



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL TÍTULO DE GRADO DE MEDICINA GENERAL

TEMA:

LABIO LEPORINO, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE, PERIODO ANUAL 2015.

AUTOR

MARGARET LICETH MIRAMAG CÓRDOBA

TUTOR

DR. PEDRO ANTONIO PALACIOS ALCÍVAR

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO 2015-2016



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	
TITULO Y SUBTITULO: “LABIO LEPORINO, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE, PERIODO ANUAL 2015”.	
AUTOR/ES: MARGARET LICETH MIRAMAG CORDOBA	REVISORES: Dr. Pedro Palacios.
INSTITUCION: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Medicas – Escuela de Medicina.
FECHA DE PUBLICACION	N ² DE PAGS
AREAS TEMATICAS:	
PALABRAS CLAVES: LABIO LEPORINO, PALADAR HENDIDO	
<p>RESUMEN: Un labio o paladar leporino es una abertura que ocurre cuando el labio o la bóveda del paladar no se fusionan completamente durante el primer trimestre del desarrollo del feto. El tamaño de la hendidura del labio puede consistir desde una pequeña abertura en el labio superior hasta una abertura que se extienda hasta la base de la ventana de la nariz, el labio leporino se asocia con paladar hendido o fisura palatina en alrededor del 75% entre los principales factores de riesgo se encuentra ; el tabaco, edad menor de 20 años o mayor de 35 años , periodo intergenesico menor de dos años , uso de fármacos nocivos durante el embarazo(anticonvulsivos o anticoagulantes), enfermedades infecciosas como toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes, (TORCH), radiaciones , fertilizantes plaguicidas, hijo previo con defecto congénito estructural metabólico. por medio de este estudio con enfoque tanto cualitativo como cuantitativo retrospectivo, con diseño no experimental , de corte transversal, se demuestran los siguientes resultados de niños con diagnóstico de labio leporino ingresados en el Hospital Dr., Francisco Icaza Bustamante periodo anual 2015 ; pacientes atendidos con diagnóstico de labio leporino de 49 pacientes revisados el 78% son sexo masculino lo que corresponde al sexo predominante con 38 personas, en comparación al sexo femenino con 22%. La edad con mayor índice de esta patología son 5 años con un total de 21 personas de las 49 estudiadas, la provincia con mayor afectación es la del guayas con 36 pacientes correspondiente al 67 %, la patología con mayor porcentaje es fisura del paladar blando con labio leporino unilateral lo que corresponde al 20%.de esta forma se demostró los principales factores de riesgo, la provincia con mayor número de pacientes, y la patología más frecuentes</p>	
N DE REGISTRO: (en base de datos)	N DE CLASIFICACION
DIRECCION URL: (tesis en la web)	
ADJUNTO PDF:	NO
SI	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	TELEFONO 0985885867
	EMAIL: margaretlicethmiramagcordoba@yahoo.com
CONTACTO CON LA INSTITUCION	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
	Teléfono:(593) 04 2-284505, 2-287258, 2-286950, 2-280086, 2-287072, 2-293625 Fax: (593) 04 2-281559, 2-296580



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

ACTA FINAL DE SUSTENTACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

En la ciudad de Guayaquil a los día del mes de mayo del año 2016 reunidos en la Facultad de Ciencias Médicas, dando cumplimiento con las disposiciones legales contempladas en la LOES, se integró el Tribunal constituido por los abajo firmantes, con el fin de receptor la Sustentación de Trabajo de Titulación: **“LABIO LEPORINO, FACTOR DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE, PERIODO ANUAL 2015.”**, sustentado por: **MARGARET LICETH MIRAMAG CORDOBA**, Como requisito para la obtención del título Académico de MEDICO

PARAMETROS	CALIFICACION		RESULTADOS	
Calidad de exposición		puntos		
Material audio-visual		puntos	Aprobado	
Defensas del proyecto		puntos	Reprobado	
Tiempo empleado		puntos	Recomendado para publicar	
CALIFICACION		puntos		

Para constancia de lo actuado suscriben los Docentes:

.....
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

OBSERVACIONES.....
.....
.....
.....



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICADO DEL TUTOR

Yo, Doctor Pedro Antonio Palacios Alcivar en mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación para optar por el Título de Médico General en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil. Certifico que he dirigido y revisado el Trabajo de Titulación de Grado presentada por la Srta. Margaret Liceth Miramag Cordoba de Nacionalidad Colombiana, con Pasaporte Colombiano: AN708685 y Número de Cédula Colombiana: 1113523855. Cuyo tema de Trabajo de Titulación es “Labio Leporino, Factor de Riesgo y Complicaciones en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo anual 2015.”

Revisado y corregido cual fue el Trabajo de Titulación de Grado, Considero que dicho trabajo reúne los requisitos designados por la Universidad Estatal de Guayaquil y Apruebo en su totalidad.

TUTOR: Doctor Pedro Antonio Palacios.

DEDICATORIA

A Dios.

Por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los obstáculos que se me presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres Harold y Ayda.

Por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, sobre todo por su sacrificio y empeño por darme el sueño tan anhelado. A pesar de la distancia ellos me formaron con buenos principios y valores, enseñándome desde pequeña ser una persona con un alma luchadora y trabajadora para conseguir mis objetivos

A mis hermanos Jauling y Harold

Ellos son mi razón para seguir adelante, yo seré su guía y apoyo incondicional hasta que mi Dios me de vida.

A mí querido Washington Amaluisa.

A ti que has formado parte importante de mi vida, por esas palabras de aliento cuando sentía que ya no podía, sobre todo por los buenos y malos momentos que hemos compartido gracias amigo y compañero de lucha.

Margaret Liceth Miramag.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a Dios y a la Virgen María por su guía y protección a lo largo de todos estos años de estudio.

Agradezco a mi familia, en especial a mi mamá Ayda, quien con una sola llamada a pesar de la distancia me daba todas las fuerzas necesarias para salir adelante durante estos 7 largos años para estudiar; quien además siempre trataba de alentarme diciéndome que ya pronto terminaría la universidad y los años se me irían volando, cosa que no pasó ya que cada año era peor y más largo que el anterior.

Agradezco a mi padre Jarold por haber hecho de mí una mujer luchadora desde niña me enseñó a defenderme sola. sin el nada de esto fuera posible hace 7 años él y yo cometimos la gran locura de viajar desde Colombia a estas tierras bellas Guayaquil para darme un futuro mejor al principio fueron los años más amargos y más tristes pero él me decía todo sacrificio lleva una gran recompensa, ahora puedo decir que gracias a esa gran locura he alcanzado mi gran sueño de ser toda una profesional.

Gracias a mis dos hermanitos ellos son mi razón de vivir, ellos son mi lucha constante para seguir adelante para darles un futuro mejor

Muchas veces pensé y estuve a punto de dejar todo pero gracias a Dios por poner en mi camino a un ángel quien desde hace 2 años ha cuidado de mí y me ha motivado siempre a seguir adelante, él estuvo en las etapas más difíciles de mi vida y por eso que no me alcanzan las palabras para decirte gracias mi gordito por él, apoyo y tranquilidad que me has dado, mi Andresito.

Nada de esto sería posible de no ser por mi tutor el Dr. Pedro palacios quien me tuvo toda la paciencia del mundo al enseñarme y al corregir mis errores en mi tesis.

RESUMEN

Un labio o paladar leporino es una abertura que ocurre cuando el labio o la bóveda del paladar no se fusionan completamente durante el primer trimestre del desarrollo del feto. El tamaño de la hendidura del labio puede consistir desde una pequeña abertura en el labio superior hasta una abertura que se extienda hasta la base de la ventana de la nariz, el labio leporino se asocia con paladar hendido o fisura palatina en alrededor del 75% entre los principales factores de riesgo se encuentra ; el tabaco, edad menor de 20 años o mayor de 35 años , periodo intergenesico menor de dos años , uso de fármacos nocivos durante el embarazo, enfermedades infecciosas como toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes, (TORCH), radiaciones , fertilizantes plaguicidas, hijo previo con defecto congénito estructural metabólico. Por medio de este estudio con enfoque tanto cualitativo como cuantitativo retrospectivo, con diseño no experimental , de corte transversal, se demuestras los siguientes resultados de niños con diagnóstico de labio leporino ingresados en el Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante periodo anual 2015 ; pacientes atendidos con diagnóstico de labio leporino de 49 pacientes revisados el 78% son sexo masculino lo que corresponde al sexo predominante con 38 personas, en comparación al sexo femenino con 22%.La edad con mayor índice de esta patología son 5 años con un total de 21 personas de las 49 estudiadas, la provincia con mayor afectación es la del guayas con 36 pacientes correspondiente al 67 %, la patología con mayor porcentaje es fisura del paladar blando con labio leporino unilateral lo que corresponde al 20%.de esta forma se demostró los principales factores de riesgo, la provincia con mayor número de pacientes, y la patología más frecuentes.

