la etiología, para informar las medidas necesarias para prevenir y controlar estas situaciones. Además, permite el diagnóstico a tiempo



y el tratamiento adecuado de estas anomalías, así como la profilaxis en el control prenatal y posnatal. Por otro lado, este estudio es la base para futuras investigaciones que profundicen en las cuestiones relacionadas con este tema. No se planteó ninguna hipótesis ya que el estudio fue simplemente descriptivo.

Por lo expuesto anteriormente, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de fisuras orofaciales en recién nacidos atendidos en el Hospital II-2 Santa Rosa – Piura en los años 2017 al 2019?

Esta investigación tiene como objetivo general determinar la prevalencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos atendidos en el En El Hospital II – 2 Santa Rosa - Piura, en los años 2017 al 2019 y los objetivos específicos son la determinación de la prevalencia por año de nacimientos de los niños nacidos con fisuras orofaciales en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura, en los años 2017 al 2019, determinar la prevalencia de niños nacidos con fisuras orofaciales, según la edad de la materna en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura, en los años 2017 al 2019, determinar la prevalencia de niños nacidos con fisuras orofaciales, según género en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura, en los años 2017 al 2019.

## II. MARCO TEÓRICO

Regalado D. & Cerquín H <sup>28</sup> (2019), en Cajamarca, explicó cómo se determinó la prevalencia de labio leporino y paladar hendido en una muestra de 70 documentos clínicos, así como es una investigación descriptiva, transversal y retrospectiva. Los resultados de la encuesta son los siguientes: la tasa de incidencia en 2015 fue del 7,6%, en 2016 fue del 4,38%, en 2017 fue del 5,2% y en 2018 fue del 3,5%.

Plascencia E. <sup>6</sup> (2017), ejecutó una investigación de tipo observacional y analítico, con el propósito de establecer los elementos que se asocian a casos de fisura labial y/o palatina en neonatos. Los resultados que obtuvo fue que la fisura de mayor frecuencia fue la labial y paladar hendido con un 59%, y fue en varones la mayor frecuencia. No encontró diferencia significativa con relación a la vía de terminación del embarazo, enfermedades agudas, ingesta de medicina o alcohol. Finalmente concluyó que las enfermedades crónicas durante la gestación, la edad avanzada de la madre y antecedentes familiares son los elementos de riesgo influyentes para la presencia de fisura labial y/o palatina

Navarrete E. et al <sup>7</sup> (2017) ejecutó un trabajo de tipo descriptivo y retrospectivo, cuyo propósito de evaluar la prevalencia de neonatos con fisura labial con o sin paladar hendido. Los resultados concluyeron que entre 14 842 105 nacimientos en 2008-2014, la incidencia de LF y LPF aumentó ligeramente de 2,4 y 2,5 en 2008 a 3,0 por 10 000 nacimientos en 2014 y 3,0. Ambas, LF LPF, incidencia 6.0 en 2014.

Sanchez L <sup>8</sup> (2017), en su investigación tuvo la finalidad de establecer la prevalencia de niños con presencia de fisura orofacial y los elementos asociados de los asistentes de un nosocomio regional. Fue de tipo retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo. La muestra contó con 51 documentos clínicos. Los resultados que obtuvo fueron que la fisura de mayor prevalencia fue labio alveolar palatina izquierda con un 25.5%, y fue el sexo femenino el de mayor prevalencia con el 43.5%; además entre los factores asociados encontró al consumo de tabaco, alcohol, drogas, sustancias tóxicas, grupo etario de los progenitores, etc.

Gonzales L, Tafur D. <sup>10</sup> (2019), su estudio tuvo como propósito establecer la prevalencia de las fisuras labio alveolo palatina en los asistentes al programa, que fue transversal, observacional, descriptivo, con una muestra de 126 documentos clínicos. Los resultados que obtuvieron fue que el sexo de mayor prevalencia fue masculino con un 64.29%, y que además pertenecían al grupo etario de 0 a 5 años; así también la fisura con mayor prevalencia fue la transforamen unilateral con un 46.83%, y fue el lado izquierdo el de mayor prevalencia de casos con un 36.54%, con relación a la complejidad de la lesión el 88.10% fueron fisuras completas, de las cuales el 45.24% fueron unilateral y el 23.81% bilateral.

Cazar et al. <sup>10</sup> (2019), en su estudio establecieron la prevalencia de la fisura labio alveolo palatina (FLAP), en las ciudad de Ecuador, entre 2010 al 2018. Fue un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal. Los resultados que obtuvieron fueron: la frecuencia de la lesión fue de 14.94/10 000 neonatos vivos, además fueron 1132 pacientes atendidos con FLAP durante los años 2010 al 2018, siendo la lesión más frecuente en varones con el 61.68%.

Arévalo M & Sanchez L. <sup>33</sup> (2017), realizaron un estudio retrospectivo para determinar la frecuencia de fisuras orofaciales en neonatos y su relación con la localización anatómica y el sexo del neonato. Encontraron que la lesión más común fue el labio leporino (49%), seguido del labio leporino y paladar hendido (48%) y finalmente el labio leporino (3%). Según la localización de la lesión, el labio leporino fue el más común 71,4%, labio leporino en el centro (46,6%), labio leporino y paladar hendido del lado izquierdo (71,1%). En cuanto al género, la tasa de fisura labiopalatina en mujeres es de 4,7%, labio leporino de 55,7% y fisura labial y palatina de 39,6%, labio leporino de 1,5% en hombres, 44,4% de fisura palatina y labio leporino y paladar hendido. 54,1%

