

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



**“FRECUENCIA DE FISURA LABIAL, PALATINA Y LABIOPALATINA EN
NEONATOS DE LOS HOSPITALES VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELÉN,
Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2010 – 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

Bach. ZAMALLOA MEDINA, HANIA DESIRE

ASESOR:

Dr. ARIZOLA AGUADO, ARMANDO ANTONIO B.

Trujillo - Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios por haberme brindado sabiduría a lo largo del camino,
por protegerme y guiarme en todo momento,
especialmente en la toma de decisiones,
y haberme dado salud para lograr mis objetivos,
además de su infinita bondad y amor.

A mis padres amados Juan Antonio y Matilde Reyna, por su sacrificio, esfuerzo, sus valores, por el apoyo incondicional que siempre me han brindado, por sus sabios consejos, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracteriza, y que me ayudan día con día a cumplir con mis ideales, los amo.

A mis hermanos maravillosos Jhossef y D'karlo, quienes con sus palabras de aliento, compañía y por la motivación constante, no me dejaron caer en ningún momento.

A mi sobrina Kiarita quien con esa chispa de felicidad y con el carisma que la caracteriza, me ha sabido llenar de felicidad en todo este tiempo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por hacer realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Privada Antenor Orrego por haberme acogido, y brindarme la formación como profesional.

A mis amados padres por darme el apoyo incondicional, por los mejores consejos a la hora de seguir con la carrera, por ser mi ejemplo a seguir y por supuesto por la oportunidad de tener una carrera profesional.

A mí querido novio por el apoyo y comprensión en el proceso de ejecución de mi proyecto de investigación.

A mi asesor Dr. Armando Arizola Aguado por su visión crítica, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haber tenido paciencia para guiarme durante el desarrollo de mi proyecto de investigación.

A mi amiga incondicional Vanessa Bejarano, por la calidad de amistad, por estar conmigo en todo momento, por sus buenos consejos y apoyo incondicional en la ejecución de mi proyecto de investigación.

RESUMEN

La presente investigación realizada en los hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, entre los años 2010 al 2017; es un estudio retrospectivo; que tuvo como finalidad establecer la frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos y su relación según la localización anatómica y sexo de cada paciente.

Los datos fueron tomados de las historias clínicas de los archivos de la Oficina de Estadística de cada hospital. Se encontró que la fisura palatina presentó la mayor frecuencia (49%), seguido y no por mucho de la fisura labiopalatina (48%), por último tenemos a la fisura labial (3%).

La frecuencia de fisuras que predominaron en relación a la localización anatómica fue la fisura labial izquierda con 71.4%, en fisura palatina la mayor frecuencia es central con un 46.6% y en Fisura Labiopalatina la mayor es unilateral izquierda con un 71.1%.

Al comparar entre ambos sexos, la fisura palatina labial en mujeres es de 4.7%, la fisura palatina es de 55.7% y la fisura Labiopalatina es de un 39.6%; respecto al grupo de hombre la fisura labial es de 1.5%, la fisura palatina es de 44.4% y la fisura labiopalatina es de 54.1%.

Al agrupar sexo y localización anatómica, se encontró que la fisura Labiopalatina es más frecuente en hombres y la fisura palatina es más frecuente en mujeres. Lo anteriormente mencionado es corroborado por la prueba Chi-cuadrado que nos da un valor de p menor que 0.05 ($p = 0.045$) es decir existe relación entre el tipo de fisura y el sexo.

Las Tasa de Prevalencia se calcularon por cada 1 000 nacidos vivos, la tasa de prevalencia de fisura labial es de 0.15, fisura palatina es de 2.55 y fisura labiopalatina es de 2.46 por cada 1000 neonatos nacidos vivos en el periodo de estudio. El resultado general en cuanto a la prevalencia, fue de 5.16% por cada 1000 neonatos nacidos vivos (Tabla de N° 5).

ABSTRACT

The present research carried out in the hospitals Víctor Lazarte Echegaray, Belén and Regional Teacher of Trujillo, between the years 2010 to 2017; is a retrospective study; which had as purpose to establish the frequency of cleft lip, palatine and labiopalatina in neonates and their relation according to the anatomical location and sex of each patient.

Data were taken from the medical records of each hospital's Statistical Office files. It was found that the cleft palate presented the highest frequency (49%), followed and not by much of the cleft lip and palate (48%), finally we have the cleft lip (3%).

The frequency of fissures that predominated in relation to the anatomical location was left fissure with 71.4%, in cleft palate the highest frequency is central with 46.6% and in Fissure Labiopalatina the largest is left unilateral with 71.1%.

When comparing both sexes, the cleft lip palate in women is 4.7%, the cleft palate is 55.7% and the cleft lip and palate is 39.6%; regarding the man group, the cleft lip is 1.5%, the cleft palate is 44.4% and the cleft lip and palate is 54.1%.

When grouping sex and anatomical location, it was found that cleft lip and palate is more frequent in men and cleft palate is more frequent in women. The aforementioned is corroborated by the chi-square test, which gives us a value of p less than 0.05 ($p = 0.045$) ie there is a relationship between the type of fissure and sex.

The Prevalence Rate was calculated per 1 000 live births, the prevalence rate of labial fissure is 0.15, cleft palate is 2.55, and cleft lip and palate is 2.46 per 1000 live born infants in the study period. The general result in terms of prevalence was 5.16% for every 1000 live births.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
1. Formulación del problema	10
2. Hipótesis	10
3. Objetivos	10
II. DISEÑO METODOLÓGICO	11
1. Material	11
1.1 Tipo de investigación	11
1.2 Área de estudio	11
1.3 Definición de población muestral	11
1.4 Diseño estadístico de valores	12
1.5 Consideraciones éticas	13
2. Método	13
2.1 Método	13
2.2 Descripción del Procedimiento	13
2.3 Instrumento de recolección de datos	14
2.4 Variables	15
III. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	17
IV. RESULTADO	18
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIÓN	30
VII. RECOMENDACIONES	31
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
IX. ANEXOS	37

I. INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones congénitas son frecuentes en nuestro país y su incidencia va en aumento al igual que la población, constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de unión entre algunos procesos faciales embrionarios en formación. Las fisuras del paladar primario y las fisuras raras de la cara, las cuales incluyen los procesos faciales, ocurren en el periodo embrionario, a partir de la sexta semana de vida intrauterina, mientras que las fisuras del paladar secundario ocurren a partir de la octava semana de vida prenatal, ya en el periodo fetal.¹⁻³

La etiología de las hendiduras es multifactorial, con causas genéticas y ambientales. Se han realizado numerosos estudios sobre etiología de las hendiduras. Un factor genético clara es complicado, pero los factores no genéticos también son de importancia. Wyszynski y Beaty (1996) propusieron una serie de factores ambientales que pueden ser de importancia para el origen de las fisuras, incluyendo el consumo de cigarrillos, multivitaminas, anticonvulsivos, disolventes orgánicos, productos químicos agrícolas, resfriado común, y el consumo de alcohol. Muchos artículos han sido publicados tratar de identificar diversos fármacos como causa de hendiduras orofaciales, y también se ha sugerido que vitaminas y ácido fólico en particular pueden tener un efecto protector. La presencia de esta amplia gama de formas, desde la hendidura incompleta a la hendidura completa, que implica el labio, el alveolo, el paladar, y la nariz, a formas uni o bilaterales. Las malformaciones congénitas son definidas como anomalías estructurales presente en el nacimiento y atribuibles a un desarrollo imperfecto durante el embarazo.⁴⁻⁶

Un gran número de las malformaciones congénitas suelen afectar a la cara y a la cavidad oral, y se explica por el complicado desarrollo embrionario de estas estructuras, el cuál se efectúa, frecuentemente, durante los 2 primeros meses de gestación.⁷

