

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**RAFAEL DONAYRE ROJAS**



**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LABIO LEPORINO Y PALADAR  
HENDIDO EN NEONATOS EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS, EN EL AÑO  
2015-2017, LORETO”**

**AUTOR: DIEGO TEODORO COLLANTES LOZANO**

**ASESOR: DR EDWIN VILLACORTA VIGO**

**REGION LORETO  
IQUITOS-PERU  
2018**

**MIEMBROS DEL JURADO**



Mg. SP. Jesus Jacinto Magallanes Castilla  
**Presidente**



Mg. Carlos Eduardo de la Puente Olórtgui  
**Miembro**



Mg. DIU. Sergio Ruiz Tello  
**Miembro**



Dr. Edwin Villacorta Vigo  
**Asesor**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS**

*Por haberme dado salud, sabiduría y fortaleza necesaria para superar los momentos más difíciles; y por haberme permitido llegar a la meta en este gran proyecto.*

### **A MIS PADRES**

*Porque a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación. Porque con amor han sabido guiarme y con sus palabras me motivaron a seguir adelante. Por ello, los considero padres ejemplares y los pilares en mi vida.*

### **A MIS HERMANA**

*Por su apoyo incondicional; y porque sin saberlo, su sentido del humor muchas veces me liberaron de las presiones y el estrés.*

### **A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS,**

*Quienes desde el cielo me guiaron para terminar con éxito mi tesis*

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a Dios por la vida y su amor infinito. Por haber llenado de bendiciones los días; y por iluminarme dándome las fuerzas para seguir adelante y culminar mis metas.

A mi madre quien con su ejemplo y sabios consejos me ha enseñado a no desfallecer y siempre perseverar.

A mi padre por su preocupación, su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tiene en mí.

A mi hermana por demostrarme que están cuando más los necesito. Sé que siempre cuento con ella.

De manera especial a mi asesor, Dra. Edwin Villacorta Vigo, quien con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación; y por estar disponible para escuchar y resolver mis dudas. Asimismo, permítame resaltar su calidad profesional y humana.

A mis amigos de universidad y de internado por acompañarme durante todo este arduo camino, haciéndome los días especiales y placenteros; por compartir conmigo momentos de alegría y tristeza.

A todas las personas que, directa o indirectamente, han permitido la realización de mi tesis.

## RESUMEN

**Introducción:** El labio fisurado y paladar hendido constituyen la malformación congénita más frecuente y grave de la región maxilofacial. Es más frecuente en la raza blanca, con una incidencia de aproximadamente de 1 en 700 y 1 en 1,000 nacidos vivos. Existe información sobre los factores de riesgo asociados a la misma; sin embargo, los datos son escasos a nivel regional y no se encuentran debidamente actualizados

**Objetivos:** Determinar si las características sociodemográficas maternas, el APGAR y las características antropométricas neonatales constituyen factores de riesgo asociados a fisura labiopalatina,

**Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles para determinar los factores de riesgo asociados a fisura labiopalatina. La muestra estuvo conformada por 90 recién nacidos en el Hospital Apoyo Iquitos durante el periodo 2015-2017 (Grupo casos=30, Grupo control=60). Se realizaron las comparaciones de las variables numéricas mediante la prueba t de Student. Las comparaciones entre variables cualitativas se realizaron mediante la prueba chi cuadrado, calculándose el OR indicando el intervalo de confianza al 95%. Para todas las pruebas estadísticas se consideró significativo un  $p < 0.05$ .

**Resultados:** se encontró estadísticamente significativo a la unión civil estable como factor de riesgo (**Chi2:4.68; p: 0.03; OR:3.50; IC:1.07-11.37**), ser primigestas es un factor protector (**Chi2:4.68; p: 0.03**) al igual que tener control prenatal adecuado (**chi2:9.97 ; p: 0.001**); sin embargo el tabaquismo y antecedentes maternos de anomalía congénita mostro ser factor de riesgo con **Chi2:7.23; p:0.007** y **Chi2:40.86 ; p: 0.0000000004** respectivamente. En cuanto a los factores neonatales, el sexo masculino resulto ser factor de riesgo para la patología estudiada (**Chi2:15.02; p: 0.0001**) mientras tener una talla adecuada es un factor protector (**Chi2:4.95; p: 0.025**).

**Conclusiones:** la patología del labio leporino y paladar hendido es de etiología multifactorial, se necesita un esquema estandarizado para recoger mejor los datos de esta patología en las historias clínicas.

**Palabras Claves:** labio leporino, paladar hendido, factores de riesgo

## ABSTRACT

**Introduction:** The cleft lip and cleft palate are the most frequent and serious congenital malformation of the maxillofacial region. It is more frequent in the white race, with an incidence of approximately 1 in 700 and 1 in 1, 000 live births. There is information about the risk factors associated with it; however, the data are scarce at the regional level and are not properly updated.

**Objectives:** To determine if the maternal sociodemographic characteristics, the APGAR and the neonatal anthropometric characteristics constitute risk factors associated with cleft lip and palate.

**Material and Method:** A retrospective study of cases and controls was carried out to determine the risk factors associated with cleft lip and palate. The sample consisted of 90 newborns in Hospital Apoyo Iquitos during the period 2015-2017 (Group cases = 30, Control group = 60). Comparisons of the numerical variables were carried out using the Student's t-test. Comparisons between qualitative variables were performed using the chi-square test, calculating the OR indicating the 95% confidence interval. For all statistical tests a  $p < 0.05$  was considered significant.

**Results:** the stable civil union was found to be statistically significant as a risk factor (Chi2: 4.68,  $p$ : 0.03, OR: 3.50, CI: 1.07-11.37), primiparous is a protective factor (Chi2: 4.68,  $p$ : 0.03) as well as having adequate prenatal control (chi2: 9.97,  $p$ : 0.001); However, smoking and maternal history of congenital anomaly showed a risk factor with Chi2: 7.23;  $p$ : 0.007 and Chi2: 40.86;  $p$ : 0.0000000004 respectively. Regarding neonatal factors, male sex turned out to be a risk factor for the pathology studied (Chi2: 15.02,  $p$ : 0.0001) while having an adequate size is a protective factor (Chi2: 4.95,  $p$ : 0.025).

**Conclusions:** the pathology of the cleft lip and cleft palate is of multifactorial etiology, a standardized scheme is needed to better collect the data of this pathology in the clinical histories.

**Key words:** cleft lip, cleft palate, risk factors

## ÍNDICE

1. Presentación	1
2. Dedicatoria	2
3. Agradecimiento	3
4. Resumen	4
5. Abstract	5
6. Índice	6
7. Capítulo I	7
Introducción	8
Planteamiento del problema	10
Objetivos	11
8. Capítulo II	12
Marco teórico	13
Antecedentes	23
Hipótesis	26
Variables	27
Operacionalización de variables	28
9. Capítulo III	33
Metodología	34
10. Capítulo IV	38
Resultados	39
Discusión	68
11. Conclusión	72
12. Recomendaciones	73
13. Bibliografía	74

## **CAPÍTULO I**



## 1. INTRODUCCIÓN

La fisura labio palatina es más frecuente en la raza blanca, con una incidencia de aproximadamente de 1 en 700 y 1 en 1 ,000 nacidos vivos. Dicha patología es dos veces más común en la población Asiática, seguido de la población Afroamericana<sup>1</sup>.

La prevalencia a nivel mundial de labio fisurado y /o paladar hendido va desde 0 .8 a 2.7 casos por cada 1,000 nacidos vivos siendo variable desde 0.5 por 1 ,000 en Afroamericanos, a 1 .7 por 1 ,000 en poblaciones asiáticas, y 3.5 por 1 ,000 entre caucásicos, hispanos y latinos<sup>2</sup>.

La fisura labio palatina es uno de los defectos congénitos más comunes a nivel mundial, con una prevalencia promedio de 1.2/ 1000 nacidos vivos por año. La incidencia se correlaciona con el origen étnico, racial y geográfico<sup>3</sup>.

En países europeos como Polonia, la incidencia es de 1.7/100 000/año<sup>4, 5, 6</sup>. En América Latina, la cifra observada de labio leporino con o sin paladar hendido es de 1.2/ 1000 nacimientos.

En los Estados Unidos se presenta en 1 de cada 700 a 1000 nacimientos ya sea labio fisurado, paladar fisurado o ambos. Estas malformaciones congénitas son más comunes entre asiáticos (uno en 350 nacimientos) que entre caucásicos (uno en 700-1000 nacimientos). En Brasil se estima una ocurrencia de 1 por cada 650 nacimientos<sup>6</sup>. En México, se registra 1 caso por cada 740 nacidos vivos. En el Perú la fisura labial con o sin fisura palatina se presenta en 1 de cada 1000 nacimientos, constituyendo un problema de salud pública. De hecho, en 1954 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la fisura de labio y paladar como un problema de salud, ocupando el

noveno lugar entre las 10 malformaciones congénitas más frecuentes a nivel mundial<sup>6</sup>.

En las maternidades latinoamericanas se encontró una tasa global de 1.05 por 1000 NV, con una alta frecuencia en Bolivia (2.37), Ecuador (1.5) y Paraguay (1.33 por 1000 NV), seguramente debido a que sus poblaciones tienen mezcla con raza india y con tasas bajas en Venezuela (0.8 por 1000 NV), Perú (0.9), Uruguay (0.9) y Brasil (1.01 por 1000 NV) tasas que se explican por la mezcla con raza negra de sus poblaciones<sup>7</sup>.

En el Perú 2,500 niños nacen con labio leporino y/o paladar hendido cada año (uno de cada 500-600 recién nacidos). El 25% de estos niños padecen de paladar hendido, 25% de labio leporino y el 50% de ambos. Esta malformación congénita es más común en los niños que en las niñas, y ocurre con más frecuencia en los países en vía de desarrollo<sup>7</sup>.

La fisura labial inicialmente se llamó "labio leporino", término que aún se sigue usando en algunos países y que tiene relación con su semejanza a los lepóridos (conejos).

La fisura labio palatina es una malformación de etiología multifactorial. Existen factores considerados como "predisponentes" en la producción o presencia de fisuras labio palatinas como: la edad materna, la fratria (orden que ocupa en el nacimiento, ejemplo: primer hijo, etc.), el antecedente familiar, antecedentes de infecciones durante el primer trimestre del embarazo (rubéola, diabetes), antecedentes de ingesta de medicamentos-drogas durante el primer trimestre del embarazo (corticoesteroides, anticonvulsivos, salicilatos, y aminopterina), y el antecedente de exposición a radiaciones<sup>9</sup>. Otros factores ambientales, con frecuencia asociados son: los tóxicos, alteraciones en la nutrición, el estrés materno, el tabaquismo, el consumo de alcohol<sup>8</sup>.

Tanto el género, la genética como los factores ambientales juegan un papel importante en la aparición de fisura labio palatina<sup>9</sup>.

Las fisuras labial y palatina son defectos congénitos que pueden ocurrir juntas o separadamente<sup>13, 14</sup>. Pueden asociarse a otras malformaciones (fisura labio palatina sindrómica) o no presentar ninguna otra anomalía (fisura labio palatina no sindrómica). La mayoría de casos se presentan como fisura labio palatina no sindrómica<sup>15, 16</sup>.

Dada la complejidad de la deformidad, se requiere no solamente de la corrección quirúrgica de la patología, sino también de un enfoque de atención multidisciplinaria, todo esto se traduce en gastos económicos de los recursos nacionales sin olvidar la economía familiar, lo cual se convierte en una barrera adicional para que el Perú logre ser un país del primer mundo. Los pacientes afectados por esta anomalía sufren la coexistencia de diversas enfermedades que agravan el marco patológico de su padecimiento. Dentro de esto último se destaca el retardo del crecimiento corporal<sup>16</sup>.

Por todo ello, es imprescindible tener una visión clara del problema al que nos enfrentamos, para poder organizar a nuestros servicios de salud y lograr disminuir la incidencia frente a esta malformación que afecta a nuestra región.