Para sustentar esta investigación, el término prevalencia es la cantidad de casos de una enfermedad o evento en una población durante un período de tiempo determinado.<sup>11</sup> Dado que una persona solo puede estar sana o enferma en relación con cualquier enfermedad.<sup>12</sup> Se conocen dos tipos de prevalencia; la prevalencia puntual, que es el porcentaje de personas que han experimentado un evento clínico (caso) en un momento dado.<sup>11</sup> Esto es

ocurrencia de por vida y determina la probabilidad de que una persona desarrolle la enfermedad en algún momento de su vida.<sup>5</sup> El otro tipo de prevalencia es la del período, conocida como tasa de casos. Se tienen en cuenta los que han estado enfermos en las etapas anteriores y siguen siendo CASO (existentes y nuevos).<sup>11</sup> Cada persona representada en la molécula ha tenido la enfermedad en algún momento durante un cierto período de tiempo. 4 El problema en el cálculo de este cálculo es que la población total estudiada puede haber cambiado durante el período censal. En general, el denominador poblacional corresponde a la mitad del período de tiempo en cuestión. La incidencia no es cronológica, nunca es inferior a 0 ni superior a 1, y suele expresarse en porcentaje, por ciento o por mil, según la "rareza" de la enfermedad que se estudia.<sup>5</sup>

Un defecto del desarrollo es una anomalía o deformidad causada por un trastorno del desarrollo embrionario. La ciencia que estudia estos problemas se llama teratogenicidad. La malformación puede estar presente al nacer, manifestarse más tarde o ser tan grave que el feto no pueda sobrevivir. Las deformidades son lesiones graves por el grado de discapacidad que provocan y por lo frecuentes que son. Algunos creen que el labio leporino y el paladar hendido se remontan al año 2000 a.C.<sup>13</sup> También se sabe que las fisuras en los cactus han influido en los humanos desde tiempos prehistóricos.<sup>4</sup> Además, EE. UU. También informó que la estatua de cerámica del Rey de 2000 años de antigüedad tiene labio leporino y paladar hendido.<sup>15</sup> En el país los mochicas siguen maravillados con el labio leporino de los retratos de huacos. Estos son elementos de la naturaleza, incluido el rayo, que, cuando cae cerca de una madre embarazada, crea las distorsiones de una nueva vida.<sup>4</sup>

Epidemiológicamente, la fisura labiopalatina es una patología congénita grave que daña un aproximado de 1 por cada 750 a 1000 bebés en los Estados Unidos. <sup>16, 39</sup> El labio leporino y el paladar hendido son las anomalías craneofaciales congénitas más comunes. Estas malformaciones son causadas por defectos en el embrión durante el desarrollo facial entre las semanas 4 y 12 del embarazo.<sup>26, 38</sup> El tratamiento o la corrección de estas patologías suele requerir un sin número de operaciones realizadas por equipos

multidisciplinarios que encaminan intervenciones correctoras para los niños necesitando seguimiento y monitoreo en etapas de vida posteriores a la que se realiza la primera intervención.<sup>18</sup> En términos de anatomía y cambios en el labio leporino unilateral y bilateral, se retrasa el desarrollo del maxilar superior, el músculo y el esqueleto se insertan incorrectamente y la nariz y los labios se deforman.<sup>14</sup> por lo tanto, la función de un labio leporino variará según el grado en que la fisura esté estructuralmente relacionada. La clasificación anatómica de esta malformación va de leve a grave según el grado de afectación.<sup>18, 36</sup>

Labio leporino unilateral, mandíbula anterior hacia arriba y protuberante. El tabique está desviado hacia un lado sin cortar, el lado hendido ensancha las fosas nasales y comprime, el otro lado contiene tejido muscular normal que tira y deforma los labios, estas fibras están fuera de la base de la nariz, las raíces de los dientes. y columela; su filtrum, tiene una diferencia evidente, está acortado.<sup>14</sup> Debido a la deformación de los músculos, la cara lateral de la hendidura está aplanada e hipertrofiada, y su implantación externa es más baja,<sup>18</sup> Ambas fosas nasales están bloqueadas: una en el frente del lado sin hendidura y la otra en la parte posterior del lado con hendidura.<sup>9, 40</sup>

El labio leporino no tiene elevación, por lo que la línea mucosa y la parte mucosa de los labios están inclinadas hacia la nariz.<sup>18</sup> Esto da como resultado un labio completamente asimétrico con labio leporino bilateral, que tiene tres segmentos maxilares, bilaterales y uno medial, correspondientes al maxilar.<sup>14</sup> Siempre ha habido subdesarrollo en esta zona central. El labio anterior no tiene altura sobre la piel parcial o parte de la mucosa está subdesarrollado<sup>18</sup> El hueso alveolar contiene los incisivos y se conecta con el tabique nasal y el hueso alveolar. La parte central del labio se llama prolabio. Se encrespa y muestra hipoplasia de altura. La sección media no contiene músculos a excepción de los haces. La columela está significativamente acortada y clínicamente ausente, pero no anatómicamente evidente.<sup>9</sup> El etmoides y el filtral no están claramente desarrollados, ni las partes centrales del músculo circular están desarrolladas (no hay músculo anterior).<sup>18</sup>

Los problemas de labio leporino y paladar hendido ocurren entre la sexta y la décima semana de vida embrionaria. La combinación de lesiones de inserción

adecuada y displasia afecta el labio superior, el proceso alveolar, los tejidos blandos y los componentes óseos del paladar duro y blando.<sup>9</sup> A pesar de extensos estudios epidemiológicos y genéticos, la etiología y la fisiopatología del labio leporino y el paladar hendido siguen siendo un misterio. El 25-30% de los casos de labio leporino y paladar hendido tienen antecedentes familiares, por lo que existe un 20-25% de posibilidades de que un niño nacido de un padre deforme también tenga una deformidad. La herencia es poligénica o multifactorial ya que está asociada con el resultado de una interacción compleja entre un número de variantes genéticas que actúan a través de efectos sinérgicos. Este patrón de herencia no sigue las leyes mendelianas, y las probabilidades de diferencia entre gemelos homocigóticos oscilan entre el 40 % y el 60 %.<sup>15, 37</sup>

Las causas de las fisuras es multifactorial. Por lo tanto, los factores causales se pueden dividir aproximadamente en factores ambientales y factores genéticos.<sup>17</sup> Al analizar la patogenia del labio leporino y paladar hendido, se encontró que existe esencialmente una herencia poligénica o multifactorial, ya que está asociada a un número variable de genes "más pequeños" (poligénicos) que actúan a través de efectos sinérgicos identificador, a menudo denominado susceptibilidad genética a factores ambientales.<sup>9, 35</sup>