Dentro de este gran número de anomalías congénitas que afectan la cara y la boca una de las más frecuentes (que ocupa el quinto lugar a nivel mundial dentro de las anomalías congénitas y el cuarto dentro de los problemas estomatológicos con riesgo para la salud oral) y cuya relevancia no sólo está dada por el gran impacto emocional que produce, tanto en la familia como en el paciente, sino además por las limitaciones que suele producir en los procesos de deglución, fonación, articulación y audición viene a ser la fisura labial con o sin paladar fisurado.^{8,9}

La fisura labial, comúnmente llamada labio leporino, es una hendidura o separación en el labio superior que puede comprometer la porción anterior del paladar duro.²³ La cuál varía desde una pequeña escotadura en el borde rojo del labio hasta una separación completa que se extiende hasta el suelo de la nariz, estas pueden ser unilaterales, más a menudo en el lado izquierdo, o bilaterales y suelen afectar el borde alveolar.²

La fisura palatina suele asociarse al labio fisurado, pero puede existir sin él. La fisura palatina aislada aparece en la línea media del paladar y puede afectar sólo la úvula o extenderse hasta el foramen incisivo. Cuando se acompaña de labio fisurado, el defecto puede afectar la línea media del paladar blando y extenderse hasta el paladar duro por uno o ambos lados, dejando expuestos una o ambas cavidades nasales, según la hendidura palatina sea unilateral o bilateral.^{2,6,8}

La hendidura labial y el paladar fisurado con malformaciones que se producen durante la embriogénesis facial, debido a una alteración en la formación y crecimiento de los procesos faciales y palatinos. Por una alteración en la fusión de los procesos nasales medios con los procesos maxilares no se logra formar el labio superior y paladar primario y/o la falta de unión de los procesos palatinos entre sí, no permite formar adecuadamente al paladar duro blando, ocasionan problemas en la deglución, respiración y fonética del paciente. El

desarrollo del proceso alveolar en la región del paladar de estos pacientes determina una serie de anomalías dentarias tanto en su número y forma, lo que constituye un factor etiológico de maloclusiones que se encuentran en la totalidad de los pacientes portadores de fisuras, ocasionando problemas funcionales y estéticos.^{11.13.34}

Estas alteraciones que ocurren durante el desarrollo facial son producidas por un amplio número de factores, es decir, que además del componente genético, de carácter poligénico, que permite una mayor o menor susceptibilidad del individuo a desarrollar las malformaciones; pueden existir diversas causas ambientales exógenas o indirectas, algunos autores por ser una patología de la línea media, podría tener un origen parecido a los defectos de cierre del tubo neural, se han sugerido que algunos factores ambientales como el tabaquismo, el alcoholismo materno, así como deficiencias nutricionales maternas y específicamente vit. B6 y folatos, podrían estar involucrados meningocele, mielomeningocele, encefalocele, etc. El déficit de ácido fólico en el embarazo podría ser un factor de riesgo, así como las enfermedades agudas o crónicas, inmunizaciones, agentes químicos, agentes físicos, agentes psíquicos. Sin embargo, parece ser que la intensidad, duración y tiempo de acción de estos factores tiene mayor importancia que el factor específico, en la etiología de estas alteraciones.¹⁴⁻¹⁹

Entre las clasificaciones tradicionales usadas para tipificar las fisuras labiopalatinas están la de Davis y Ritchie (1922), Veau (1931), Pfeiffer (1964), Kernahan (1971), Millard (1976) y Tessier (1979). Todas estas hacen solo una descripción de los segmentos anatómicos involucrados en la fisura pero no cuan severamente está afectado. La clasificación de Kernahan tiene como alcance adicional un esquema donde se grafica de manera práctica el

tipo de fisura. Este es muy usado, sin embargo tampoco es específico en relación a la magnitud de la deficiencia de tejidos en la fisura.^{20, 21}

Existen clasificaciones como la de Mortier, que considera la deficiencia de los tejidos, sin embargo no considera a nuestro criterio: el diámetro de la fisura labial y palatina. Otra clasificación más reciente, es la de Ortiz -Posadas, donde describe la severidad de la fisura considerando 3 componentes: nariz-labio, paladar primario y secundario.^{22, 23} Dado que el manejo de la fisura labial es de tipo multidisciplinario, es necesario tener una forma de comunicarse sencilla e ilustrativa entre los componentes del equipo de trabajo. El esquema descrito por Kernahan, (Figura 3), está muy difundido en diferentes ámbitos sin embargo tiene limitaciones para describir severidad del compromiso nasal, labial y palatino, pues no estima de manera específica la deficiencia de los tejidos en la fisura. Las limitaciones del esquema descrito anteriormente motivan a elaborar un esquema que muestre más en detalle las características de la fisura labial y describa los segmentos afectados y el grado de severidad en que estos están afectados.²⁰

Diversos estudios realizados en Estados Unidos, México, Chile y Japón han reportado que la frecuencia de labio fisurado con paladar fisurado o sin él varía de 0.8 a 1.6 casos cada 1000 nacimientos y que los casos de paladar fisurado aislado ocurren 1 cada 2500 nacimientos. Los niños nacidos con labios paladar fisurado varían de acuerdo con la raza, el sexo y la geografía.^{24, 25}

En Chile la incidencia de fisura labio-palatina es en general de 1 por cada 580 nacidos vivos.¹ Esta patología es más frecuente en las razas asiáticas e indígenas de América. Alrededor de 66% de los pacientes tienen fisura de labio y paladar, 23% fisura aislada de paladar y 11% fisura aislada de labio. La incidencia de fisura labio-palatina en la ciudad de

Arica es aún mayor, llegando en el año 1989 a 1 por cada 300 nacidos vivos (datos obtenidos del libro de partos del Hospital Juan Noé de Arica el año 1989).³²

Gutiérrez I. y Valenzuela O. en el 2014, realizaron un estudio en Chile, donde encontró que el 80% de los pacientes con fisura labial correspondieron al sexo masculino, sin embargo, en los pacientes con fisura palatina, el 85,7% correspondieron al sexo femenino, la fisura labiopalatina unilateral, mostro una frecuencia similar entre niñas y niños, siendo un poco mayor en las niñas con el 54,4% contra el 45,6% los niños. Así mismo, la fisura labiopalatina bilateral fue más frecuente en el sexo masculino con el 84,6%.²⁶

Gutiérrez GI, Valenzuela R. en Chile, en el 2014, nos dicen que las fisuras representan una condición genética, determinada por la presencia de varios genes y un gen mayor. Su frecuencia mundial es de 1 por cada 1.200 nacidos vivos. Afecta casi al doble de la tasa mundial, 1,8 por cada 1.000 nacidos vivos aproximadamente. En cuanto a su distribución geográfica, el 62% de ellos se distribuye en las regiones Metropolitana, V y VIII. En la Segunda Región de nuestro país se encuentra la más alta incidencia a nivel nacional con 1 por 259 nacidos vivos (MINSAL).³³

Sandy JR. Molecular, en Santiago de Cuba, en el 2008, la distribución por sexos arrojó un resultado diferencial no muy notable, con predominio de la afección en varones, con el 60,5%. La fisura labial fue más frecuente en el lado derecho, con el 52,6% de presentación. Un resultado evaluado de satisfactorio estuvo presente en 67 pacientes, para el 88,2%. Se destaca que el mayor método quirúrgico de reparación empleado fue el de Millard II.³⁵

Ford A. en Santiago de Chile, en el 2004, se hicieron estudios a 59 pacientes cuyas edades van desde recién nacidos hasta los 18 años. De estos pacientes, los menores de 2 años eran los únicos sin ningún tipo de tratamiento, con excepción de un niño de 6 años con fisura labio-palatina total unilateral sin tratamiento. Todos los niños mayores de 6 años ya habían recibido tratamiento y se encontraban en distintas etapas y con variados resultados.³⁶

