

## CONSECUCCIÓN DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.

Marco Paredes<sup>1</sup>, Astrid Verde<sup>1</sup>, Norelkys Espinoza<sup>2,4</sup>, Zayda C. Barrios G.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Odontólogo, práctica privada. <sup>2</sup> Departamento de Investigación. <sup>3</sup> Departamento de Odontología Preventiva y Social. <sup>4</sup> Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Contacto: Prof. Norelkys Espinoza. Departamento de Investigación, Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. [norelkys@ula.ve](mailto:norelkys@ula.ve). Tlf. 0274-2402379.

### Resumen

El labio y/o paladar hendido es una malformación craneofacial congénita que se produce por la falta de fusión de los procesos faciales embrionarios durante la vida intrauterina. El objetivo de esta investigación fue describir la consecución del protocolo quirúrgico de labio y/o paladar hendido en el servicio de cirugía pediátrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). El tipo de investigación es descriptivo de diseño transeccional-retrospectivo, documental y multivariable. La recolección de los datos se realizó en el Departamento de Estadísticas de la Salud del IAHULA, para ello se realizó una revisión documental de 86 historias clínicas de niños nacidos en el IAHULA entre los años 2004-2009. Como resultado se pudo observar que el porcentaje de consecución del protocolo es de 73.24% y de retraso de 26.75%, no obstante, se comprobó en las historias que las causas de los retrasos fueron problemas de salud de los pacientes. Se concluye que es un aporte haber logrado evidenciar, de manera longitudinal, la consecución del protocolo quirúrgico realizado a 86 niños que fueron atendidos en el Servicio de Cirugía Pediátrica del IAHULA durante 5 años, tiempo establecido por dicho protocolo, y visualizar también los obstáculos que limitan el éxito del mismo, para retroalimentar el proceso en beneficio de un mejor servicio.

**Palabras clave:** labio y/o paladar hendido, protocolo, cumplimiento.

### Abstract

#### **Achievement of the cleft lip and palate surgical protocol in the Pediatric Surgery Service of the University Hospital of Los Andes Autonomous Institute.**

The cleft lip and palate is a congenital craniofacial malformation that occurs by the lack of fusion of the jaws and soft tissues of the embryonic facial processes during intrauterine life. The objective of this research was to describe the achievement of surgical reconstruction protocol lip and / or cleft palate at the Pediatric Surgery Service of the University Hospital of Los Andes Autonomous Institute (IAHULA). The research is descriptive, transeccional-retrospective, documentary and multivariable design. The data collection was performed in the Department of Health Statistics of IAHULA. A review of 86 medical records of children born in the IAHULA between 2004 and 2009 was performed. As a result it was observed that the percentage of compliance with the protocol is 73.24% and 26.75% delay, however it was found in the medical records that health problems of patients were the causes of delays. It is concluded that the contribution of this work is to have studied, longitudinally, the process of rehabilitation of 86 children who were treated at the Pediatric Surgery of the IAHULA for 5 years, time set by the protocol, and also to show the obstacles that limit the success of it, to feedback the process for the benefit of better service.

**Key words:** cleft lip and palate, protocol, performance.

### INTRODUCCIÓN.

La hendidura labial, palatina o labiopalatina es una malformación craneofacial congénita que se produce por la falta de fusión de procesos faciales embrionarios durante la vida intrauterina; de maxilares y los tejidos blandos durante los procesos faciales embrionarios, debido a lo cual queda abierta una brecha de un extremo al otro en el labio, paladar o en ambos. La Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (2013) define como labio y/o paladar hendido a las deformaciones congénitas de la boca y del labio, que se desarrollan en la etapa temprana del embarazo, cuando los

laterales del labio y el paladar no se fusionan correctamente durante el desarrollo fetal. Un niño puede tener, labio fisurado, el paladar hendido o ambos.

El labio hendido y paladar hendido son entidades etiológicamente independientes que se presentan durante el desarrollo embrionario. El labio con paladar hendido y sin él, es la malformación craneofacial más común encontrada en el ser humano y ambas se producen como fallas en la fusión de procesos faciales durante periodos críticos en el desarrollo embrionario (Habbaby, 2000).

Suárez *et al.* (2008) explican que el término labio hendido se refiere a un defecto congénito o hendidura en el labio superior que suele depender de una unión embrionaria defectuosa de las prolongaciones maxilar y nasal interna. Se pueden presentar dos tipos: el único o unilateral y el doble o bilateral. Por otra parte, el paladar hendido se produce cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. Puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando).

No se conoce completamente cuál es la etiología del labio y/o paladar hendido, pero la literatura expresa que es multifactorial, con causas genéticas y ambientales, pudiendo asociarse a más de 150 síndromes. Se indica que, por ser una patología de la línea media, podría tener un origen parecido a los defectos de cierre del tubo neural, meningocele, mielomeningocele, entre otros. Se han mencionado factores asociados como el tabaquismo, el alcoholismo materno, así como deficiencias nutricionales maternas, entre ellas, del ácido fólico. También se ha reportado que el riesgo aumenta con la edad materna y paterna. (Nazer *et al.* 2010; León *et al.* 2008).