El presente estudio se realizó en el Hospital Apoyo Iquitos, donde se observó que son referidos los neonatos de los centros de salud para su atención frente a posibles complicaciones.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a labio leporino y paladar hendido en neonatos en el Hospital Apoyo Iquitos. 2015-2017?

### **3. OBJETIVOS:**

#### **3.1 Objetivo general:**

- Determinar los factores de riesgo asociados a labio leporino y paladar hendido en neonatos del Hospital Apoyo Iquitos, en el periodo 2015-2017, Loreto

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Relacionar las características prenatales maternas y los neonatos con LPH nacidos en el HAI en el periodo 2015-2017
- Relacionar las características sociodemográficas maternas y los neonatos con LPH nacidos en el HAI en el periodo 2015-2017
- Relacionar las características antropométricas-el APGAR neonatal y la presencia de neonatos con LPH nacidos en el HAI en el periodo 2015-2017
- Identificar las características sociodemográficas y prenatales maternas de los neonatos atendidos en el HAI en el periodo 2015-2017
- Identificar las características antropométricas, clínicas y el APGAR de los neonatos atendidos en el HAI en el periodo 2015-2017

## **CAPÍTULO II**

#### **4. MARCO TEÓRICO**

##### **LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO**

Son defectos congénitos por los cuales el labio y/o el paladar no se han cerrado completamente durante el desarrollo del feto en el útero, dejando así una rajadura en el labio y una hendidura en el paladar. Algunas veces, son parte de un síndrome de defectos congénitos. En la mayoría de los casos, sin embargo, son la única anomalía.

El labio leporino es un defecto de nacimiento que se manifiesta por una apertura uni o bilateral en el labio superior entre la boca y la nariz. Se origina por la falta de fusión o fusión incompleta de los procesos maxilares y naso medial del embrión y produce fundamentalmente un problema estético<sup>1</sup>.

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<sup>3</sup>

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.

Los niños afectados requieren un cuidado especial para asegurarse de que los alimentos sean administrados adecuadamente y prevenir complicaciones. Se indica cirugía para cerrar el defecto. El labio leporino generalmente se corrige hacia la edad

de tres meses, y el paladar hendido cuando el niño tiene un año de edad. El paciente puede necesitar más tratamientos a medida que vaya creciendo, según la severidad del defecto. La mayoría de los niños afectados son por lo demás normales y pueden tener una vida normal después de la cirugía y otros tratamientos<sup>5</sup>.

### **Epidemiología De La Hendidura Labio-Palatina**

Se ha planteado que la incidencia global de hendiduras maxilofaciales está comprendida entre 1:500 y 1:700 nacimientos, aunque en los últimos años a causa del control de la natalidad y del asesoramiento genético, la incidencia de estas hendiduras ha disminuido. Es más común en los indios americanos y los asiáticos y menos común en los afroamericanos<sup>5</sup>.

Las zonas comprometidas por las fisuras bucales comunes son el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar blando. Ligeramente más del 50 % son fisuras combinadas del labio y el paladar, y aproximadamente la cuarta parte de ellos es bilateral.

Las fisuras aisladas del labio y el paladar constituyen el resto de las variedades que se ven. Se ha comprobado que las fisuras de labios son más frecuentes en los varones mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en las mujeres<sup>7</sup>.

Igualmente, el compromiso del labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo que el derecho. Estos fenómenos carecen de explicación, y la causa subyacente de la deformidad se comprende sólo de una manera parcial. La falta de unión de las partes que normalmente forman el labio y el paladar, se produce en un momento temprano de la vida fetal.

## **Embriología De La Alteración**

Durante la tercera semana de gestación, las células de la cresta neural proliferan y migran dentro de la región frontonasal y la región de los arcos viscerales para formar el quinto primordio facial. A la cuarta semana, el quinto primordio da lugar a la prominencia frontonasal que se divide en nasal media y lateral, a dos prominencias maxilares y a dos prominencias mandibulares. Al inicio de la quinta semana, las prominencias mandibulares

Se unen para formar el maxilar inferior y el labio inferior. Al final de la sexta semana, comienza una rápida proliferación de las prominencias maxilares que da lugar a la emergencia de la prominencia nasal medial y a la prominencia nasal lateral para formar la nariz lateral, durante este periodo se forma el labio superior y el maxilar superior<sup>9</sup>.

El paladar inicia su formación después de la formación del labio superior y termina hacia la vigésima semana, está dividido en dos regiones<sup>9</sup>:

Paladar primario que comienza con el desarrollo de los segmentos intermaxilares del maxilar superior formando el filtrum y el hueso palatino que incluye los cuatro incisivos superiores.

Paladar secundario que incluye los tejidos que se extienden posterior al foramen incisivo conocidos como paladar duro y blando. El desarrollo del paladar blando y la úvula se completa en la semana veinte junto con el del paladar duro.

El labio y/o paladar hendido (LPH) es una de las malformaciones congénitas estructurales más comunes; afecta el complejo cráneo facial y es el resultado de la falta de unión entre las procesos frontonasal, maxilar y medial nasal, y lateral. Las fisuras unilaterales ocurren cuando la prominencia del lado afectado falla en unirse



con la prominencia nasal medial en emergencia. El LPH se puede encontrar de cuatro formas, principalmente:

- a. Labio Fisurado (LF).
- b. Paladar Fisurado (PF).
- c. Labio y paladar hendido unilaterales (LPHu).
- d. Labio y paladar hendido bilateral (LPHb).

### Clasificación Del Labio Leporino Y Paladar Hendido

Entre las clasificaciones tradicionales usadas para tipificar las hendiduras de labio y paladar están la de Davis y Ritchie (1922), Veau (1931), Pfeiffer (1964), Kernahan (1971), Millard (1976) y Tessier (1979). Todas estas hacen sólo una descripción de los segmentos anatómicos involucrados, pero no reflejan qué tan severamente están afectados.<sup>26</sup> El sistema de clasificación de Kernahan o “Stripped Y” tiene como alcance adicional un esquema donde se grafica de manera práctica el tipo de fisura<sup>15</sup>.

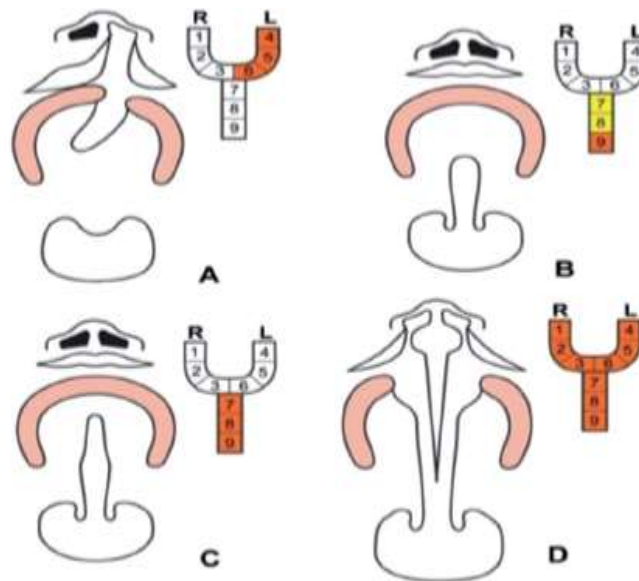


Figura 1. Clasificación del labio y paladar hendido, según Kernahan. “Stripped Y”

Otto Kriens, presentó una clasificación tipo acrónimo para las hendiduras faciales, las siglas L.A.H.S.H.A.L, hacen referencia a la anatomía bilateral del labio (L), alvéolo (A), paladar duro (H), y paladar blando (S).

Las letras en minúscula representan una hendidura incompleta de la estructura, un punto indica que no hay presencia de hendidura, su uso es de derecha a izquierda. Es así como una hendidura bilateral de labio con una hendidura unilateral del paladar duro se representará de la siguiente manera (LAHSal), una hendidura bilateral completa (LAHSAL), la hendidura labial incompleta izquierda (...l); el paladar duro incompleto y el paladar blando completo (..hS..). De esta manera, se puede clasificar cualquier tipo de hendidura que se presente<sup>18</sup>.

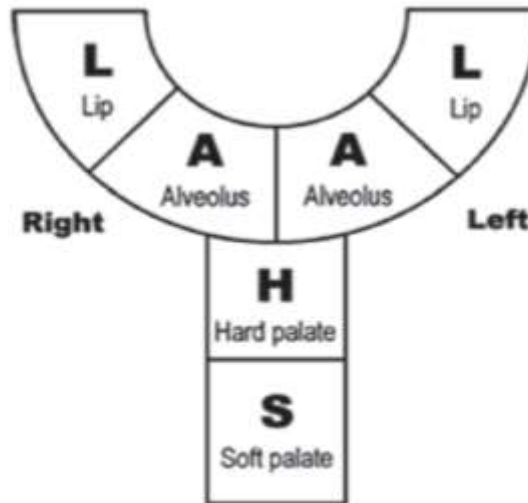


Figura 2. Clasificación de labio y paladar hendido, según Otto Kriens (LAHSHAL)

A diferencia de la clasificación tradicional, la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10), permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Este es un sistema de clasificación de ejes variables que convierte los términos diagnósticos a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el

análisis de la información. Este patrón para los casos de LPH corresponde a Q35, Q36 y Q37.28<sup>19</sup>

### **Consecuencias Que Ocasiona La Hendidura Labio Palatina En Neonatos**

Los niños que sólo tienen el labio leporino, pero no en la encía o paladar frecuentemente no tienen otros problemas. Los niños con el paladar leporino pueden tener infecciones del oído y pérdida de audición, problemas dentales, dificultad al comer y dificultad al hablar. Un equipo experto en labio o paladar leporino tiene especialistas para ayudar con cada uno de estos problemas.

### **Dificultad En La Nutrición**

Un niño con paladar leporino puede tener dificultad al mamar de un pezón o de un chupón regular debido al espacio abierto en la bóveda (o techo) bucal. La mayoría de los bebés requieren de un chupón especial o modificado para poder mamar apropiadamente. Puede tomar un par de días para que el bebé y los padres se acostumbren al uso de este chupón especial antes de volver a casa. La mayoría de los niños con paladar leporino aprenden a comer normalmente. El pediatra y el equipo de especialistas en labio o paladar leporino, vigilarán de cerca el peso del bebé.

La mayoría de los niños con paladar leporino no pueden generar suficiente succión para alimentarse del pecho materno. Para obtener los beneficios de la leche materna, muchas madres eligen usar la leche materna en un biberón con un chupón especial para paladar leporino<sup>21</sup>.

### **Problemas Del Habla**

Los niños con paladar leporino sin reparar tienen una calidad nasal (gangosa) del habla porque el aire escapa a través de la abertura en la bóveda (o techo) bucal hacia la nariz. Estos niños pueden también tener dificultad en generar suficiente presión

para producir ciertos sonidos. Después de que el paladar ha sido reparado, la mayoría de los niños desarrollan el habla casi en una forma normal. Algunos niños cuando son más grandecitos, requieren terapia para el habla u otra cirugía para mejorar el persistente sonido nasal.<sup>22, 25, 26</sup>

### **Problemas De Audición E Infecciones Del Oído**

Cualquier niño con paladar leporino tiene el riesgo de desarrollar frecuentemente infecciones del oído. El tubo de eustaquio, que drena líquido del oído medio funciona mal, causando la acumulación de líquido. La combinación de líquido acumulado e infecciones frecuentes del oído pueden causar cicatrización en la membrana del tímpano y pérdida de audición. Al momento de hacer la reparación del labio o paladar leporino; pueden insertarse tubos para drenar el líquido, nivelar la presión y reducir el riesgo de infección y pérdida de audición.<sup>28</sup>

### **Problemas Dentales**

Un niño con paladar leporino o una hendidura en la encía, pueden no tener algunos dientes o tener dientes malformados, ya sean los dientes de leche o los permanentes. Adicionalmente, el maxilar superior puede no crecer hacia adelante como el maxilar inferior, siendo necesaria una cirugía correctiva en el futuro. Su equipo de especialistas en labio o paladar leporino le puede recomendar a un experto en ortodoncia que pueda tratar estos problemas con éxito.<sup>27</sup>

### **Tratamiento Del Labio Leporino/Hendido**

**En las formas unilaterales** de labio leporino, el labio lo intervenimos entre los 4 y 6 meses de edad, dependiendo del grado de deformidad, desarrollo y peso del niño. Actualmente, La técnica de elección para la corrección quirúrgica del labio (QUEILORRAFIA), es la descrita como técnica de rotación-avance tipo Millard II,

que tiene como principales ventajas el que no deja cicatrices en Z en el labio y alarga el subtabique nasal, que en el lado afecto es demasiado corto.<sup>29</sup>

**En las formas bilaterales** de labio leporino, la deformidad es completamente distinta. La parte central del maxilar superior (premaxila) queda aislada de las partes (fragmentos) laterales. Esta premaxila generalmente está en mayor o menor grado en posición adelantada (protruida).