Roca J. y col. en Cuba, en el 1997, Se usó una muestra de 8004 recién nacidos malformados, detectaron 288 casos de labio leporino con fisura palatina o sin ella, aislado o asociado con otros defectos. El defecto labial se presentó en su forma aislada en 77.4% y en más de 2/3 partes de los casos la lesión incluyó al paladar. Hubo un predominio en el sexo masculino y en la localización anatómica izquierda.²⁸

De la Cruz A. en Trujillo, en el 2002, en un estudio en neonatos realizado en Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, fue de 27.6% para la fisura labial, de 17.2% para la fisura palatina y de 55.2% para la fisura labiopalatina; obteniéndose una frecuencia de 1.9 por cada 1000 nacidos vivos.²⁷

Regezi J. y Sciubba J. 1991 en México, también afirman que el labio fisurado con o sin paladar hendido es más frecuente en hombres, y que el paladar fisurado aislado se presenta con mayor frecuencia en mujeres.⁹

Herrera F. 1991 en Trujillo, Perú, se realizó un estudio en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en 1185 recién nacidos vivos con malformaciones durante un periodo de 8 años, detectando 22 casos, de los cuales 12 casos presentaban labio hendido con fisura palatina

equivalente al 54.54% el labio leporino se presentó en su forma aislada en 8 pacientes (36.36%) y la fisura palatino aislada en casos (9%).²⁹

Alemán Mendoza, M. 1983 en Lima, Perú, informó acerca de sus estudios sobre incidencia de fisuras orales la cual fue de 0.96 por 1000 nacimientos; donde las fisuras labio-palatinas se presentó con una frecuencia de 58.38% las fisuras labiales 34.72% y fisuras platinas 7.11%. También informó que la frecuencia de fisuras orales fue mayor en el sexo masculino, en los 3 primeros nacimientos y en aquellos hijos nacidos de madres cuya edad oscilaba entre 15 y 34 años de edad.³⁰

Si es cierto que existe información acerca de la frecuencia del labio y/o paladar fisurado; pero no se tiene una información actualizada y sistemática acerca de estas malformaciones congénitas en la ciudad de Trujillo, principalmente en los hospitales de salud pública, que puedan servir para la elaboración de un mapa epidemiológico sobre la frecuencia del labio y/o paladar fisurado, que nos permita en el futuro un manejo técnico adecuado y serio de esta problemática, por ser de gran importancia.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 - 2016?

2. HIPOTESIS:

Nulo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos según su localización anatómica.
- Determinar la relación entre frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos según el sexo.
- Determinar la frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos según la localización anatómica y el sexo.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Material de estudio.

1.1 Tipo de investigación.

Periodo en que se capta la información	Evolución del fenómeno estudiado	Comparación de poblaciones	Interferencias del investigador en el estudio
Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	Observacional

1.2 Área de estudio:

Se desarrollará en los servicios de Neonatología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2016.

1.3 Definición de la población muestral:

Características generales:

A) Criterios de inclusión:

Historias clínicas de RN y/o neonatos que presentaron diagnóstico de fisura labial, palatina y labiopalatina.

B) Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de niños sanos (que no cumplan con los criterios de selección).
- Historias clínicas perdidas de los neonatos que presentaron diagnóstico de fisura labial, palatina y labiopalatina.
- Historias clínicas con información incompleta de los neonatos que presentaron diagnóstico de fisura labial, palatina y labiopalatina.
- Historias clínicas que se encuentran fuera del periodo de la investigación realizada.

1.4 Diseño estadístico de muestreo:**1.4.1 Unidad de Análisis:**

Historias clínicas de los neonatos que cumplan con los criterios de inclusión.

1.4.2 Unidad de muestreo:

Historias clínicas de los neonatos que cumplan con los criterios de inclusión.

1.4.3 Marco de muestreo:

Estará constituido por el total de historias clínicas de neonatos a los que se les dé el diagnóstico de fisura labial, fisura palatina y labiopalatina en los servicios de Neonatología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2016.

1.4.4 Tamaño muestral:

La frecuencia de casos se ha considerado tomar al 100 % de la población.

1.4.5 Método de selección:

Probabilístico.

1.5 Consideraciones éticas:

Se respetará la Ley general de la Salud 26842; artículo N° 15 y artículo N°25 y se solicitará la autorización del comité de Bioética de la Universidad Privada Antenor Orrego.

2. Métodos, Técnicas e Instrumento de recolección de datos.

2.1 Método.

Observación.

2.2 Descripción del Procedimiento

2.2.1 De la aprobación del proyecto:

El siguiente paso para la realización del presente estudio de investigación será la obtención del permiso para su ejecución, tras la aprobación del proyecto por parte de la unidad de Investigación de la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego.

2.2.2 De la autorización para la ejecución:

Una vez que fue aprobado el proyecto se procederá a solicitar el permiso y explicar la importancia de la presente investigación con el fin de obtener los permisos correspondientes para su ejecución. Cada hospital recibió información acerca del propósito de la investigación, solicitando su aceptación para ser parte del estudio, firmando un consentimiento informado (Anexo 3, 4, 6,7 y 8).

2.2.3 Recolección de la muestra:

Los datos serán captados directamente de las historias clínicas de los neonatos con diagnóstico de fisura labial, palatina y labiopalatina pertenecientes al área de Neonatología que yacen en las oficinas de los hospitales: Víctor Lazarte Echeagaray, Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2016.

2.3 Instrumento de recolección de datos:

Estos datos serán registrados en una ficha confeccionada para los propósitos de la investigación y que consta de los siguientes aspectos (Anexo 1).

- Datos informativos (hospital, filiación).
- Datos acerca de la fisura labial, palatina y labiopalatina.

2.4 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CLASIFICACIÓN		ESCALA DE MEDICIÓN
			Por su naturaleza	Por su función	
Fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos	Las fisuras labiales, palatinas y labiopalatinas son malformaciones congénitas frecuentes en nuestro país y su incidencia va en aumento al igual que la población, constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de unión entre algunos procesos faciales embrionarios en formación. ¹⁻³	Recopilación de datos de las historias clínicas de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo.	Cualitativa	X	Ordinal
Co-variables: - Localización	<p>a) F. Labial: Comúnmente llamado labio leporino, es una hendidura o separación en el labio superior que puede comprometer la porción anterior del paladar duro.²³</p> <p>b) F. Palatina: Suele asociarse al labio fisurado, pero puede existir sin él. La fisura palatina aislada aparece en la línea media del paladar y puede afectar sólo la úvula o extenderse hasta el foramen incisivo.²</p> <p>c) labiopalatina: La fisura labio-palatina trae como consecuencia al paciente múltiples</p>	<p>a) FISURA LABIAL</p> <p>b) FISURA PALATINA</p> <p>c) FISURA LABOPALATINA</p>	_____	_____	_____

	<p>problemas en la alimentación, respiración nasal, audición, crecimiento facial, desarrollo dental, fonación, estéticos y psicológicos cuyo grado varía en relación al compromiso labial, arcada dentaria, paladar y nariz.³¹</p>				
- Sexo	<p>Conjunto de caracteres que diferencian a los hombres de las mujeres.³⁶</p>	<p>a) Femenino b) Masculino</p>			

III. Análisis estadístico e interpretación de la información:

- Los datos obtenidos serán procesados automáticamente en **SPSS/V10** y presentados en cuadros de distribución de frecuencia de una, dos y tres entradas con frecuencias numéricas y porcentuales de la fisura labial, palatina y labiopalatina según ubicación anatómica y/o sexo. Los aspectos más importantes serán presentados en gráficos.
- La relación de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos según sexo será determinado empleando el Test Chi-cuadrado de Independencia de Criterios.