El labio y/o paladar hendido afecta la salud integral de los niños nacidos con esta malformación, que por tener implicaciones estéticas produce en el niño repercusiones psíquicas que además repercuten en el núcleo familiar y limitan al niño en el entorno social. También pueden verse afectada negativamente la alimentación del niño, la respiración nasal, el crecimiento facial, la fonación, la audición, como verse afectado el desarrollo dental. Además, estos niños tienen un mayor riesgo de padecer caries y enfermedad periodontal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2007, indica que este defecto congénito se da en uno de cada 500-700 nacimientos .en el nivel mundial. También se señala que estas anomalías son más comunes en niños que en niñas, siendo más habitual entre niños de ascendencia asiática, latina o aborígenes americanos. (Nazer *et al.* 2010; León *et al.* 2008). Poletta *et al.* (2007) reseñan una tasa global de labio y/o paladar hendido de 10.49 por 10000 nacidos vivos en América del Sur, encontrándose una alta frecuencia en Bolivia con 23.7, Ecuador 14.96 y Paraguay 13.3, y una tasa menor de afectados en Venezuela con 7.92, Perú 8.94, Uruguay 9.37 y Brasil 10.12, todas calculadas con base a 10000 habitantes.

En el caso de nuestro país, Operación Sonrisa Venezuela (2015) indica que uno de cada 700 niños nace con labio y/o paladar hendido. En el caso específico del Estado Mérida, Contreras y Sánchez en el año 2003 realizaron una investigación en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), hallando una incidencia de 1.02

por cada 1000 recién nacidos vivos entre los años 1991 a 2001, por lo cual se advierte de la presencia de un problema de salud pública en este Estado. También Barrios *et al.* (2015) reportaron la incidencia acumulativa de niños nacidos entre los años 2006 y 2013 con hendiduras de labio y/o paladar, atendidos en el Servicio de Odontopediatría del IAHULA, la cual fue de 5 casos por cada 10000 nv.

Calderón *et al.* (2014) en una investigación realizada en una población de niños con labio y/o paladar hendido asistidos en el Servicio de Cirugía Pediátrica del IAHULA reportan haber observado una baja asistencia de los niños a los controles regulares, lo cual retrasó en cierta medida el estudio, el cual tuvo que ser alargado en el tiempo para obtener una muestra representativa. Esta inasistencia a los controles pudiera ser causa de retrasos en la planificación de las correspondientes intervenciones quirúrgicas y ser causa de complicaciones en la salud integral del niño que pudieran haber sido prevenidas con la consecución de éstas.

En este sentido, tanto los padres como el personal proveedor de servicios de salud tienen la responsabilidad compartida de estar vigilantes ante la consecución del protocolo quirúrgico, para garantizar que los niños que nazcan con labio y/o paladar hendido puedan iniciar un abordaje terapéutico temprano, y poder así disminuir la probabilidad de que se presenten complicaciones que afecten la salud del niño. Por lo tanto, es necesario determinar si la población infantil con labio y/o paladar hendido está recibiendo oportunamente el tratamiento establecido por el protocolo quirúrgico en el Servicio de Cirugía Pediátrica en el IAHULA, como también observar si la inasistencia a los controles de cirugía pediátrica o trastornos médicos del niño han retrasado la programación de las cirugías.

No se han realizado, hasta el momento, estudios sistemáticos que permitan verificar esta situación, por lo cual Calderón *et al.* (2014), recomendaron estudiar esta temática. Sigue siendo escasa la literatura reportada en los últimos años en nuestro país sobre el labio y/o paladar hendido, lo que lleva a pensar en una situación de descuido que obvia los alcances que ha tenido la incidencia reportada en nuestra región y la importancia de avanzar en esta línea de investigación. Aunado a lo anterior, se observa con preocupación que en el IAHULA -como también sucede en otros centros de salud del estado y del país- la investigación en la administración de los servicios de salud es limitada, a pesar de su utilidad para evaluar las actividades que se realizan en el hospital y sus resultados, lo cual podría traducirse en beneficios para mejorar y extender la atención en los centros de salud. El objetivo de este trabajo es describir la consecución del protocolo quirúrgico de labio y/o paladar hendido en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Instituto

Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).

## **METODOLOGÍA.**

Siguiendo los lineamientos de la metodología de la investigación holística de Hurtado (2012), la presente investigación es de tipo descriptiva, con un diseño transeccional-retrospectiva, documental y multivariable.

El universo de este estudio estuvo conformado por 367 historias clínicas de niños nacidos con labio y/o paladar hendido (LPH), disponibles en el Servicio de Registro y Estadísticas de la Salud del IAHULA para el momento de la recolección de datos que fue realizada durante los meses de junio a noviembre del año 2014. Se seleccionaron aquellas historias clínicas correspondientes a los niños nacidos desde el 2004 hasta el 2009, de esta manera se aseguraba verificar la consecución del protocolo en una población que ya debía haber finalizado la fase quirúrgica del protocolo, una totalidad de niños que en el 2014 debían haber sido dados de alta.

La población objeto de estudio quedó conformada por 86 historias y las restantes fueron descartadas (niños nacidos en el 2010 y años posteriores) porque para el momento de la recolección de los datos los niños no habían cumplido con la edad necesaria para la realización de todas las cirugías que indica el protocolo.