La parte central del labio superior (prelabio) es atrófica y no hay músculo en esta zona. Todo el músculo (orbicular) del labio superior se encuentra localizado en los segmentos laterales o externos del labio.<sup>31</sup>

La columela (subtabique nasal) es demasiado corta y las aletas nasales están ensanchadas. El tratamiento debe de ir dirigido a corregir todos los defectos descritos y no sólo alguno de ellos.

Es por ello que para las formas bilaterales, proponemos el siguiente plan de tratamiento<sup>33</sup>:

**1ª- Intervención -Técnica Adhesiva:** Consiste en crear quirúrgicamente una cincha músculo-cutánea que une la parte alta del prelabio con las aletas nasales. Su objetivo es hacer retroceder la premaxila y ejercer una expansión en la zona del prelabio que nos permitirá obtener más tejido.

Con la premaxila retruida y mayor volumen del prelabio podremos realizar las intervenciones definitivas del labio con mucha más precisión y facilidad, obteniendo mejores resultados.

Para retruir la premaxila, no somos partidarios de las técnicas ortopédicas no quirúrgicas, tipo tracción elástica con placa o tornillos. Con estos métodos la premaxila más que retroceder se inclina hacia abajo.

La edad ideal para realizar la técnica adhesiva es a ser posible antes de los 3 meses de edad.<sup>35</sup>

**2ª Intervencion:- Queilorrafia** (Cierre labial definitivo) de un lado, con alargamiento de columela, aporte muscular a la zona central del labio y rinoplastia primaria (corrección aleta nasal) del mismo lado. A los 6 meses de edad. La técnica de elección es la de Millard II.

**3ª Intervencion- Queilorrafia**, alargamiento columelar, aporte muscular a línea media y rinoplastia primaria del otro lado. A los 9 meses de edad (3 meses después del 1er. tiempo definitivo).

Con el protocolo de intervención del labio bilateral en 2 tiempos, se considera que podemos aplicar los detalles de las técnicas actuales de alargamiento de subtabique nasal, relleno muscular de la parte media labial y corrección simultánea de la nariz, con mejores resultados estético-funcionales a corto y a largo plazo, que los que se obtienen con los protocolos de cierre directo en 1 tiempo<sup>38</sup>.

### **Tratamiento De La Fisura Palatina**

Inicialmente nos limitábamos a cerrar el paladar y el paciente hablaba mal, porque aunque cerrado el paladar quedaba corto. El siguiente paso fue cerrar y también alargar (veloplastia); el paciente hablaba mejor pero todavía no bien. Finalmente nos dimos cuenta que el paladar aparte de tener que estar cerrado y alargado, precisa ser móvil y la movilidad depende del músculo elevador del velo del paladar.

En la última fase, la actual, localizamos y reconstruimos el músculo elevador para que este haga su función. Si con la técnica quirúrgica se cumplen estas tres premisas: cerrar, alargar y reconstruir la musculatura, la fonación del fisurado será normal<sup>39</sup>.

El protocolo de tratamiento de la fisura palatina dependerá de si se trata de una forma incompleta, en la que la arcada alveolar (encía) no está fisurada, o de una forma completa a la que la arcada alveolar está fisurada uni o bilateralmente. Si la fisura es incompleta, cerramos todo el paladar (blando y duro) en una única intervención, URANOESTAFILORRAFIA, a partir de los 12 meses de edad y antes de los 18 meses.

Antes de los 12 meses, el músculo elevador del velo no está lo suficientemente desarrollado; no tiene el volumen necesario para poderlo localizar y reconstruir. A partir de los 18 meses el niño pasa del habla labial al habla palatina, por lo que necesita tener el paladar reconstruido.

Si la fisura es completa ya sea uni o bilateral, intervenimos el paladar blando, ESTAFILORRAFIA, a partir de los 12 meses (según el desarrollo del músculo elevador), como en las formas incompletas y posponemos el cierre del paladar óseo, URANORRAFIA, hasta los 4 años de edad (una vez finalizada la erupción de la dentición temporal).<sup>39</sup>

Al intervenir el paladar en 2 tiempos, cuando hay discontinuidad de la arcada alveolar, evitamos trastornos de crecimiento del maxilar superior derivados de una intervención demasiado precoz a nivel del paladar óseo. Con ello también simplificamos y reducimos el tiempo de aplicación del tratamiento ortodóncico

## 4.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan estudios relacionados con el tema a tratar y que más cercanía tiene con la realidad de Iquitos, en el cual se tiene que hacer hincapié en la ausencia de información regional y escasas a nivel nacional respecto al tema.

- En el año 2014 en la población colombiana de Magdalena, Andrea Melisa Prada Flórez y colaboradores llevaron a cabo un estudio de casos y controles, que tenía como objetivo principal: encontrar la asociación entre factores ambientales y la presencia de labio leporino y paladar hendido; Los resultados del estudio demostraron que se considera como factor protector haber estudiado en la universidad y la condición socioeconómica más alta. Se encontró que la exposición a plaguicidas y la presencia de LPH en la familia se comportaron como factores de riesgo<sup>1</sup>
  
- En el año 2001 se publicó un estudio titulado: FACTORES DE RIESGO PARA ALGUNAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS que tenía como población hospitales de Bogotá, Neiva y Cartagena, en el cual se busca establecer cuáles de las variables estudiadas podrían ser factores de riesgo de las anomalías congénitas Labio Leporino con o sin Paladar Hendido, Polidactilia, Síndrome de Down y Deformidades en Varo entre 1982 y 1993; Los resultados del estudio demostraron que el riesgo que un niño nazca con deformidades en varo cuando hay antecedentes de malformaciones familiares es aproximadamente 3,2 veces el riesgo de cuando no las hay. Si la madre estuvo expuesta a inmunización durante la gestación el riesgo de que el niño nazca con deformidades en varo es 2,3 veces el de cuando la madre no estuvo expuesta<sup>3</sup>.
  
- En el año 2014 se publicó un estudio caso-control titulado: DETERMINANTES SOCIALES ADVERSOS Y RIESGO PARA ANOMALÍAS CONGÉNITAS SELECCIONADAS. ARGENTINA que tenía como muestra a 3786 recién nacidos vivos con una única malformación y 13 344 controles, seleccionados entre 546 129 nacimientos, ocurridos en 39 hospitales de Argentina durante el período 1992-2001, en el cual se busca evaluar el riesgo de ocurrencia de 25 anomalías congénitas y



determinantes sociales adversos según el nivel socioeconómico de la familia y de la región; Los resultados del estudio demostraron que los defectos de labio leporino con/sin paladar hendido y comunicación interventricular mostraron un riesgo significativamente mayor en el nivel socioeconómico más bajo. Los niveles socioeconómicos bajos se asociaron de manera significativa con una mayor frecuencia de consanguinidad parental, ancestros nativos, edad materna menor de 19 años, más de 4 embarazos, bajo número de visitas prenatales y residencia en regiones desfavorables<sup>5</sup>

- En el año 2016, Ángel Villanueva llevó a cabo un estudio de casos y controles, titulado: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A FISURA LABIO PALATINA EN RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO. 2006-2015 que tenía como objetivo principal: Determinar si el género masculino, la edad materna <20 años, y la primera gestación constituyen factores de riesgo asociados a fisura labio palatina. la población estuvo conformada por el total de pacientes recién nacidos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2006-2015; Los resultados del estudio demostraron significancia estadística en lo que respecta al género del recién nacido ( $\text{Chi}^2= 4,41$ ;  $p= 0.0357$ ;  $\text{OR}=2,59$ ), así como con la primera gestación ( $\text{Chi}^2= 7,5$ ;  $p= 0.0062$ ;  $\text{OR}=3,5$ ). Por el contrario, al comparar la variable edad materna <20 años, no se halló diferencia significativa ( $\text{Chi}^2= 2,14$ ;  $p= 0.1432$ ;  $\text{OR}=2,0$ )<sup>7</sup>.
- En el año 2011, Saldaña Díaz, José Omar llevó a cabo un estudio de corte transversal, titulado: FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS Y PERINATALES ASOCIADOS A MALFORMACIONES CONGÉNITAS EXTERNAS EN NEONATOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DURANTE EL AÑO 2011. El tamaño poblacional fueron todos los recién nacidos vivos, durante el año 2010 en Hospital Regional de Loreto. El número de casos y muestra fueron tomados por conveniencia. Se tomaron a todos los RN con malformaciones externas durante el 2010; Los resultados del estudio demostraron que de 3430 partos atendidos se obtuvo 36 casos de neonatos con malformaciones congénitas externas para el año 2010 en el Hospital Regional de Loreto. La

prevalencia de malformaciones congénitas externas en el HRL durante el año 2010, fue de 1.05%, el tipo más frecuente fue las malformaciones congénitas mayores (55.56%). Dentro de los factores epidemiológicos se encontró con más frecuencia que la edad del padre y la madre fue 19 a 35 años con (69.44%) respectivamente, el grado de instrucción del padre y la madre se encontró con más frecuencia en nivel secundario (77.78%) y (69.44%); ocupación del padre: Independiente 52.78% y dependiente (30.56%). Ocupación de la madre: Ama de casa (88.89%) y estudiante (8.33%); Lugar de procedencia: Punchana (50.00%) e Iquitos (33.33%). Los factores perinatales más frecuentes fueron: Embarazo previo (30.56%); antecedente de aborto espontáneo (36.11%); antecedente de cesáreas (25.00%); Control prenatal inadecuado (58.33%). Dentro de las patologías asociadas al embarazo se encontró con más frecuencia: oligohidramnios (13.89%) y está asociado significativamente a la presencia de malformación congénita mayor ( $p=0.031$ ). Infección asociada al embarazo: ITU (44.44%), SFV (22.22%) y a la Sífilis (2.78%). Antecedente de hijos anteriores con malformación congénita (8.33%) y el antecedente de familiares directos con malformaciones congénitas (8.33%). Con respecto a las características natales inmediatas concluimos: edad gestacional (método Capurro) adecuada (de 37 a 41 semanas) 80.6% y menor de 37 semanas 19.4%. Sexo masculino (58.33%). Peso adecuado (2500 a 3999g) 80.56%. Talla menor de 50cm. 61.11%. Puntaje Apgar al minuto normal (7 a 10) 77.78% y puntaje Apgar a los 5 minutos normal (7 a 10) 88.89%. El 36.11% de las madres tomaron ácido fólico durante el 1 Trimestre de embarazo. El segmento afectado más frecuentes fueron: cabeza y cuello (38.89%), músculo esqueléticas (33.33%) y neurológicas (11.11%). Las Anomalías congénitas anatómicas más frecuentes fueron: apéndice auricular (19.44%), focomelia (11.11%), sindactilia (11.11%), ano imperforado (8.33%), equino varo (8.33%), labio leporino (8.33%) y polidactilia (8.33%).<sup>9</sup>

## 5. HIPÓTESIS

**H0:** La ausencia de control prenatal y los extremos de la edad materna no son factores de riesgo asociados a labio leporino y paladar hendido en neonatos en el Hospital Apoyo Iquitos en el periodo 2015-2017, Loreto

**H1:** La ausencia de control prenatal y los extremos de la edad materna son factores de riesgo asociados a labio leporino y paladar hendido en neonatos en el Hospital Apoyo Iquitos en el periodo 2015-2017, Loreto