IV. RESULTADOS

El número de recién nacidos vivos en los Hospitales. Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo, Durante el periodo 2010 al 2016, es de 46300; de los cuales 239 presentaron algún tipo de fisura labial, palatina y labiopalatina.

La frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos de los hospitales: Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, durante el periodo del 2010 al 2017, nos da como resultado que la fisura Palatina presentó mayor frecuencia 49.4% y la segunda es Labiopalatina con un 47.7% y la fisura labial solo es de un 2.9% (Tabla N°1).

La frecuencia de fisura según localización; en Fisura labial la localización más frecuente es unilateral izquierda con 71.4%; en fisura palatina la mayor frecuencia es central con un 46.6% y en Fisura Labiopalatina la mayor es unilateral izquierda con un 71.1% (Tabla de N° 2).

La fisura palatina labial en mujeres es de 4.7%, la fisura palatina es de 55.7% y la fisura Labiopalatina es de un 39.6%; respecto al grupo de hombre la fisura labial es de 1.5%, la fisura palatina es de 44.4% y la fisura labiopalatina es de 54.1%. Al parecer la fisura Labiopalatina es más frecuente en hombres y la fisura palatina es más frecuente en mujeres. Lo anteriormente mencionado es corroborado por la prueba Chi-cuadrado que nos da un valor de p menor que 0.05 ($p = 0.045$) es decir existe relación entre el tipo de fisura y el sexo pero mínima (Tabla de N° 3 y N° 4).

Las Tasa de Prevalencia se calcularon por cada 1 000 nacidos vivos, la tasa de prevalencia de fisura labial es de 0.15, fisura palatina es de 2.55 y fisura labiopalatina es de 2.46, por tanto de cada 1000 neonatos nacidos vivos en el periodo de estudio, nos dio como resultado general 5.16% por cada 1000 neonatos nacidos vivos (Tabla de N° 5).

Tabla N°1

Frecuencia de Fisura: Labial, Palatina y Labiopalatina en Neonatos de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016

Fisura	fi	%
Labial	7	2.9
Palatina	118	49.4
Labiopalatina	114	47.7
Total	239	100.0

Gráfica N° 1

Frecuencia de Fisura: Labial, Palatina y Labiopalatina en Neonatos de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016

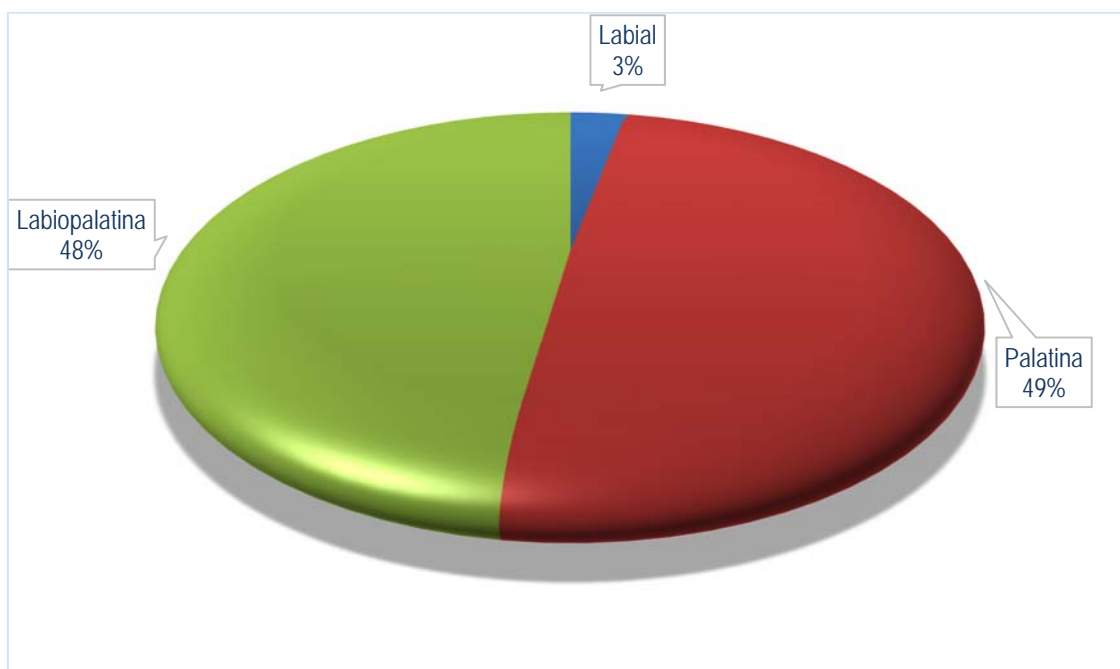


Tabla N°2

Frecuencia de Fisura: Labial, Palatina y Labiopalatina en Neonatos según su Localización Anatómica

Fisura por Localización	Ni	%
Fisura Labial		
Unilateral Derecha	1	14.3
Unilateral Izquierda	5	71.4
Bilateral	1	14.3
	7	100.0
Fisura Palatina		
Unilateral Derecha	8	6.8
Unilateral Izquierda	42	35.6
Central	55	46.6
Bilateral	13	11.0
	118	100.0
Fisura Labiopalatina		
Unilateral Derecha	11	9.6
Unilateral Izquierda	81	71.1
Lateral	22	19.3
	114	100.0

Gráfica N° 2

Frecuencia de Fisura: Labial, Palatina y Labiopalatina en Neonatos según su Localización Anatómica

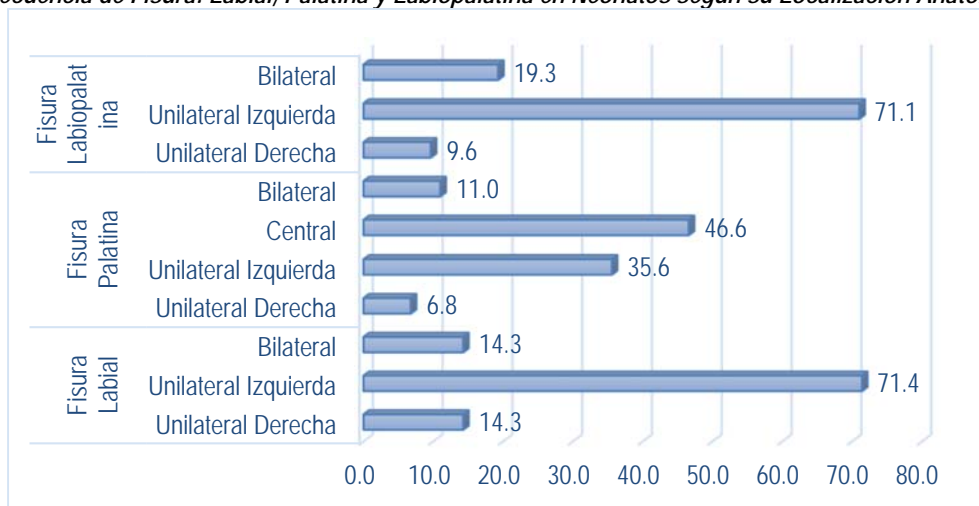


Tabla N°3

Frecuencia de Fisura: Labial, Palatina y Labiopalatina según Sexo en Neonatos de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016

Fisura	Sexo				Total
	Mujer		Hombre		
	ni	%	Ni	%	
Labial	5	4.7	2	1.5	7
Palatina	59	55.7	59	44.4	118
Labiopalatina	42	39.6	72	54.1	114
Total	106	100.0	133	100.0	239

$\chi^2 = 6.209$ $p = 0.045$

Gráfica N° 3

Frecuencia de Fisura: Labial, Palatina y Labiopalatina según Sexo en Neonatos de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016