En diferentes familias, pueden ser causados por mutaciones en diferentes genes involucrados en el desarrollo de los labios. En tales casos, el riesgo genético debería ser bastante fácil de determinar. En otras familias, el labio leporino puede ser el resultado de la actividad combinada de múltiples genes. A través de cambios genéticos y cromosómicos, responde a solo el 30% de los afectados, mientras que el resto se atribuye a algún factor adverso del medio uterino al que está expuesto el feto durante la infancia.<sup>19</sup> Sin embargo, el 60-70% tiene antecedentes familiares negativos, pero cuando una pareja sana tiene un bebé con este defecto, la probabilidad de recurrencia aumenta si tienen más hijos.<sup>15</sup> Los factores ambientales que pueden influir significativamente en el desarrollo fetal incluyen todo, desde la edad materna hasta el uso de medicamentos antiepilépticos, el tabaquismo y el consumo de alcohol durante el embarazo.<sup>17</sup> Durante el crecimiento y el desarrollo prenatales, investigan una

serie estrechamente coordinada de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos. Cualquier interrupción o cambio en este patrón puede causar defectos de nacimiento.<sup>20, 32</sup>

El desarrollo de la cabeza ocurre durante las primeras etapas de formación embrionario, es complejo y está controlado por la genética. Los procesos genéticos, moleculares y celulares deben sintonizarse en el tiempo y el espacio para culminar en una estructura tridimensional.<sup>8</sup> Un grupo de células pluripotentes conocidas como células de la cresta neural craneal (CNCC) son fundamentales para el desarrollo facial. Estas se desprenden del tubo neural en desarrollo y migran a la nasofaringe en desarrollo.<sup>30</sup> El desarrollo facial es uno de los eventos más complejos, ya que está coordinado por una gran cantidad de moléculas que actúan repetidamente en diferentes etapas del desarrollo. Uno de los primeros eventos más importantes en la formación de facetas es la formación y migración de las células de la cresta neural (NCC). Cuando las células de la cresta neural llegan a su destino en la protuberancia y forman protuberancias visibles en la cara, el desarrollo depende del crecimiento, la expansión y la conducción de estas protuberancias.<sup>31</sup> El primer evento en la formación del complejo craneal es la división del ectodermo craneal en regiones neurales y no neurales, ya que esto formará la cresta neural craneal (CNCC). Los NCC son un grupo de células ubicadas en este límite neuronal/no neuronal que tienen características mesenquimales y son migratorias bilateralmente. En respuesta a cambios en el tipo celular, los NCC expresan Snail, un factor de transcripción que regula la transición ectodérmico-mesenquimatoso. El CNCC migra lateralmente y finalmente entra en contacto con el endodermo faríngeo para formar el tejido faríngeo. En la región facial, los NCC producen una variedad de tejidos, que incluyen cartílago, hueso, músculo, vasos sanguíneos y dentina, pulpa y cemento dental.<sup>31</sup>

NCC es la primera nasofaringe. La cara embrionaria consta de cinco protuberancias individuales que rodean una boca primitiva.

Existen varias clasificaciones de labio leporino y paladar hendido, siendo una de las primeras la propuesta por Davis y Ritchie en 1922. En la actualidad, la clasificación más aceptada se basa en criterios embriológicos. Según este

punto de vista, el paladar se fracciona en dos categorías: el paladar primario y el paladar secundario. El maxilar principal se origina en los premolares e incluye el labio superior, el hueso nasal, la reabsorción ósea donde se encuentran los cuatro incisivos y la mandíbula anterior a la abertura del incisivo. El segundo paladar está formado por los restos del paladar duro, situado detrás de la hendidura, y el tercio posterior del paladar: el paladar blando o paladar blando, con la úvula posterior y media. En base a esto, en muchos servicios de cirugía dental pediátrica se utilizan las siguientes clasificaciones: <sup>15</sup> Clase I: hendidura en el paladar principal (labios y/o mandíbula anterior). Clase II Fisura de segundo grado en el paladar secundario. Clase III paladar hendido primario y secundario.

El nivel del compromiso del labio y paladar hendido puede variar, a partir de modos vestigiales hasta formas enormemente complejas; además de la gran diversidad morfológica que pueden presentar, debido a que involucran la deformidad de 4 estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, junto con la probabilidad de que la afección pueda ser unilateral o bilateral.<sup>17</sup> Debido a esto es muy difícil encontrar una clasificación universal de estas patologías.<sup>8</sup> En este proceso se descubrieron patrones de clasificación según diferentes criterios: embriológicos, anatómicos, dentales y quirúrgicos. Por esta razón, a continuación, se resumen ciertas divisiones más importantes y comúnmente usadas. La clasificación de Kernahan-Stark se menciona con frecuencia en varios artículos revisados por pares, que propone un diagrama de grietas en forma de "Y".<sup>17</sup>

De estas recomendaciones<sup>13</sup>, se recomienda un suplemento diario de 1 mg de ácido fólico para las madres cuyos hijos o hijas tengan labio leporino, paladar hendido o labio leporino, incluidas las madres que reciben asesoramiento genético para sus hijos o hijas con factores de riesgo de fisura labial. labio leporino (no sindrómico) labio leporino y paladar hendido (no sindrómico) Para reducir la posibilidad de nuevas deformidades mandibulares en embarazos posteriores, se debe realizar un examen de detección Ultrasonido de rutina para



evaluar el paladar hendido y ultrasonido 2D para detectar el paladar hendido en pacientes de bajo riesgo de 20 a 25 semanas utilizando Sagittal Median, proyección transpalatal y frontal, utilizando ecografía 3D para cribar a pacientes con alto riesgo de fracturas mandibulares (con antecedentes familiares de fracturas faciales o sospecha de fracturas faciales en el diagnóstico inicial, pacientes derivados a equipo interno y su familia, que tratarán al recién nacido después del nacimiento, en un paciente con FLP con otra discapacidad del desarrollo, pruebas genéticas adicionales, n El cromosoma 22 y FISH se incluyen en las pruebas genéticas para evaluar la audición de todos los recién nacidos, utilizando el potencial automático del tronco encefálico (A-BEAT) para bebés con labio leporino, paladar hendido y paladar hendido e Iniciar psicoterapia prenatal.