## 6. VARIABLES

- **Variable Dependiente**

Presencia De Labio Leporino Y Paladar Hendido

- **Variable Independiente**

### **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS**

Edad  
Grado De Instrucción  
Lugar De Residencia  
Estado Civil  
Ocupación  
Lugar De Procedencia

### **CARACTERÍSTICAS PRENATALES**

Número De Gestaciones  
Semanas De Gestación  
Ingesta De Ácido Fólico  
Tipo De Parto  
Amenaza De Aborto  
Control Prenatal  
Tabaco  
Alcohol  
Infección De Vías Urinarias  
Diabetes Mellitus  
Complicaciones  
Antecedentes Familiares

### **CARACTERÍSTICAS NEONATALES**

Peso  
Sexo  
Talla  
Apgar  
Perímetro cefálico

## 7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS MATERNAS					
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES Y VALORES
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Fecha de nacimiento consignada en su expediente de historia clínica.	Numérica Discreta	- Años.
<b>Grado De Instrucción</b>	Cualitativa	Nivel más elevado de estudios realizado o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel de educación consignado en su expediente de historia clínica.	Nominal politómica	- Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Superior - No escolarizado
<b>Lugar De Residencia</b>	Cualitativa	Lugar en que la persona vive en el momento del censo, y en el que además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo.	Distrito al que pertenece su lugar de residencia consignada en su expediente de historia clínica.	Nominal politómica	-Belén -Punchana -Iquitos -San Juan
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa	Expresión jurídico- política de la comunidad humana constituida para cumplir fines transcendentales dentro de la comunidad.	Situación sentimental en la que se encuentra la paciente con su actual pareja		-Soltera -Casada -Viuda -Separada
<b>Lugar De Procedencia</b>	Cualitativa	Lugar de origen de una persona.	Lugar geográficamente a la cual la paciente pertenece.	Nominal	- Localidad. - Centro poblacional. - Caserío.
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Actividad laboral de la paciente.	Actividad a la que la paciente se dedica		Ama de casa - Empleada/obrero - Trabajadora independiente - Desocupada

### CARACTERISTICAS PRENATALES

<b>Número De Gestaciones</b>	Cuantitativa	Cantidad de embarazos que haya tenido la mujer, tantos vivos como mortinatos.	Numérica	-
<b>Semanas De Gestación</b>	Cuantitativa	Término usado durante el embarazo, que mide el tiempo desde el primer día de la última menstruación hasta la finalización del embarazo.	Numérica	Semanas
<b>Ingesta De Ácido Fólico</b>	Cualitativa	Consumo de ácido fólico en durante el periodo gestacional	Nominal	- SI - NO
<b>Tipo De Parto</b>	Cualitativa	Parto es un proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación.	Nominal	-Vaginal natural o espontaneo - Vaginal asistido - Abdominal o cesarí
<b>Amenaza De Aborto</b>	Cualitativa	Existencia de alguna amenaza de expulsión del feto en alguna gestación ya sea la actual o pasada	Nominal dicotómica	- SI - NO
<b>Control Prenatal</b>	Cuantitativa	Cheques intermitentes durante el embarazo	Nominal dicotómica	- SI - NO
<b>Ingesta De Medicamentos 1er Trimestre</b>	Cualitativa	Consumo de algún medicamento durante los primeros tres meses	Nominal dicotómica	- SI - NO
<b>Tabaco</b>	Cualitativa	Presencia de consumo de tabaco durante periodo gestacional	Nominal dicotómica	- SI - NO
<b>Alcohol</b>	Cualitativa	Presencia de consumo de alcohol durante el periodo gestacional	Nominal dicotómica	- SI - NO
<b>Infección De Vías Urinarias</b>	Cualitativa	Presencia de infección de vías urinarias ya sea antes o durante la gestación	Nominal dicotómica	- SI - NO
<b>Diabetes Mellitus</b>	Cualitativa	Diagnóstico realizado por el especialista a la madre, ya sea antes, durante de la gestación	Nominal dicotómica	- SI - NO

<b>Complicaciones</b>	Cualitativa	Presencia de alguna dificultad durante el parto	Nominal	- NO - SI
<b>Antecedentes Familiares</b>	Cualitativa	Presencia de fisura labiopalatinas y/o anomalías congénitas en familiares	Nominal	- Fisura labiopalatina - Anomalía congénita

#### CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES Y VALORES
PESO	Cuantitativa	Peso al nacer del neonato en gramos	Numérica	- Macrosómico - Normal - Insuficiente - Bajo
SEXO	Cualitativa	Condición de un organismo que define entre masculino y femenino	Nominal	- Femenino - Masculino
TALLA	Cuantitativa	Talla al nacer del neonato en milímetros o centímetros	Numérica	- Centímetros
APGAR	Cuantitativa	Índice que permite valorar el estado del RN al 1er minuto y a los 5min de nacido.	Numérica	- Normal - Moderadamente deprimido - Gravemente deprimido
PERIMETRO CEFALICO	Cuantitativa	Circunferencia al nacer de la zona cefálica del neonato	Numérica	- Centímetros

## **CAPÍTULO III**

## **8. METODOLOGÍA**

### **8.1 Tipo Y Diseño De Investigación**

El presente estudio es de diseño no experimental, analítico caso control retrospectivo.

- Analítico: Porque establece relaciones entre las variables, de asociación o de casualidad.
- Caso Control: Porque los sujetos se seleccionaron en función de que tengan (casos) o no tengan (control) la enfermedad.
- Retrospectivo: Porque todos los casos han sido diagnosticados antes del inicio del estudio.

### **8.2 Población de estudio:**

Se realizó utilizando los datos obtenidos de historias clínicas y el registro de partos del centro obstétrico del HAI durante los años 2015-2017.

- La población estuvo constituida por los neonatos nacidos en el HAI durante los años 2015-2017  
CASO: Todos los neonatos con LPH nacidos en el HAI durante los años 2015-2017.  
CONTROL: Todos los neonatos sin LPH nacidos en el HAI durante los años 2015-2017

### **8.3 Muestra**

Estuvo constituida por todos los casos de fisura labio palatina registrados en el Departamento de Neonatología en el Hospital Apoyo Iquitos entre enero 2015- diciembre 2017, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el presente estudio. Por ello no se precisó la determinación estadística del tamaño muestral.



Se consideraron 2 controles por cada caso de fisura labio palatina; siendo cada control, seleccionado aleatoriamente entre la población de estudio.

### **Unidad De Análisis**

La unidad de análisis se basó en las historias clínicas maternas perinatales de las pacientes y el libro de registro de partos del centro obstétrico del Hospital Apoyo Iquitos de Loreto

## **8.4 Criterios De Selección**

### **Criterios De Inclusión**

#### **Casos:**

Neonatos con LPH nacidos en el Hospital Apoyo Iquitos entre enero 2015-diciembre 2017.

#### **Controles:**

Neonatos sin LPH nacidos en el Hospital Apoyo Iquitos entre enero 2015-diciembre 2017.

### **Criterios De Exclusión Para Casos Y Controles**

- Pacientes con diagnóstico de LPH, con historias clínicas incompletas o ilegibles.
- Pacientes con diagnóstico de LPH, nacidos en otros establecimientos de salud distintos al Hospital Apoyo Iquitos entre enero 2015- diciembre 2017.

#### **8.4 Procedimiento de recolección de datos**

Se presentó al encargado de la Dirección del establecimiento de Salud, Hospital Apoyo Iquitos, la solicitud pertinente para obtener el permiso de acceso a las historias clínicas de los pacientes hospitalizados por labio leporino y paladar hendido durante los años 2015 – 2017. Así como la obtención de la aprobación del comité de ética del mencionado hospital. Se realizó la revisión de la base de datos de hospitalización, para obtener los números de historia clínica de los pacientes con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido de los años correspondientes, posteriormente se procedió a la revisión y recolección de datos de las historias clínicas en el departamento de Estadística y Archivo central del Hospital Apoyo Iquitos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

#### **8.5 Técnicas e instrumentos de Recolección de datos:**

Proceso de recojo, procesamiento y análisis de los datos: Se aplicó una ficha de recolección de datos, la cual consta de preguntas acerca de las características obstétricas y perinatales registradas en la historia clínica y en el libro de registro de partos. Los encargados de la recolección de datos son personas previamente capacitadas, los cuales son conocedores del tema y garantizaran el anonimato de las participantes, utilizando códigos y nunca nombres o rasgos que la identifiquen.

#### **8.6 Plan de análisis de datos:**

El procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora portátil marca DELL modelo INSPIRON N4050 con software Windows 7 Ultimate y el paquete estadístico Epi Info 7.2.2.6

##### **8.6.1 Estadística descriptiva:**

Los datos de frecuencia de variables, fueron expresados como frecuencias relativas y representadas en tablas de 2x2, asimismo se utilizaron tablas y gráficos apropiados para cada variable.

### 8.6.2 Estadística inferencial:

Se utilizó el análisis estadístico de la relación entre las variables independiente y dependiente, mediante el Test de Chi cuadrado con IC: 95% y se consideró significativo un  $p < 0.05$ .

### 8.6.1 Estadígrafos propios del estudio:

Se presentaron tablas de 2x2, donde se determinó el ODDS RATIO como estadígrafo para estudio de casos y controles, según el siguiente esquema:

		VD	
		+	-
VI +	A	b	
-	C	d	

Donde  $OR = (a)(d) / (b)(c)$

=1, no es factor protector, ni factor de riesgo

< 1, es factor protector

>1, es factor de riesgo

### 8.7 Aspectos éticos:

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación con el fin de mantener la confidencialidad y los principios éticos universales de la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, el presente estudio fue evaluado por el comité de ética del Hospital Apoyo Iquitos, siguiendo las normas internacionales de investigación en salud (Núremberg 1947, Helsinki 1966, Helsinki II 1975; Reporte Belmont). Se evitara la difusión de la información obtenida de las historias clínicas de los pacientes.

## **CAPÍTULO IV**

## 9. RESULTADOS

### A) FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS MATERNOS:

**TABLA N° 1**  
**EDAD DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL**  
**APOYO IQUITOS. 2015-2017.**

EDAD MATERNA	Frecuencia	Porcentaje
<20 AÑOS	13	14.5 %
20 A 35 AÑOS	61	67.8 %
>35 AÑOS	16	17.7 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En esta tabla N°1 se observa que la distribución de los pacientes en estudio según la variable edad materna, en el cual la mayoría de las gestantes estaban en el rango de 20 a 35 años con un porcentaje de 67.8%.

**TABLA N° 2**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN**  
**ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015-2017**

GRADO DE INSTRUCCION	Frecuencia	Porcentaje
NO ESCOLARIZADO	1	1.1 %
PRIMARIA COMPLETA	13	14.4 %
PRIMARIA INCOMPLETA	14	15.6 %
SECUNDARIA COMPLETA	16	17.8 %
SECUNDARIA INCOMPLETA	31	34.5 %
SUPERIOR	15	16.6 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.00 %</b>

En esta tabla N°2 se puede observar que el mayor porcentaje de las gestantes de los neonatos estudiados tenían un grado de instrucción de secundaria incompleta (34.5%) y en menor porcentaje el no escolarizado (1.1%).

**TABLA N° 3**  
**LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015-2017**

RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
BELEN	28	31.1 %
IQUITOS	22	24.4 %
NAUTA	1	1.11 %
PUNCHANA	6	6.7 %
REQUENA	1	1.1 %
SAN JUAN	32	35.6 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En esta Tabla N°3 se puede observar que el mayor porcentaje de las gestantes de los neonatos estudiados tenían como lugar de residencia San Juan (35.6%) y en menor porcentaje se encuentra en Requena y Nauta (1.1% cada una).

**TABLA N° 4**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015-2017**

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
CASADA	19	21.1 %
CONVIVIENTE	46	51.1 %
SEPARADA	1	1.1 %
SOLTERA	24	26.7 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En esta Tabla N° 4 se puede observar que el mayor porcentaje de las gestantes de los neonatos estudiados tenían como estado civil conviviente (51.1%) y en menor porcentaje eran gestantes separadas (1.1%).