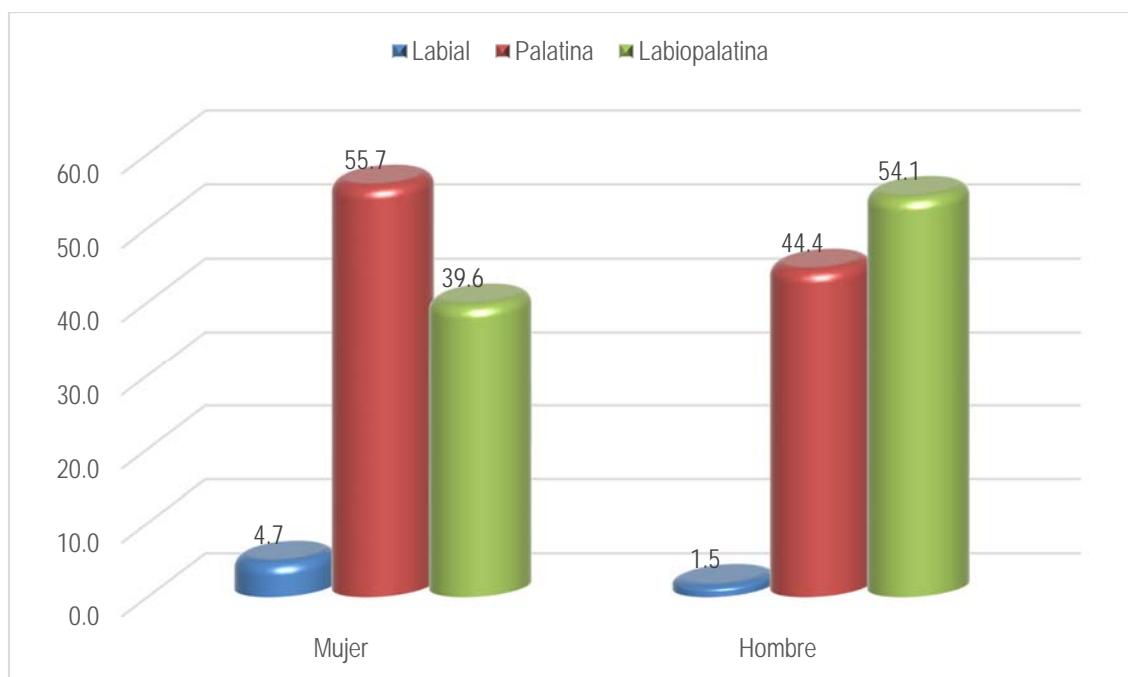


Tabla N°4

Frecuencia de localización de fisura labial, palatina y labiopalatina según el Sexo en Neonatos de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016

Localización	Sexo			
	Mujer		Hombre	
	ni	%	ni	%
Fisura Labial				
Unilateral Derecha	1	20.0	0	0.0
Unilateral Izquierda	3	60.0	2	100.0
Bilateral	1	20.0	0	0.0
	5	100.0	2	100.0
Fisura Palatina				
Unilateral Derecha	4	6.8	4	6.8
Unilateral Izquierda	19	32.2	23	39.0
Central	31	52.5	24	40.7
Bilateral	5	8.5	8	13.6
	59	100	59	100
Fisura Labiopalatina				
Unilateral Derecha	3	7.1	8	11.1
Unilateral Izquierda	30	71.4	51	70.8
Bilateral	9	21.4	13	18.1
	42	100.0	72	100.0

Gráfica N° 4

Frecuencia de localización de fisura labial, palatina y labiopalatina según el Sexo en Neonatos de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016

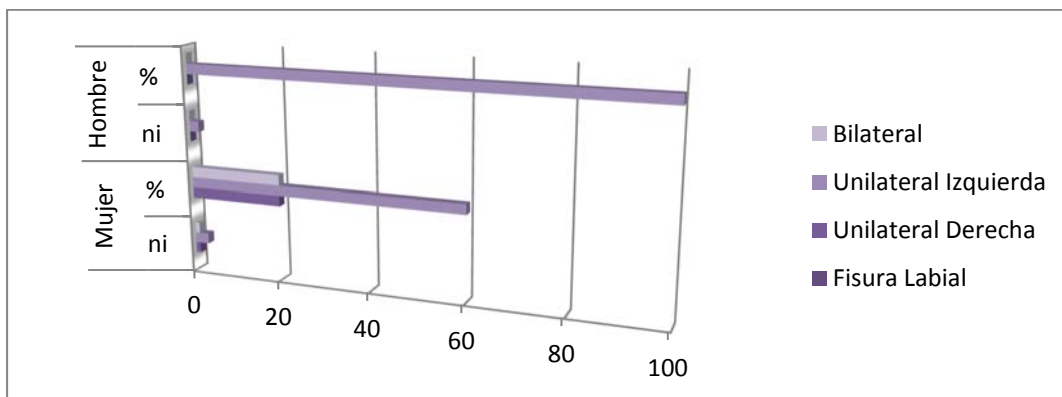


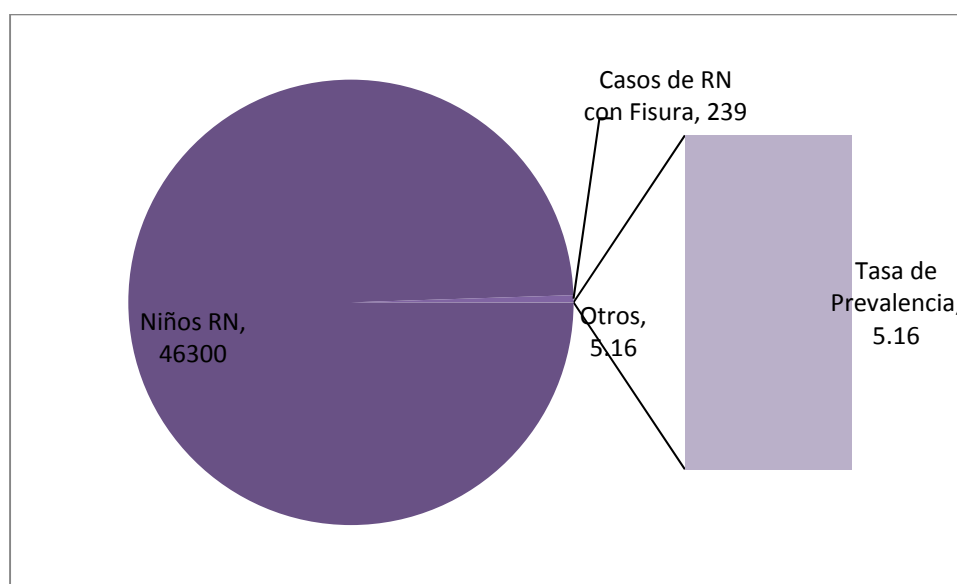
Tabla N°5

Tasa de Prevalencia de Fisura: Labial, Palatina y Labiopalatina en Neonatos de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016. Por cada 1000 Nacidos Vivos.

Atenciones	ni
Niños RN	46300
Casos de RN con Fisura	239
Tasa de Prevalencia	5.16
Labial	0.15
Palatina	2.55
Labiopalatina	2.46

Gráfica N° 5

Tasa de Prevalencia de Fisura: Labial, Palatina y Labiopalatina en Neonatos de los Hospitales Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Regional Docente de Trujillo, 2010 – 2016. Por cada 1000 Nacidos Vivos.



V. DISCUSIÓN

El número de recién nacidos vivos en los Hospitales. Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo, Durante el periodo 2010 al 2016, fue de 46300; de los cuales 239 presentaron algún tipo de fisura, lo que nos demuestra que en las anomalías congénitas que afectan la cara y la boca una de las más frecuentes que ocupa el quinto lugar a nivel mundial dentro de las anomalías congénitas y el cuarto dentro de los problemas estomatológicos con riesgo para la salud oral y cuya relevancia no sólo está dada por el gran impacto emocional que produce, tanto en la familia como en el paciente, sino además por las limitaciones que suele producir en los procesos de deglución, fonación, articulación y audición viene a ser la fisura labial con o sin paladar fisurado.^{8,9}

Se encontraron con mayor frecuencia la fisura labial y fisura labiopalatina izquierda, siendo este hallazgo semejante a los hallados por Sandy JR.³⁵, registró la fisura labial fue más frecuente, mientras que De la Cruz A.²⁷, encontró más frecuencia en la fisura labiopalatina.

Con respecto a la frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos según localización anatómica y sexo, se observó mayor frecuencia en la fisura labiopalatina es más frecuente en hombre y la fisura palatina es más frecuente en mujeres, siendo este resultado similar con Regezi J. y Sciubba J.⁹ al afirmar que la fisura labiopalatina es más frecuente en hombres, y que el paladar fisurado se presenta con mayor frecuencia en mujeres. Pero difiere con Gutiérrez I. y

Valenzuela O.²⁶ realizaron un estudio donde se encontró que la fisura labiopalatina tuvo mayor en las niñas que en niños.

Al establecer si hay relación estadística entre fisura labial, palatina y labiopalatina y sexo se corroboró por la prueba chi cuadrado, que nos da un valor de p menor que 0.05 ($p = 0.045$) es decir existe relación entre el tipo de fisura y el sexo pero mínima.

Por otro lado, con respecto a la frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos según sexo y localización anatómica, se encontró que en el sexo masculino la mayor frecuencia se dio en fisura labial izquierda con 2 casos, seguida por la fisura labiopalatina izquierda en el sexo femenino con 30 casos, y por último la fisura palatina central en el sexo femenino de 31 casos. Lo cual se asemeja a los estudios de Roca J. y col.²⁸, Se usó una muestra de 8004 recién nacidos malformados, detectaron 288 casos de labio leporino. El defecto labial se presentó en su forma aislada en 77.4% y en más de 2/3 partes de los casos la lesión incluyó al paladar. Hubo un predominio en el sexo masculino y en la localización anatómica izquierda.

La tasa de prevalencia general se calculó en un aproximado de 46300 nacidos vivos en los 3 hospitales mencionados y el resultado fue de 51.6 nacidos vivos con problemas de fisura por cada 10 000 neonatos vivos durante el periodo de estudio. Lo que nos da un valor mucho mayor al de Gutiérrez GI, Valenzuela R.³³ Su frecuencia es el doble de la tasa mundial de 1,8 por cada 1.000 nacidos vivos aproximadamente.

VI. CONCLUSIÓN

Al conocer la frecuencia y prevalencia de la fisura labial, palatina y labiopalatina en los Hospitales más grandes de Trujillo, se identifica la magnitud real de este problema. En la actualidad se pueden definir las prioridades y planear mejor las acciones a futuro, reconociendo que todavía hay mucho que hacer. No se trata de números, sino de individuos marginados con derecho a una atención de alto nivel. Urge reforzar las acciones en los distintos Hospitales no solo de Trujillo sino a nivel Nacional.

La cirugía reconstructiva y la confección de placas ortognáticas, representa una opción para colaborar altruistamente en la solución de este problema, y brindar ayuda con fines humanitarios. Con nuestras acciones contribuiremos a cubrir los retos de brindar equidad, calidad, desarrollo y protección de seguro a todos estos pacientes.

El concientizar a las madres gestantes, sobre estos riesgos que lamentablemente van en aumento, ayudará significativamente.

Informar a los hospitales, que se necesitan este tipo de diagnósticos en las historias clínicas para obtener datos actualizados, y omitir este tipo de datos, o simplemente depurar éstas historias en menos de 5 años, no ayudan a un adecuado estudio de investigación.

VII. RECOMENDACIONES

Se sugiere:

El uso del esquema de la “Y” de Kernahan dentro de las historias clínicas, para graficar el tipo de fisura oral, con el fin de homogenizar la información y no utilizar diferentes tipos de clasificación.

La formación de equipos multidisciplinarios en cada uno de los hospitales con la intervención activa de un odontopediatra y un ortodoncista, a fin de proyectar un tratamiento más apropiado para estos pacientes.

Realizar estudios dirigido a padres que tengan hijos con fisuras orales, en relación al conocimiento de las causas, modo de alimentación, beneficios de usar una placa obturadora y limitaciones que pueden producir las fisuras orales.

Realizar campaña de concientización para todo tipo de personas donde ser posible la orientación y educación sobre este tipo de problemas que son de seria importancia.

En los colegios concientizar a los jóvenes no sólo de métodos anticonceptivos, sino también dar una educación general de todos estos problemas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escorza D., Rentería M., Villalobos E. incidencia y análisis genético de labio y/o paladar hendido. Valoración de placas obturadoras de proflex en el manejo odontopediátrico. Rev. Med. Oral. Oct- Dic. 2000; 2 (4): 97-101.
2. Behrman R. E. Nelson Trato de pediatría 15ª ed. Madrid. Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1986.
3. Loza Gastelumendi, E. Frecuencia de Malformaciones Congénitas en Cavidad Oral de Neonatos en el Hospital Belén de Trujillo, Febrero – Abril 2000. Tesis para optar el grado de Bachiller en Estomatología U.N.T. Trujillo 1991.
4. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstrucción y Estética. 1ª ed. Barcelona. Salvat Editores; 1986.
5. Norman A. Anormalidades Congénitas de la infancia. 1ª ed. Barcelona. Editorial Toray; 1965.
6. Moore K. Embriología Clínica. 3ª ed. México. Editorial Interamericana; 1995.
7. Toma K. Patología Bucal. 2ªed. México. Editorial Hispano América; 1951.
8. Gabrini L. Anatomía Patología Bucal. 1ª ed. Buenos Aires. Editorial Mundi; 1988.
9. Regezi J., Sciubba J. Patología Bucal. 1ª ed. México. Nueva Editorial Interamericana; 1991.

10. Dorland. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 26^a ed. México. Nueva editorial Interamericana; 1986.
11. Avery J. Oral Development and Histology. 1^a ed. Baltimore. Ed. Williams and Wilkins; 1987.
12. Sadler T. Lagman Embriología Médica. 5^a ed. Ed. Médico Panamericana; 1988.
13. Wood N., Goaz P. Diagnóstico Diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales. 5^a ed. Madrid. Editorial Harcourt Brace de España; 1998.
14. Sapp P., Eversole L., Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial y Contemporánea. 1^a ed. Madrid. Editorial Harcourt Brace; 1998.
15. Wilson J., Braunwald E., Isselbacher K., Petersdorf R., Martín J., Fauci A. Root R. Harrison Principios de Medicina Interna. 12^a ed. México. Editorial Interamericana – Mc Graw Hill; 1991
16. Giunta J. Patología Bucal. 3^a ed. Lima. Nueva Editorial Interamericana; 1991.
17. Sánchez S., García B., Regal N. Metodología del Trabajo Logofoniatrico en el Paciente Fisurado Labiopalatino. Rev. Cubana Ortodoncia 1999; 14(1): 7-12.
18. Shaffer W., Levy B. Tratado de Patología Bucal. 4^a ed. México Nueva Editorial Interamericana; 1986.

19. Romero R. Tratado de Cirugía. 3ª ed. Lima. Editorial Gráfica Horizonte; 2000.
20. Kernahan DA. The striped Y a symbolic classification for cleft lips and palate. *Plast Reconstr Surg.* 1971; 47(5): 469-70.
21. Kernahan DA, Stark RB. A new classification for cleft lip and palate. *Plast Recons Surg.* 1958; 22: 435.
22. Mortier PD, Martinot VL. Evaluation of the results of cleft lip and palate surgical treatment: preliminary report. *Cleft Pal Cran Surg J.* 1997; 34: 247-55.
23. Ortiz-Posadas M. A new approach to classify cleft lip and palate. *Cleft Pal Cran Surg J.* 2001; 38 (6): 102-5.
24. Denk M. Pediatric Surgery for the Primary Care Pediatrician. *Pediatric Clinics of North America.* December 1998; 45: 1480-96.
25. McDonald R., Avery D. Odontología pediátrica y del adolescente. 5ª ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 1990.
26. Gutiérrez, G. I. & Valenzuela, R. O. Alteraciones de número en dentición de pacientes entre 2 y 12 años de edad con disrafias labio alvéolo palatina atendidos en la Unidad de Odontopediatria del Hospital Regional Antofagasta, Chile. *Int. J. Odontostomat.* 2014, 8(3):481-90.
27. De la Cruz Alvarado, A. Frecuencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en neonatos; en el H. V. L. E., H. B. y H. R. D. T. de 1995 al 2000. Tesis para optar el grado de bachiller en Estomatología. U. N. T. Trujillo; 2002.

28. Roca J., Cendan I., Alonso F., Ferrero M., Lantigua A. caracterización Clínica del labio Leporino con Fisura Palatina o sin esta en Cuba. Rev. Cubana Pediátrica 1998; 70 (1): 43-7.
29. Herrera Mendez, F. Malformaciones congénitas: frecuencia en recién nacidos vivos consecutivos en el H. V. L. E.- I.P.S.S. Trujillo octubre 1984 a octubre 1991. Tesis para optar el grado de Bachiller en Estomatología. U. N. T. Trujillo 1991.
30. Alemán Mendoza, M. Incidencia de fisura labial, palatina y labiopalatina en relación con sexo, rol en fratría y edad de la madre, en tres hospitales de Lima Metropolitana y uno del Callao durante una década (1972 – 1983). Tesis para optar el grado de Bachiller en Estomatología U. P. C. H. Lima 1983.
31. Nazer J, Hubner ME, Catalán J, Cifuentes L. Incidencia de labio leporino y paladar hendido en la Universidad de Hospital de Maternidad de Chile y en Chile Maternidades que participan en el programa de Estudio colaborativo de malformaciones congénitas (ECLAMC). Rev Méd Chile 2001; 129 (3): 285 - 93.
32. FORD A. Tratamiento actual de las fisuras labiopalatinas. Rev Med Clin Condes 2004; 15 (1):3-11.
33. Gutiérrez GI, Valenzuela R. Alteraciones de número en dentición de pacientes entre 2 y 12 años de edad con disrafias labio alveolo palatina atendidos en la Unidad de Odontopediatría del Hospital Regional Antofagasta, Chile. Int. J. Odontostomat., 8(3):481-490, 2014.

34. Tannure PN, Oliveira CA, Maia LC, Vieira AR, Granjeiro JM y de Castro Costa M. Prevalencia de las Anomalías Dentales en los Síndrome Nonsyndromic Individuos con labio leporino y paladar hendido: un sistema sistemático Revisión y Meta-análisis. *Paladar hendido Cráneo facial. J.*, 49 (2): 194 - 200, 2011.
35. Sandy JR. Abordajes moleculares, clínicos y políticos del problema de la fisura labial y palatina. *Cirujano* 2008; 2 (4): 238.
36. Ford A. Tratamiento actual de las fisuras labiopalatinas. *Rev Med Clin Condes* 2004; 15 (1): 3-11.

ANEXO

ANEXO N° 1

N° H.C:.....

“Frecuencia de fisura labial, palatina y labio palatina en neonatos; de los hospitales: Víctor Lazarte Echegaray, Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo” 2010 – 2016.

HOSPITALES:

Víctor Lazarte Echegaray

Belén

Hospital Regional Docente de Trujillo

FILIACIÓN:

Nombre del recién nacido:

Fecha de Nacimiento:/...../.....

Sexo:

Masculino

Femenino

DATOS DE LA FISURA LABIAL PALATINA Y LABIOPALATINA.

Instrucciones: En el esquema ubicado en el lado derecho se pintará con lapicero rojo el área correspondiente a la zona con fisura.

Esquema

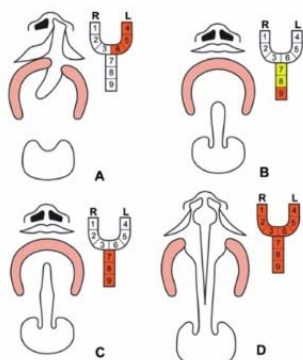
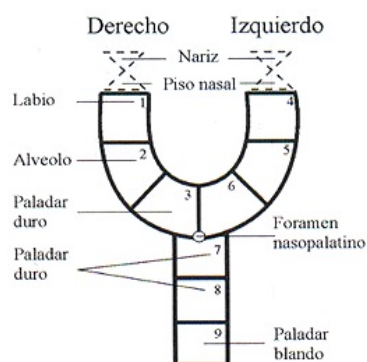


Figura 1. Clasificación del labio y paladar hendido según Kernahan. "Stripped Y"



ESTRUCTURAS ANATÓMICAS

“Y” DE KERNAHAN-ELSAHY

B. Tipo de fisura:

F. Labial

F. Palatina

F. Labiopalatina

C. Clasificación según la Localización Anatómica

F. Labial: Hendiduras preforamen incisivo

Unilateral

-Derecha

-Izquierda

Bilateral

F. palatina: Hendidura postforamen incisivo

-Derecha

-Izquierda

-Central

F. labiopalatina: Hendiduras transforamen incisivo (Hendidura de labio, alveolo y paladar).

a) Unilateral:

- Derecha

- Izquierda

b) Bilateral:

Observaciones:

.....
.....
.....
.....

ANEXO N° 2



UPAO

Facultad de Medicina Humana
DECANATO

Trujillo, 29 de agosto del 2017

RESOLUCION N° 1630-2017-FMEHU-UPAO

VISTO, el expediente organizado por Don (ña) HANIA DESIRE ZAMALLOA MEDINA alumno (a) de la Escuela Profesional de Estomatología, solicitando **INSCRIPCIÓN** de proyecto de tesis Titulado "FRECUENCIA DE FISURA LABIAL, PALATINA Y LABIOPALATINA EN NEONATOS DE LOS HOSPITALES VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELEN Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2010 - 2016", para obtener el **Título Profesional de Cirujano Dentista**, y;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) alumno (a) HANIA DESIRE ZAMALLOA MEDINA, ha culminado el total de asignaturas de los 10 ciclos académicos, y de conformidad con el referido proyecto revisado y evaluado por el Comité Técnico Permanente de Investigación y su posterior aprobación por el Director de la Escuela Profesional de Estomatología, de conformidad con el Oficio N° 0688-2017-ESTO-FMEHU-UPAO;

Que, de la Evaluación efectuada se desprende que el Proyecto referido reúne las condiciones y características técnicas de un trabajo de investigación de la especialidad;

Que, habiéndose cumplido con los procedimientos académicos y administrativos reglamentariamente establecidos, por lo que el Proyecto debe ser inscrito para ingresar a la fase de desarrollo;

Estando a las consideraciones expuestas y en uso a las atribuciones conferidas a este despacho;

SE RESUELVE:

- Primero.-** **AUTORIZAR** la inscripción del Proyecto de Tesis intitulado "FRECUENCIA DE FISURA LABIAL, PALATINA Y LABIOPALATINA EN NEONATOS DE LOS HOSPITALES VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELEN Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2010 - 2016", presentado por el (la) alumno (a) HANIA DESIRE ZAMALLOA MEDINA, en el registro de Proyectos con el N°537-ESTO por reunir las características y requisitos reglamentarios declarándolo expedito para la realización del trabajo correspondiente.
- Segundo.-** **REGISTRAR** el presente Proyecto de Tesis con fecha 29,08,17 manteniendo la vigencia de registro hasta el 29,08,19.
- Tercero.-** **NOMBRAR** como Asesor de la Tesis al (la) profesor (a) C.D. ARMANDO ARIZOLA AGUADO.
- Cuarto.-** **DERIVAR** al Señor Director de la Escuela Profesional de Estomatología para que se sirva disponer lo que corresponda, de conformidad con la normas Institucionales establecidas, a fin que el alumno cumpla las acciones que le competen.
- Quinto.-** **PONER** en conocimiento de las unidades comprometidas en el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



c.c.
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA
ASESOR
EXPEDIENTE
Archivo



Dra. DIANA JACQUELINE SALINAS GAMBOA
Secretaria Académica

ANEXO N° 3

PSOLICITUD PERMISO PARA REVISIÓN

DE HISTORIAS CLÍNICAS Y EJECUCIÓN

DE PROYECTO DE TESIS

Sr. DIRECTOR DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY



Yo, **ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRE**, identificada con **ID N° 000064178 Y DNI N° 46636873**; Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego; ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Solicito a usted me conceda permiso para poder revisar las **HISTORIAS CLÍNICAS DE SU HOSPITAL Y PODER EJECUTAR MI PROYECTO DE TESIS** titulado **“FRECUENCIA DE FISURA LABIAL, PALATINA Y LABIOPALATINA EN NEONATOS DE LOS HOSPITALES VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELÉN Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2010-2016”** en el periodo 2017.

Por todo lo expuesto solicito a Ud. Acceder a mi pedido.

Trujillo, 05 de Setiembre del 2017

ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRÉ

ID N° 000064178

DNI N° 46636873

ANEXO N° 4

SOLICITUD APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

Señor Doctor
JUAN MANUEL VALLADOLID ALZAMORA
Director General del Hospital Belén de Trujillo


Yo, ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRE, alumna de la Universidad Privada Antenor Orrego de la facultad de Estomatología, con DNI N° 46636873, domicilio en Calle Moscú 261/Urb. San Nicolás, de celular 942266084 y con correo electrónico hzamalloam@hotmail.com con el debido respeto me presento y expongo.

Que, siendo requisito indispensable para optar el título profesional de Cirujano Dentista recurro a su digno despacho a fin de que se revise mi proyecto de investigación titulado "FRECUENCIA DE FISURA LABIAL, PALATINA Y LABIOPALATINA EN NEONATOS DE LOS HOSPITALES VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELÉN Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2010-2016" a fin de ser desarrollado con datos del hospital que usted dirige.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Atentamente

Trujillo, 05 de Setiembre del 2017


ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRÉ
ID N° 000064178
DNI N° 46636873



ANEXO N° 5

**SOLICITUD PERMISO PARA REVISIÓN
DE HISTORIAS CLÍNICAS Y EJECUCIÓN
DE PROYECTO DE TESIS**



Sr. DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

Yo, **ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRE**, identificada con ID N° 000064178 Y DNI N° 46636873; Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego; ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Solicito a usted me conceda permiso para poder revisar las **HISTORIAS CLÍNICAS DE SU HOSPITAL Y PODER EJECUTAR MI PROYECTO DE TESIS** titulado "FRECUCENCIA DE FISURA LABIAL, PALATINA Y LABIOPALATINA EN NEONATOS DE LOS HOSPITALES VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELÉN Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2010-2016" en el periodo 2017.

Por todo lo expuesto solicito a Ud. Acceder a mi pedido.

Trujillo, 05 de Setiembre del 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Zamalloa Medina Hania Desiré".

ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRÉ
ID N° 000064178
DNI N° 46636873

ANEXO N° 6



“Año del Buen Servicio al Ciudadano”
“Año de la lucha contra la corrupción”

**RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD
OFICINA DE CAPACITACION DOCENCIA E INVESTIGACION
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA**

PI N° 86 CIYE-RALL-ESSALUD-2017

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Investigación y Ética de la Red Asistencial La Libertad – ESSALUD, ha aprobado el Proyecto de Investigación Titulado:

“FRECUENCIA DE FISURA LABIAL, PALATINA Y LABIOPALATINA EN NEONATOS DE LOS HOSPITALES VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELEN Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2010-2016 ”

ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRE

Al finalizar el desarrollo de su proyecto deberá alcanzar un ejemplar del trabajo desarrollado y una propuesta de artículo en físico y en CD grabado en informe completo, según Directiva N° 04-IETSI-ESSALUD-2016, a la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia - GRALL y ser remitido a la Biblioteca de la RALL, caso contrario la información del Trabajo de Investigación no será avalada por ESSALUD.

Trujillo, 18 de setiembre del 2017

Mg. Mercedes Willy Nieves Reyes
JEFE OFICIO - RALL
EsSalud

ANEXO N° 7

Gobierno
Regional La
Libertad



Gerencia
Regional de
Salud

Hospital Belén de Trujillo
Oficina de Docencia e
Investigación - Capacitación

JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

LA JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DEJA:

CONSTANCIA

Que, la Srta. **ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRE**, alumno de la Facultad de Medicina – Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego, ha presentado el Proyecto de Investigación titulado: "**FRECUENCIA DE FISURA LABIAL, PALATINA Y LABIOPALATINA EN NEONATOS DE LOS HOSPITALES VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELÉN Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**", aprobado con Resolución N°1630-2017-FMEHU-UPAO y por el Sub-Comité de Investigación del Departamento de Odontología.

Se otorga la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Trujillo, 18 de Setiembre del 2017.

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO


Dra. MARÍA VÉRTIZ CONDOR
JEFE OFICINA DOCENCIA, INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN

MVC/ Georgeth
C.c Archivo
C.c Interesada.

"Justicia Social con Inversión"

Jr. Bolívar N° 350 – Trujillo – Telef. N° 480201 - 480200
Página Web: www.regionlaibertad.gob.pe, Twitter, Facebook

ANEXO N° 8



GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Trujillo, 11 de Octubre del 2017

OFICIO N° 777 -2017-GRLL-GGR-GRS-HRDT/O.A.D.I.

Srta.

ZAMALLOA MEDINA HANIA DESIRE
Alumna de la Escuela de Estomatología
Universidad Privada Antenor Orrego
TRUJILLO.-

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PROYECTO DE TESIS
REF. : SISGEDO 03976812 DEL 08.09.2017**

Es grato dirigirme a usted, para comunicarle que el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo, **Autoriza** la Ejecución del Proyecto de Tesis Titulado **"FRECUENCIA DE FISURA LABIAL PALATINA Y LABIOPALATINA EN NEONATOS DE LOS HOSPITALES VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, BELEN Y REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2010-2016"**, mediante revisión de Historias Clínicas año 2010-2016.

No se autoriza el ingreso a UCI de Emergencia.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

REGION LA LIBERTAD
Gerencia Regional de Salud

Mg. Manuel B. Chávez Rimarachi
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Regional Docente de Trujillo

MCHR/lrs

C.C. Archivo

Folios N° 01

Sisgedo: Reg. 7090589

Exp.: 3489375

"Justicia Social con Inversión"

Av. Mansiche 795 - Teléf. 231581 - Anexo 225 - 481218 - Telefax. 233112 - Trujillo - Perú
capacitacion.hrdt@gmail.com



JEFATURA
William M. del Rey
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 46175
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO

Para A Sr. Reyes
7/13/10/17