SUMMARY

A cleft lip or cleft palate is an opening that occurs when the lip or palate is not completely fuse during the first trimester of fetal development. The size of the cleft lip may consist of a small opening in the upper lip of an opening that extends to the base of the nasal cavity, cleft lip is associated with cleft palate or cleft palate in approximately 75% among the major risk factors They are; snuff, age younger than 20 or older than 35 years interpregnancy two years, the use of harmful drugs during pregnancy (anticonvulsants or anticoagulants), infectious diseases such as toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, herpes, (TORCH), radiation, fertilizers , pesticides, previous child with a birth defect of structural metabolism. through this study with both qualitative and quantitative retrospective approach, no experimental design, cross section, the following results show children diagnosed with cleft lip admitted Dr. Francisco Icaza Bustamante Hospital 2015 annual period; patients with a diagnosis of cleft lip reviewed 49 patients 78% corresponds to the predominantly male with 38 people, compared to 22% women. Age with the highest rate of this disease is 5 years with a total of 21 people, of the 49 studied, the most affected province is the Guayas with 36 patients corresponding to 67%, pathology with the highest percentage is the soft palate with unilateral cleft lip corresponding to 20% .of this way, the main risk factors, the province was demonstrated with more patients, and the most frequent pathology.

Contenido

AGRADECIMIENTO	6
INTRODUCCION.....	12
CAPITULO I.....	14
EL PROBLEMA	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACION	16
FORMULACION DEL PROBLEMA:	17
DETERMINACION DEL PROBLEMA:	17
PREGUNTAS DE INVESTIGACION:	17
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	18
CAPITULO II.....	19
MARCO TEORICO.....	19
LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO	19
EMBRIOLOGIA:.....	19
EPIDEMIOLOGIA.....	21
ETIOLOGIA:.....	22
CLASIFICACION DEL LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO:	22
• clasificación embriológica :.....	23
• CLASIFICACION ANATOMICA:	23
LAS CLASIFICACIONES MÁS UTILIZADAS SON:	23
CLINICA:	24
DIAGNOSTICO:	25
COMPLICACIONES DEL LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO:	26
INFECCIONES DEL OÍDO Y PÉRDIDA DE AUDICIÓN.....	26
Problemas dentales:	28
Dificultad al comer :	29
Dificultad al hablar:	30
TRATAMIENTO:.....	31
EL TRATAMIENTO QUIRURGICO:	32

CIRUGIA PRIMARIA:	33
LOGOPEDIA	35
EL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO-ORTODÓNCICO	39
HIPOTESIS:	39
DEFINICION DE VARIABLES:	40
VARIABLES INDEPENDIENTES: Labio Leporino	40
VARIABLE INDEPENDIENTE: Labio Leporino	40
VARIABLE DEPENDIENTE: Factores de Riesgo Y Complicaciones de Labio Leporino	40
ESCALA VALORATIVA: Fisura Labial Palatina	40
MATERIALES Y METODOS:	41
MATERIALES:	41
CARATERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO:.....	41
UNIVERSO Y MUESTRA	42
VIABILIDAD	43
CRITERIOS DE INCLUSION:	43
CRITERIOS DE EXCLUSION:	43
OPERACIONALIZACION DE LAS MUESTRAS:	44
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	47
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	48
RECURSOS HUMANOS Y PÚBLICOS.	48
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	48
METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
CAPÍTULO IV	50
RESULTADOS Y DISCUSION	50
4.1 RESULTADOS	50
DISCUSIÓN	56
RECOMENDACIONES:	57
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	59

INTRODUCCION

Los defectos de cierre oro faciales son un problema relativamente frecuente que supone un importante consumo de recursos sanitarios, además del sufrimiento que llevan implícito para el paciente y su familia. Existen diversas teorías que explican su origen, aunque ninguna tiene evidencias suficientemente sólidas. Las más aceptadas suponen una importante base genética que podría verse modificada por la presencia de agentes externos. Conocer las causas que los provocan permitiría intentar prevenir su aparición. (G.H., 2012)

Un labio o un paladar leporino es una abertura que ocurre cuando el labio o la bóveda (techo) del paladar no se fusionan (cierran) completamente durante el primer trimestre del desarrollo del feto. El labio y el paladar se desarrollan por separado, por lo cual es posible que el niño tenga el labio leporino o el paladar leporino, o ambos. El tamaño de la hendidura del labio puede consistir desde una pequeña abertura en el labio superior hasta una abertura que se extienda hasta la base de la ventana de la nariz. La abertura puede ser de un sólo lado o puede ocurrir en ambos lados. Un paladar leporino puede afectar sólo al paladar duro o al paladar blando o una combinación de ambos. (RICHARD J REDETT, 2010)

El labio leporino se asocia con el paladar hendido o fisura palatina en alrededor del 75% de los casos. La prevalencia de labio leporino, asociado o no a fisura palatina, varía de forma significativa en función de la raza, mientras que la prevalencia de fisura palatina se relaciona con la raza y se considera normal entre 1/1.500-2.000 nacidos vivos. Entre el 60 y el 80% de los labios leporinos con o sin fisura palatina corresponden a varones. Es 2 veces

más frecuente que sea unilateral, y afecta habitualmente al lado izquierdo. (G.H., 2012). Etiológicamente se considerarán los siguientes factores de riesgo para la prevención de los defectos craneofaciales: tabaquismo, edad materna menor de 20 años o mayor de 35, edad paterna mayor de 45 años, periodo intergenésico menor de dos años, consanguinidad, uso de fármacos nocivos durante el embarazo, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes (TORCH), radiaciones, fertilizantes y plaguicidas, hijo previo con defecto congénito estructural, metabólico o cromosomopatía, padres portadores de alteración cromosómica balanceada y embarazo múltiple. (RICHARD J REDETT, 2010).

El propósito de esta investigación es analizar los factores de riesgo y las principales complicaciones de labio leporino mediante un estudio de corte transversal, retrospectivo, epidemiológico y mediante la observación y análisis de los niños menores de 5 años que fueron hospitalizados en el hospital Francisco Icaza Bustamante en el año 2015. Este estudio será de forma descriptiva mediante la recopilación de las historias clínicas de los pacientes menores de 5 años con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El labio leporino y paladar hendido son malformaciones congénitas que han sido uno de los principales motivos de consulta de los niños recién nacidos, debido que además de su alteración estética también se encuentran asociadas a desarrollar trastornos de la alimentación y del estado nutricional. La causa labio leporino es multifactorial (muchas causas) y probablemente involucra una combinación de factores genéticos y ambientales, sin embargo, la causa es usualmente desconocida. Los factores ambientales que pueden aumentar los riesgos son el uso del tabaco y del alcohol durante el embarazo, mala nutrición de la madre y algunos medicamentos.

En el mundo actualmente El labio leporino se asocia con el paladar hendido o fisura palatina en alrededor del 75% de los casos.

La incidencia de labio leporino, o no a fisura palatina, varía de forma significativa en función de la raza, mientras que la incidencia de fisura palatina se relaciona con la raza y se considera normal entre 1/1.500-2.000 nacidos vivos. Entre el 60 y el 80% de los labios leporinos con o sin fisura palatina corresponden a varones. Es 2 veces más frecuente que sea unilateral, y afecta habitualmente al lado izquierdo.

En Noruega, determinaron que la prevalencia era de 0,85/1.000 nacidos vivos para labio leporino con paladar hendido de 0,61/1.000 nacidos vivos para labio leporino. Los defectos de cierre suponen una carga psicológica y económica para las familias afectadas y para la sociedad. Calcularon unos costes en EE. UU. Unas 8 veces más altos que los niños sin defectos, considerando solo los gastos sanitarios.

En general, los niños y adultos que padecen defectos de cierre presentan menor calidad de vida relacionada con la salud, alteraciones psicológicas y del comportamiento. En un estudio realizado en el año 2010 en la ciudad de Quito en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora se registraron un total de 163 casos; registrándose la menor incidencia en labio fisurado (9,2 %) y fisura palatina (23,9 %) y en mayor grado labio fisurado y fisura palatina (66,9 %). En la localización patológica de las malformaciones, se descubrieron 23 malformaciones patológicas, Fisura Labial Bilateral y Hendidura del Paladar Completa con 21 fue la de mayor presencia, seguida de Fisura Labio alveolar derecha y Hendidura del Paladar Completa con 17 casos, Hendidura del Paladar Completa con 14 casos, Fisura Labio alveolar Izquierda, Hendidura del Paladar Completa y Hendidura del Paladar Blando con 13 casos (ALEJANDRINA, 2010)

Aunque también existen otros motivos de consulta de los niños recién nacidos y lactantes menores con otros tipos de malformaciones congénitas de corrección estética y quirúrgica más sin embargo por la incidencia a nivel local y mundial mi tema es determinar la incidencia y las complicaciones de labio leporino y paladar hendido en los niños menores de cinco años atendidos en el hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante

El estudio demostrara que el labio y paladar hendido son un defecto frecuente en la población ecuatoriana y, que los antecedentes maternos son determinantes para la presentación del defecto y que muchos de ellos son modificables, además representa un padecimiento grave por las secuelas y complicaciones que ésta conlleva, por lo que se requiere tratamiento de alta especialización

JUSTIFICACION

El presente trabajo pretende analizar y estudiar los factores de riesgo y las complicaciones de labio leporino en pacientes menores de 5 años atendidos en el hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante

Una de las manifestaciones genéticas establecidas en la niñez es la presencia de labio leporino y paladar hendido, como manifestación teratogenica y genética. En niños debido a que presenta una de las morbilidades más frecuentes como la desnutrición y las enfermedades respiratorias, motivan a la acción inmediata en pediatría en el ámbito clínico quirúrgico, siendo por tanto un problema de salud a solucionar durante el primer año de vida.

Por qué este estudio representa gran importancia debido que la morbilidad de esta patología se encuentra asociada con un mal crecimiento pondo estaturallo cual repercute en la salud y bienestar de la vida del niño.

El presente genera información confiable que contribuya al diseño y planeación de actividades practicas

FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cómo influye los factores de riesgo en el desarrollo de labio leporino y sus complicaciones en niños atendidos en el Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante

DETERMINACION DEL PROBLEMA:

Naturaleza: clínico teórico

Campo de acción: salud pública, medicina

Área: pediatría, cirugía plástica

Determinación: Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante

Periodo: 2015

PREGUNTAS DE INVESTIGACION:

¿De qué se trata la patología labio leporino y paladar hendido?

¿Cuál es la etiología del labio leporino?

¿Cuál son los principales factores de riesgo de los pacientes con labio leporino atendidos en el Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante

¿Cuáles son las principales complicaciones con mayor porcentaje de labio leporino?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo y complicaciones del labio leporino en niños menores de 5 años, mediante un estudio observacional en el Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante, periodo 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar los factores de riesgo de labio leporino en pacientes menores de 5 años atendidos

En el Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante, periodo 2015.

Definir las complicaciones del labio leporino

Categorizar los factores de riesgo relacionados con labio leporino

CAPITULO II

MARCO TEORICO

LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

Un labio o un paladar leporino son Una de las malformaciones congénitas más frecuentes en el campo de la salud como consecuencia provoca alteración en el desarrollo de la cara, oclusión maxilodentalEn la audición, y calidad del Habla. (Fernández, 2011)

El labio leporino y paladar hendido Es una abertura que ocurre cuando el labio o la bóveda (techo) del paladar no se fusionan (cierran) completamente durante la quinta a octava semana del desarrollo del feto.

El labio y el paladar se desarrollan por separado, por lo cual es posible que el niño tenga el labio leporino o el paladar leporino, o ambos. El tamaño de la hendidura del labio puede consistir desde una pequeña abertura en el labio superior hasta una abertura que se extienda hasta la base de la ventana de la nariz La abertura puede ser unilateral o bilateral. Un paladar leporino puede afectar sólo al paladar duro o al paladar blando o una combinación de ambos (3). (RiCHARD J REDETT, 2010)

EMBRIOLOGIA:

La cara se forma con el desarrollo de cinco mamelones o procesos faciales: el mamelón cefálico o frontonasalque constituye la boca primitiva. Dos procesos maxilares laterales Y en posición caudal los dos procesos mandibulares. (f.J. parri)

La boca primitiva inicia su formación hacia la 5ª semana de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Se inicia a partir de dos primordios:

♣Paladar primario: Inicia su desarrollo en 6ta. Semana a partir del Segmento intermaxilar de los maxilares como resultado de la fusión en profundidad de los procesos nasales internos. El paladar primario está conformado por labio Y alveolos Y estos se cierran en la 4ta semana de desarrollo del feto.

♣Paladar secundario: se forman con las crestas palatinas derivadas de los procesos maxilares que se fusionan entre si dando lugar al paladar secundario este es el primordio de las partes duras y blandas del paladar.

El paladar se extiende hacia atrás desde la fosa incisiva el paladar secundario se cierra hacia la octava semana (martinez, 2013)

El labio se forma entre la 5ª y 6ª semana de gestación, cuando el proceso frontonasal se va fusionando con los procesos maxilares. El labio superior está formado por los dos procesos nasales internos, los dos procesos maxilares. (f.J. parri)

El labio inferior Y la mandíbula se forman de los procesos mandibulares que se fusionan en la línea media Posteriormente se produce la formación del paladar con la fusión de los procesos palatinos.

Entre la 7ª y 8ª semana del desarrollo embrionario. Puede ser bilateral si afecta a ambos lados de la cara..

Las anomalías faciales ocurren por la falta de coalescencia de los mamelones, por la no mesodermización de los mismos. O por un desarrollo anómalo de alguna de sus partes (f.J. parri)

EPIDEMIOLOGIA

Se constata también una distribución geográfica, de tal forma que las tasas de labio leporino asociado a fisura palatina son más altas en Iberoamérica y Asia y más bajas en Israel, Sudáfrica y sur de Europa. Mientras,

las tasas de paladar hendido aislado fueron más elevadas en Canadá y norte de Europa, y bajas en partes de Iberoamérica y Sudáfrica. El análisis de los grupos poblacionales que han emigrado muestra que la incidencia es similar a la del área de origen. Los defectos de cierre tipo labio leporino más fisura palatina son más frecuentes en varones, mientras que la fisura palatina aislada es más frecuente en mujeres¹³ (1). (G.H., 2012)

El labio leporino se asocia con el paladar hendido o fisura palatina en alrededor del 75% de los casos⁷. La incidencia de labio leporino, asociado o no a fisura palatina, varía de forma significativa en función de la raza. Mientras que la incidencia de fisura palatina se relaciona con la raza y se considera normal entre 1/1.500-2.000 nacidos vivos⁸. Entre el 60 y el 80% de los labios leporinos con o sin fisura palatina corresponden a varones. Es 2 veces más frecuente que sea unilateral, y afecta habitualmente al lado izquierdo⁷ (1). (G.H., 2012)

ETIOLOGIA:

se considerarán los siguientes factores de riesgo para la prevención de los defectos craneofaciales: tabaquismo, edad materna menor de 20 años o mayor de 35, edad paterna mayor de 45 años, mantener dieta baja en folatos, defecto de vitamina B6 se asoció con la aparición de defectos en países bajos. Cinc también ha sido involucrado en la aparición de defectos de cierre oro facial. (G.H., 2012).

El periodo intergenésico menor de dos años, consanguinidad, uso de fármacos nocivos durante el embarazo (anticonvulsivo o anticoagulante)

Factores ambientales se mencionan las enfermedades infecciosas sufridas durante el primer trimestre del embarazo, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes (TORCH). (Ana Carola Mejía Ayala, 2012)

Radiaciones, fertilizantes y plaguicidas, hijo previo con defecto congénito estructural, metabólico o cromosomopatía, padres portadores de alteración cromosómica balanceada y embarazo múltiple (4). (RiCHARD J REDETT, 2010).

Obesidad en mujeres con índice de masa corporal por encima de 30 mg/kg incrementa el riesgo de defecto del cierre oro facial (G.H., 2012).

El estrés se menciona como factor de riesgo por generar un aumento en la actividad adrenocortical provocando liberación de cortisona, si esta liberación se realiza en la organogénesis provoca variados tipos de malformaciones (Ana Carola Mejía Ayala, 2012).

CLASIFICACION DEL LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO:

Los defectos de cierre oro faciales pueden ser clasificados anatómicamente como aquellos que afectan al paladar secundario (paladar blando y duro), denominados paladar

hendido aislado, y aquellos que afectan al paladar primario y se acompañan de defectos de cierre del labio, acompañados o no de paladar hendido (1). (G.H., 2012)

.Clasificación de la Malformación: se ha propuesto diferentes sistemas de clasificación basándose en criterios diversos: embriológico, anatómico, odontológico, quirúrgico. Las más utilizadas son:

- clasificación embriológica :
 - Fisura labial uní o bilateral que afecta exclusivamente al labio; puede incluir el alveolo por delante del orificio palatino anterior (paladar primario).
 - Fisura labio palatina unilateral completa: afecta al labio paladar primario y paladar secundario.
 - Fisura labio palatina bilateral completa que afecta al labio paladar primario y paladar secundario en ambos lados.

- **CLASIFICACION ANATOMICA:**

Los defectos de cierre oro faciales pueden ser clasificados anatómicamente como aquellos que afectan al paladar secundario (paladar blando y duro), denominados paladar hendido aislado, y aquellos que afectan al paladar primario y se acompañan de defectos de cierre del labio, acompañados o no de paladar hendido (1). (G.H., 2012)

LAS CLASIFICACIONES MÁS UTILIZADAS SON:

Kernahan, en 1971 propone una clasificación que considera una representación gráfica de la fisura en forma de “Y”.

Millard en 1977 enriquece la propuesta al considerar en la representación gráfica de las fisuras tanto la nariz como el suelo nasal bajo la forma de dos triángulos enfrentados en ambos extremos de los brazos de la “Y” .

Kriens en 1989 propone una clasificación que utiliza letras para designar las estructuras afectadas por la fisura: L: lip - A: Alveolar - H: HardPlate- S: SoftPalate Por ello se le conoce como el sistema LAHSHAL, que permite localizar y combinar los distintos tipos de fisura facilitando su registro.

Monasterio en 2008 (añade a la “Y” de Kernahan el compromiso de la nariz, la amplitud inicial de la fisura alveolar en el recién nacido se registra en Mm. al costado de los números 3 y/o 7. El tipo de fisura se pinta completamente en la “Y” y en el caso de ser una micro forma del labio o una fisura submucosa se solo se sombrea la zona afectada.(2) (Fernández, 2011).

CLINICA:

El examen de la boca, nariz, Y paladar en el recién nacido confirmara la existencia de labio leporino Y el grado de afectación que con lleva para el paciente.

Entre los principales trastornos de esta malformación afecta al área de otorrinolaringología el paciente presenta otitis media a repetición e Hipoacusia, del Habla: rinolalia abierta, insuficiencia velo palatina, Y dentales: provocando problemas como dientes supernumerarios, agenesia en la zona de la fisura, retraso en la erupción dental, trastornos de oclusión en especial secundarios a Un maxilar superior más pequeño Y retraído o a Una mordida cruzada por asimetría de los fragmentos maxilares . (f.J. parri)

En cuantas a las alteraciones fonéticas el niño tendrá mayor dificultad para la pronunciación de la letra P, T, K (palatales). B, D, G (nasales). Esto se puede agravar si el niño presenta extirpación de las adenoides Ya que estas permiten que el paladar blando se apoye sobre ellas. (f.J. parri)

DIAGNOSTICO:

Antiguamente el diagnóstico prenatal de una fisura de labio se hacía casi siempre en asociación con otras anomalías fetales. Con la mejora de la técnica ecográfica, el diagnóstico prenatal de la fisura labial se ha incrementado. Sin embargo, siguesiendo fácil pasar por alto la fisura labial en la ecografía, particularmente en las rutinarias, de hecho, el American Institute of Ultrasound in Medicine no exige revisión ecográfica del labio en la ecografía de detección de malformaciones.

Si en la familia hay historia de fisuras faciales o si existe preocupación por otras razones, se debe referir para un diagnóstico ecográfico completo y consejo genético.

El diagnostico de fisura labio-palatina puede efectuarse a partir de las semanas 16 mediante ecografía abdominal El diagnóstico ecográfico más preciso se obtiene a partir de la 20 semana de gestación. Sin embargo, a muchas pacientes se les realiza antes, especialmente si se plantea amniocentesis a las 15-17 semanas. Aunque es difícil detectar las fisuras labiales en ecografías tan tempranas, se puede realizar otra a posteriori si hay sospecha de que pueda existir una fisura (por ejemplo, si refiere historia familiar previa). El diagnóstico prenatal de fisura palatina es todavía mas difícil hacer a menos que se asocie a una fisura labial amplia.

La ecografía transvaginal puede ver la malformación semanas antes. La ecografía tridimensional aumenta la eficacia diagnóstica hasta el 80 % .

La resonancia magnética prenatal se reserva para el diagnóstico de precisión en casos complejos o en malformaciones asociadas. (f.J. parri)

Una vez que la fisura labio palatina se diagnostica, se debe dirigir a la familia al equipo de fisurados para ser informados sobre la patología y el manejo del niño con fisura palatina. El diagnóstico de los defectos congénitos crea una crisis en la familia, por eso la atención psicológica y emocional es esencial en estos momentos.

COMPLICACIONES DEL LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO:

Los niños que sólo tienen el labio leporino, pero no en la encía o paladar, frecuentemente no tienen otros problemas.

Pero Los niños con el paladar leporino pueden tener:

INFECCIONES DEL OÍDO Y PÉRDIDA DE AUDICIÓN: Cualquier niño con paladar leporino tiene el riesgo de desarrollar frecuentemente infecciones del oído. Los niños con fisura palatina tienen Un alto riesgo de padecer otitis media recurrente Y crónica (90-95%). (Fernández, 2011).

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 (3) (RICHARD J REDETT, 2010). Muchos pacientes con esta afección requerirán la colocación

de drenajes transtimpánicos, ya que la pérdida de la audición interfiere en el buen desarrollo del niño especialmente del Habla Y del Lenguaje.

Las fisuras de paladar se asocian en muchos casos a patología del oído medio debido a un mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio (otitis fibroadhesiva, colesteatoma, etc.).

La trompa de Eustaquio es un pequeño conducto que comunica el oído medio con la pared posterior de la nariz (nasofaringe) y tiene la función de ventilar y equilibrar las presiones dentro del oído por detrás del tímpano. Esto es imprescindible para que el oído funcione bien y se tenga una correcta capacidad auditiva (la sensación de oídos taponados que tenemos durante un resfriado se debe a que la trompa deja de funcionar durante el proceso catarral) (navarro, 2011).

En el paciente con fisura del paladar el mecanismo de la trompa se ve impedido por múltiples factores: aumento del tamaño de las adenoides, rinitis crónica, la propia repercusión estructural de la malformación o las cicatrices de la cirugía, con el consiguiente trastorno de la ventilación del oído. La falta de ventilación de la caja timpánica provoca el acúmulo de secreciones, la posible infección y el bloqueo de la capacidad vibratoria del tímpano. La presencia de secreciones en el oído medio se descubre en la exploración otológica y mediante la impedanciometría.

La disminución de la capacidad auditiva del paciente fisurado es variable, pero cuando disminuye de 25 a 40 dB HL significa, en la práctica, una incapacidad para seguir completamente una conversación en un volumen de voz normal (navarro, 2011).

La otitis seromucosa ocasionada por la falta de ventilación a través de la trompa puede ser tratada mediante una intervención muchas veces simultánea con la reparación de la fisura. Se trata de hacer una pequeña perforación de la membrana timpánica e insertar un drenaje transtimpánico (DTT) que ayude a mantener la aireación del oído y facilite la función auditiva. Aunque se haya cerrado el paladar, el paciente requiere seguimiento regular por ORL hasta que el crecimiento favorezca el normal funcionamiento de la trompa de Eustaquio (aproximadamente a los diez años). (navarro, 2011)

-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. Cuando los dientes erupcionan Adicionalmente, el maxilar superior puede no crecer hacia adelante como el maxilar inferior, siendo necesaria una cirugía correctiva en el futuro. (RiCHARD J REDETT, 2010)

- **dificultad al comer** : 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 (3) (RICHARD J REDETT, 2010) Los patrones de deglución y alimentación del niño fisurado están invariablemente alterados. Los niños con labio hendido quizás tengan problemas a la hora de coger el pezón. Los niños con fisura del paladar no pueden crear suficiente presión negativa para succionar la leche y pueden tener en algún momento retorno de alimento por la nariz. Para minimizar esto, será bueno colocar al niño incorporado al menos 45 grados para aprovecharnos de la ventaja de la gravedad y estimular el reflejo de deglución. Además es fácil que los niños fisurados traguen más aire de lo habitual con la ingestión de leche lo que favorece la regurgitación y la aparición de cólicos. Se ha de tener paciencia y dedicar algo más de tiempo de lo normal en la alimentación. Conviene hacer paradas cada 5 minutos y facilitar la expulsión de aire ingerido incorporando al niño (facilitar los eructos del lactante) antes de reanudar la toma.

Algunos equipos aconsejan utilizar placas de plástico que cierran el paladar para facilitar la alimentación. Estas placas requieren modificaciones y ajustes frecuentes y pueden ocasionar roces por lo que en la mayoría de las ocasiones no suponen ventajas respecto a la eficiencia que puede conseguir una madre motivada y bien instruida.

El biberón adecuado es la clave para alimentar con éxito a Un niño con fisura palatina.

Existen biberones específicos para niños con esta patología ya que permiten que el niño en el momento que Hace el esfuerzo para succionar no necesite crear fuerza de presión negativa intraoral(Fernández, 2011).

Los modelos de biberones adaptados son:

Mead Jonsoncompany

Haberman comercializado por madela, Y

Pigeon cleft palate nurse de children's medical venture.(Fernández, 2011)

El objetivo que el paciente con fisura palatina se necesita establecer objetivos de alimentación control de ganancia ponderal existen dos parámetros:

1. El niño debe tomar 130-150 cc por Kg de peso en 24 HRs
 2. La duración de la toma no debe exceder los 30 minutos ; si requiere mas tiempo el niño consume en este trabajo las calorías necesarias para crecer .
- (Fernández, 2011)

Dificultad al hablar:

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(3). (RICHARD J REDETT, 2010)

TRATAMIENTO:

El plan de tratamiento de los niños con labio leporino y fisura palatina ha ido cambiando continuamente de acuerdo con los progresos técnicos, pero es sobre todo interesante notar cómo se ha llegado a integrar el tratamiento quirúrgico en un programa rehabilitador complejo que prevé el uso de aparatos ortopédico-ortodónticos, la intervención del logopeda, la eventual asistencia por el psicólogo, el control otorrinolaringológico y el recurso a los medios de diagnóstico radiológico y endoscópico. Se establece así, el principio muy importante, de que debe ser un equipo multidisciplinar el que se ocupe del paciente con labio o paladar hendidos. El tratamiento de un niño con fisura labio-palatina no consiste en una sucesión de operaciones quirúrgicas, sino más bien en una serie de tratamientos complementarios tendentes a la rehabilitación funcional (respiración, deglución, masticación, audición y habla) y estética completa. (6)

Desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico, para la reparación de este tipo de defectos y para reducir al mínimo los riesgos anestésicos, algunos autores todavía emplean la regla de los 10 de Musgrave y realizan la reparación quirúrgica del labio leporino cuando el niño tiene una hemoglobina de 10 mg/dl, un peso de 10 libras, menos de 10,000 leucocitos y 10 semanas de vida. Sin embargo, la mayoría de los centros quirúrgicos prefieren realizar la reparación unilateral del labio cuando el niño tiene 3 meses de edad en promedio; así los riesgos de la anestesia son mínimos, el niño puede soportar mejor la tensión de los tejidos del labio permitiendo una reconstrucción adecuada, la ortopedia pre quirúrgica después de los 15 días de nacido y los 4 meses posteriores y en las _ suras bilaterales a los 6 meses de nacido en un solo tiempo quirúrgico (5) (Ventura, 2012). El

labio leporino es usualmente reparado entre los 3 y 6 meses. El paladar leporino es reparado usualmente entre los 9 y 12 meses. Algunos niños requieren un proceso de dos etapas para reparar el labio o un aditamento de moldeado si la abertura es demasiado ancha. Frecuentemente y si es necesario, se instalan tubos en el oído cuando se lleva a cabo la cirugía del paladar. El habla, capacidad auditiva y el desarrollo dental se observarán muy de cerca por el equipo. Podrían ser necesarias Cirugías secundarias, tales como Colgajo Faríngeo (si el leguaje no es adecuado), injerto de hueso alveolar (para cerrar el defecto de la encía entre los 7 y 9 años de edad), rinoplastia y cirugía de los maxilares (3) (RICHARD J REDETT, 2010) El equipo multidisciplinario para el tratamiento deberá ser conformado por el obstetra es uno de los especialistas mas importantes ya que realiza el seguimiento del embarazo y puede orientar ala madre pronto que sospeche de una malformación (4) (Ana Carola Mejía Ayala, 2012). El pediatra neonato logo debe ser examinados con mayor detenimiento ya que la hendidura labial o palatina se pueden encontrara otras complicaciones tales como cardiopatías congénitas y defectos en las extremidades, la odontopediatria .

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO:

El objetivo del tratamiento quirúrgico son Una Unión lo más perfecta posible entre piel Y Mucosas de labio pero, sobre todo, del músculo orbicular, qué proporciona motilidad correcta del labio intervenido, Una simetría nasal, Un cierre palatino completo sin comunicaciones oro nasales y un paladar largo Y móvil que permita el cierre completo del esfínter faríngeo, evitando el escape de aire por la nariz durante el Habla. (f.J. parri).

Si el niño goza de buena salud y ha ganado peso según lo previsto a la edad de seis meses se realiza el tratamiento quirúrgico del labio con el que el pequeño paciente recupera la armonía del rostro. Se intenta que la reconstrucción del labio sea completa y, en lo posible, definitiva, aunque ocasionalmente hacen falta pequeños retoques. (navarro, 2011) Para ello se hacen incisiones en ambos lados de la fisura y se repara meticulosamente la piel del labio, el bermellón, el músculo y el suelo de la nariz. (navarro, 2011) En esta intervención se opera también sobre la punta nasal para tratar de corregir su aplanamiento y hacerla simétrica, a la vez que se asegura su permeabilidad para una buena respiración. (navarro, 2011).

CIRUGIA PRIMARIA:

Los pacientes con fisura labio palatina precisan múltiples intervenciones que generalmente se realizan secuencialmente, individualizando las mismas de acuerdo a los hallazgos y coordinándolas con las de otros especialistas con objeto de minimizar el número de anestias y hospitalizaciones. (Fernández, 2011)

Queda implícito el hecho que el cirujano que realiza la intervención primaria tiene la mejor oportunidad para lograr un buen resultado final.

Una vez que los tejidos cruciales implicados son quirúrgicamente manipulados o extirpados puede ser problemático obtener resultados óptimos (Fernández, 2011). Por tanto la cualificación y experiencia del cirujano son de absoluta importancia, y deben incluir:

- Certificación oficial y documentación explícita de la formación en cirugía de la fisura labio palatina, que puede ser por vía de diferentes especialidades quirúrgicas: Pediatría, Maxilofacial, Plástica.
- Suficiente casuista del Equipo para mantener la experiencia

quirúrgica en la cirugía primaria y en la corrección de secuelas. • Adscripción del Cirujano a un Equipo de tratamiento de fisurados • Participación en las reuniones multidisciplinarias del equipo, la discusión-planificación del tratamiento de cada caso y en la evaluación de resultados. • (Fernández, 2011)

Cirugía del labio. En el caso que no existan otros inconvenientes, la queilorrafia debe realizarse preferentemente hacia los 3-4 meses de edad. El objetivo es la restauración anatómica y funcional del labio El cierre labial incluye una reparación minuciosa de la piel, el músculo y la mucosa. La corrección del defecto nasal forma parte integral de la intervención, realizándose simultáneamente en los casos unilaterales. (Fernández, 2011)

En algunos centros si existe una gran separación se realiza previamente una adhesión labial con objetivo de que actúe como una ortopedia y/o de convertirlo en un labio incompleto; en estos casos la reparación definitiva se pospone unos meses. (Fernández, 2011)

Cirugía del paladar. La edad ideal de realización de la palatoplastia es menos clara. Desde una visión teórica los resultados del habla serán mejores con una reparación precoz y por el contrario el crecimiento facial será mejor con una tardía. Hoy en día la edad más frecuente de intervención es entre los 6 y los 12 meses de vida, esta edad corresponde con el de inicio del balbuceo (Fernández, 2011). La cirugía del paladar es compleja e incluye la reconstrucción y la reorientación de los músculos del paladar blando y la movilización de los tejidos del paladar óseo; ello permite minimizar la existencia de insuficiencia velofaríngea Ocasionalmente, cuando existe un gran defecto, el cierre se realiza en dos tiempos, aunque en estos casos la incidencia de fístulas y problemas del habla parece que es mayor

Tratamientos por insuficiencia velofaríngea: En caso de insuficiencia velofaríngea la intervención quirúrgica posibilita una mejoría persistente del habla. Las técnicas difieren según los centros y varían dependiendo del estado del paladar y del tipo de cierre velar al confirmar el diagnóstico por nasofibroscofia. Si los músculos velares son deficientes la insuficiencia puede ser corregida con una repalatoplastia. (Fernández, 2011)

Cirugía secundaria. En casos con secuelas nasales de posición del cartílago alar y/o casos de obstrucción respiratoria, la reparación se practica hacia los 4 años, con reposición del cartílago alar, el procedimiento y la edad de realización debe ser discutido con los padres debiendo aclarar las expectativas reales. (Fernández, 2011)

Las rinoseptoplastias definitivas se posponen hasta el final del crecimiento nasal. La cirugía secundaria del paladar por fístulas palatinas y/o insuficiencia velofaríngea debe realizarse después de una valoración del mecanismo velofaríngeo. (Fernández, 2011)

LOGOPEDIA

La actuación logopédica se inicia con: – La evaluación de la respiración del recién nacido, dado que pacientes con Secuencia Pierre Robin, reflujo gastroesofágico y/o incoordinación deglutoria pueden presentar problemas respiratorios de grado variable, que puede condicionar el cuidado general y ser un grave factor de riesgo vital. (Fernández, 2011)

La participación del logopeda se inicia desde el nido colaborando con la madre en los cuidados posturales y respiración.

– Los pacientes con fisura palatina y/o fisura labio palatina completa, suelen tener dificultades en la succión del alimento y en la deglución, el logopeda igualmente debe colaborar con la enfermera de lactación y la madre en estimular la succión y deglución. (Fernández, 2011)

– La evaluación del desarrollo prelingüístico hacia los 6 meses de vida. – Los niños con fisura palatina, deben tener evaluaciones semestrales los dos primeros años de vida y luego en forma anual hasta los 6 años. En este periodo, el logopeda debe promover el desarrollo correcto de las funciones orofaciales, siendo de utilidad la terapia miofuncional. (Fernández, 2011)

– Aunque no se observen problemas en el desarrollo del habla debe realizarse un control anual hasta los 6 años o hasta la involución de las adenoides y cada dos años hasta la madurez esquelética y dental, para documentar longitudinalmente el habla por si hay que realizar modificaciones del tratamiento. (Fernández, 2011)

– Si existen problemas del habla o se sospecha insuficiencia velofaríngea (IVF), las evaluaciones logopédicas serán mas frecuentes y se ajustaran a las necesidades de cada caso. Es conveniente que la IVF este resuelta antes de los 7 años. – Los niños con sospecha de insuficiencia velofaríngea deben tener una evaluación formal de la competencia velar que incluya parámetros clínicos con estimación graduada de las alteraciones del habla, resonancia, emisión aérea nasal y voz. (Fernández, 2011)

Criterios de indicación logopédica en pacientes con fisura labiopalatina

El tratamiento logopédico del niño y adolescente con fisura labio-palatina incluye varias etapas, en las que se puede anticipar la necesidad de tratamiento logopédico, estas etapas son:

- Desde el nacimiento hasta la cirugía primaria (6 meses de edad) Este tratamiento se realiza en la unidad de fisurados incluye:

- Apoyar en el proceso de alimentación. Orientación y supervisión de técnicas de alimentación. Promoción de lactancia materna, enseñanza de la técnica de lactancia al pecho. Técnica de alimentación artificial y biberones específicos. Estimulación del reflejo de succión si es necesario. (Fernández, 2011)

- Respiración. Enseñanza a las familias de los cuidados necesarios para mantener vía aérea despejada. Indicaciones sobre el tratamiento posturales en pacientes con fisura palatina, glosptosis y/o micrognatia. La eliminación de secreciones nasales y control una semana antes de la intervención asegurándose de que esté en condiciones para la intervención. (Fernández, 2011)

- Habla y voz: Entrevista inicial con los padres informándoles sobre los problemas que pueden tener estos niños y adelantarles los planes de tratamiento logopédico a medio y a largo plazo (Fernández, 2011)

- . – Colaboración con el ortodoncista y/o protésico en la ortopedia maxilodental prequirúrgica estimulando la actividad labial y lingual

– Evaluar y promover funciones orales correctas y evitar malos hábitos orales (biberón o chupete prolongado, retraso en la alimentación sólida, chuparse el dedo, etc.). Promover una respiración naso abdominal y una deglución con apoyo favorable, en las rugas palatinas. – Es frecuente encontrar un alto porcentaje de estos pacientes con alteración del tipo respiratorio y con deglución anómala. En estos casos esta indicada la terapia miofuncional, para la reeducación de los patrones de respiración anómalos, las alteraciones faciales y posturales y la deglución atípica. – (Fernández, 2011)

LOS PROBLEMAS DE LA DENTICIÓN:no sólo afectan al aspecto sino que tienen repercusión en la articulación del lenguaje y la capacidad de masticación, por lo que la atención al desarrollo dental del niño es importante. Una actitud vigilante y visitas periódicas al dentista ayudarán a conseguir la mejor salud dental del niño y esto tiene que ser enfatizado en el caso de los niños con fisuras. El ortodoncista será el que aconseje los planes para mejorar el crecimiento y desarrollo de los maxilares. (navarro, 2011)

La dentición primaria, o dientes de leche, erupcionan entre los seis y treinta meses de edad. En la zona de la fisura los dientes pueden estar duplicados, malformados, desplazados o ausentes. Esto es aplicable a los dientes temporales, también a los definitivos (navarro, 2011). Los dientes definitivos erupcionan a partir de los seis o siete años y en la zona de la fisura pueden faltar, aunque los temporales estuviesen bien. También puede darse la situación inversa. Estos problemas afectan mayormente a los incisivos laterales. El estado de algunos dientes puede aconsejar su extracción, pero otras veces se pueden reubicar en la arcada con ayuda de aparatos. (navarro, 2011)

EL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO-ORTODÓNICO

El tratamiento completo de la fisura labio palatina no puede ignorar el crecimiento global de la región maxilofacial. Los niños fisurados tienen al nacer su malformación, pero conservan intacto el potencial de crecimiento necesario para el desarrollo normal del maxilar, sólo que esta capacidad puede necesitar de alguna guía. En este sentido las técnicas de ortopedia se diseñan para guiar el crecimiento óseo mediante distintos aparatos. En el caso que nos ocupa la mayor parte de estos aparatos serán de soporte dental y actuarán sobre el hueso (ortopedia) y sobre los dientes (ortodoncia (navarro, 2011))

Ya en los primeros meses de vida se puede modificar la disposición de los segmentos palatinos para favorecer el cierre del paladar y del labio utilizando “placas” que se apoyan en la encía (navarro, 2011).

El esfuerzo de llevar la placa tiene como compensación varios beneficios. La alimentación es más fácil ya que cierra el paladar a modo de prótesis, la posición de la lengua está controlada y así no se introduce en la fisura y se favorece una deglución normal. Finalmente, mediante los pequeños ajustes que se le hacen semanalmente, se guía el crecimiento del paladar estrechando la fisura alveolar y favoreciendo el cierre de la encía. (navarro, 2011).

HIPOTESIS:

La edad materna es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de labio leporino .

DEFINICION DE VARIABLES:**VARIABLES INDEPENDIENTES:** Labio Leporino**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Labio Leporino**VARIABLE DEPENDIENTE:** Factores de Riesgo Y Complicaciones de Labio
Leporino**ESCALA VALORATIVA:** Fisura Labial Palatina

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS:

El presente trabajo es un estudio con un enfoque tanto cualitativo como cuantitativo retrospectivo, con un diseño no experimental, de corte transversal, y el método es analítico y deductivo y correlacionado mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes menores de 5 años atendidos por consulta pediátrica en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante durante el año 2015.

En este hospital no solo se atienden a niños de esta cabecera cantonal sino también de otros cantones de esta provincia y de las demás provincias a nivel nacional.

MATERIALES:

Revisión de las historias clínicas

CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO:

Este proyecto está localizado en Ecuador en la provincia del Guayas, ciudad de Guayaquil entre calles Quito y Gómez Rendón (esquina)

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo son los pacientes con labio leporino atendidos en el El universo son los pacientes con heridas crónicas atendidos en el Hospital Dr. Francisco De Icaza Bustamante durante el periodo anual 2015

Para la obtención de la muestra utilizaremos la fórmula:

$$M = \frac{P}{E^2(P - 1) + 1}$$

M: tamaño de la muestra

P: tamaño de la población

E: 0.05 (error estándar)

- **M: 49 PACIENTES**

(SE USÓ AL 100% DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN PORQUE CUMPLIA LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN)

- **P: 49 PACIENTES**
- **E:0.05**

VIABILIDAD

Este trabajo de investigación reúne las características que permiten ser objeto de estudio, el hospital brinda la posibilidad y el apoyo de hacer investigaciones dando oportunidad de desarrollar una amplia cobertura del tema propuesto y se hace factible porque a través de los diversos departamentos y áreas de servicio se brinda la información oportuna para desarrollar la investigación.

Por mi parte como autor de esta tesis poseo toda la disposición en recursos físicos materiales e intelectuales para llevar a cabo la investigación, brindar los conocimientos adquiridos .

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes con diagnóstico de labio leporino ingresados al hospital por presentar

- Otitis media a repetición
- Insuficiencia velo palatina
- Neumonía
- Periodos de apnea
- Ser pacientes del área de cirugía plástica
- Pacientes de ambos sexos menores de 5 años

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes mayores de 5 años
- Pacientes que ya han recibido tratamiento quirúrgico
- Paciente participante en otro estudio de investigación

OPERACIONALIZACION DE LAS MUESTRAS:

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
INDEPENDIENTE: labio leporino	Un labio o un paladar leporino es una abertura que ocurre cuando el labio o la bóveda (techo) del paladar no se fusionan (cierran) completamente durante el primer trimestre del desarrollo del feto	Defectos de labio y paladar	Fisura labial unilateral Si---no Fisura labial bilateral Si ---no Fisura palatina unilateral completa Si----no Fisura palatina bilateral completa Si-----no Fisura de paladar secundario Si-----no Fisura de paladar	Historia Clínica

	agravan el pronóstico del paciente con labio leporino	auditivos Problemas del lenguaje Problemas respiratorios Problemas dentales	Si-----no Si-----no Si-----no	
INTERVENIENTES: edad de la madre	Condiciones de la madre que pueden influir durante la gestación al desarrollo de labio leporino paladar hendido	Factores de riesgo asociados Drogadicción, infecciones virales, antecedentes de hijos con labio leporino paladar hendido antecedentes patológicos familiares	Si-----no Si-----no Si-----no Si-----no	encuesta

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación conserva los principios de no mal eficiencia, justicia, beneficencia y confidencialidad porque no se toma en cuenta la identidad de los pacientes, solo se estudian las características del labio leporino, ningún dato personal de los pacientes es expuesto a nivel público.

RECURSOS HUMANOS Y PÚBLICOS.

- Un tutor de tesis
- Pacientes atendidos en el Hospital Dr. Francisco De Icaza Bustamante.
- Personal que labora en el área de estadística del Hospital Dr. Francisco De Icaza Bustamante.
- Laptop
- Hojas de recolección de datos
- Libros
- Internet

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Por medio de consultoría, investigación y revisiones bibliográficas amplias del tema se elaboró una ficha recolectora de datos , en la cual se colocaron ítems para señalar el tiempo de evolución de los pacientes , factores asociados y su resultado final , haciendo que sea factible el proceso de ingreso de datos al programa informático para su respectivo análisis

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Cada uno de los casos de los pacientes fue enlistado en la ficha recolectora de datos , para luego esta información ser tabulada con el programa Excel, mediante tablas y posteriormente se procedió a realizar su respectivo grafico estadístico y el análisis e interpretación correspondiente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

Tabla N° 1 diagnostico por sexo

TOTAL DE CASOS CLINICOS

Cuenta de SEXO	TOTAL
SEXO	
H	38
M	11
Total general	49



FUENTE: Estadística del Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante

Análisis e interpretación

De acuerdo a los casos recibidos en niños menores de 5 años, del Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante, se puede apreciar que la mayor incidencia es en niños de sexo masculino en un 78% de los 49 pacientes, las niñas correspondieron en un 22% de menor incidencia que ingresaron con diagnóstico de Labio leporino.

4.1.2 EDADES

Tabla N° 3 Diagnóstico por edades



FUENTE; Estadística del Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de niños en estudio menores de 5 años del Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante i, se puede notar que el mayor porcentaje de Labio Leporino tiene incidencia en niños de 5 años, lo que corresponde a 22 pacientes de los 49 ingresados con Diagnóstico de labio leporino.

ANALISIS E INTERPRETACION DE FACTORES DE RIESGO

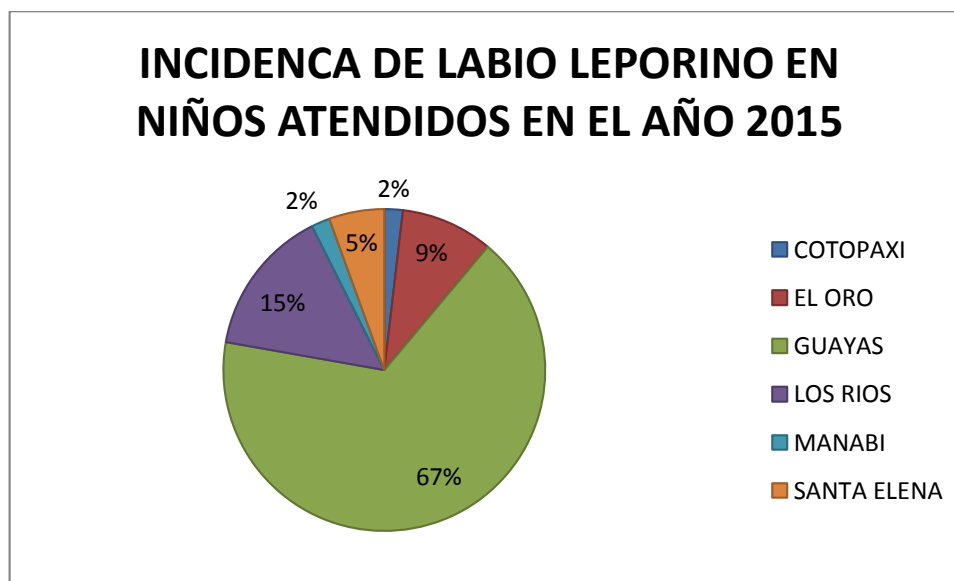
En el análisis de estos factores en la revisión de Historias Clínicas se basó en determinar de dónde provienen los pacientes determinado como principal factor de riesgo su lugar de procedencia.

En este parámetro en la revisión de Historias Clínicas, se menciona temas como, Dieta de la progenitora antecedentes personales, por cuanto es necesario conocer si los hogares se encuentran en zonas donde habiten Labio leporino

CANTONES DE DONDE PROVIENE LOS PACIENTES

Tabla N° 4 CANTON DE DONDE PROVIENE LOS PACIENTES

Cuenta de PROVINCIA	
PROVINCIA	Total
COTOPAXI	1
EL ORO	5
GUAYAS	36
LOS RIOS	8
MANABI	1
SANTA ELENA	3
Total general	54



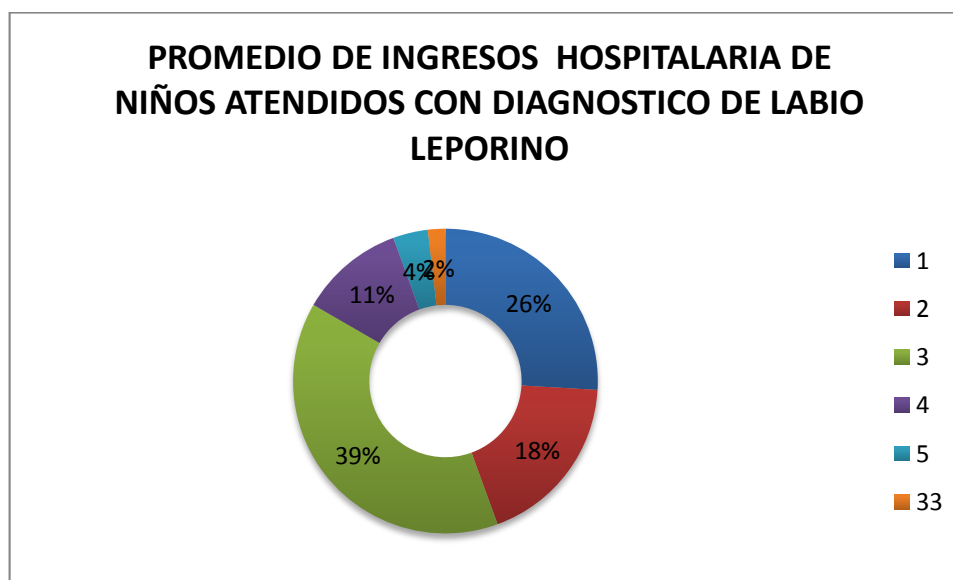
FUENTE: revisión de historias clínicas

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de niños en estudio menores de 5 años, del Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante, se puede notar que el mayor porcentaje de Labio Leporino se dio en la provincia del Guayas reportándose 36 casos que equivalen al 67% del total y la segunda provincia más afectada fue los ríos con 8 casos reportados equivalente al 15% del total.

PACIENTES INGRESADOS POR ALGUN TIPO DE COMPLICACIONES A CONSECUENCIA DE LABIO LEPORINO

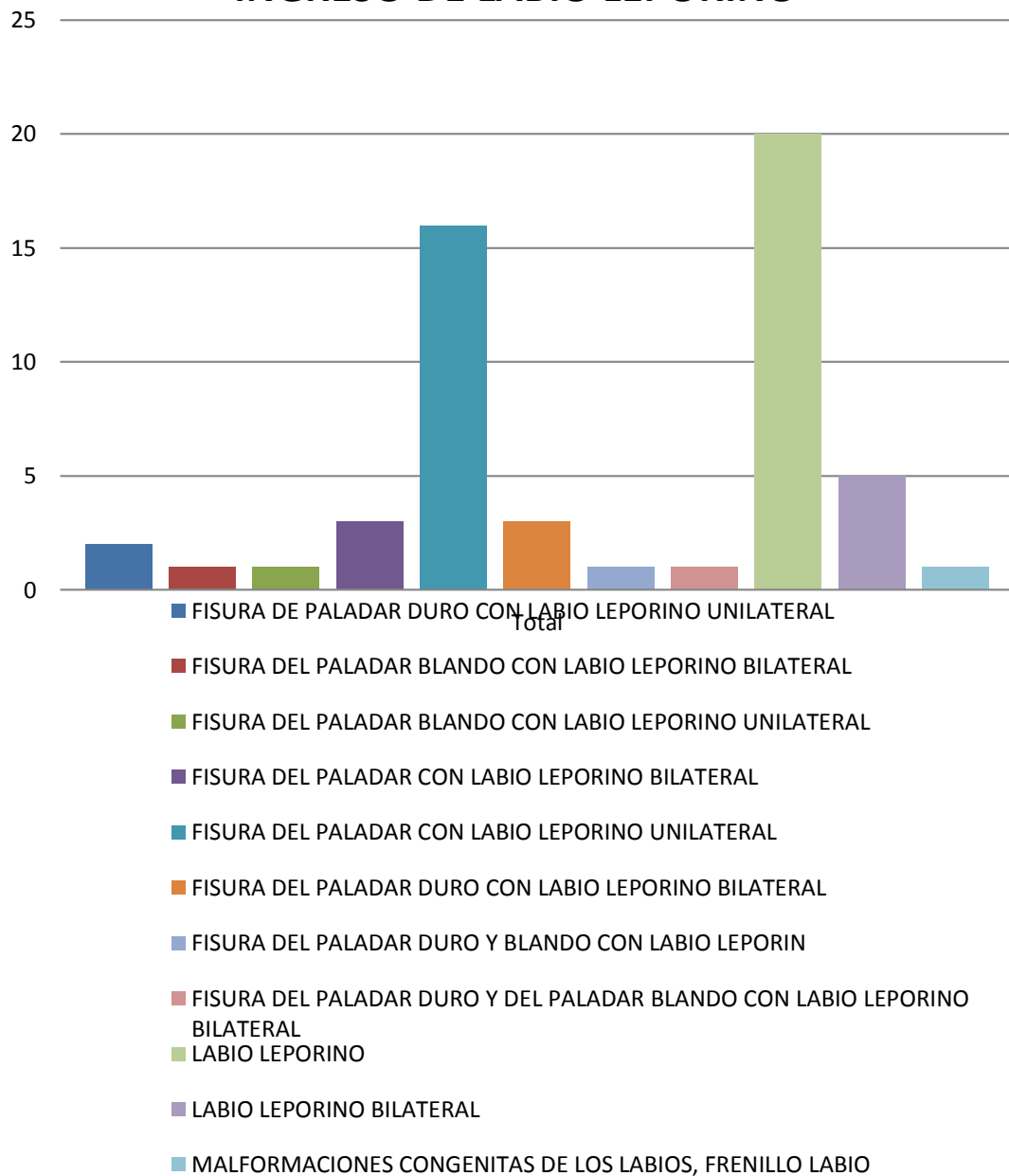
Cuenta de DIAS DE ESTADA	
DIAS DE ESTADA	Total
1	14
2	10
3	21
4	6
5	2
33	1
Total general	54



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de niños en estudio menores de 5 años, del Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante, se puede notar que la mayoría ingresa por algún tipo de complicación corresponde el 39% de los 49 pacientes ingresados ingresan con Diagnóstico fisura de paladar blando con labio leporino unilateral.

DIAGNOSTICO FINAL DE NIÑOS ATENDIDOS EN EL 2015 CON DIAGNOSTICO DE INGRESO DE LABIO LEPORINO



DISCUSIÓN

Los resultados presentados en la tabulación de datos permite observar Del total de niños en estudio menores de 5 años, del Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante, se puede notar que la mayoría ingresa por algún tipo de complicación corresponde el 39% de los 49 pacientes ingresados ingresan con Diagnóstico fisura de paladar blando con labio leporino unilateral, otros datos importantes a tomar en cuenta son los pacientes atendidos con diagnóstico de labio leporino de 49 pacientes revisados el 78% son sexo masculino lo que corresponde al sexo predominante con 38 personas, en comparación al sexo femenino con 22%. La edad con mayor índice de esta patología son 5 años con un total de 21 personas de las 49 estudiadas, la provincia con mayor afectación es la del guayas con 36 pacientes correspondiente al 67 %, la patología con mayor porcentaje es fisura del paladar blando con labio leporino unilateral lo que corresponde al 20%.de esta forma se demostró los principales factores de riesgo, la provincia con mayor número de pacientes, y la patología más frecuentes.

RECOMENDACIONES:

Para lograr una detección precoz recomendamos a los organismos de salud a mejorar campañas de prevención de salud referente al Labio Leporino teniendo en cuenta los factores de riesgos.

Se debe realizar charlas de concientización a padres de familia sobre el cuidado, alimentación en el paciente con diagnóstico de labio leporino

BIBLIOGRAFIA

[Http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90209149&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=151&accion=l&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v39n05a90209149pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90209149&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=151&accion=l&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v39n05a90209149pdf001.pdf)- defectos de cierre orofaciales: paladar hendido y labio leporino. Una revisión bibliográfica recibido el 3 de abril de 2012; aceptado el 25 de agosto de 2012 disponible en internet el 24 de octubre de 2012

[Http://blog.aspanif.org/wp-content/uploads/2011/11/guia-aspanif-completa.pdf](http://blog.aspanif.org/wp-content/uploads/2011/11/guia-aspanif-completa.pdf)-guía de las fisuras labiopalatinas una patología crónica edición: noviembre 2011

[Http://www.ccakids.com/assets/syndromebk_clp_esp.pdf](http://www.ccakids.com/assets/syndromebk_clp_esp.pdf)- 2010 children's craniofacial association, dallas, tx guía para entender sobre el labio y paladar leporinos

Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos ana carola mejía ayala,* doria edith vol. Iv, no. 2 • mayo-agosto 2012 pp 55-62

Re-tratamiento quirúrgico de múltiples complicaciones de labio leporino - *reporte de caso. Revestomatol herediana. 2013 ene-mar;23(1):24-8.*

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/862/3/t-uce-0015-46.pdf> universidad central del ecuador facultad de odontología incidencia de pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido atendidos en el hospital gineco-obstétrico isidro ayora de la ciudad de quito desde el año 2005 al 2010

ANEXOS

SEXO	Edad del paciente	PROVINCIA	CANTÓN	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	DIAS DE ESTADA	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DEFINITIVO DE EGRESO
H	1	GUAYAS	SALITRE	2015/1/4	2015/1/7	3	LABIO LEPORINO BILATERAL	LABIO LEPORINO BILATERAL
H	3	EL ORO	MACHALA	2015/1/8	2015/1/9	1	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	5	GUAYAS	NARANJAL	2015/1/13	2015/1/14	1	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	2	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/1/23	2015/1/26	3	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/1/23	2015/1/26	3	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	1	EL ORO	PASAJE	2015/1/24	2015/1/26	2	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	3	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/1/22	2015/1/26	4	FISURA DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	5	COTOPAXI	LA MANA	2015/2/6	2015/2/9	3	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO BILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO BILATERAL
H	5	GUAYAS	SALITRE	2015/2/6	2015/2/9	3	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO BILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO BILATERAL
H	1	SANTA ELENA	SANTA ELENA	2015/2/8	2015/2/9	1	FISURA DE PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DE PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	1	MANABI	MANTA	2015/2/9	2015/2/11	2	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	5	GUAYAS	COLIMES	2015/2/8	2015/2/12	4	LABIO LEPORINO BILATERAL	LABIO LEPORINO BILATERAL
H	4	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/3/8	2015/3/9	1	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	1	EL ORO	SANTA ROSA	2015/3/25	2015/3/30	5	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	4	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/4/1	2015/4/2	1	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO BILATERAL	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO BILATERAL
M	4	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/4/15	2015/4/17	2	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	4	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/4/19	2015/4/20	1	LABIO LEPORINO BILATERAL	LABIO LEPORINO BILATERAL
H	4	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/5/7	2015/5/8	1	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	4	LOS RIOS	BABAHOYO	2015/5/12	2015/5/13	1	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL

H	4	LOS RIOS	BABAHOYO	2015/5/13	2015/5/15	2	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	3	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/5/18	2015/5/21	3	FISURA DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO BILATERAL	FISURA DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO BILATERAL
H	1	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/5/24	2015/5/27	3	FISURA DEL PALADAR DURO Y BLANDO CON LABIO LEPORIN	FISURA DEL PALADAR DURO Y BLANDO CON LABIO LEPORIN
M	2	LOS RIOS	BABAHOYO	2015/5/31	2015/6/2	2	MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS LABIOS, FRENILLO LABIO	MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS LABIOS, FRENILLO LABIO
H	1	LOS RIOS	BABAHOYO	2015/6/2	2015/6/3	1	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	1	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/6/11	2015/6/15	4	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
M	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/7/31	2015/8/3	3	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	1	GUAYAS	EL TRIUNFO	2015/8/1	2015/8/3	2	FISURA DE PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DE PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	3	LOS RIOS	BABAHOYO	2015/7/10	2015/8/12	33	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/8/15	2015/8/17	2	FISURA DEL PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO BILATERAL	FISURA DEL PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO BILATERAL
M	1	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/8/19	2015/8/20	1	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	5	EL ORO	MACHALA	2015/8/16	2015/8/19	3	FISURA DEL PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO BILATERAL	FISURA DEL PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO BILATERAL
H	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/8/20	2015/8/24	4	LABIO LEPORINO BILATERAL	LABIO LEPORINO BILATERAL
H	1	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/8/23	2015/8/24	1	LABIO LEPORINO BILATERAL	LABIO LEPORINO BILATERAL
H	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/8/24	2015/8/28	4	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	5	GUAYAS	BALZAR	2015/9/16	2015/9/16	1	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
M	1	LOS RIOS	VALENCIA	2015/9/25	2015/9/28	3	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	4	LOS RIOS	BUENA FE	2015/9/25	2015/9/28	3	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
M	5	SANTA ELENA	SANTA ELENA	2015/9/25	2015/9/30	5	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/9/28	2015/10/1	3	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL

H	5	SANTA ELENA	SANTA ELENA	2015/10/14	2015/10/16	2	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/10/16	2015/10/16	1	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
M	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/10/16	2015/10/19	3	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
M	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/10/19	2015/10/22	3	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
M	2	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/10/21	2015/10/23	2	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
M	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/10/23	2015/10/26	3	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNILATERAL
H	5	GUAYAS	SAMBORONDON	2015/11/6	2015/11/6	1	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO
H	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/11/20	2015/11/23	3	FISURA DEL PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO BILATERAL	FISURA DEL PALADAR DURO CON LABIO LEPORINO BILATERAL
H	5	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/11/20	2015/11/23	3	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO BILATERAL	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO BILATERAL
M	4	GUAYAS	GUAYAQUIL	2015/11/6	2015/11/10	4	LABIO LEPORINO	LABIO LEPORINO