**TABLA N° 5**  
**OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO,**  
**HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015-2017**

<b>OCUPACION</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
AMA DE CASA	68	75.6 %
DESOCUPADA	7	7.8 %
ESTUDIANTE	6	6.6 %
INDEPENDIENTE	9	10.0 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En esta Tabla N° 5 se puede observar que el mayor porcentaje de las gestantes de los neonatos estudiados tenían como ocupación ser ama de casa (75.6%) y en menor porcentaje eran estudiantes (6.6%).

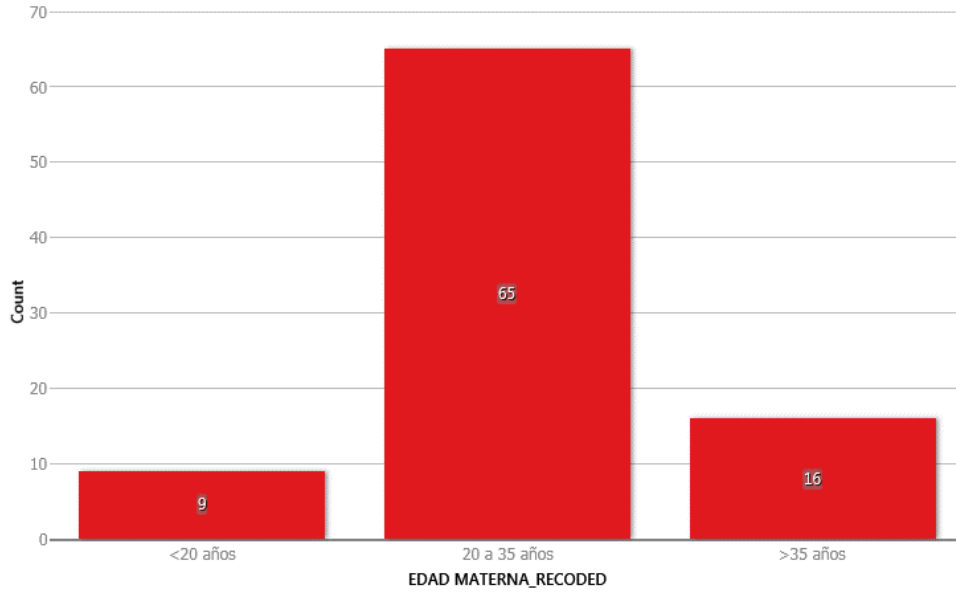
**TABLA N° 6**  
**PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO,**  
**HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2015 – 2017.**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
ACENTAMIENTO HUMANO	3	3.3 %
CASERIO	4	4.5 %
CENTRO POBLACIONAL	12	13.3 %
LOCALIDAD	71	78.9 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 6 se puede observar que el mayor porcentaje de las gestantes de los neonatos estudiados tiene como procedencia la localidad (78.9%) y en menor porcentaje proceden de caseríos (4.4%).

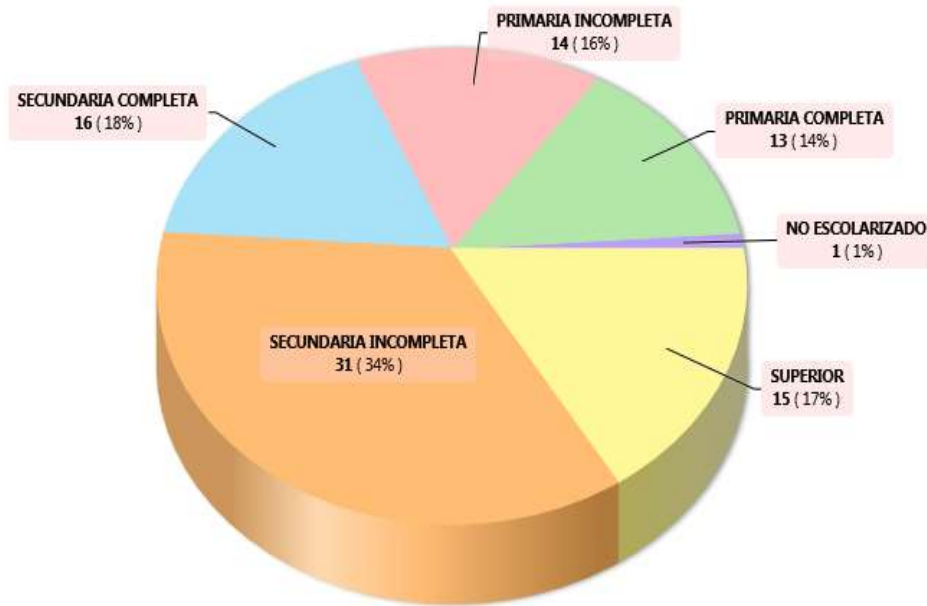
**Gráfico N° 1**

**GRUPO ETÁREO DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO; HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015-2017.**



**Gráfico N° 2**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO; Hospital Apoyo Iquitos, 2015-2017.**





## B) FACTORES PRENATALES

**TABLA N° 7**  
**NÚMERO DE GESTACIONES DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS**  
**EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO QUITOS. 2015 – 2017.**

<b>NÚMERO DE GESTACIONES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
PRIMIGESTA	25	27.8 %
MULTIGESTA	65	72.2 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 7 se puede observar que el mayor porcentaje de estas son multigestas (72.2%) y en menor porcentaje son primigestas (27.7%).

**TABLA N° 8**  
**EDAD GESTACIONAL DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL**  
**APOYO QUITOS. 2015 – 2017.**

<b>SEMANA DE GESTACION</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
PRETERMINO	8	8.8 %
A TERMINO	77	85.6 %
POSTERMINO	5	5.6 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 8 se puede observar que el mayor porcentaje son neonatos a términos (85.6%) y en menor porcentaje son postterminos (5.6%).

**TABLA N° 9**  
**INGESTA DE ÁCIDO FÓLICO DURANTE LA GESTACIÓN DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017.**

<b>ACIDO FOLICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	27	30.0 %
SI	63	70.0 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 9 se puede observar que el mayor porcentaje si consumieron ácido fólico durante el embarazo (70.0%) y en menor porcentaje no consumieron ácido fólico (30.0%).

**TABLA N° 10**  
**TIPO DE PARTO DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL**  
**APOYO IQUITOS. 2015 – 2017.**

<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CESARIA	15	16.7 %
VAGINAL ASISTIDO	31	34.4 %
VAGINAL ESPONTANEO	44	48.9 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 10 se puede observar que el mayor porcentaje los neonatos tuvieron parto vaginal espontaneo (48.9%) y en menor porcentaje cesaria (16.7%).

**TABLA N° 11**  
**AMENAZA DE ABORTO DURANTE LA GESTACIÓN DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017.**

AMENAZA DE ABORTO	Frecuencia	Porcentaje
NO	75	83.33%
SI	15	16.67%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.00%</b>

En la Tabla N° 11 se puede observar que el mayor porcentaje no tuvieron amenaza de aborto durante la gestación (83.33%) y en menor porcentaje si tuvieron (16.67%).

**TABLA N° 12**  
**CONTROL PRENATAL DURANTE LA GESTACIÓN DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017.**

CONTROL PRE	Frecuencia	Porcentaje
NO	39	43.3 %
SI	51	56.7 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 12 se puede observar que el mayor porcentaje si tuvieron control prenatal (56.7%) y en menor porcentaje no tuvieron control prenatal (43.3%).

**TABLA N° 13**  
**CONSUMO DE TABACO DURANTE LA GESTACIÓN DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017**

<b>TABACO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	89	98.9 %
SI	1	1.1 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 13 se puede observar que el mayor porcentaje no consumieron tabaco (98.9%) y en menor porcentaje si consumieron (1.1%).

**TABLA N° 14**  
**CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA GESTACIÓN DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017**

<b>ALCOHOL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	87	96.7 %
SI	3	3.3 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 14 se puede observar que el mayor porcentaje no consumieron alcohol (96.7%) y en menor porcentaje si consumieron (3.3%).

**Tabla N° 15**  
**ITU DURANTE LA GESTACIÓN DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO,**  
**HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017**

ITU	Frecuencia	Porcentaje
NO	56	62.2%
SI	34	37.8%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0%</b>

En la Tabla N° 15 se puede observar que el mayor porcentaje no tuvieron ITU (62.22%) y en menor porcentaje si tuvieron (37.78%).

**TABLA N° 16**  
**DIABETES DURANTE LA GESTACION DE LOS NEONATOS EN**  
**ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017**

DIABETES GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
NO	86	95.6 %
SI	4	4.4 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 16 se puede observar que el mayor porcentaje no tuvieron diabetes gestacional (95.6%) y en menor porcentaje si (4.4%).

**TABLA N° 17**  
**COMPLICACIONES PRENATALES DURANTE LA GESTACION DE**  
**LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 –**  
**2017**

COMPLICACIONES PRENATALES	Frecuencia	Porcentaje
HEMORAGIA DE LA II MITAD	1	1.1 %
HTA	5	5.6 %
HTA/SFV	1	1.1 %
MALARIA FALCIPARUM	1	1.1 %
NO	58	64.5 %
PLACENTA ENVEJECIDA	2	2.2 %
RH(-)	1	1.1 %
RPM	3	3.3 %
SFV	18	20.0 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 17 se puede observar que el mayor porcentaje no tuvieron complicaciones prenatales (64.5%) y en menor porcentaje tuvieron hemorragia de la II mitad del embarazo (1.1%).

**TABLA N° 18**  
**ANTECEDENTES DE ANOMALÍA CONGÉNITA DE LAS MADRES DE**  
**LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 –**  
**2017**

ANOMALIA CONGENITA	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	21.1 %
NO	71	78.9%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 18 se puede observar que el mayor porcentaje no tuvieron antecedentes de anomalía congénita (78.9%) y en menor porcentaje si tuvieron (21.1%).

### C) FACTORES NEONATALES

**TABLA N° 19**  
**PESO AL NACER DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL**  
**APOYO IQUITOS. 2015 – 2017**

Peso	Frecuencia	Porcentaje
BAJO PESO	11	12.2 %
MACROSOMICO	3	3.3 %
MUY BAJO PESO	2	2.2 %
NORMAL	74	82.3 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 19 se puede observar que el mayor porcentaje eran neonatos con peso normal (82.22%) y en menor porcentaje tuvieron muy bajo peso (2.22%).

**TABLA N° 20**  
**SEXO DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO**  
**IQUITOS. 2015 – 2017.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	44	48.9 %
MASCULINO	46	51.1 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.00 %</b>

En la Tabla N° 20 se puede observar que el mayor porcentaje eran neonatos masculinos (51.1%) y en menor porcentaje femeninos (48.9%).

**TABLA N° 21**  
**APGAR DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO**  
**IQUITOS. 2015 – 2017.**

APGAR	Frecuencia	Porcentaje
LEVEMENTE DEPRIMIDO	1	1.1 %
MODERADAMENTE DEPRIMIDO	5	5.6 %
NORMAL	83	92.2 %
SEVERAMENTE DEPRIMIDO	1	1.1 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 21 se puede observar que el mayor porcentaje eran neonatos con APGAR normal (92.2%) y en menor porcentaje eran neonatos con APGAR leve y severamente deprimido (1.1%).

**TABLA N° 22**  
**TALLA DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO**  
**IQUITOS. 2015 – 2017.**

Talla	Frecuencia	Porcentaje
ADECUADO	88	97.8 %
NO ADECUADO	2	2.2 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.00 %</b>

En la Tabla N° 22 se puede observar que el mayor porcentaje eran neonatos con talla normal, que se define entre 46 a 56 cm (97.8%) y en menor porcentaje eran neonatos con talla no adecuado (2.2%).



**TABLA N° 23**  
**PERÍMETRO CEFÁLICO DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO,**  
**HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017.**

<b>Perímetro Cefálico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
ADECUADO	72	80.0 %
MICROCEFALIA	15	16.7 %
MACROCEFALIA	3	3.3 %
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 23 se puede observar que el mayor porcentaje eran neonatos con perímetro cefálico normal (80.0%) y en menor porcentaje eran neonatos con macrocefalia (3.3%).