El cuidado de las personas con fisuras debe comenzar desde el nacimiento. Los cirujanos ortopédicos comienzan a tratar a pacientes con labio leporino en la infancia y en casi la totalidad de los casos, completan la cirugía ortopédica final en la edad adulta.<sup>21</sup>

Tiene métodos de prevención y rehabilitación, y en prevención primaria, toda mujer en edad fértil que pudiera quedar embarazada debe consumir 400 microgramos de vitamina B9 diarios. Algunos estudios han entregado evidencia científica, de que usar vitamina B9 en etapas preconcepcionales y etapas iniciales del embarazo (primer trimestre), disminuye la probabilidad de que los neonatos padezcan este tipo de malformaciones o defectos.<sup>27</sup>

Las mujeres que se embarazan en edades avanzadas tienen mayor probabilidad de ser víctimas de mortalidad materna o perinatal.<sup>13</sup> La edad es un precursor biogeográfico que determina factores de riesgo en el ser humano a lo largo de la vida, en la mujer es muy resaltante la etapa denominada como edad reproductiva. Esta etapa se caracteriza por la capacidad de la mujer para ovular y quedar embarazada.<sup>22</sup>

El embarazo, a pesar de ser una condición biológica, pone a la mujer, el feto y el bebé en mayor riesgo de enfermedad o muerte. La gestación que ocurre en edades menores a 20 años y en mujeres mayores de 35 años incrementa los

riesgos para la madre y el bebé por nacer. Las gestaciones en mujeres con menos de 20 años o en la adolescencia, además del mayor riesgo biológico, también presenta un riesgo social para el lactante y para la madre, lo cual es un aspecto importante de la salud comunitaria.<sup>22</sup> El límite superior de edad para el tratamiento de pacientes embarazadas de edad avanzada varía con la edad y sigue siendo una fuente importante de controversia hasta el día de hoy. Sin embargo, generalmente se acepta que las mujeres que dan a luz cerca de la edad fértil tienen mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna y fetal, aunque no se puede determinar si esto está relacionado con la edad.<sup>23</sup>

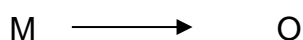
### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Este estudio es fundamental debido a que busca hacer avanzar la ciencia y ampliar el conocimiento teórico sin preocuparse directamente por sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas. El proyecto no es experimental porque los investigadores se limitan a observar los eventos sin interferir en ellos.<sup>24</sup>

No experimental Descriptivo transversal, porque serán detallados los datos tal como se vayan presentando, sin modificarlos, en un mismo tiempo.<sup>25</sup>

El bosquejo es el siguiente:



Dónde M es la muestra y O es la observación

El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de labio leporino en neonatos atendidos en el Hospital En El II - 2 Santa Rosa - Piura, del 2017 al 2019.

#### 3.2. Variables y operacionalización

Las variables fueron: (TABLA N°1)

- ✓ Prevalencia de las fisuras orofaciales
- ✓ Edad de la madre
- ✓ Sexo del recién nacido

#### 3.3. Población, muestra y muestreo.

Población incluyendo el total de lactantes atendidos en el Hospital II - 2 Santa Rosa durante 2017-2019, según lo informado por el área de estadísticas del mismo establecimiento que se puede verificar en el sitio web del centro medican (Gráfico 5)

La muestra del estudio estuvo compuesta por 10 lactantes que fueron atendidos en el Hospital II - 2 Santa Rosa en el período 2017-2019, presentaron labio leporino y cumplieron con los criterios de selección. El patrón de muestreo no es probabilístico en su muestra.

En los criterios de inclusión, las historias clínicas neonatales contenían los datos necesarios para la evaluación y los criterios de exclusión incluyeron a los recién nacidos atendidos fuera del Hospital Santa Rosa II - 2 y las historias clínicas inadecuadas.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para recolectar los datos se usó como técnica el análisis de documentos y un formulario de recolección de datos (Anexo 01) elaborado como herramienta de recolección de datos, que consta de dos partes:

- ✓ Datos del recién nacido con fisuras orofaciales
- ✓ Edad de la madre del recién nacido con fisuras orofaciales

La validación del dispositivo fue realizada por tres profesionales médicos con conocimientos en el tema. (Anexo 02)

Para garantizar la confiabilidad, se realizó un examen piloto en un hospital donde apareció un bebé con paladar hendido en 2017-2019.

### **3.5. Procedimientos**

Luego de establecer las bases teóricas, se procedió a solicitar el permiso correspondiente mediante una solicitud dirigida al director del Hospital para poder extraer los datos necesarios del archivo clínico del nosocomio.

La solicitud fue presentada al Dr. Raúl González Navarro, jefe del Hospital II-2 Santa Rosa, en el mes de noviembre-2021. (Anexo 05). Luego la secretaria de OADI del nosocomio en mención, derivó a la investigadora con el Dr. Franco Ernesto León Jiménez, quien es el encargado de las investigaciones en el Hospital.

Una vez aprobado el permiso para la realización del estudio, por todas las áreas encargadas, se dirigió el área de estadística, lugar en donde se encontraban los archivos clínicos que contenían la información que se necesitaba para la investigación.

Finalmente, se procedió al llenado de las fichas según los casos encontrados de recién nacidos con fisuras orofaciales, así como los datos correspondientes de sus respectivas madres. Recopilando los datos en una tabla de base de datos que fueron procesados por un profesional estadístico para los resultados del estudio.

### **3.6. Método de análisis de datos**

La información obtenida se procesa mediante programas informáticos, por ejemplo, Excel, SPSS versión 26, y los resultados se presentarán posteriormente en el cuadro estadístico. El tratamiento de la información se hizo por medio de estadística descriptiva a través de prevalencias.

### **3.7. Aspectos éticos**

Este estudio utilizó la historia clínica de los bebés seleccionados con la aprobación previa de la dirección del hospital, y cuando los formularios de recolección de datos se procesaron en una secuencia específica, los pacientes quedaron en completo anonimato.

#### IV. RESULTADOS

Determinación de la prevalencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos atendidos en el En El Hospital II – 2 Santa Rosa - Piura, en los años 2017 al 2019.

Tabla 1. Prevalencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos.