Siguiendo la metodología de la investigación holística, la técnica de recolección de datos fue una *revisión documental*, puesto que los indicios correspondientes a los datos estaban presentes en documentos, como lo son las historias clínicas, y el instrumento utilizado fue una *matriz de registro*. Este instrumento fue sometido a pruebas de confiabilidad y validez correspondientes.

Para conocer el protocolo quirúrgico de labio y/o paladar, fue necesario obtener la información directamente de María Cristina Sánchez, médico especialista adscrito al Servicio de Cirugía Pediátrica del IAHULA, puesto que el Servicio no contaba con un documento en físico, en el cual dicho protocolo estuviera descrito. De acuerdo con la información aportada, los niños cumplen con una fase pre-quirúrgica dentro de la cual son atendidos por el odontopediatra, quien coloca un obturador palatino lo más pronto posible, posterior al nacimiento del niño con esta condición médica, con el fin de facilitarle al niño su alimentación, favorecer el cierre de la hendidura, evitando deformaciones óseas y mal posiciones dentarias. Posteriormente, la fase quirúrgica contempla cuatro cirugías, que son las siguientes:

*Queiloplastia*: se realiza a los 3 meses de vida. La técnica quirúrgica utilizada es Tennison Randall modificada.

*Estafilorrafia*: se realiza después de los 10 meses de edad, y consiste en el cierre del paladar blando por medio de la técnica de Langenbeck modificada por Sabanero Roseli.

*Uranorrafia*: se realiza a los 3 años de edad y consiste en el cierre de paladar duro por la técnica quirúrgica de Veau.

*Rinoplastia*: se realiza a los 5 años de edad y consiste en el levantamiento del ala de la nariz.

En este sentido, los datos extraídos de las historias clínicas fueron el sexo del niño, uso de la placa palatina obturadora, edades en las que se realizaron la queiloplastia, estafilorrafia, uranorrafia, y rinoplastia; así como la presencia/ausencia de trastornos médicos que pudieron haberse presentado en la fecha programada para la realización de alguna de las cirugías y que pudieron haberlas retrasado.

La información recabada se registró en el instrumento de recolección de datos para luego elaborar el análisis estadístico descriptivo, con la utilización del software IBM SPSS Statistics 15.0 y Microsoft Excel.

## **RESULTADOS.**

La distribución de la población de historias estudiadas con respecto a los años de estudio se presenta en la figura 1. En la misma se observa el número y porcentaje de niños con labio y/o paladar hendido (LPH) intervenidos quirúrgicamente en el IAHULA entre los años 2004-2009. Se puede observar que los años con mayor número y porcentaje de operaciones fueron 2004 y 2008 con 21 intervenciones representando cada uno el 24%, mientras que el año 2009 fue el año con menor cantidad de intervenciones (4) representando el 5%.

Las 86 historias estudiadas correspondían a 44 pacientes varones y 42 pacientes hembras. Se presenta a continuación en la figura 2, la distribución por sexo entre los años de estudio de los pacientes registrados en las historias.

En la figura 3 se describen los tipos de fisuras presentes en los niños atendidos entre los años 2004-2009, según los datos que reflejan las historias clínicas.

En la figura 3 se puede observar que la fisura que se presentó con mayor frecuencia fue la hendidura labiopalatina completa (LPHC) que representó el

48%, en contraparte con la hendidura labiopalatina incompleta (LPHI) que representó solo el 4%.

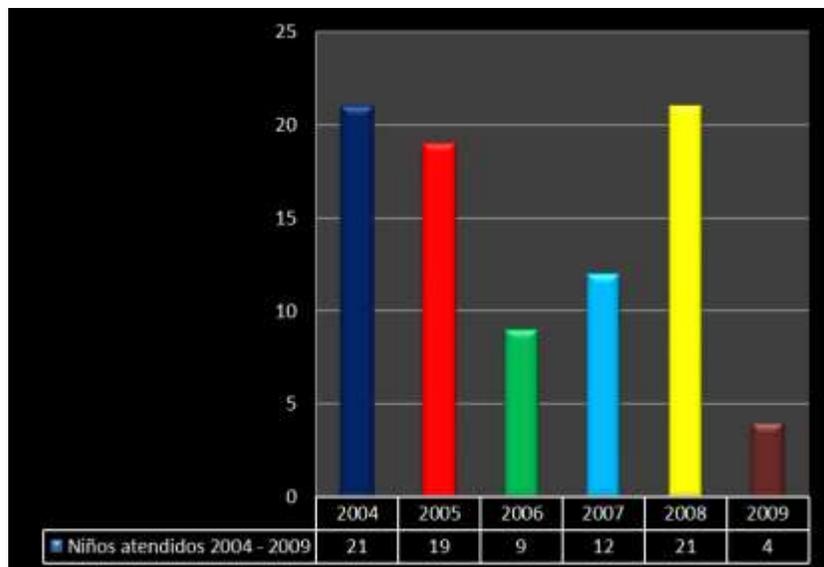


Fig. 1. Número de historias por año de estudio de los niños con LPH atendidos entre 2004 – 2009.

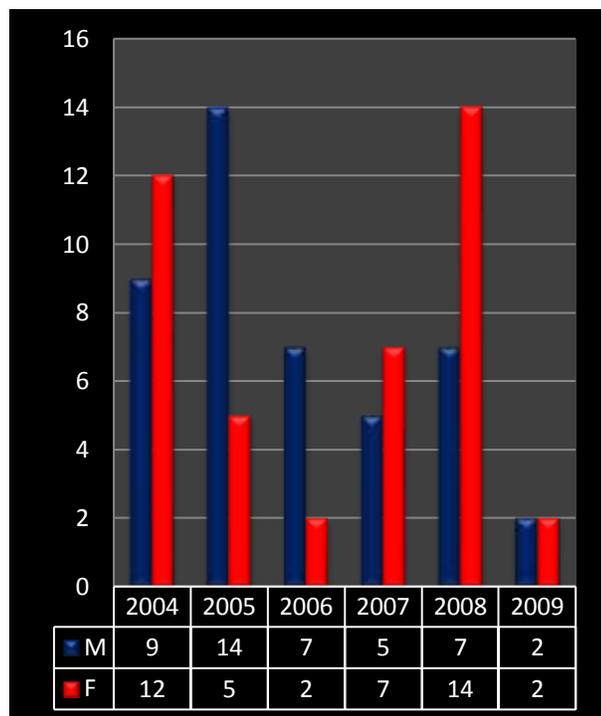


Fig. 2. Frecuencia y porcentaje de la totalidad de pacientes registrados en las historias de los años 2004-2009, de acuerdo con el sexo y año.

En la figura 4 se evidenció que la intervención quirúrgica más realizada fue la estafilorrafia con un (31.14%), de manera contraria, la rinoplastia se realizó en menor porcentaje (18.85%).

En la figura 5 se presenta la consecución en relación con el tiempo establecido, de cada una de las intervenciones realizadas según lo que dictamina el protocolo quirúrgico.

En la figura 6 se presenta el porcentaje de consecución del protocolo por intervención quirúrgica, se observa que la queiloplastia, estafilorrafia y rinoplastia cumplieron en un alto porcentaje con los tiempos que se establecen en el protocolo. De lo contrario, la intervención quirúrgica que cumplió en menor medida con el protocolo establecido es la uranorrafia que obtuvo 59%. De allí se puede extraer que la fase quirúrgica que presentó más retraso fue la uranorrafia con un 41%, en contraparte con la queiloplastia que fue la que tuvo menos retraso.

Solamente en 48 pacientes se logró ejecutar el protocolo en el tiempo establecido, representando así el 56%, mientras que en 38 pacientes que representan el 44% esto no fue posible.

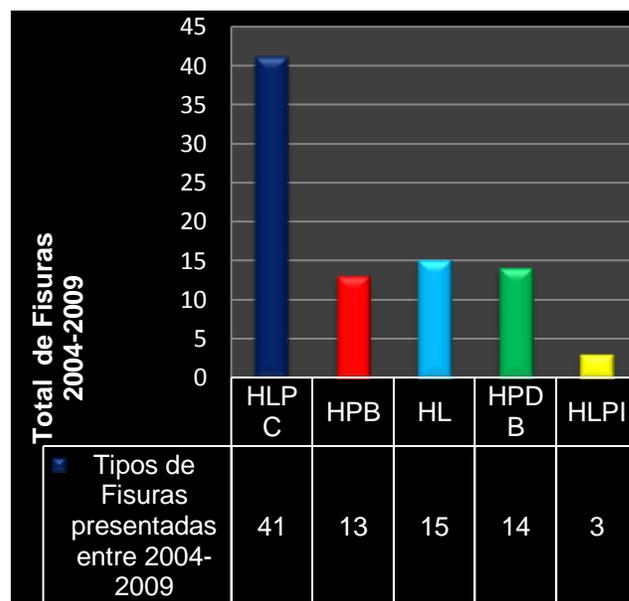


Fig. 3. Frecuencia de los tipos de fisuras presentes entre los años 2004-2009.

HLPC: Hendidura labiopalatina completa; HPB: Hendidura de paladar blando HL: Hendidura labial; HPDB: Hendidura de paladar duro y blando; LPHI: Hendidura labiopalatina incompleta.

Entre los años 2004-2009 se realizó un total de 228 intervenciones quirúrgicas en 86 pacientes atendidos. Se logró ejecutar 167 cirugías (73.24%) en el tiempo establecido en el protocolo mientras que esto no se cumplió en 61 intervenciones (26.75%).

En la figura 7 se observa el número y porcentaje de pacientes que presentaron problemas de salud antes de las intervenciones quirúrgicas, lo cual pudiera ser considerado como un motivo de retraso.

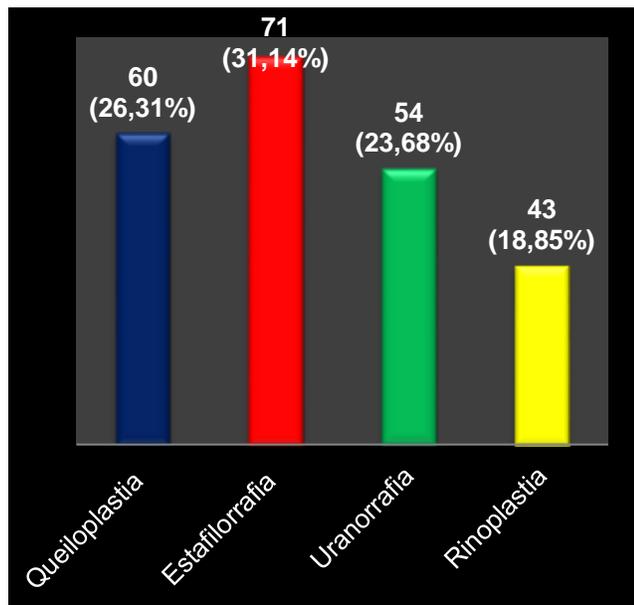


Fig. 4. Frecuencia y porcentaje de la totalidad de cada una de las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo entre los años 2004-2009.

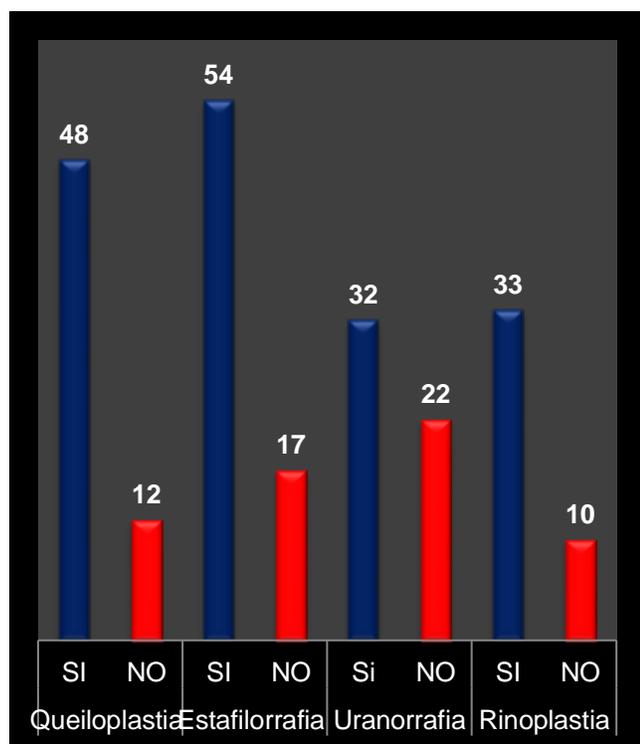


Fig. 5. Consecución del protocolo por intervención quirúrgica.

La mayoría de los pacientes (48.81%) no presentaron problemas de salud o no se les presentó ningún inconveniente antes de la cirugía, en contraparte con un 44.18% que sí presentó complicaciones antes de las cirugías, por lo cual es posible explicar que la razón por la cual casi la mitad de los pacientes no fueron operados a tiempo fue por problemas de salud, es decir, sufrieron retraso. También es importante reseñar que no se indica explícitamente en las

historias clínicas el problema de salud que presentó el paciente o el motivo de la suspensión de la cirugía.

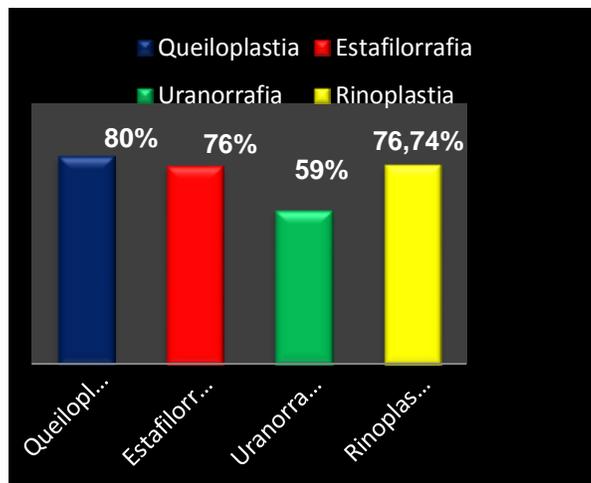


Fig. 6. Porcentaje de consecución del protocolo por intervención quirúrgica.

En la figura 7 se pueden observar la frecuencia y porcentaje de pacientes que presentaron problemas de salud, tomando en consideración cada fase quirúrgica.

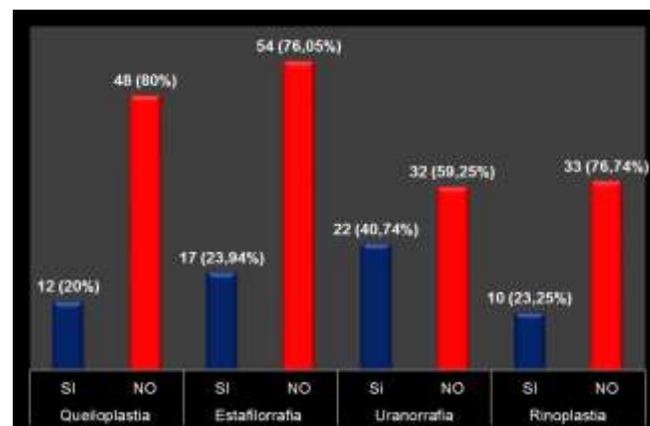


Fig. 7. Frecuencia y porcentaje de pacientes con presencia de problemas de salud por fase quirúrgica.

Al comparar los resultados presentados en la figura 7 con los presentados en la figura 5 se puede apreciar que el número de intervenciones con retraso coinciden con la misma cantidad de pacientes con presencia de alguna enfermedad antes de la intervención, condición por la cual quizás no se pudo llevar a cabo la intervención. Esto explicaría la presencia de retrasos en las intervenciones quirúrgicas.

Para finalizar encontró el número y porcentaje de la totalidad de niños y niñas que hicieron uso o no del obturador palatino. La mayoría de los pacientes (74%) usó el obturador palatino en contraparte con un 26% que no lo usó.

## DISCUSIÓN.

Al analizar los datos descritos en las historias que fueron facilitadas por el Departamento de Registros y Estadísticas de la Salud del IAHULA, se puede afirmar que el objetivo general que se planteó en esta investigación se logró llevar a cabo, el cual fue describir la consecución del protocolo quirúrgico de labio y/o paladar hendido en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).

Una limitante del presente estudio fue la ausencia de un documento oficial, que de manera escrita describiera las diferentes fases del protocolo quirúrgico de labio y/o paladar hendido en el IAHULA, por lo que para realizar la presente investigación fue necesario obtener dicha información directamente de María Cristina Sánchez, médico especialista adscrito al Servicio de Cirugía Pediátrica del IAHULA, ya que la ejecución del mismo depende exclusivamente de sus conocimientos y experiencia clínica.

Aunque, no obstante esta limitante, se pudo comprobar que el protocolo quirúrgico del labio y/o paladar llevado a cabo en dicha institución se cumple en un alto porcentaje, tanto en teoría como en práctica, se recomienda que este protocolo sea publicado en la literatura médica para que el mismo sea utilizado en el futuro por otros profesionales de la salud, asegurando que los conocimientos y la experiencia de María Cristina Sánchez, médico especialista adscrita al Servicio de Cirugía Pediátrica del IAHULA, puedan transmitirse de forma fidedigna a través de las generaciones.

De las historias estudiadas de los 86 infantes, 48 de esos pacientes fueron dados de alta en el tiempo previsto, para la consecución de dicho protocolo en el tiempo establecido, que se debe iniciar los 3 meses y terminar a los 5 años de edad. Aunque se encontró que hubo cierto retraso en la ejecución de cada una de las fases, ya que la queiloplastia, estafilorrafia, uranorrafia y rinoplastia tuvieron retrasos de 20%, 24%, 41% y 23.26% respectivamente, tales porcentajes de retraso se correspondieron fielmente con el número de pacientes que presentaron algún problema de salud antes de las cirugías.

Se evidenció que aquellos pacientes que antes de las operaciones no presentaron problemas de salud no tuvieron retraso a la hora de las intervenciones quirúrgicas y por ello el resultado obtenido, es decir, la consecución del protocolo quirúrgico de labio y/o paladar en el tiempo correcto en un amplio porcentaje: la queiloplastia, la estafilorrafia, uranorrafia y rinoplastia tuvieron porcentajes de cumplimiento de 80%, 76%, 59% y 76.74% respectivamente.

Los retrasos en la consecución del protocolo se presentaron en 38 pacientes. Al revisar en las historias clínicas se observó con preocupación que los motivos de retraso en la intervención no eran reflejados de

forma clara en las historias. En algunos casos se indicaba que el infante tuvo algún problema de salud, pero esto no se cumplía de forma general, por lo que fue necesario indagar más a fondo, verificando los resultados de los análisis de laboratorio realizados al niño que formaban parte de la historia. Tampoco se indicaba qué problema de salud en específico presentaba el infante, al igual que se omitía el motivo de la suspensión de la cirugía. Sería necesario realizar investigaciones donde se indague con mayor profundidad en las razones que motivaron los retrasos de las cirugías y explicar cuáles fueron los problemas de salud o inconvenientes que se presentaron antes de éstas, información que pudiera obtenerse mediante entrevistas a los padres. Ya sea por factores internos o externos a la institución, o debido a alguna situación de salud que pudo haber presentado el infante, tal información debería formar parte de la historia, por cuanto este es un elemento útil que puede servir de retroalimentación a la institución, bien para prevenir los problemas de salud que se presentan antes de estas intervenciones -si existe algún patrón que pueda identificarse-, o para introducir mejoras en el propio centro de salud y optimizar sus procesos de manera de prever acontecimientos que puedan afectar el normal desenvolvimiento de este y que pudieran ser resueltos a tiempo para ofrecer un mejor servicio a los pacientes.

Se evidenciaron muchas fallas en la redacción de las historias clínicas, lo cual fue una dificultad que afectó la recolección de datos. Las historias se presentan desordenadas, en muchos casos con una caligrafía incomprensible e igualmente con datos incompletos. Asimismo, el área de estadísticas de la salud del IAHULA no cuenta con un espacio físico adecuado para la recolección de datos estadísticos de las historias clínicas, como tampoco con suficiente personal que logre cubrir los dos turnos (mañana y tarde) del día, todo lo cual complicó la recolección de los datos.

También se pudo observar, mediante las historias clínicas, que previamente a las intervenciones quirúrgicas, a la gran mayoría de los niños se les realizaba la placa obturadora palatina (ortopedia de los maxilares), y con la ayuda de sus padres y la adecuada orientación del Servicio de Odontopediatría hacían un uso correcto de la misma, con lo cual se disminuyeron las complicaciones y el mejor abordaje del infante a la hora de la operación. Por lo tanto, puede resaltarse el amplio apoyo que los representantes ofrecen para los cuidados de sus representados lo que incide favorablemente en el éxito de su rehabilitación. Bravo *et al.* (2015) reseñan que la ortopedia prequirúrgica resulta eficaz en la rehabilitación de niños fisurados, al actuar como coadyuvante de la lactancia y alimentación del niño y

permitiendo llevar tempranamente elementos óseos y partes blandas afectadas a una posición anatómica favorable, lo cual otorga mejores resultados quirúrgicos, tanto estéticos como funcionales, favoreciéndose así la queiloplastia, por la reducción de la tensión en los tejidos blandos y del ancho de la fisura palatina y alveolar.

Como hallazgo adicional se encontró que el tipo de fisura con mayor predominancia fue la hendidura labiopalatina completa. De esta forma se concuerda con lo establecido por Hernández y Guerra (2013) quienes refieren que la hendidura labiopalatina completa es la más frecuente entre una muestra de 329 paciente con labio y/o paladar hendido que asistieron al centro de investigación y atención a pacientes con malformaciones craneofaciales y prótesis maxilofacial de la Universidad Central de Venezuela. De igual manera, se pudo encontrar que el sexo que predominó fue el masculino, pero es de resaltar que la diferencia entre ambos géneros fue muy mínima, del mismo modo que Hernández y Guerra (2013) que establecen que de 329 casos, 168 (51.1%) pertenecían al sexo masculino y 161 (48.9%) al sexo femenino, todo lo contrario con lo evidenciado por Aizpurúa (2002); Luces, Vivas, Gago y Herrera (2009) quienes refieren que en Venezuela la hendidura labiopalatina es más común el sexo femenino.

### CONCLUSIONES.

Es un aporte haber logrado evidenciar, de manera longitudinal, la consecución del protocolo quirúrgico realizado a 86 niños que fueron atendidos en el Servicio de Cirugía Pediátrica del IAHULA durante 5 años, tiempo establecido por dicho protocolo y visualizar los obstáculos que limitan el éxito del mismo, para retroalimentar el proceso en beneficio de un mejor servicio. Por ello, es sumamente importante que se continúe esta línea de investigación, que se ha iniciado con el presente estudio y que ha podido articular los esfuerzos de la Facultad de Odontología en representación de la Universidad de Los Andes y el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes para el beneficio de los niños con labio y/o paladar hendido de nuestro estado Mérida y la región andina en Venezuela.

### AGRADECIMIENTOS.

Los autores desean hacer público su agradecimiento por la ayuda prestada a María Cristina Sánchez Gutiérrez, médico cirujano pediatra - cirujano plástico infantil; Profesora (Jubilada) del Postgrado de Cirugía Pediátrica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Los Andes y Coordinadora de la Clínica de Labio y Paladar Hendido del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

### REFERENCIAS.

- Aizpurúa E. 2002. Incidencia de labio leporino y paladar hendido en una región de Venezuela. Periodo 1995-1999. Ortodoncia [Revista en Línea], 2002. Recuperado de: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/art4.asp>
- Barrios Z., Salas M, Simancas Y. 2015. Características epidemiológicas en pacientes pediátricos con hendiduras de labio y/o paladar. MedULA 24: 112-114.
- Bravo L, Muñoz D, Torres F et al. 2015. Ortopedia prequirúrgica en niños fisurados. Odontostomatología, 17 (25): 53-57.
- Calderón N, Arismendi R, Pereira M et al. 2014. Video de cuidados orales para niños con hendidura labiopalatina. Rev latinoam ortod odontopediatría [Revista en Línea], Recuperado de URL: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art23.asp>
- Contreras A, Sánchez M. 2003. Incidencia de la hendidura labio palatina. Bol. Hosp. Niños J. M. de los Ríos, 39: 33-38.
- Habbaby A. 2000. Enfoque integral del niño con fisura labio palatina. Editorial médica latinoamericana. Buenos Aires.
- Hernández M, Guerra M. 2013. Prevalencia de hendiduras de labio y/o palatinas en los pacientes que acudieron al Centro de Investigación y Atención a Pacientes con Malformaciones Craneofaciales y Prótesis Maxilofacial durante los años 2000-2012. Act Odont Venez, 51. Recuperado de URL: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art11.asp>
- Hurtado J. 2012. Metodología de la Investigación, Guía para una comprensión holística de la ciencia. Ediciones Quirón-Sypal. Bogotá, Caracas.
- León J, Sesman A, Fernández G. 2009. Palatoplastia con incisiones mínimas. Proposición de una técnica y revisión de la literatura. Cir Plást Iberolatinoam, 35: 19-26.
- Luces T, Vivas S, Gago J et al. 2009. Prevalencia de defectos congénitos de labio y/o paladar en cinco estados venezolanos. Acta Cient Estud, 7: 158-165.
- Nazer J, Ramírez M, Cifuentes L. 2010. 38 Años de vigilancia epidemiológica de labio leporino y paladar hendido en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev méd Chile, 138: 285-293.
- Operación Sonrisa Venezuela. 2015. Preguntas frecuentes sobre labio y/o paladar. Recuperado el 27 de mayo de 2015. Recuperado de URL: <http://www.operacionsonrisa.org.ve/programs/patients/faq/>
- Organización Mundial de la Salud. 2007. Salud Bucodental. Nota informativa N°318. Recuperado de URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Poletta F, Castilla E, López C. 2007. Regional analysis on the occurrence of oral clefts in South America. Am J Med Genet A, 143<sup>a</sup> (24), 3216-3227. Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. 2014. Labio leporino y hendido. Recuperado de URL: <http://secpre.org/index.php/extras/2013-02-01-13-57-35/labio-y-paladar-hendido>

Suárez C, Gil-Carcedo L, Marco J et al. 2008. Tratado de otorrinolaringología y cabeza y cuello. 2da edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid.

Recibido: 24 abril 2016      Aceptado: 30 mayo 2016

## HENDIDURAS DE LABIO Y PALADAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

**Zayda C. Barrios G., María E. Salas C., Yanet Simancas.**

Departamento de Odontología Preventiva y Social. Facultad de Odontología. Universidad de Los Andes. Edif. del Rectorado, calle 24 entre Av. 2 y 3. Mérida Venezuela, 5101.  
zayda\_barrios@hotmail.com; marusalas70@yahoo.com; janetsimancas@gmail.com;

### **Resumen.**

Las hendiduras de labio y/o paladar (HLP) constituyen la malformación congénita más común en el área de la cara. El propósito fue determinar la incidencia de labio y/o paladar hendido entre los años 2006 y 2013 en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, y las características epidemiológicas en dicha población. Se realizó un estudio descriptivo observacional, retrospectivo de 8 años. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de HLP que acudieron al IAHULA desde enero 2006 hasta diciembre 2013, para seleccionar 158 que presentaban datos completos en sus registros clínicos. Se identificaron las variables: sex, procedencia, antecedentes familiares y tipo de malformación. Los datos analizaron, con el programa estadístico SPSS 22.0, las variables objeto de este estudio. La incidencia acumulativa de HLP en el IAHULA durante el periodo comprendido entre el año 2006 y el año 2013 fue de 5 casos por cada 10.000 nacidos vivos (nv). Del total de las historias evaluadas, el 65.2% de los niños con HLP eran del sexo masculino, 76.6% provenían del estado Mérida, el 60.2% con residencia en el área rural, el 69.0% no tenían antecedentes familiares. Del total de casos, el 53.2% con afectación de paladar primario y secundario. La incidencia acumulativa durante 8 años fue de 5 casos por cada 10.000 nv y el mayor porcentaje presentó una combinación de fisura de paladar primario con paladar secundario, a predominio en pacientes de sexo masculino, provenientes de zonas rurales; un porcentaje importante de estos niños no tienen antecedentes familiares.

**Palabras clave:** Hendidura labial, hendidura palatina, incidencia.

### **Abstract.**

#### **Cleft lip and palate in pediatric patients: Incidence and epidemiological characterization.**

The cleft lip with or without cleft palate is the most common congenital malformation in the face. The objective was to determine the incidence of cleft lip with or without cleft palate in the Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Merida, Venezuela. A descriptive, transversal and retrospective study was made with 8 years of data from patients with diagnosis of cleft lip and/or palate who were attended at the IAHULA from January 2006 to December 2013. 158 were selected who have the complete data. Sex, origin, family history and type of malformation were registered. Data were analyzed with SPSS 22.0. The incidence of cleft lip with or without cleft palate was 5 per 10.000 in 8 years. Of all the stories evaluated, 65.2% of children were male, 76.6% came from Mérida and 60.2% lived in rural area, 69.0% had no family history; of the total cases, 53.2% with primary and secondary palate malformation. The highest percentage of the population has a combination of primary and secondary cleft palate, a predominance of male patients, from rural areas of Mérida, Venezuela. A significant percentage of these children have no family history.

**Key words:** Cleft lip and palate, incidence.

### **INTRODUCCIÓN.**

Durante el complejo desarrollo facial del embrión humano, ocurre una sucesión de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados; cualquier interrupción o modificación de este patrón puede contribuir a la aparición de innumerables malformaciones

congénitas relacionadas con el área de la cara (Hurtado et al. 2008, Patron et al. 2009).

Las malformaciones craneofaciales, en particular las hendiduras de labio y/o paladar (HLP) son consideradas el segundo defecto más común que se presenta desde el nacimiento como resultado de la falta de fusión entre las procesos nasales medio y lateral entre la 4<sup>a</sup> y 12<sup>a</sup> semana