**D). PERFIL CLÍNICO DE LOS NEONATOS CON EL DIAGNOSTICO DE LABIO LEPORINO Y PALADAR HEDIDO**

**TABLA N° 24**  
**TIPO DE FISURA LABIO PALATINA DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017.**

<b>Tipo De Fisura Labio Palatina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
LABIO HENDIDO, PALADAR DURO Y BLANDO	11	36.7 %
PALADAR BLANDO	5	16.7 %
PALADAR BLANDO Y DURO	9	30.0 %
PALADAR DURO	5	16.7 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00 %</b>

En la Tabla N° 24 se puede observar que el mayor porcentaje eran neonatos con hendidura en labio, paladar duro y blando (36.7%).

**TABLA N° 25**  
**LADO DE LA AFECCIÓN LABIO PALATINA DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017**

<b>Lado De La Afección</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
BILATERAL	8	26.7 %
DERECHO	12	40.0 %
IZQUIERDO	10	33.3 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0 %</b>

En la Tabla N° 25 se puede observar que el mayor porcentaje eran neonatos con afección derecha (40.0%) y en menor porcentaje eran neonatos con afección bilateral con 26.7%.

**TABLA N° 26**  
**PATOLOGÍA ASOCIADA DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO,**  
**HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 – 2017**

PATOLOGIAS ASOCIADAS	Frecuencia	Porcentaje
APENDICE AURICULAR	6	20.0 %
APNEA DEL RECIEN NACIDO	0	0.0 %
CARDIOPATIA CONGENITA	2	6.7 %
FRACTURA DE CLAVICULA	0	0.0 %
HIPOGLICEMIA	1	3.3 %
MALFORMACION DEL CUERPO CALLOSO	1	3.3 %
MALFORMACION PERINEAL	1	3.3 %
MICROCEFALIA	3	10.0 %
MICROGNATIA	1	3.3%
NO	12	40.0 %
POLIDACTILIA	3	10.0 %
PREMATURIDAD	0	0.00 %
SEPSIS NEONATAL	0	0.00 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00 %</b>

En la Tabla N° 25 se puede observar que el mayor porcentaje eran neonatos sin patología asociada (40.00%).

## 9.1 Relación De Las Variables

### A). FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS

**TABLA N° 27**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y EDAD MATERNA, HOSPITAL APOYO**  
**IQUITOS, 2015 - 2017.**

EDAD MATERNA	LPH		Total
	SI	No	
<20 años y >38 años	10 34.48%	19 65.52%	29 100.00%
20 a 38 años	20 32.79%	41 67.21%	61 100.00%
Total	30 33.33%	60 66.67%	90 100.00%
<b>Chi2:0.0254; P:0.87</b>	<b>OR: 1.07 ; IC: 0.4241 - 2.7452</b>		

En la Tabla N° 27 podemos notar, que 29 gestantes de los neonatos estudiados pertenece a los extremos de la edad materna, y de 61 gestantes que no pertenecen, el 32.79% (20) tuvieron neonatos con LPH. Además los extremos de la edad materna no mostraron estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con patología estudiada (Chi2: 0.0254; p: 0.87).

**TABLA N° 28**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 - 2017.**

PROCEDENCIA	LPH		Total
	SI	No	
RURAL	8 42.11 %	11 57.89 %	19 100.00 %
URBANO	22 30.99 %	49 69.01 %	71 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:0.83 ; p:0.36</b>	<b>OR:1.61; IC:0.57-4.58</b>		

En la Tabla N° 28 podemos notar, que 19 gestantes de los neonatos estudiados tienen procedencia rural, y de 71 gestantes que no lo tienen, el 30.99% (22) tuvieron neonatos con LPH. Además el tipo de procedencia no mostraron estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con patología estudiada (Chi2: 0.83; p: 0.36).

**TABLA N° 29**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 - 2017.**

ESTADO CIVIL	LPH		Total
	SI	No	
UNION ESTABLE	26 40.00 %	39 60.00 %	65 100.00 %
NO UNION ESTABLE	4 16.00 %	21 84.00 %	25 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:4.68; p:0.03</b>	<b>OR:3.50; IC:1.07-11.37</b>		

En la Tabla N° 29 podemos notar, que 65 gestantes de los neonatos estudiados tienen unión estable, y de 25 gestantes que no lo tienen, el 16.00% (04) tuvieron neonatos con LPH. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Chi2: 4.68; p: 0.03); además se demostró que la unión estable incrementa en 3.5 veces más el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 3.5; IC: 1.07 - 11.37).

### B). FACTORES PRENATALES

**TABLA N° 30**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y EDAD GESTACIONAL DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 - 2017.**

EDAD GESTACIONAL	LPH		Total
	SI	No	
A TERMINO	28 36.36 %	49 63.64 %	77 100.00 %
NO A TERMINO	2 15.38 %	11 84.62 %	13 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:2.20; p:0.13</b>	<b>OR:3.14; IC:0.64-15.2</b>		

En la Tabla N° 30 podemos notar, que 77 neonatos estudiados son a término, y de 13 neonatos que no lo eran, el 15.38% (2) fueron neonatos con LPH. Además el tipo de edad gestacional no mostró estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de la patología estudiada (Chi2: 2.20; p: 0.13).

**TABLA N° 31**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y CONSUMO DE AC. FÓLICO DURANTE LA**  
**GESTACION DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO**  
**IQUITOS, EN EL PERIODO 2015 - 2017.**

AC. FOLICO	LPH		Total
	SI	No	
SI	23 36.51 %	40 63.49 %	63 100.00 %
NO	7 25.93 %	20 74.07 %	27 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:0.95; p:0.32</b>		<b>OR:1.60; IC:0.60-4.47</b>	

En la Tabla N° 31 podemos notar, que 63 gestantes de los neonatos estudiados si consumieron Ac Fólico durante el embarazo, y de 27 gestantes que no lo consumieron, el 25.93% (7) tuvieron neonatos con LPH. Además el tipo el consumo de Ac. Fólico no mostró estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con patología estudiada (Chi2: 0.95; p: 0.32).

**TABLA N° 32**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y TIPO DE PARTO DE LOS NEONATOS EN**  
**ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 - 2017.**

TIPO DE PARTO	LPH		Total
	SI	No	
CESARIA	8 53.33 %	7 46.67 %	15 100.00 %
VAGINAL	22 29.33 %	53 70.67 %	75 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:3.24; p:0.07</b>		<b>OR:2.75; IC:0.88-8.52</b>	

En la Tabla N° 32 podemos notar, que 15 gestantes de los neonatos estudiados tuvieron cesaria, y de 75 gestantes que no lo tuvieron, el 29.33% (22) tuvieron neonatos con LPH. Además el tipo de parto no mostró estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con patología estudiada (Chi2: 3.24; p: 0.07).

**TABLA N° 33**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y AMENAZA DE ABORTO DURANTE LA**  
**GESTACION DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO**  
**IQUITOS. 2015 - 2017.**

AMENAZA DE ABORTO	LPH		Total
	SI	No	
SI	9 60.00 %	6 40.00 %	15 100.00 %
No	21 28.00 %	54 72.00 %	75 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:5.76; p:0.016</b>		<b>OR:3.85; IC:1.22-12.17</b>	

En la Tabla N° 33 donde podemos notar, que 15 gestantes de los neonatos tuvieron amenaza de aborto, y de 75 gestantes que no lo tuvieron, el 28.00% (21) tuvieron neonatos con LPH. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Chi2: 5.76; p: 0.016); además se demostró que la amenaza de aborto aumenta en 3.85 el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 3.85; IC: 1.22 - 12.17).

**TABLA N° 34**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y CONSUMO DE TABACO DURANTE LA**  
**GESTACION DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO**  
**IQUITOS. 2015 - 2017.**

TABACO	LPH		Total
	SI	No	
SI	5 83.33 %	1 16.67 %	6 100.00 %
No	25 29.76 %	59 70.24 %	84 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:7.23; p:0.007</b>		<b>OR:11.80; IC:1.31-106.2</b>	

En la Tabla N° 34 podemos notar, que 6 gestantes de los neonatos estudiados si consumieron tabaco, y de 84 gestantes que no consumieron, el 29.76% (25) tuvieron neonatos con LPH. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Chi2: 7.23; p: 0.007); además se demostró que consumir tabaco aumenta en 11.8 veces el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 11.80; IC: 1.31 - 106.2).

**TABLA N° 35**  
**RELACIÓN ENTRE LPH E ITU DURANTE LA GESTACION DE LOS**  
**NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 - 2017.**

ITU	LPH		Total
	Yes	No	
Yes	14 41.18 %	20 58.82 %	34 100.00 %
No	16 28.57 %	40 71.43 %	56 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:1.5; p:0.21</b>		<b>OR:1.75; IC:0.71-4.28</b>	

En la Tabla N° 35 podemos notar, que 34 gestantes de los neonatos estudiados si padecieron de ITU, y de 56 gestantes que no lo padecieron, el 28.57% (16) tuvieron neonatos con LPH. Además la presencia de ITU no mostró estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con la patología estudiada (Chi2: 1.50; p: 0.21).

**TABLA N° 36**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y DIABETES DURANTE LA GESTACION DE**  
**LOS NEONATOS EN ESTUDIO, HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 -**  
**2017.**

DIABETES GESTACIONAL	LPH		Total
	Yes	No	
Yes	6 60.00 %	4 40.00 %	10 100.00 %
No	24 30.00 %	56 70.00 %	80 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:3.60; p:0.059</b>		<b>OR:3.50; IC:0.90-13.5</b>	

En la Tabla N° 36, podemos notar, que 10 gestantes de los neonatos estudiados si padecieron de diabetes gestacional, y de 80 gestantes que no lo padecieron, el 30.00% (24) tuvieron neonatos con LPH. Además la diabetes gestacional no mostró estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con la patología estudiada (Chi2: 1.50; p: 0.21).



**TABLA N° 37**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y COMPLICACIONES PRENATALES**  
**DURANTE LA GESTACION DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO,**  
**HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 - 2017.**

COMPLICACIONES PRENATALES	LPH		Total
	SI	No	
SI	11 34.38 %	21 65.63 %	32 100.00 %
No	19 32.76 %	39 67.24 %	58 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:0.02; p:0.87</b>		<b>OR:1.07; IC:0.43-2.67</b>	

En la Tabla N° 37 podemos notar, que 32 gestantes de los neonatos estudiados si padecieron de complicaciones prenatales y de 80 gestantes que no lo padecieron, el 32.76% (19) tuvieron neonatos con LPH. Además las complicaciones prenatales no mostró estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con la patología estudiada (Chi2: 0.02; p: 0.87).

**TABLA N° 38**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y ANTECEDENTE DE ANOMALIA**  
**CONGENITA DE LAS MADRES DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO,**  
**HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 - 2017.**

ANTECEDENTE MATERNO DE ANOMALÍA CONGÉNITA	LPH		Total
	NO	No	
SI	18 94.74 %	1 5.26 %	19 100.00 %
No	12 16.90 %	59 83.10 %	71 100.00 %
Total	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:40.86 ; p: 0.0000000004</b>		<b>OR:88.5 ; IC: 10.75-727.9</b>	

En la Tabla N° 38 podemos notar, que 19 neonatos estudiados si no tienen, y de 71 neonatos que no lo tienen, el 16.90% (12) tuvieron LPH. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Chi2: 40.86; p: 0.0000000004); además se demostró que tener dicho antecedente aumenta en 88.50 veces el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 88.55; IC: 10.75 – 729.9).