<b>Recién nacidos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sin fisuras orofaciales	10,575	99
Con fisuras orofaciales	10	0.1
Total de recién nacidos	10,585	100

**Fuente:** Elaboración propia a base de datos tomados la ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 2 se ve que el 99,9% de los bebés nacen vivos sin hendidura, mientras que el 0,1% de los bebés nacen con hendidura. Estos resultados nos indican que la tasa sea de 0,1 por 100 nacidos vivos o de 1 por 1000 nacidos vivos.

Determinación de la prevalencia por año de nacimiento de los niños nacidos con fisuras orofaciales en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura, en los años 2017 al 2019.

Tabla 2. Prevalencia por año de nacimiento de los niños nacidos con fisuras orofaciales.

<b>Año de nacimiento</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
2017	4	40
2018	2	20
2019	4	40
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia a base de datos tomados la ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 3 señala que en el 2017 se presentó el 40% de los casos, en el 2018 se presentó el 20% y en el 2019 se presentó el 40%.

Determinación la Prevalencia de niños nacidos con fisuras orofaciales, según la edad de la materna en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura, en los años 2017 al 2019.

Tabla 3. Prevalencia de niños nacidos con fisuras orofaciales, según la edad de la materna.

<b>Año de nacimiento</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Adolescente (12 – 17 años)	0	0
Joven (18 – 29 )	3	30
Adulta (30 - 59)	7	70
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia a base de datos tomados la ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 4 se destaca que no hay casos de madres adolescentes, además el 70% son mujeres jóvenes, y el 30% son madres adultas.



Determinación la prevalencia de niños nacidos con fisuras orofaciales, según género en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura, en los años 2017 al 2019.

Tabla 4. La Prevalencia de niños nacidos con fisuras orofaciales, según género.

<b>Género</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Femenino	2	20
Masculino	8	80
<b>Total</b>	10	100

**Fuente:** Elaboración propia a base de datos tomados la ficha de recolección de datos.

En la tabla N° 5 se ha observado que el 20% de los nacidos vivos son mujeres, mientras que el 80% son hombres.

## V. DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de paladar hendido en los lactantes atendidos en el hospital II - 2 Santa Rosa - Piura en el año 2017-2019. Se certificaron un total de 585 infantes, 10 infantes vivos con labio leporino.

El análisis de datos mostró una incidencia de 0,1 por 100 nacidos vivos o 1 en 1000 nacidos vivos, similar a los resultados de Alama (2010).<sup>13</sup> La prevalencia es de 1,3 nacidos vivos por 1000 nacidos vivos, similar a Torres (2010)<sup>11</sup> que muestra una prevalencia de 1,7 por 1000 nacidos vivos..

Este resultado está relacionado con el hallazgo de Gonzales (2012)<sup>7</sup>, quien analizó la incidencia de dos grupos, es decir, los nacidos vivos después del terremoto, con 1,07 paladar hendido por cada 1000 nacidos vivos, en comparación con el grupo nacido antes del terremoto. , 0,68 labio leporino por cada 1000 nacimientos, y Periche (2015)<sup>1</sup> encontró que la tasa de bebés que nacen con labio leporino y paladar hendido es del 1,5% de los bebés que nacen con este defecto, por lo que esta tasa es muy alta.

Los resultados arrojaron que el 40% de los casos en el 2017, el 20% de los casos en el 2018 y el 40% de los casos se presentaron en el 2019. Los resultados arrojaron que ninguno de los casos fueron madres menores de edad, el 70% son mujeres jóvenes y el 30% son madres adultas.

Donoso (2014) (<sup>13</sup>) mostró que se registraron 163 casos de malformaciones en los años 2005-2010, la mayoría de los casos correspondieron a madres de 14-18 y 29-33 años, 36 casos (22,1%); 14 años Hubo 3 casos (1,8%) de madres menores de edad y 7 casos (4,3%) de madres mayores de 44 años. Esto sugiere alguna conexión con este trabajo.

De igual forma, Alama (2010)<sup>10</sup> encontró que el 52% de las madres tenían menos de 35 años y el 48% tenían más de 35 años.

Se encuentra que el 20% de los nacidos vivos son mujeres y el 80% son hombres. Alama (2010)<sup>10</sup> mostró que el 58 % eran hombres y el 42 % mujeres, claramente esta proporción varía mucho de las comparaciones, pero la prevalencia de fracturas mandibulares sigue siendo alta en los niños que viven en Vietnam.

La evidencia sugiere que los casos de labio leporino y paladar hendido son comunes en Piura a tasas similares a otros países y regiones del país, y se deben tomar las medidas necesarias para abordar este problema.

## VI. CONCLUSIONES

- ✓ La prevalencia encontrada fue de 0.1 por 100 o de 1 por 1000 nacidos vivos, que fueron atendidos en el Hospital II – 2 Santa Rosa - Piura, en los años 2017 al 2019.
- ✓ En 2017 y 2019 se detectó el 40% de los casos, mientras que en 2018 se atendió el 20% de los nacidos vivos con paladar hendido en el Hospital 2 - 2 Santa Rosa - Piura, en los años 2017 a 2019.
- ✓ No hubo casos de madres adolescentes, siendo el 70% mujeres jóvenes y el 30% madres adultas.
- ✓ El 80% de los nacidos vivos son varones. Aunque el 20% son mujeres.

## VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Las autoridades deben emprender proyectos que incluyan la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de los casos familiares afectados por este problema de salud.
  
- ✓ Los responsables de la conducción del establecimiento deben diseñar un programa educativo preventivo sobre fisuras orofaciales dirigido a las mujeres en edad fértil.
  
- ✓ Educar a la población para prevenir estos defectos estructurales a través del adecuado cumplimiento del control prenatal y cuidados intensivos prenatales.
  
- ✓ Realización de estudios adicionales sobre las tasas de prevalencia en otras áreas geográficas y en sociedades con diferentes estilos de vida.