### C) FACTORES NEONATALES

**TABLA N° 39**  
**RELACIÓN ENTRE LPH Y SEXO DE LOS NEONATOS EN ESTUDIO,**  
**HOSPITAL APOYO IQUITOS. 2015 - 2017.**

SEXO NEONATAL	LPH		Total
	SI	No	
<b>MASCULINO</b>	24 52.17 %	22 47.83 %	46 100.00 %
<b>FEMENINO</b>	6 13.64 %	38 86.36 %	44 100.00 %
<b>Total</b>	30 33.33 %	60 66.67 %	90 100.00 %
<b>Chi2:15.02; p:0.0001</b>	<b>OR:6.90; IC:2.44-19.4</b>		

En la Tabla N° 39 podemos notar, que 46 neonatos estudiados son de sexo masculino, y de 44 neonatos femeninos, el 13.64% (06) tuvieron LPH. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Chi2: 15.02; p: 0.0001); además se demostró que el sexo masculino aumenta en 6.90 veces el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 6.90; IC: 2.44 – 19.4).

## 10. DISCUSION

La fisura labio palatina es la malformación cráneo facial más frecuente en el mundo. En Perú constituye un problema de salud pública y representa un problema importante debido a su prevalencia y consecuencias que afectan, tanto al paciente como a su entorno. Dada su etiología multifactorial, desde hace mucho tiempo se han realizado estudios para esclarecer los factores genéticos y ambientales predisponentes.

En el presente trabajo se decidió estudiar 3 tipos de factores; con el objetivo de encontrar asociaciones estadísticamente significativas con la patología labio leporino paladar Hendido (LPH): factores sociodemográficos, factores prenatales y factores neonatales.

Con respecto a los factores sociodemográficos se encontró que la mayoría de las gestantes del estudio (61) no pertenecían a los extremos de la edad materna (<20 y >37 años), sin embargo la edad materna no mostro estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con patología estudiada (Chi2: 0.0254; p: 0.87); Lo cual concuerda con lo hallado por Amanda Angel Villanueva (2012) que con respecto a la variable edad materna <20 años se encontró un OR=2,0, constituyendo un 40% de los casos de fisura labio palatina; sin embargo, no resultó estadísticamente significativo (Chi2= 2,14; p= 0.1432); lo que nos estaría indicando que no es un factor de riesgo para fisura labial y/o palatina. Aun cuando los extremos de la edad materna resulta ser un factor de riesgo en algunos estudios, otros autores señalan que una edad intermedia también condicionaría el desarrollo de fisura labio palatina, lo que podría haber influido en los resultados encontrados.

También se halló que la mayoría de las gestantes no tenían grado de instrucción adecuado, es decir que no habían concluido la secundaria. Además el tipo de grado de instrucción no mostraron estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con patología estudiada (Chi2: 1.20; p: 0.27). Esto no concuerda con lo hallado de Andrea Prada y colaboradores, quienes encontraron que realizar estudios en la universidad presentó una diferencia estadísticamente significativa y el valor de OR se consideró como protector [OR: 0,1 IC 95%: 0,01– 0,70 p=0,0064]

Además En la Tabla N° 3, se muestra la relación entre neonatos con LPH y procedencia donde podemos notar que de 71 gestantes tenían procedencia tipo urbano, el 30.99% (22)

tuvieron neonatos con LPH. Además el tipo de procedencia no mostraron estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con patología estudiada (Chi2: 0.83; p: 0.36). Esto no concuerda con lo hallado de Andrea Prada y colaboradores, quienes encontraron que en relación con el lugar y la zona de residencia se encontró que la zona rural obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, tanto antes de la gestación como durante el primer trimestre [OR 13,0 IC 95%: 4,0 – 43,4 p<0,0000 y OR 32,7 IC 95%: 8,0 – 152,7 p<0,0000, respectivamente] Al mismo tiempo se decantó que la relación entre neonatos con LPH y estado civil tienen una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Chi2: 4.68; p: 0.03) se demostró que la unión estable incrementa en 3.5 veces más el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 3.5; IC: 1.07 - 11.37).

La relación entre neonatos con LPH y la ingesta de Ac. Fólico muestra que 63 gestantes de los neonatos estudiados si consumieron Ac Fólico durante el embarazo, y de 27 gestantes que no lo consumieron, demás el tipo el consumo de Ac. Fólico no mostró estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con patología estudiada (Chi2: 0.95; p: 0.32). En contraste, con Camilo Cerrano y colaboradores (2009) quienes hallaron que el suministro durante el primer trimestre de embarazo de ácido fólico y de vitamina B6 en mujeres que han tenido historia de hijos con la alteración, ha demostrado ser un factor protector. Igualmente Andrea Prada y colaboradores hallaron que la variable “ingesta de medicamentos” no resultó ser estadísticamente significativa dado posiblemente, a que los tipos de medicamentos que fueron reportados por las madres no representaban un riesgo durante el embarazo.

También en este trabajo se muestra la relación entre neonatos con LPH y las complicaciones prenatales (HTA, Hemorragia de la II mitad del embarazo, SFV, diabetes gestacional e ITU) los cuales no mostraron estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con la patología estudiada (Chi2: 0.02; p: 0.87). Sin embargo la presencia de amenaza de aborto si mostró asociación estadísticamente significativa, la amenaza de aborto mostro un Chi2: 5.76; p: 0.016 y además se demostró que la amenaza de aborto aumenta en 3.85 el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 3.85; IC: 1.22 - 12.17). Sonia Sacsquispe y colaborador en el año 2005 realizaron un estudio donde no

encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación a la presencia de enfermedad en el embarazo y el LPH.

En la Tabla N° 11 y N°12, se muestra la relación entre neonatos con LPH con tabaco y alcohol respectivamente. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas Tabaco y LPH (Chi2: 7.23; p: 0.007); además se demostró que consumir tabaco aumenta en 11.8 veces el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 11.80; IC: 1.31 - 106.2); Pero el consumo de alcohol no mostró estar asociado estadísticamente significativa a la presencia de neonatos con la patología estudiada (Chi2: 0.05; p: 0.81). En contraste con lo hallado por Andrea Prada y colaboradores quienes no encontraron asociación estadísticamente significativa ni con tabaco ni con alcohol obteniendo un  $p < 0.74$  y un  $p < 0.37$  respectivamente.

La relación entre neonatos con LPH y antecedente materno de anomalía congénita podemos notar, que 19 neonatos estudiados si no tienen, y de 71 neonatos que no lo tienen. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables (Chi2: 40.86; p: 0.0000000004); además se demostró que tener dicho antecedente aumenta en 88.50 veces el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 88.55; IC: 10.75 – 729.9). Esto concuerda con lo hallado por Andrea Prada Flores quien tuvo como resultado que la presencia de LPH en la familia tiene 5.7 veces más riesgo que los que no tienen este antecedente. [OR: 5,7 IC 95%: 1,3 – 24,9]. al igual que marcos torres Durand que concluye de la misma manera: Antecedentes familiares de FLP” se encontró un RRI de 3,3 lo que sí nos estaría indicando que sería un factor predisponente; es decir, que un neonato con antecedentes familiares de FLP tiene 3,3 más riesgo de tener fisura labial y/o palatina que un neonato sin estos antecedentes.

Todos los factores neonatales estudiados no estuvieron asociados estadísticamente significativo con la presencia de LPH, con la excepción del sexo y talla neonatal: la relación entre neonatos con LPH y sexo neonatal se encontró una asociación estadísticamente significativa (Chi2: 15.02; p: 0.0001); además se demostró que el sexo masculino aumenta en 6.90 veces el riesgo de tener un neonato con LPH (OR: 6.90; IC: 2.44 – 19.4). Mientras tanto que la relación entre neonatos con LPH. Estos resultados

concuerdan con Sonia Sacsquispe que en su publicación menciona que el labio y paladar fisurado son más frecuentes en el sexo masculino mientras que Amanda Angel Villanueva (2015) y sus colaboradores encontró es su estudio que el género masculino tiene mayor prevalencia en el grupo de casos 60% (18 casos), mientras que en los controles, representó sólo el 36.7% (22 casos), diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2= 4,41$ ;  $p= 0.0357$ ;  $OR=2.59$ ). De lo cual se deduce que los recién nacidos de género masculino tienen 2.59 más probabilidad de tener fisura labio palatina que los recién nacidos de género femenino

## 11. CONCLUSION

- De todos los factores sociodemográficos maternos, solo se encontró estadísticamente significativo a la unión civil estable como factor de riesgo ( **$\chi^2:4.68$ ;  $p:0.03$ ;  $OR:3.50$ ;  $IC:1.07-11.37$** )
- Con respecto a los factores prenatales, se decantó que el tabaquismo y antecedentes maternos de anomalía congénita mostraron ser factor de riesgo con  **$\chi^2:7.23$ ;  $p:0.007$  y  $\chi^2:40.86$  ;  $p: 0.0000000004$**  respectivamente.
- En cuanto a los factores neonatales, el sexo masculino resulto ser factor de riesgo para la patología estudiada ( **$\chi^2:15.02$ ;  $p:0.0001$** ), sin embargo el resto no mostro tener significancia estadística.
- Se determinó que el 72.2% de las gestantes de los neonatos estudiados eran multigestas, el 85.6% de los pacientes del estudio nacieron con edad gestacional a término, durante la gestación de los neonatos estudiados el 70% y 56.7% si recibieron ácido fólico y control prenatal respectivamente. el consumo de tabaco y alcohol durante la gestación se obtuvo que la mayoría no lo consumieron con un total de 98.9% y 96.7% respectivamente.
- De los 90 neonatos estudiados 44 de ellos tuvo parto espontaneo representando el 48.9% del total, 75 neonatos (83.3%) sufrieron amenaza de aborto, 56 neonatos (62.2%) presento ITU y la mayoría de los casos de LPH si tuvieron como antecedentes anomalías congénitas

- Del total de neonatos estudiados se menciona que la mayoría nacieron con un peso en el rango normal (82.2%), de sexo masculino (51.1%), con APGAR normal (92.2%), con talla (97.8%) y perímetro cefálico (80.0%) dentro de los parámetros normales
- De los 30 casos de neonatos con la patología estudiada, la mayoría presentó fisura que comprometían tanto el labio, el paladar duro y el paladar blando (36.7%), el lado de la afección más frecuente es la fisura labio palatina derecha (40.0%) y la patología asociada más frecuente al LPH fue el apéndice pre auricular (20.0%).

## 12. RECOMENDACIONES

Se sugiere:

- El uso sistemático de una clasificación apropiada la cual sea estandarizada para los casos de fisura labio palatina, permitiendo así, un registro más completo en las historias clínicas.
- Insistir en el correcto llenado de las historias clínicas para facilitar el estudio de factores predisponentes para diversas anomalías congénitas como la fisura labio palatina.
- Identificar a los recién nacidos con diagnóstico de fisura labio palatina, los cuales requerirán seguimiento; y, con ayuda de un equipo multidisciplinario, puedan ser manejados e integrados en la sociedad oportunamente.
- Ampliar las investigaciones en la búsqueda otros factores que son causales de esta patología.
- Velar el cumplimiento de los protocolos de diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la LPH, ya que se encontró escasa información sobre el tratamiento quirúrgico.
- Se debe implementar medidas preventivo-promocionales sobre los factores de riesgo causales de esta patología para disminuir en la medida que sea posible la prevalencia de ésta patología.