## REFERENCIAS

- 1.- Plasencia E, Díaz C, Dueñas M. Factores asociados a la presencia de fisura labiopalatina en recién nacidos en un hospital peruano de tercer nivel de atención. Un estudio de casos y controles. Rev. Acta Med Perú. 2020; 37(3): 304-311. 1. DOI: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.942>
- 2.- Anomalías congénitas [Sitio Web]. Estados Unidos de América: Organización mundial de la salud; Febrero de 2022 [Marzo del 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
3. Voigt A, Radlanski RJ, Sarioglu N, Schmidt G. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten [Cleft lip and palate]. Pathologe. 2017 Jul; 38 (4):241-247. German. doi: 10.1007/s00292-017-0313-x. PMID: 28653248.
- 4.- Paico-Vílchez E, Paico-Zumaeta E. Fisuras labiopalatinas en el antiguo Perú. Acta Herediana [Internet]. 4oct.2021 [citado 22mar.2022];64(2):145-52. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/AH/article/view/4018>
- 5.- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Guía de Práctica Clínica Sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. Actualización. 2018.
- 6.- Plasencia E. Factores asociado a fisura labial y/o palatina en recién nacidos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, noviembre 2012 - diciembre de 2016 [Internet]. [Lambayeque]: Universidad nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/945>

- 7.- Navarrete E, Canún S, Valdés H, Reyes A. Prevalencia de labio hendido con o sin paladar hendido en recién nacidos vivos. México, 2008-2014. Rev Mex de Pediatría. 2017; 84(3): 101-110. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp173d.pdf>. Mayo-Junio 2017;
- 8.- Sanchez L. Prevalencia de pacientes con fisuras orofaciales y factores familiares asociados en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2016. [Internet]. [Chiclayo]: Universidad Señor de Sipán. 2017. DOI: <https://doi.org/10.26495/re.v2i1.799>
- 9.- Zambrano A, Mora A, Araque M, Rodríguez M, Zambrano M, Guillén R. Factores de riesgo del labio o paladar hendido: una revisión sistemática. Rev Venez Invest Odont IADR. 2017; 5(2):263-86
- 10.- Cazar M, Campos L, Pineda D, Guillén P. Panorama epidemiológico de la fisura labiopalatina en Quito, Guayaquil y Cuenca. Ecuador, 2010-2018. Acta Odont Col [Internet] 2020; 10 (1): 37-46. DOI <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n1.82122>
- 11.- Fajardo A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Rev. Alerg. Mex. 2017; 64 (1). DOI: <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
- 12.- Ministeriodesalud.go.cr. [Citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/4072-indicadores-de-salud-aspectos-conceptuales-y-operativos-2018/file>

- 13.- Huang L, Jia Z, Shi Y, Du Q, Shi J, Wang Z, et al. Genetic factors define CPO and CLO subtypes of nonsyndromic orofacial cleft. PLoS Genet [Internet]. 2019; 15(10):e1008357. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgen.1008357>
- 14.- Worley ML, Patel KG, Kilpatrick LA. Cleft lip and palate. Clin Perinatol [Internet]. 2018; 45(4):661-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2018.07.006>
- 15.- Picazo JP, Fernanda M, Gallegos R. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales Cleft lip and palate. Current concepts [Internet]. Medigraphic.com. [citado 23 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2019/am194j.pdf>
- 16.- Suzuki A, Nakano M, Yoshizaki K, Yasunaga A, Haruyama N, Takahashi I. A longitudinal study of the presence of dental anomalies in the primary and permanent dentitions of cleft lip and/or palate patients. Cleft Palate Craniofac J [Internet]. 2017 [citado 23 de marzo de 2022]; 54(3):309-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27031269/>
- 17.- Villanueva AA. Factores de riesgo asociados a fisura labio palatina en recién nacidos en el hospital Belén de Trujillo 2006 - 2015. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2103>
- 18.- Zhang JX, Arneja JS. Evidence-based medicine: The bilateral cleft lip repair. Plast Reconstr Surg [Internet]. 2017; 140(1):152e-65e. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/prs.0000000000003474> .



- 19.- Thierens LAM, De Roo NMC, De Pauw GAM, Brusselaers N. Quantifying soft tissue changes in cleft lip and palate using nonionizing three-dimensional imaging: A systematic review. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2018; 76(10):2210.e1-2210.e13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2018.05.020>
- 20.- Angulo-Castro E, Acosta-Alfaro LF, Guadron-Llanos AM, Canizalez-Román A, Gonzalez-Ibarra F, Osuna-Ramírez I, et al. Maternal risk factors associated with the development of cleft lip and cleft palate in Mexico: A case-control study. Iran J Otorhinolaryngol [Internet]. 2017 [citado 23 de marzo de 2022]; 29(93):189-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28819616/>
- 21.- Best DL, Gauger TL, Dolan JM, Donnelly LA, Ranganathan K, Ulloa-Marin C, et al. Orofacial cleft management by short-term surgical missions in South America: literature review. Int J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2018; 47(11):1373-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2018.05.025>.
- 22.- Arun V, Sreejith VP, Devarajan A, Gopinath A, Sunil M. Psychological effect of prenatal diagnosis of cleft lip and palate: A systematic review. Contemp Clin Dent [Internet]. 2018; 9(2):304. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4103/ccd.ccd\\_673\\_17](http://dx.doi.org/10.4103/ccd.ccd_673_17).
- 23.- Dien VHA, McKinney CM, Pisek A, Pitiphat W. Maternal exposures and risk of oral clefts in South Vietnam. Birth Defects Res [Internet]. 2018; 110(6):527-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/bdr2.1192>
- 24.- Contreras V, Cumpa J, Fuerte L, Saavedra J, Vásquez W. Metodología de la investigación. Universidad de San Martín de Porres. [Internet] 2020. Disponible en: <http://www.usmp.edu.pe/estudiosgenerales/3>.

- 25.- Ochoa C. Diseño y análisis en investigación. 2019; 13 (1). Disponible en: <http://www.aepap.org>.
- 26.- AbouEl-Ella SS, Tawfik MA, Abo El-Fotoh WMM, Elbadawi MA. Study of congenital malformations in infants and children in Menoufia governorate, Egypt. Egypt J Med Hum Genet [Internet]. 2018; 19(4):359-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejmhg.2018.04.002>
- 27.- Thierens L, Brusselaers N, De Roo N, De Pauw G. Effects of labial adhesion on maxillary arch dimensions and nasolabial esthetics in cleft lip and palate: a systematic review. Oral Dis [Internet]. 2017; 23(7):889-96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/odi.12613>
- 28.- Cerquín Vargas HK, Regalado Cabanillas D. Prevalencia de fisura labial y paladar hendido en pacientes atendidos en el hospital regional docente Cajamarca 2015 – 2018. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2019. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/922>
- 29.- MINSA. Guía Clínica de Fisura Labiopalatina. Informe Anual Nacional. Lima: MINSA, Instituto Nacional del Niño; 2017
- 30.- Jamilian A, Sarkarat F, Jafari M, Neshandar M, Amini E, Khosravi S, et al. Family history and risk factors for cleft lip and palate patients and their associated anomalies. Stomatologija [Internet]. 2017 [citado 23 de marzo de 2022]; 19(3):78-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29339670/>

- 31.- Sarmiento K, Valencia S, Gracia G, Hurtado-Villa P, Zarante I. Clinical and epidemiologic description of orofacial clefts in Bogota and Cali, Colombia, 2001-2015. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2018; 55(4):517-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1055665617741062>.
- 32.- Munabi NCO, Swanson J, Auslander A, Sanchez-Lara PA, Davidson Ward SL, Magee WP 3rd. The prevalence of congenital heart disease in nonsyndromic cleft lip and/or palate: A systematic review of the literature. *Ann Plast Surg* [Internet]. 2017; 79(2):214-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0000000000001069>.
- 33.- Arévalo Martínez MA, Sánchez León M de LÁ. Frecuencia de fisura labiopalatal en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso enero 2010 - diciembre 2015. 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27475>
- 34.- MINSA. Guía Clínica de Fisura Labiopalatina. Informe Anual Nacional. Lima: MINSA, Instituto Nacional del Niño; 2017.
- 35.- Collantes D. Factores de riesgo asociados a labio leporino y paladar henddo en neonatos en el Hospital Apoyo Iquitos, en el año 2015-2017, [LORETO]. *Epicus*. 2018; 10(8). Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5513>
- 36.- Fajardo-Gutiérrez A. *Revista alergia Mexico* (Tecamachalco, Puebla, Mexico: 1993) [Internet]. 2017;64(1):109-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>.

- 37.- Caraguay Medina NA. Prevalencia y predisposición genética de labio leporino y paladar hendido en pacientes pediátricos estudio a realizar en el Hospital Francisco Icaza Bustamante durante el período de enero del 2015 a enero del 2017. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30492>
- 38.- Pons-Bonals A, Pons-Bonals L, Hidalgo-Martínez SM, Sosa-Ferreyra CF. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2017; 74(2):107-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.11.008>.
- 39.- Reddy RR, Gosla Reddy S, Vaidhyanathan A, Bergé SJ, Kuijpers-Jagtman AM. Maxillofacial growth and speech outcome after one-stage or two-stage palatoplasty in unilateral cleft lip and palate. A systematic review. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2017; 45(6):995-1003. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2017.03.006>.
- 40.- Roy A-A, Rtshiladze MA, Stevens K, Phillips J. Orthognathic surgery for patients with cleft lip and palate. Clin Plast Surg [Internet]. 2019; 46(2):157-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2018.11.002>.

## ANEXOS

Tabla 5. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA MEDICIÓN
<b>PREVALENCIA DE LAS FISURAS OROFACIALES</b>	Número de casos nuevos de fisuras orofaciales o de ves que ha aparecido un caso durante un periodo de tiempo determinado.	Prevalencia	Ausencia de los casos Presencia de los casos.	NOMINAL
<b>EDAD DE LA MADRE</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Grupos etarios	Edad en años	Numérica discreta
<b>SEXO DEL RECIÉN NACIDO</b>	Refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia al macho de la hembra, al hombre de la mujer, ya sea en seres humanos, planta.	Tipo	Masculino Femenino	NOMINAL

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 01: Instrumento

### Ficha de recolección de datos

#### **Prevalencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos atendidos en el en el Hospital II – 2 Santa Rosa - Piura, en los años 2017 AL 2019.**

I. Datos del recién nacido con fisuras orofaciales

Número de ficha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad gestacional del recién nacido por Capurro: \_\_\_\_\_

Tipo de fisura orofacial: \_\_\_\_\_

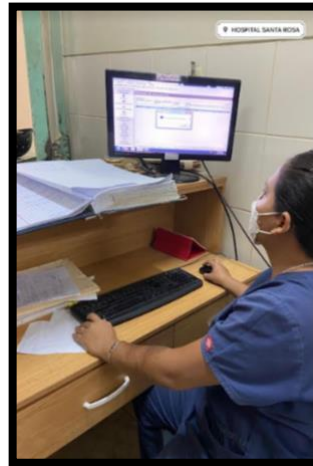
II. Edad de la madre del recién nacido con fisuras orofaciales

\_\_\_\_\_

Anexo 02: Fotos de recolección de datos en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura



Revisando las historias clínicas.



Área de las historias clínicas del Hospital II -2 Santa Rosa – Piura.



Anexo 03: Matriz de consistencia

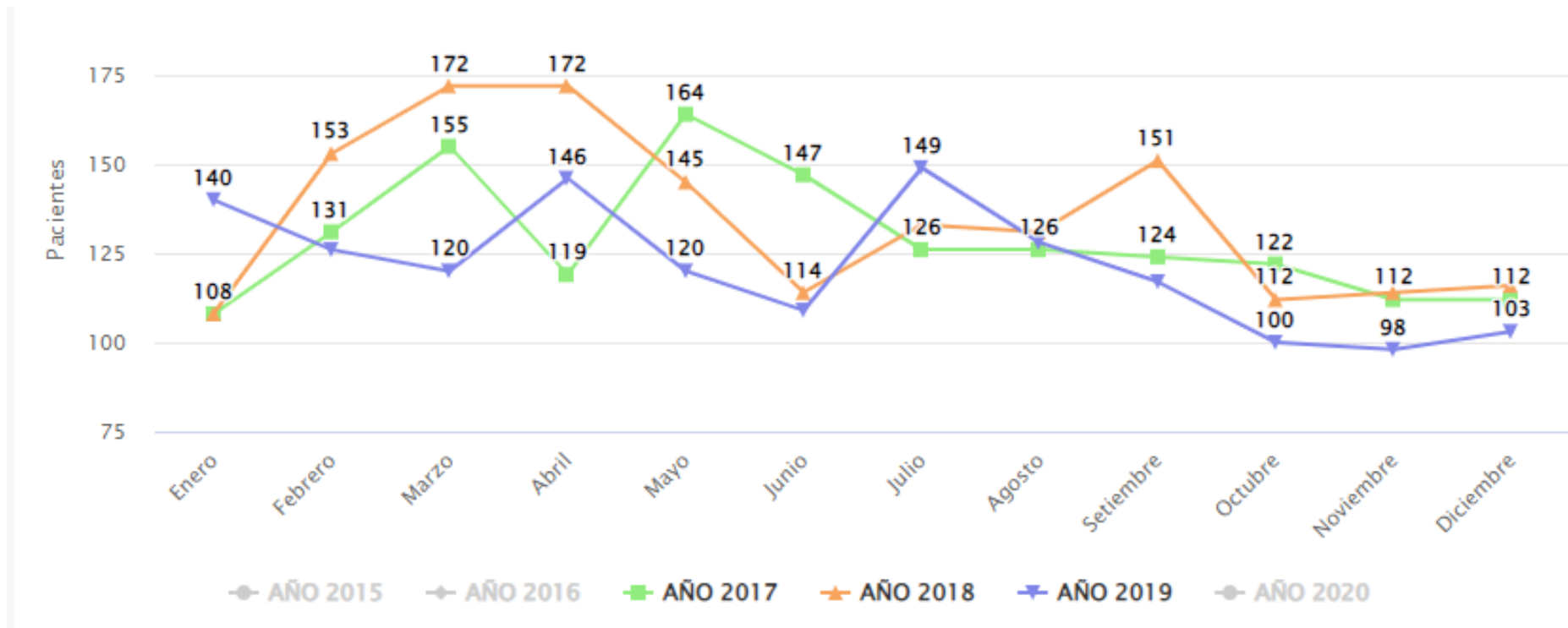
**Título:** “Frecuencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos atendidos en el Hospital II – 2 Santa Rosa - Piura, en los años 2017 al 2019”

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>
¿Cuál es la frecuencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos atendidos en el Hospital II – 2 Santa Rosa – Piura, en los años 2017 al 2019?	Determinar la frecuencia de las fisuras orofaciales en recién nacidos atendidos en el Hospital II – 2 Santa Rosa - Piura, en los años 2017 al 2019	Existen nacidos vivos con fisuras orofaciales en el Hospital II – 2 Santa Rosa - Piura, en los años 2017 al 2019	Frecuencia de las fisuras orofaciales  Edad de la madre  Sexo del recién nacido	Frecuencia  Grupos etarios  Tipo

**Fuente:** Elaboración propia



Anexo 04: Atenciones de partos Año 2017, 2018, 2019.



Fuente: [http://www.hsantarosa.gob.pe/estadistica\\_partos.html](http://www.hsantarosa.gob.pe/estadistica_partos.html)

Anexo 05: Solicitud de permiso para la realización del estudio.

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

Piura, 10 de Noviembre del 2021.

Dr. Raúl González Navarro  
Jefe del Hospital Santa Rosa - Piura.

**ASUNTO: SOLICITO ACCESO A LA INFORMACION.**

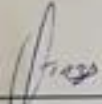
De mi especial consideración:

**QUINDE LOZADA TIRZA**, identificada con DNI N° 46632306, con domicilio en Jr. Piura N° 525 del distrito de Catacaos de la Provincia y Departamento de Piura; Bachiller en Odontología de la Universidad Cesar Vallejo; me es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar mi cordial saludo y al mismo tiempo expresarle lo siguiente:

Que, mediante la presente solicito ante su representada el acceso a la información de las historias clínicas de los paciente recién nacidos con Fisuras Orofaciales del hospital II -I Santa Rosa - Piura en los años 2017- 2020; dicha información es netamente para un trabajo de investigación; es por ello solicito ordenar a quien corresponda dar trámite a mi solicitud.

Sin otro particular quedo de Usted agradecida.

Atentamente

  
\_\_\_\_\_  
**QUINDE LOZADA TIRZA**  
DNI N° 46632306

**RECIBIDO**  
10 NOV 2021  
FOLIOS: 01  
FIRMA: \_\_\_\_\_  
11:24 am

Anexo 06: Solicitud de permiso para la realización del estudio.



**GOBIERNO REGIONAL  
PIURA**

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

**A** : **MG. C.D. ERICK GIANCARLO BECERRA**  
**Director de la Escuela de Estomatología de la Universidad**  
**"César Vallejo" – Piura.**

**DE** : **DR. MANUEL GIRÓN SILVA**  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del  
HAPCSR II-2.

**Asunto** : COMUNICO HABER DISPUESTO LA AUTORIZACIÓN PARA  
FACILITAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LAS  
HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS DEL  
HOSPITAL II – 2 - SANTA ROSA – PIURA.

**Fecha** : Piura, 23 de Marzo del 2022.

Mediante la presente, le comunico lo siguiente:

Que, Según el Informe del Comité de Investigación y habiendo cumplido con los requisitos y el pago correspondiente, efectuado por la Srta. Bachiller: **QUINDE LOZADA TIRZA ISABEL**, con DNI N° 46632306 de la Universidad César Vallejo – Piura, he dispuesto la Autorización para Facilitar el Acceso a la Información de las Historias Clínicas de los Recién Nacidos del Hospital II – 2 – Santa Rosa – Piura, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, de la titulado **PREVALENCIA DE LAS FISURAS OROFACIALES EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II – 2 SANTA ROSA – PIURA, EN LOS AÑOS 2017 – 2019**, con el fin de obtener su Título Profesional de Cirujano Dentista.

Para mayor constancia y credibilidad de lo manifestado, firmo la presente.

Atentamente,

  
**DR. MANUEL EDUARDO GIRON SILVA**  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación  
C.I.A.P. 20627