### 13. REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

1. Servicio Andaluz de Salud. Anomalías congénitas. Boletín de codificación CIE-9-MC: 14. Edición N° 7. España. [Boletín en Internet]. 2010.
2. Aviña J, Tastekin A. Malformaciones congénitas: clasificación y bases morfogénicas. Revista Mexicana de Pediatría. 2008
3. Mohammad Z, Ali H. An Epidemiologic Study of Orofacial Clefts in Hamedan City, Iran: A 15-Year Study. Cleft Palate Craniofacial Journal, Iran. July 2011.
4. Cisneros G, et al. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con malformaciones Labio Palatinas. Revista MEDISAN. Cuba. 2013.
5. López Y, Munayco A. Influencia de los tipos de lactancia materna en la fusión de los procesos palatinos en neonatos con fisura labiopalatina. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. San Martín de Porres. Perú. 2012
6. Escobar L, et al. Bases genéticas de la formación de fisuras labiales y/o palatinas en humanos. Revista CES Odontología. Colombia. 2013.
7. Ford A, Tastets M, Cáceres A. Tratamiento de la fisura labiopalatina. Revista Médica Clínica Condes. Chile. 2010
8. Serrano C, et al. Labio y/o Paladar hendido: Una Revisión. Revista Ustasalud. Colombia. 2009
9. Aleman M. Incidencia de fisura labial, palatina y labiopalatina, en relación al sexo, rol de fratría y edad de la madre, en tres hospitales de Lima Metropolitana y uno del Callao durante una década (1972-1981). [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Estomatología, 1983.
10. Chaves F, Salete P, Dimare D, Jaeger C. Fisuras Labiopalatais : Aspecto Epidemiológicos e Etiologia-Revisao da Literatura. Rev Odonto Ciencia 1999;(28)2:121-28
11. Báez R, Bastidas R, Monserat E. Labio y paladar hendido. Act Odont Ven 2000;38(3): 15-20
12. Gutierrez M, et al. Beneficios del tratamiento temprano con ortopedia pre-quirúrgica en neonatos con labio y paladar hendido. Revista Salud en Tabasco. México. Septiembre-Diciembre. 2012.
13. Cruz Y, et al. Antecedentes de enfermedades maternas en pacientes con fisura de labio y/o paladar en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol. Abril-Junio 2009.

14. Expósito JG, Ruiz HS, Hernández D. Fisura palatina completa. Reporte de un caso. *Gaceta Médica Espirituana*.
15. Niall M, et al. Birth Prevalence of Cleft Lip and Palate in Sucre, Bolivia. *Cleft Palate Craniofacial Journal*. Bolivia. March. 2004.
16. Wójcicka K, Wójcicki P. Epidemiology of lip, alveolar process and palate clefts-comparison of own studies with data from other centres. *Pol Pizegil Chirurg*. 2009.
17. Corbo Rodríguez, M. T., & Marimón Torres, M. E. (2001). Labio y paladar fisurados: Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. *Revista cubana de medicina general integral*, 17(4), 379-385.
18. Havarriaga-Rosero, J., González-Caicedo, M. X., Rocha-Buelvas, A., Posada-López, A., & Agudelo-Suárez, A. A. (2011). Factores relacionados con la prevalencia de Labio y Paladar Hendido en la población atendida en el Hospital Infantil " Los Ángeles". Municipio de Pasto (Colombia), 2003-2008. *CES Odontología*, 24(2), 33-41.
19. Duque, A. M., Estupiñán, B. A., & Huertas, P. E. (2002). Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años. *Colombia Médica*, 33(3), 108-112.
20. Nazer, J., Hubner, M. E., Catalán, J., & Cifuentes, L. (2001). Incidencia de labio leporino y paladar hendido en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y en las maternidades chilenas participantes en el Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) período 1991-1999. *Revista médica de Chile*, 129(3), 285-293.
21. Ayala, A. C. M., Vergara, D. E. S., & Edith, D. (2012). Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 4(2), 55-62.
22. Bedón Rodríguez, M., & Villota González, L. G. (2012). Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. *Archivos de Medicina (Col)*, 12(1).
23. Almeralla, M. D. R. O., Fragoso, G. F., Marmolejo, L. E. C., & Rojas, C. L. (2003). Frecuencia de malformaciones congénitas en el área de neonatología del Hospital General de México. *Pediatría*, 70(3).
24. Charry, I., Aguirre, M. L., Castaño Castrillón, J. J., Gómez, B. J., Higuera, J., Mateus, G. L., ... & Villegas, O. (2012). Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el Hospital Infantil Universitario de Manizales (Colombia), 2010. *Archivos de Medicina (Col)*, 12(2).
25. Acuña-González, G., Medina-Solís, C. E., Maupomé, G., Escoffie-Ramírez, M., Hernández-Romano, J., Márquez-Corona, M. D. L., ... & Villalobos-Rodelo, J. J. (2011). Factores de riesgo hereditarios y socioeconómicos para labio o paladar

- hendido no asociados a un síndrome en México: estudio de casos y controles pareado. *Biomédica*, 31(3), 381-91.
26. Zarante, A. M., gracia, G., & Zarante, I. (2012). Evaluación de factores de riesgo asociados con malformaciones congénitas en el programa de vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas (ECLAMC) en Bogotá entre 2001 y 2010. *Universitas Médica*, 53(1).
  27. Cruz Rivas, Y., Pérez Mateo, M. T., de León Ojeda, N. E., Suárez Bosch, F., & Llanes Rodríguez, M. (2009). Antecedentes de enfermedades maternas en pacientes con fisura de labio y/o paladar en Ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(2), 0-0.
  28. Flores-Nava, G., Pérez-Aguilera, T. V., & Pérez-Bernabé, M. M. (2011). Malformaciones congénitas diagnosticadas en un hospital general. Revisión de cuatro años. *Acta Pediatr Mex*, 32(2).
  29. Giraldo Fernández, M. P., & Mesa Montoya, A. M. (1996). Investigación sobre patologías de labio y/o paladar hendidos en pacientes de la clínica Noel de Medellín. Estudio piloto (reporte de investigación). *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq*, 8(1), 59-65.
  30. Cisneros Domínguez, G., Castellanos Ortiz, B., Romero García, L. I., & Cisneros Domínguez, C. M. (2013). Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con malformaciones labiopalatinas. *Medisan*, 17(7), 1039-1046.
  31. Cruz Rivas, Y., Pérez Mateo, M. T., de León Ojeda, N. E., Suárez Bosch, F., & Llanes Rodríguez, M. (2009). Antecedentes de empleo de medicamentos durante el embarazo en madres de pacientes con fisura de labio y/o paladar. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(1), 0-0.
  32. Del Rosario Gutiérrez-Rodríguez, M., del Carmen Peregrino-Mendoza, A., Borbolla-Sala, M. E., & Bulnes-López, R. M. (2012). Beneficios del tratamiento temprano con ortopedia pre-quirúrgica en neonatos con labio y paladar hendido. *Salud en Tabasco*, 18(3), 96-102.
  33. Tirado Amador, L. R., Anaya, M., & González Martínez, F. D. (2016). Interacciones genéticas y epigenéticas relacionadas con fisuras de labio y paladar no sindrómicas. *Avances en Odontoestomatología*, 32(1), 21-34.
  34. León Pérez, J. A., Sesman Bernal, A. L., & Fernández Sobrino, G. (2008). Técnica de cierre vertical en labio hendido: Reporte de 837 casos y revisión de la literatura. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 34(3), 175-183.
  35. Soto, M., & Rafael, E. (2002). Paladar hendido tratamiento quirúrgico: reporte de un caso. *Acta Odontológica Venezolana*, 40(3), 289-293.

36. Monserat Soto, E. R., Baez, R., Bastidas, R., Ghanem, A., Cedeño, J. A., & Maza, W. (2000). Labio y Paladar Hendidos. *Acta Odontológica Venezolana*, 38(3), 15-20.
37. Figueroa Fernández, N. P., Meráz Acosta, H. F., Navarro Espinoza, M. E., Higuera, S., Addiel, N., Partida, B., ... & Isiordia Espinoza, M. A. (2016). Evaluación de factores de riesgo maternos y ambientales asociados a labio y paladar hendidos durante el primer trimestre de embarazo. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 12(3), 93-98.
38. Serrano CA, Ruiz JM, Quiceno LF, Rodríguez MJ. Labio y/o paladar hendido: una revisión. *Ustasalud*. 2009;8(1):44–52.
39. Determinantes sociales adversos y riesgo para anomalías congénitas seleccionadas. *Archivos Argentinos de Pediatría* [Internet]. El 1 de junio de 2014 [citado el 1 de junio de 2018];112(3).

**ANEXO**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS**

**Nombre:**

**Historia Clínica**

**Edad (Años):**

**Grado De Instrucción:**

-primaria completa (1)	-primaria incompleta (2)	-secundaria
completa (3)		
-secundaria incompleta (4)	-superior (5)	-no escolarizado (6)

**Lugar De Residencia:**

-Belen (1)	-Punchana (2)	-Iquitos (3)
-San Juan (4)		

**Estado Civil**

-soltera (1)	-casada (2)	-viuda (3)
-divorciada (4)	-separada (5)	-otro (6)

**Ocupación:**

-ama de casa (1)	-empleada/obrero (2)	-independiente (3)
-desocupada (4)	-jubilada (5)	-otro (6)

**Lugar De Procedencia:**

-localidad (1)	-centro poblacional (2)	-AAHH (3)
-caserío (4)		

**CARACTERÍSTICAS PRENATALES MATERNAS**

**Numero De Gestaciones:**

**Semana De Gestación:**

**Ingesta De Ácido Fólico:**

-si (1)	-no (2)
---------	---------

**Tipo De Parto**

-vaginal espontaneo (1)	-vaginal asistido (2)	-abdominal o cesaría
(3)		

**Amenaza De Aborto**

-si (1)	-no (2)
---------	---------

**Control Prenatal**

-sí (1)	-no (2)
---------	---------

**Tabaco**

-sí (1)	-no (2)
---------	---------

**Alcohol**

-sí (1)	-no (2)
---------	---------

**ITU**

-sí (1)	-no (2)
---------	---------

**Diabetes Mellitus**

-sí (1)	-no (2)
---------	---------

**Complicaciones**

-sí, nombrar que complicación .....	(1)	-no (2)
-------------------------------------	-----	---------

**Antecedentes Familiares**

-fisura labio palatina (1)	-anomalía congénita (2)	-no
(3)		
-otro (4)		

**CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO****Nombre****Historia Clínica****Peso:**

-macrosómico (1)	- normal (2)	-bajo peso (3)
-muy bajo peso (4)		

**Sexo**

-masculino (1)	-femenino (2)
----------------	---------------

**Talla (centímetros):****APGAR**

-normal (1)	-moderadamente deprimido (2)	-gravemente
deprimido)		

**Perímetro Cefálico (centímetros):****PERFIL CLÍNICO**

**Tipo De Fisura Labio Palatina**

- paladar blando (1)
- paladar blando y duro (2)
- labio hendido, paladar blando y duro (3)
- labio hendido, paladar blando y duro bilateral (4)

**Lado De La Afección**

- izquierdo (1)
- derecho (2)
- bilateral (3)

**Paladar Afectado**

- blando (1)
- duro y blando (2)
- duro, blando y úvula (3)
- duro (4)
- submucoso (5)
- submucoso y úvula (6)

**Patologías Asociadas**

- sí, nombrar que patología ..... (1)
- no (2)



**HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"  
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION  
CONSTANCIA N° 049-CIEI-HICGG-2018**

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" **Certifica** que el Anteproyecto de Tesis, señalado a continuación fue APROBADO, para el consentimiento del estudio, siendo catalogado como un ESTUDIO CON RIESGO BAJO, visto el resumen y los objetivos del anteproyecto, se detalla los siguientes datos :

Título del Anteproyecto: **"Factores Asociados a labio leporino y Paladar Hendido en neonatos en el Hospital Iquitos "César Garayar García" en el año 2017- Loreto, (Local alterno del HICGG - Hospital Santa Rosa)**

Consentimiento Informado: **Versión Única – febrero del 2018**

Código de Inscripción: **049-ID-COMITÉ DE ETICA HICGG – 2018**

Modalidad de Investigación: **Extra Institucional**

Investigador (a): **Diego Teodoro COLLANTES LOZANO**  
Bach. de la Facultad de Medicina Humana- UNAP.

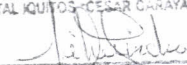
Asistente de Investigación: **Diego Teodoro COLLANTES LOZANO**  
Bach. de la Facultad de Medicina Humana- UNAP.  
(Enrolamiento y recopilación de datos estadísticos H.C.)

La APROBACION para el consentimiento del estudio, siendo catalogado como un ESTUDIO CON RIESGO BAJO, se considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a las plazos y normas establecidas. El Investigador alcanzara un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (01 año calendario) hasta diciembre del 2018. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Iquitos, 20 de Febrero del 2018

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

  
EL MOISES G. SIMONTONA MALDONADO  
PRESIDENTE  
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION