



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS AL RETRASO DE QUEILOPLASTÍA
EN NIÑOS PORTADORES DE FISURA LABIO ALVEOLO
PALATINA DEL PROGRAMA “CRECIENDO” DE LA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
PERUANA CAYETANO HEREDIA ENTRE LOS AÑOS 2015-2019

FACTORS ASSOCIATED WITH THE DELAY OF
CHEILOPLASTY IN CHILDREN WITH CLEFT LIP AND
PALATE FROM THE “CRECIENDO” PROGRAM OF THE
FACULTY OF STOMATOLOGY OF THE CAYETANO HEREDIA
PERUVIAN UNIVERSITY BETWEEN THE YEARS 2015-2019

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA
ESTOMATOLÓGICA

AUTOR
CARLOS EDUARDO ALFARO PACHECO

ASESOR
ROBERTO ANTONIO LEON MANCO

CO ASESOR
MARIA DEL ROCIO LU CHANG SAY

LIMA-PERÚ
2024

JURADO DE TESIS

Presidente: Mg, Esp. Cesar Eduardo del Castillo Lopez

Vocal: Mg. Esp. Lillie Elizabeth Abanto Silva

Secretario: Mg. Esp. Maria Claudia Garces Elias

Fecha de sustentación: 04 de Junio de 2024

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESOR:

Mg. Esp. Roberto Antonio Leon Manco

Departamento Académico Odontología Social

ID ORCID: 0000-0001-9641-1047

COASESOR:

Mg. Esp. Maria del Rocio Lu Chang Say

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Buco Maxilofacial

ORCID: 0000-0003-4076-1202

DEDICATORIA

Con mucho cariño a mis familiares y amigos que brindan su apoyo para la realización de mis metas.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Roberto León por su apoyo y guía para la realización de este trabajo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS AL RETRASO DE QUEILOPLASTÍA EN NIÑOS PORTADORES DE FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA DEL PROGRAMA "CRECIENDO" DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA ENTRE LOS AÑOS 2015-2019

FACTORS ASSOCIATED WITH THE DELAY OF CHEILOPLASTY IN CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE OF THE "CRECIENDO" PROGRAM OF THE FACULTY OF STOMATOLOGY OF THE PERUVIAN UNIVERSITY CAYETANO HEREDIA BETWEEN THE YEARS 2015-2019

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA ESTOMATOLÓGICA

AUTOR
CARLOS EDUARDO ALFARO PACHECO

ASESOR
ROBERTO ANTONIO LEON MANCO

CO-ASESORA
MARIA DEL ROCIO LU CHANG SAY

LDMA - PERÚ
2024

FACTORES ASOCIADOS AL RETRASO DE QUEILOPLASTÍA EN NIÑOS PORTADORES DE FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA DEL PROGRAMA "CRECIENDO" DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	8%	2%	1%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe	4%
	Fuente de Internet	
2	www.researchgate.net	1%
	Fuente de Internet	
3	cedoc.inmujeres.gob.mx	<1%
	Fuente de Internet	
4	hdl.handle.net	<1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to Universidad Andina del Cusco	<1%
	Trabajo del estudiante	
6	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
7	revistas.upch.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	

repositorio.unheval.edu.pe

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Metodología	6
IV. Resultados	15
V. Discusión	18
VI. Conclusiones	27
VII. Referencias bibliográficas	29
VIII Tablas	36
Anexos	43

RESUMEN

Los protocolos de atención en pacientes con fisura labio alveolo palatina proponen planes de tratamiento a largo plazo y de avance progresivo. El procedimiento de queiloplastía (Qx) será la primera cirugía de la terapia integral y deberá realizarse entre los 3 a 6 meses de edad. El retraso de la Qx afectará el plan de tratamiento integral, atrasando consecuentemente la terapia funcional y rehabilitadora. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al retraso de queiloplastía en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019. **Materiales y Métodos:** El estudio fue de tipo transversal, con diseño retrospectivo observacional y analítico. La muestra se obtuvo por conveniencia y estuvo compuesta por 155 historias clínicas, fichas y base de datos de pacientes del programa “CRECIENDO” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) que cumplían con los criterios de elegibilidad. **Resultados:** El análisis de riesgo mediante razón de prevalencias (RP) nos muestra que las variables que presentan significancia para el retraso de la queiloplastía son: la ocupación del padre, la admisión al programa, el lugar de operación, los limitantes de la cirugía, enfermedades sistémicas y factores nutricionales. (IC95%; $P < 0.05$). **Conclusiones:** Los factores asociados al retraso de la queiloplastía en pacientes del programa “CRECIENDO” fueron la ocupación del padre, admisión al programa, lugar de operación, los limitantes para la cirugía, los factores nutricionales y las enfermedades sistémicas.

Palabras claves: *Labio leporino; Cirugía plástica; Cirugía bucal; Procedimientos quirúrgicos reconstructivo.*

ABSTRACT

The care protocols for patients with cleft lip and palate propose long-term treatment plans and progressive progress. The cheiloplasty (Qx) procedure will be the first surgery of the comprehensive therapy and should be performed between 3 to 6 months of age. Delaying Qx will affect the comprehensive treatment plan, consequently delaying functional and rehabilitative therapy. **Objective:** Determine the factors associated with the delay of cheiloplasty in children with cleft lip and palate from the “CRECIENDO” program of the Faculty of Stomatology of the Universidad Peruana Cayetano Heredia between the years 2015-2019. **Materials and Methods:** The study was cross-sectional, with a retrospective observational and analytical design. The sample was obtained by convenience and was composed of 155 medical records, files and database of patients from the “CRECIENDO” program of the Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) who met the eligibility criteria. **Results:** The risk analysis using prevalence ratio (PR) shows us that the variables that are significant for the delay of cheiloplasty are: the father's occupation, admission to the program, the place of operation, the limitations of the surgery, systemic diseases and nutritional factors. (95% CI; $P < 0.05$). **Conclusions:** The factors associated with the delay of cheiloplasty in patients of the “CRECIENDO” program were the father's occupation, admission to the program, place of operation, limitations for surgery, nutritional factors and systemic diseases.

Keywords: *Cleft lip; Plastic surgery; Oral surgery; Reconstructive surgical procedures.*

I. INTRODUCCIÓN

Las fisuras labio alveolo palatinas (FLAPs) son un conjunto de anomalías congénitas faciales que afectan en grados variables al labio superior, a los procesos alveolares del maxilar superior y paladar duro y blando, produciendo alteraciones de la dentición, habla, deglución y morfología facial. Las FLAPs tienen su etiología durante el periodo embrionario por fallas durante la fusión de los procesos frontonasal y los procesos maxilares que darán origen a las fisuras labiales y la falla de la fusión de la línea media de las conchas palatinas; producen las fisuras en el paladar (1-4).

Se estima que las FLAPs constituyen el 15% de todas las malformaciones, presentado una prevalencia aproximada de 1 en 700 nacidos vivos. Se debe recalcar que la raza influye en la aparición de la FLAP siendo la raza negroide de mayor prevalencia y la mongoloide de menor prevalencia (5,6). Respecto al sexo, es ligeramente más común en varones en comparación de las mujeres en proporción de 7:6 (7). Las FLAPs pueden presentarse de manera aislada en un 75-80% o asociada a malformaciones sindrómicas en un 20- 25%, reconociéndose hasta más de 300 síndromes asociadas a ellas. En el Perú, se estima que la prevalencia bordea 1 por cada 1000 nacidos vivos, el año 2010, se realizó un estudio en el cual se encontró una prevalencia de 1/500-600 niños nacen con FLAP, de los cuales el 25% presentan paladar hendido, 25% fisura labial y el 50% ambos (5-9).

El tratamiento de la FLAP es multidisciplinario y abarca desde etapas prenatales hasta la vida adulta. El objetivo del tratamiento es mejorar la calidad de vida con el

restablecimiento de las estructuras anatómicas afectadas a través del cierre de las fisuras, devolver la funcionalidad, lograr bienestar psicológico y lograr una integración social exitosa (1,10,11,12).

Los protocolos de manejo del paciente con FLAP, recomiendan iniciar rápidamente el tratamiento con cintas faciales y con el moldeador nasoalveolar (NAM). El NAM es una técnica prequirúrgica que busca lograr un mejor resultado estético y funcionales en la fase quirúrgica. El NAM busca moldear las alas y punta de la nariz, aproximar los tejidos labiales contiguos a la fisura y disminuir la gravedad del defecto al ejercer redireccionamiento sobre las fuerzas del crecimiento, facilitando la reparación de la fisura al existir menos tensión de los tejidos y al prevenir recidivas posquirúrgicas. Bajo esta premisa se recomienda usar el NAM y las cintas faciales lo más tempranamente posible, es decir, durante las primeras semanas posteriores al nacimiento (13, 14, 15).

La queiloplastia (Qx) es el primer procedimiento quirúrgico correctivo de las FLAPs, y con ella se busca el cierre de la fisura labial. Para realizarla es necesario considerar ciertos criterios de seguridad para el paciente como: buena salud general, estado nutricional adecuado respecto al peso y talla, acceso a información acerca de los procedimientos quirúrgicos y por último documentos, autorizaciones y permisos necesarios. El cierre de la fisura labial, será beneficioso para la rehabilitación de las funciones de alimentación, respiración, habla, estética y de los aspectos psicosociales (16). Como se mencionó se requiere que el paciente cumpla ciertos requisitos de salud como: un estado nutricional adecuado, ausencia de estados anémicos u otros factores patológicos que pongan la vida en riesgo durante el procedimiento quirúrgico (16,17).

El protocolo prequirúrgico para la evaluación del estado de salud general es de estricto cumplimiento, el mismo, estará compuesto por exámenes auxiliares e interconsultas que asegurarán que el paciente está llegando en las mejores condiciones de salud al procedimiento quirúrgico (17).

La edad ideal para realizar la Qx, comprende entre los terceros y sextos meses de vida. Esto no es solo para lograr mejores resultados estéticos y funcionales, sino también, porque se brinda un lapso adecuado de tiempo para la curación de los tejidos labiales y preparativos de los posteriores procedimientos quirúrgicos como son la palatoplastía y estafiloplastía (18-22).

“CRECIENDO” es un programa sin fines de lucro de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), brinda tratamientos integrales y multidisciplinarios a niños con FLAPs, siendo los únicos requisitos para la aceptación en el programa que el paciente menor padezca de un tipo de flap y presentar los documentos de identidad. El protocolo de “CRECIENDO” abarca seguimiento y procedimientos a realizarse desde el nacimiento hasta que el paciente alcanza la mayoría de edad. Es un modelo de atención multidisciplinaria que incluye terapias como: lactancia, ortopedia maxilar prequirúrgica, nutrición, terapia de lenguaje, fonoaudiología, psicología, ortodoncia, odontología preventiva y recuperativa y cirugía plástica. (18,22)

Por lo anteriormente mencionado se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados al retraso de queiloplastía en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la facultad de

estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019?

Se propuso esta pesquisa que buscó esclarecer las causas asociadas al retraso de la Qx en niños con FLAP atendidos en la CCD de la UPCH. Este estudio es importante porque al finalizarlo se obtendrá información y datos estadísticos que podrán ser utilizados en otras pesquisas, en toma de decisiones institucionales y para la elaboración y/o corrección de guías de atención en pacientes con FLAP.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los factores asociados al retraso de queiloplastía en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la facultad de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019.

Objetivos Específicos:

1. Determinar las características de los niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019.
2. Determinar el momento de la queiloplastía en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019.
3. Determinar los factores asociados al retraso de queiloplastía en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019

III. METODOLOGIA

La investigación de tipo transversal, con diseño retrospectivo, analítico, y observacional. La población estuvo compuesta por 256 registros digitales y/o físicos de los pacientes niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la facultad de Estomatología (FAEST) de la UPCH entre los años 2015-2019. Respecto a la conformación de la muestra se optó por un muestreo por conveniencia donde se consideró a todos los datos de todos los registros de los pacientes con FLAP del programa “CRECIENDO” que cumplan con todos los criterios de selección y elegibilidad. Respecto a los criterios de inclusión se consideró a los registros completos de los pacientes (historias clínicas, anexos, formularios y base de datos), registros de los pacientes que recibieron el procedimiento de queiloplastía en el programa “CRECIENDO”, registros de los pacientes realizados en el periodo de 1 enero 2015 al 31 de diciembre del 2019. En los criterios de exclusión se consideró a los registros físicas o digitales repetidas, registros con información incompleta o contradictoria y registros de pacientes que hayan estado recibido tratamiento de Qx en otras instituciones antes del ingreso al programa “CRECIENDO”. Posterior a la valoración de los criterios de elegibilidad de la población total, se obtuvo una muestra final de 155 registros.

Dentro de las variables de investigación se evaluaron: Momento de queiloplastía, las variables relacionadas con las características socioeconómicas: procedencia, estado socioeconómico, hacinamiento, endeudamientos. Las variables relacionadas con las características familiares: riesgo en entorno familiar, grado de instrucción de la madre, grado de instrucción del padre, ocupación de la madre, ocupación del padre. De las

variables relacionadas a las características de la cirugía: año del ingreso al programa, admisión al programa, lugar de operación, limitación de la cirugía, acceso al lugar de atención, operación en campaña, condiciones legales. En las variables asociadas a las características del niño: Enfermedades sistémicas, factores nutricionales, tipo de fisura y sexo.

Momento de queiloplastía: Es una variable cualitativa politómica ordinal, se define temporalidad en la que realizó el procedimiento quirúrgico de Qx en pacientes con FLAPs. Se tomará la edad del paciente en el momento que se realizó la Qx como referencia para definir su valoración. Los valores asignados fueron: 1= Temporal (antes de 6 meses), 2= Retrasado (6 a 9 meses) (18-22).

Procedencia: se define como el lugar de origen de donde procede un individuo; esta es una variable cualitativa dicotómica nominal. Los valores asignados fueron: 1= Lima y Callao, 2= Provincias (23).

Estado socioeconómico: se define como una medida total económica resultado de la estatus económico y social, individual o familiar en correlación con otros sujetos, basado en los ingresos; es una variable cualitativa politómica de escala nominal. Los valores asignados fueron: 1= No pobre, 2= Pobre, 3 = Extremo pobre (23).

Hacinamiento: Es cuando las personas que ocupan una vivienda exceden la capacidad del espacio disponible medido en número de habitaciones, dormitorios o superficie. Es una variable cualitativa dicotómica nominal. Los valores asignados fueron: 1= Sí (con

hacinamiento) , 2=No (sin hacinamiento) (23).

Endeudamiento: Es una variable cualitativa dicotómica nominal. Se define como obligaciones de pago que una o varias personas contraen con terceros, empresas, instituciones o personas. Los valores asignados fueron: 1= Sí (con endeudamientos) 2=No (sin endeudamientos) (23).

Riesgo en entorno familiar: Se define como aquel en el que se presentan situaciones de deterioro (situaciones de enfermedad, carencia, exclusión, malos hábitos, conflictos familiares, violencia, desmotivación o inconciencia de los problemas familiares) que ponen en riesgo y menoscaban la dinámica de afecto, seguridad, amparo y protección que la familia brinda, poniendo en riesgo la seguridad de los hijos. Es una variable cualitativa dicotómica nominal. Los valores asignados fueron: 1= Sin riesgo, 2= Con riesgo (24-27).

Grado de instrucción de la madre: es una variable categórica, politómica y ordinal. El grado de instrucción de la madre es nivel educativo alcanzado, de los estudios realizados o en transcurso, no se no se tendrá en cuenta si se concluyeron, están temporales o quedaron sin concluir de forma definitiva. Los valores asignados fueron: 1= Ninguno, 2= Primaria, 3= Secundaria, 4= Superior técnica, 5= Superior universitaria (23).

Grado de instrucción del padre: es una variable categórica, politómica y ordinal. Se define como el nivel educativo alcanzado del padre, de los estudios realizados o en

transcurso, no se no se tendrá en cuenta si se concluyeron, están temporales o quedaron sin concluir de forma definitiva. Los valores asignados fueron: 1= Ninguno, 2= Primaria, 3= Secundaria, 4= Superior técnica, 5= Superior universitaria (23).

Ocupación de la madre: es una variable categórica, politómica y nominal. La ocupación de la madre hace referencia a lo que se dedica como; trabajo, empleo, actividad o profesión, en la que su tiempo es invertido, lo que le resta tiempo para otras actividades o labores. Los valores asignados fueron: 1= Empleado, 2= Desempleado, 3= Trabajador del hogar no remunerado, 4=Estudiante (23).

Ocupación del padre: es una variable categórica, politómica y nominal. La ocupación del padre hace referencia a lo que se dedica como; trabajo, empleo, actividad o profesión, en la que su tiempo es invertido, lo que le resta tiempo para otras actividades o labores. Los valores asignados fueron: 1= Empleado, 2= Desempleado, 3=Estudiante (23).

Año de ingreso al programa: se define tiempo especificado del año en que tiene lugar el ingreso del paciente al programa “CRECIENDO”, se evaluará el año de admisibilidad del niño al programa. Es una variable categórica, politómica y ordinal. Los valores asignados fueron: 1= 2015, 2= 2016, 3= 2017, 4=2018, 5=2019 (28).

Admisión al programa: se define como el tiempo especificado en meses de vida en el que el paciente es admitido al programa “CRECIENDO”, con el dato obtenido se evaluará si su ingreso fue temporal(antes de los 3 meses de nacido) o tardío (posterior a

los 3 meses de nacido). Es una variable categórica, dicotómica y ordinal. Los valores asignados serán 1= Ingreso temporal(antes de 3 meses), 2= Ingreso tardío(posterior a 3 meses) (18,38).

Lugar de operación: Se define como el espacio real (hospital, clínica, o centro médico) donde se realizó la cirugía de Qx para el cierre de la fisura labial de un paciente portador de este tipo de fisuras. Los centros prestadores de salud en los que se realizaron los procedimientos quirúrgicos de de Qx fueron el Centro dental docente (CDD) de la UPCH, Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) , Hospitales del ministerio de salud (MINSA), Seguro social y clínicas particulares. Es una variable categórica, politómica y nominal. Los valores asignados fueron: 1= Centro Dental Docente UPCH, 2= INSN, 3=MINSA, 4=Seguridad Social, 5= Clínica particular (22,23,28).

Limitaciones con la cirugía: es definida como los factores que retrasan la Qx y actúan como limitantes para realizarla (Condiciones clínicas estomatológica desfavorable, retraso con uso de ligas faciales, retraso en el afrontamiento por causas anatómicas u otros); es una variable cualitativa dicotómica de escala nominal. Los valores asignados fueron: 1= Sí (presento limitantes), 2: No (no presentó limitantes) (28).

Acceso al lugar de atención: se define como las interferencias o limitantes que se producen en el ambiente que trabajan como barreras físicas para que una persona pueda acceder, moverse o llegar a espacios y servicios deseados. Es una variable cualitativa, politómica y nominal. Los valores asignados fueron: 1= Adecuado, 2= Limitaciones por distancia, 3= Falta de transporte, 4= Otros (24-27,29,30).

Operado en campaña: Se define como la circunstancia en la que el paciente fue sometido a la cirugía de Qx. Estas se pueden haber realizado de manera individual o por convocatoria en una campaña de operación para pacientes con FLAPs. Es una variable categórica, dicotómica y nominal. Los valores asignados fueron: 1= Si, 2= No (22,23,28).

Condiciones legales: Se define como situaciones relacionadas con asuntos legales que impiden la realización de acciones u procesos que requieran estar al derecho con la ley o la normatividad vigente; es una variable cualitativa politómica de escala nominal. Los valores asignados fueron: 1= Adecuado, 2= Sin documento de identidad, 3= Sin consentimiento informado, 0= Sin documentación hospitalaria (23).

Enfermedades sistémicas: Se define como el número de patologías, trastornos, condiciones o antecedentes patológicos consignados en la historial médico. La variable es cuantitativa, discreta y de razón. Los valores asignados fueron: 1= Ninguna, 2= Una enfermedad, 3= Dos enfermedades, 4= Tres enfermedades, 5= Cuatro o más enfermedades (31,32).

Factores nutricionales: estado de balance entre la necesidad energética alimentaria y el aporte recibido por la alimentación. Este balance será determinado por diversos factores como los corporales, hereditarios, biológicos, culturales, sociales, económicos y ambientales. La evaluación se realizará por evaluación de la valoración del percentil “CREED” y por valoración de exámenes prequirúrgicos. Esta variable es categórica,

politómica y nominal. Los valores asignados fueron: 1= Normal, 2= Anemia, 3= Bajo de peso, 4= Anemia y bajo de peso (23).

Tipo de fisura: se define como las hendiduras ubicadas en los tejidos del labio superior, en el paladar o ambos como consecuencia de la falta de fusión de las estructuras del rostro en el periodo fetal, para establecer el tipo de fisura presenta, el programa “CRECIENDO” usa la clasificación de Spina modificada por Da Silva. La variable es cualitativa, politómica y escala nominal. Los valores asignados fueron: 1= Fisura preforamen UL DER C, 2= Fisura preforamen UL DER IC, 3= Fisura preforamen UL IZQ C, 4= Fisura preforamen UL IZQ IC, 5= Fisura preforamen BL C, 6= Fisura preforamen BL IC, 7= Fisura preforamen MD C, 8= Fisura preforamen MD IC, 9= Fisura transforamen UL DER, 10= Fisura transforamen UL IZQ, 11= Fisura transforamen BL y 12= Fisura transforamen MD (8,9).

Sexo: Es la condición orgánica de pertenecer a un género el masculino o femenino, es una variable categórica, dicotómica y nominal Los valores asignados serán: Condición orgánica de masculino o femenino. Los valores asignados serán: 1= Masculino, 2= Femenino (23).

El estudio fue ejecutado por el investigador principal y para el acceso a la información de los historiales clínicos de las historias clínicas virtuales o físicas, fichas adjuntas y base de datos del programa “CRECIENDO” se solicitaron los permisos necesarios, los cuales fueron: la aprobación por el Comité de institucional de ética en investigación de la UPCH, realizado a la fecha del 22 de agosto del 2022 y con código de SIDISI

N°208305 (ANEXO 1) y la solicitud de permiso a la jefatura del Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucal y Maxilofacial (ANEXO 2). Posterior a los permisos necesarios, se procedió a recolectar la información de las variables de investigación en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 10 (Instrumento de Medición) (ANEXO 3), en la que se transcribió la data obtenida a partir de las historias clínicas, fichas adjuntas y base de datos del programa “CRECIENDO”. Las variables Año de ingreso al programa, Sexo, Procedencia, tipo de fisura, patologías sistémicas fueron tomadas de las historias clínica. Por otro lado, las variables momento de queiloplastía, estado socioeconómico, grado de instrucción del padre y de la madre, ocupación del padre y de la madre, admisión al programa, lugar de operación, operación en campaña, factores nutricionales, limitaciones de la cirugía, acceso al lugar de atención, condiciones legales, factores temporales, riesgo familiar, endeudamientos y hacinamiento se recogieron de la base de datos del programa “CRECIENDO” y de los anexos de evaluación socioeconómica del programa “CRECIENDO”. La variable de Momento de la queiloplastía se respondió al deducir si la edad de queiloplastía se encontraba dentro de la edad recomendada (3 a 6 meses) según los protocolos del programa “CRECIENDO”. Es importante mencionar que, respecto a los aspectos éticos del estudio de investigación, se respetó la confidencialidad de los nombres e información de los pacientes del programa “CRECIENDO”.

Para el estudio estadístico se presentaron tablas con el análisis descriptivo de frecuencias relativas y absolutas. Así mismo, con la intención de hallar asociación entre las variables se realizó con la prueba chi cuadrado el análisis bivariado. Finalmente, se usó la regresión de Poisson para la obtención de riesgos mediante razón de prevalencias (RP).

El estudio tuvo un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$, donde se usó el programa de estadística STATA 15.0.

IV. RESULTADOS

La base de datos elaborada estuvo compuesta a partir de la muestra de 155 registros de pacientes niños del programa “CRECIENDO” del CCD de la FAEST de la UPCH, que fueron atendidos entre los años 2015 al 2019, y que cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión. De ellos, el 68.39% eran hombres y el 31.61% eran mujeres. Respecto a la variable momento de la queiloplastía se encontró que los pacientes operados de forma temporal (antes de los 6 meses) representaron el 32.36%(n=50) y los que tuvieron retraso en la queiloplastía (más de 6 meses) fueron el 67.74%(n=105). Respecto al lugar de procedencia, el 75.48% procedían de Lima y Callao, mientras que el 24.52% procedía de provincias. El 36.77% era no pobre, mientras que el 46.45% y el 16.77% eran pobre y extremo pobres respectivamente. El 40% presentaban hacinamiento en viviendas , mientras que el 20.65% endeudamientos en el núcleo familiar. También, el 24.52% presentaban algún tipo de riesgo en el entorno familiar. Respecto al año de ingreso de los pacientes al programa, el 3.23% ingresaron en 2015, el 14.84% en 2016, el 27.74% en 2017, el 21.94% en 2018 y el 32.26% en el 2019. El 92.90% tuvo un ingreso temporal ideal (antes de los 3 meses de edad), mientras que el 7% tuvo in ingreso tardío (posterior a los 3 meses de edad). De las instituciones donde se realizaron los procedimientos de queiloplastía, el 14.19% se realizaron en el CDD de la UPCH, el 52.26% en el INSN, el 13.55% en MINSA, el 3.23% en la seguridad social y el 16.77% en clínicas particulares. Según la variable limitaciones con la cirugía, el 22.58% presento alguna limitación para la cirugía, mientras que para la variable acceso al lugar de atención, el 72.26% no presentaba ninguna limitante, el 38% tenía limitantes por distancia, y el 5% falta de transporte. Asimismo, el 14.19% de los pacientes fueron operados en campaña y de la variable condiciones legales adecuadas, el 94.84% de los

pacientes tenían todos sus documentos de identidad, consentimientos informados y documentación hospitalaria completa. De las características de los niños, se observa que el 61.29% de los pacientes no tenían ninguna otra enfermedad sistémica como comorbilidad aparte de las FLAPs, el 17.42% presentaban una enfermedad, el 14.84% presentan dos enfermedades, 4.52% presentan tres enfermedades y con cuatro o más enfermedades el 1.94%. Respecto a los factores nutricionales, se encontró que el 70.97% de los pacientes estaban en estado nutricional normal, el 5.81% presentaban anemia, el 12.90% estaban bajo de peso y el 10.32% presentaban anemia y estaban bajo de peso a la vez, mientras que el tipo de fisura más prevalentes fueron la unilateral transforamen completa lado izquierdo con 30.97%, bilateral transforamen completa con 30.32%, y unilateral transforamen completa lado derecho con 27.74% (Tabla 1)

Se observa que la variable momento de la queiloplastía, tiene asociación con las variables: limitaciones con la cirugía para la prueba chi-cuadrado ($P < 0.01$) y en el año de ingreso al programa, lugar de operación, enfermedades sistémicas y factor nutricional para la prueba chi-cuadrado corregida por Yates ($P < 0.01$) (Tabla 2).

El análisis de riesgo mediante razón de prevalencias (RP) nos muestra que las variables que presentan significancia positiva para al retraso de la queiloplastía son: la ocupación del padre, la admisión al programa, el lugar de operación, los limitantes de la cirugía, enfermedades sistémicas y factores nutricionales. En la ocupación del padre, observamos que los empleados vs los desempleados presentan asociación positiva (RP: 1.32; IC95%: 1.01-1.73; $P = 0.043$) lo que significa que los niños de padres con empleo tienen menor riesgo a retrasarse en comparación de los niños con padres desempleados.

Respecto a la admisión al programa “CRECIENDO”, los ingresantes temporales vs los ingresantes tardíos presentan asociación positiva (RP:1.38; IC95%: 1.11-1.72; P=0.004) donde los ingresantes temporales al programa (antes de los 3 meses de edad) tiene menos riesgo de retrasarse en comparación los ingresantes de forma tardía (después de 3 meses). También se evidencia asociación para el lugar de operación de la queiloplastía, donde los operados en el CDD de la UPCH presentan más riesgo a retrasarse en comparación a los operados en el INSN (RP: 0.71; IC95%: 0.60-0.85; P= <0.001), en el MINSA (RP: 0.60; IC95%: 0.41-0.88; P=0.008) y que en las clínicas particulares (RP: 0.52; IC95%: 0.35-0.78; P=0.001). En la variable limitantes de la cirugía, los que no tenían limitantes para la queiloplastía presentan menor riesgo de retrasarse vs los que si presentan limitantes (RP:1.44; IC95%: 1.19-1.73; P<0.001). De las enfermedades sistémicas (comorbilidades), los pacientes que no padecían ninguna enfermedad sistémica aparte de la FLAP se retrasaban menos que los que padecían una enfermedad adicional a la FLAP (RP:1.73; IC95%:1.39-2.14; P<0.001) y a los que padecían dos enfermedades aparte de la FLAPs (RP:1.78; IC95%:1.45-2.14; P<0.001). En el caso de la variable factor nutricional, los pacientes que estaban nutricionalmente normal se retrasaban menos en comparación a los pacientes que padecían anemia (RP:1.50; IC95% 1.14-1.99; 0.004; P=0.004) que los pacientes que estaban bajos de peso (RP:1.44; IC95%: 0.13-1.83; P=0.003) y que los pacientes que presentan anemia y están bajos de peso a la vez. (RP: 1.59; IC95%: 1.30-1.94; P<0.001). (Tabla 3)

V. DISCUSIÓN

Las FLAPs son malformaciones producidas por defectos embriológicos durante en la formación del rostro, se caracterizan por generar hendiduras en las estructuras labiales, alveolares y velopalatinas. La terapia quirúrgica reparativa, será fundamental para devolver funcionalidad y estética en los tejidos afectados (33-36). Según el protocolo del programa “CRECIENDO”, la cirugía primaria del labio o Qx incluirá la reparación de mucosa, piel y del sistema muscular del labio superior, siempre y cuando, el paciente cumpla con la normativa legal y criterios de salud establecidos. Al igual que protocolos de otras instituciones y países, en “CRECIENDO” se propone que la Qx deberá realizarse entre los 3-6 meses de edad previa terapia prequirúrgica ortopédica de cintas faciales y Moldeador Nasoalveolar (NAM), con la que se busca la aproximación de tejidos blandos y alineación de los hemimaxilares. La indicación de que la Qx debe realizarse entre 3 a 6 meses de edad, se fundamenta en que antes de los 3 meses de vida, la reconstrucción muscular es dificultosa por finesa de los tejidos, los riesgos anestésicos son mayores por persistencia de la fisiología fetal, y porque en caso de que el niño padeciera otra anomalía no detectada al nacimiento, ésta habrá tenido tiempo suficiente para manifestarse. Por otro lado, el retraso del procedimiento de Qx producirá un retraso general del tratamiento integral en especial de las terapias de rehabilitación de secuelas (33-38).

Respecto a la población estudiada, se encontró que los hombres significaban en cantidad más del doble respecto a la población de mujeres, 68.39% a 31.61% respectivamente. En este sentido, los estudios de Lozada AF y cols entre 2002 y 2011 y el de Duque y

cols en 2002, reportaron porcentajes similares respecto al sexo, el primero reportó el 62% de niños y 38% de niñas, mientras que el segundo reportó un 57,8% para varones y el 41,1% en mujeres (31,39). Contrariamente, el estudio de González y cols en 2011, reportó mayor frecuencia en niñas que en niños, 58% a 52% (40). Por otro lado, en los estudios de Mondragón et al, en 2014 y Quijano et al en 2009, no reportan diferencias importantes de aparición de las FLAPs según el sexo, 50% a 50% en el estudio de Mondragón, mientras que el de Quijano presenta una diferencia discreta en favor del sexo masculino, 50.7% a 49.3% (24,41). Como es evidente los estudios en pacientes con FLAP, presentan variabilidad respecto al sexo, pudiendo afectar de igual manera o en mayor proporción a uno u otro sexo.

Se evidencia que mayormente, los pacientes eran de bajos recursos: el 46.45% eran pobres y el 16,77% extremos pobres, lo que concuerda con el estudio de Yáñez y cols en 2012, donde se reporta que el 97.3% de la población estudiada se ubicaba en un nivel socioeconómico medio o bajo (25). En esta misma línea, el estudio de Mondragón S et. al en 2014 y Mossey et al, en 2009, refieren asociación entre las FLAPs y el nivel socioeconómico bajo, indicando que mayoritariamente sus poblaciones eran pobres y muy pobres (24,26). Nyarko, et. al., 2013 en Estados Unidos concluyó que ser de bajo estrato socioeconómico será un factor de riesgo para la aparición de FLAP, sustentado en que la mayoría de su población provenía de hogares pobres, donde las madres llevaban una dieta inadecuada sin consumo de suplementos vitamínicos durante el periodo de gestación (27). Este estudio no encontró asociación con el nivel socioeconómico.

Respecto al ingreso al programa “CRECIENDO”, el 92.90% tuvo un ingreso temporal ideal (antes de los 3 meses de edad), mientras que el 7% presento un ingreso tardío (posterior a los 3 meses de edad). También se encontró que otro factor para el retraso de para el inicio del tratamiento integral, es la falta de condiciones legales adecuadas en el momento que se requieren, sin permisos y documentos no se puede proceder con tratamientos médicos en un menor de edad. Este estudio encontró que el 5.16% de pacientes del programa no cumplían con las condiciones de documentación legal adecuada en el momento adecuado.

Respecto a las comorbilidades, podemos mencionar la existencia de comorbilidades y a mayor gravedad de estas, se optará por dar prioridad al tratamiento de las enfermedades más graves y se pospondrán el tratamiento de la FLAPs hasta estabilizar al paciente. En este estudio se encontró que el 61.29% no presentaban comorbilidades aparte de las FLAPs, el 17.42% presentaban una, el 14.84% dos, el 4.52% tres, y cuatro o más enfermedades el 1.94%. En el estudio de Arevalo M y Sanchez M. deja presente como enfermedades asociadas el síndrome polimalformativo con un 10.71%, y el síndrome de Down con un 6.63% (32). Por otro lado, el estudio de Duque AM y cols reporta que las comorbilidades se presentaron en un 25.88% de malformaciones asociadas, las cardiopatías en 4,12 % e incompatibilidad del factor Rh en 2,94 % (31).

El factor nutricional de los pacientes de este estudio presentó en un 5.81% anemia, el 12.90% estaba bajo de peso y el 10.32% presentaban anemia y estaban bajo de peso a la vez. Cuando al niño portador de FLAP que es candidato para el tratamiento quirúrgico, deberá estar saludable, con un estado nutricional adecuado y con un peso

acorde para su edad. El seguimiento será importante, se debe prestar interés en el proceso de alimentación y hacer control del peso, de esta manera puedan estar preparados para el tratamiento quirúrgico y evitar así complicaciones futuras. Idealmente se debería informar, preparar y aconsejar a los padres desde el nacimiento del bebe portador de FLAP sobre el proceso de alimentación, las cirugías reparadoras, tiempos operatorios, los especialistas intervinientes, posibles secuelas, lo esperable, lo evitable, recomendaciones sobre contención familiar y otros (42).

El tratamiento integral deberá iniciarse lo precoz posible, de esta manera se evitará alteraciones funcionales y favorecerá el desarrollo normal del niño. Un retraso en las primeras fases de tratamiento integral, admisión, terapia prequirúrgica o quirúrgica, producirá un retraso general del tratamiento integral en especial de las terapias de rehabilitación de secuelas como: las de función respiratoria, terapia de habla, masticatoria, deglución, estética y de la dentición.

Este estudio encontró que la ocupación del padre presentaba significancia, se observa que los paciente niños de padres desempleados presentan riesgo de retrasarse en comparación a los menores de padres que tienen trabajo, esto posiblemente se deba a que estar desempleado afecta económicamente la situación de un hogar, dejando de lado gastos como los de transporte y gastos en los que se incurre al buscar atención médica. En este sentido, el estudio de Beltrán en el año 2000 encontró que los padres desempleados eran un grupo menor que significaban solo el 2.9%, mientras que en el estudio de Pons-Bonals y cols, realizado entre el 2011 al 2014 todos los padres tenían empleos. Cabe recalcar que ninguno de los dos estudios menciona si la ocupación de los

padres podría afectar de alguna el tratamiento integral del paciente fisurado el cual incluye la Qx (29,30).

Respecto a la admisión del programa, se puede mencionar la significancia protectora para los pacientes que ingresaron a “CRECIENDO” de forma temporal (antes de los 3 meses) en comparación de los admitidos tardíamente. Se observa que los admitidos de forma temporal se retrasan menos que los que ingresaron de forma tardía. Las FLAPS son malformaciones que requieren ser reparadas tempranamente, en este sentido, el paciente debe ser derivado lo más antes posible y sin retrasos para el inicio de la terapia ortopédica y posteriormente la Qx. Santiago CL y cols en México, reportaron que el 31% de pacientes con FLAPs fueron referidos tardíamente, lo que retraso inicio de los tratamientos requeridos (28).

De los pacientes atendidos en el programa “CRECIENDO”, el 85.81% fueron operados en instituciones médicas, mientras que el 14.19% de ellos fueron operados de Qx en campaña. Si bien es cierto que muchos de los pacientes con FLAPs son operados en campañas, cabe mencionar la necesidad de que los pacientes portadores de FLAPs requieren un trabajo y equipo multidisciplinario que realicen seguimiento del paciente y que afronte las distintas circunstancias pudieran presentarse, lo cual no puede brindarse en un solo acto quirúrgico en una campaña (28). Este estudio también encontró, que el lugar de operación se asoció para el retraso de la Qx. Se pudo observar que los operados en la CDC de la UPCH presentan riesgo de retraso en comparación de los operados en el Instituto Nacional de Salud del Niño, en hospitales del Ministerio de Salud y en clínicas particulares los cuales presentaban menos retraso. Esto posiblemente

se deba a que las primeras operaciones se realizaron en el CDC en los años 2015 y 2016, cuando el programa “CRECIENDO” estaba en piloto e implementación. También debemos mencionar que respecto a las limitantes para la realización de las Qx (factores clínicos, hospitalarios y estomatológicos) se han mostrado significantes para los pacientes que las presentaban en comparación que los pacientes que no los presentaron.

También se encontró que las enfermedades sistémicas y estado nutricional presentan asociación al retraso de Qx. Los pacientes que tenían uno o dos enfermedades sistémicas presentaban mayor riesgo de retraso comparados a los pacientes sin enfermedad sistémicas. En ese mismo sentido, este estudio encontró que los pacientes que presentan anemia, desnutrición y ambos presentan mayor riesgo a operarse tardíamente en comparación que los que no presentan estos problemas de salud. En este sentido debemos mencionar que el paciente candidato a tratamiento de Qx debe estar saludable y con un peso adecuado a su edad. Es importante seguir cuidadosamente la técnica de alimentación y controlar el respectivo y progresivo aumento de peso para que de esta manera pueda iniciar los tratamientos quirúrgicos requeridos reduciendo la posibilidad de complicaciones futuras. Dentro de las complicaciones y riesgos reportados para procedimientos de quirúrgicos en pacientes con FLAP que presentan desnutrición tenemos complicaciones como: retraso de la cicatrización de heridas, inmunosupresión, atrofia muscular, estadías hospitalarias más prolongadas y mayor mortalidad (42). El estudio de Zamora y bauza en pacientes con FLAPs encontraron una mayor prevalencia de malnutrición en grupos de menos de 5 años, siendo los mayormente afectados los menores de 2 años donde encontraron todas las formas de malnutrición (43). Las pesquisas de Montagnoli y cols, de Kaye y cols y la de Miranda y cols coinciden en sus

resultados, al encontrar que los pacientes que tienen fisuras que incluyen el paladar, presentan mayor riesgo de malnutrición y alteraciones en el peso, la talla y el índice de masa corporal, que los pacientes que solo presentan fisuras labiales (44-46).

Como sesgos se entiende que el programa “CRECIENDO” del CDD de la FAEST de la UPCH tiene un enfoque social siendo dirigidos principalmente a pacientes de bajos recursos, sin embargo, existe un porcentaje pequeño de pacientes en mejor estado socioeconómico, lo que podría crear un sesgo al extrapolar los resultados de la población de pacientes con FLAPs para todo el territorio nacional. En ese sentido, es lógico pensar que los resultados son restrictivos para la población de estudio.

En las limitaciones del estudio se encontró a la temporalidad, al ser un estudio retrospectivo, solo se limitó a evaluar datos de la base de datos, historias clínicas y anexos, dejando de lado variables como la justificación u opinión de los padres del porqué del retraso para la Qx. También se podría haber hecho una mejor evaluación de la parte socioeconómica del paciente, así como profundizar en el acceso a la atención que tiene que ver con la distancia, y transporte al lugar de atención. Así mismo, la falta de grupos controles restringen la posibilidad de comparar los resultados y de esta manera contrastarlos. Se debe tener en cuenta que la data usada para este estudio es prepandemia, con lo cual podríamos deducir que la situación socioeconómica, estado nutricional y el acceso a la atención de los pacientes con FLAPs, podría haber empeorado por la pandemia del COVID19.

Sobre las recomendaciones de este estudio, se puede mencionar que la labor de los profesionales de la salud, instituciones sanitarias, estados y gobiernos será siempre la de preservar la salud de la población, actuando eficientemente y acudiendo oportunamente en la resolución de patologías que amenacen la salud pública. Bajo esta premisa, se recomienda que la atención de los pacientes con FLAPs debe iniciar lo más precozmente posible, y tratarse oportunamente en un plan de tratamiento progresivo y multidisciplinario. Cabe mencionar que en el Perú existen instituciones públicas y privadas que brindan tratamientos quirúrgicos en campañas a pacientes con FLAPs, como es el caso del Plan Nacional de Desembalse Quirúrgico “Operación Vida” (financiado por el Seguro integral de salud), en ONGs públicas y privadas, en hospitales del MINSA y del seguro social, entre otras instituciones. Es necesario nuevamente precisar que el tratamiento del paciente con FLAP es multidisciplinario, progresivo y requiere seguimiento y orientación, por lo que recomendamos a todas estas instituciones la creación de programas con planes de tratamientos y terapias integrales para los pacientes con FLAP, que abarquen desde el diagnóstico en la infancia hasta que se alcance la mayoría de edad. Este estudio también se resalta la importancia del factor nutricional y su repercusión en el paciente con FLAP. Se recomienda a las instituciones encargadas de brindar tratamientos a pacientes con FLAP, que es sumamente importante hacer seguimiento y considerar el factor nutricional como un riesgo para el retraso del tratamiento integral. Está comprobado que los pacientes portadores de FLAPs son propensos a padecer de estados nutricionales deficientes asociados a las alteraciones anatómicas orofaciales que de una u otra manera dificultan la alimentación. Tras la realización de esta pesquisa, queda claro que existen factores que se podrían asociar al retraso de las terapias quirúrgicas y no quirúrgicas requeridas por los pacientes con

FLAPs, por lo que se recomienda tenerlas en cuenta al momento de confeccionar programas de atención integral para estos pacientes. “CRECIENDO” es un programa único en el país, presenta un modelo de atención integral para pacientes con FLAP, en este sentido se recomendaría a las instituciones prestadoras de salud estatales y nacionales la creación de programas similares con el objetivo de brindar atención oportuna, de calidad y en el momento adecuado según los requerimientos de cada paciente.

Los estudios relacionados a factores asociados al retraso del procedimiento de queiloplastía son escasos. Este estudio muestra una sola situación puntual de los pacientes atendidos en el programa “CRECIENDO” de la UPCH y no la situación total de todos los pacientes de Perú. Sin embargo, lo hallado es relevante, se evidencia que el retraso de la queiloplastía en pacientes del programa “CRECIENDO” está regida por diversos factores que de una u otra manera, terminan provocando el retraso de la realización de la terapia integral. Se establece por este estudio, que los factores asociados deben tomarse en cuenta en el programa “CRECIENDO” y programas similares, para evitar retrasos del tratamiento integral en pacientes con FLAPs.

VI. CONCLUSIONES

Conclusión general:

Los factores asociados al retraso de la queiloplastía en los pacientes del programa “CRECIENDO” fueron el año de ingreso al programa, lugar de operación, los limitantes para la cirugía, el estado nutricional y las enfermedades sistémicas de los pacientes.

Conclusiones específicas:

Aproximadamente dos tercios de los pacientes con Fisuras Labio alveolo Palatina del Programa “CRECIENDO” entre los años 2015 al 2019, presentaron retraso para la realización de la queiloplastía.

Los factores que no se asociaron al retraso de queiloplastía fueron el lugar de procedencia, estado socioeconómico, vivir con hacinamiento, el tener deudas, tener riesgo en el entorno familiar, grado de instrucción del padre y de la madre, ocupación del padre y de la madre, las limitantes para acceder al lugar de atención, si la operación se realizó en campaña, las condiciones legales, el tipo de fisura y el sexo.

Los procedimientos de queiloplastía realizados en CDD en el año 2016 se retrasaron más en comparación a los que ingresaron el 2017, 2018 y 2019, posiblemente debido al inicio de operaciones del programa “CRECIENDO”. Los operados en el INSN, MINSA y en clínicas particulares se retrasaron menos que los operados en el CDD de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Los ingresantes al programa después de los 3 meses de vida tienen más riesgo de retrasarse respecto a los que ingresaron antes,

también los pacientes que presentaron limitantes para la cirugía de queiloplastía presentaron retraso en comparación de los que no presentaban limitantes. Los pacientes que presentaban una o dos enfermedades sistémicas presentaron mayor riesgo de retraso para la queiloplastía en comparación a los que no tenían ninguna enfermedad. Los factores nutricionales alterados (anemia, bajos de peso y ambos a la vez) se asocian estadísticamente al retraso de la queiloplastía, donde los pacientes que las presentaron tienen mayor riesgo de retraso en comparación a los que estaban con buen estado nutricional.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Queiroz H, Herkrath, F, Rebelo MAB, Vettore MV. Measurement of Health-Related and Oral Health-Related Quality of Life among Individuals with Nonsyndromic Orofacial Clefts: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2015;52(2):157–72. doi:10.1597/13-104
2. Kotova et al. Dentoalveolar arch dimensions in UCPL boys after neonatal cheiloplasty or after lip surgery at the age of 3 to 6 months. *Cleft Palate Craniofac J*. 2019; 56(8):1020-5.
3. Smarius B, et al. Accurate diagnosis of prenatal cleft lip/palate by understanding the embryology. *World J of Methodol*. 2017; 7(3): 93-100.
4. Allam E., Windsor J., Stone C. Cleft lip and palate: Etiology, epidemiology, preventive and intervention strategies. *Anat Physiol*. 2014;4(3):1-6
5. Ford, M. Alison, H. Tastets EU, Cáceres A. Tratamiento de la fisura labio palatina. *Rev Med Las Condes*. 2010;21;16-25.
6. Reyes-Velázquez JO, Osorio-García R. Manejo integral de pacientes con labio y paladar hendido. Artículo de revisión. *Rev Med Oral*, 2011;8:22-25.
7. España-López AJ, Martínez-Plaza, A, Fernández-Valadés R, Guerrero-López C, Cortés-Sánchez R, García-Medina B. Tratamiento ortopédico con moldeador nasoalveolar prequirúrgico en la fisura labiopalatina unilateral. *Rev esp cir oral maxilofac*.2012;34(4):166–71.
8. Wenceslau C. Fissura pré-forame incisivo uni/bilateral e fissura pós-forame incisivo associadas: estudo genético-clínico. *Hospital de Reabilitação de*

anomalias craniofaciais – Bauru [Tesis de maestría]. [Bauru]. Universidade de São Paulo; 2010.

9. Da silva O, et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. Rev Brasileira de Cirurgia. 1992; 82(2): 59-65.
10. Smarius B, Loozen C, Manten W, Bekker M, Pistorius L, Breugem C. Accurate diagnosis of prenatal cleft lip/palate by understanding the embryology. World J Methodol. 2017;7(3):93-100 Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/2222-0682/full/v7/i3/93.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.5662/wjm.v7.i3.93>
11. Bhat N, et al. Cleft Lip and Palate: A Review. Ann Med Health Sci Res. 2020;10:927-30.
12. Palmero PJ y col. Labio y paladar hendido: conceptos actuales. Acta Médica Grupo Ángeles. 2019;17(4):372-9
13. Grayson B, Shetye P. Presurgical nasoalveolar moulding treatment in cleft lip and palate patients. Indian J Plast Surg. 2009;42: 856-61.
14. Mandwe R, et al. Presurgical nasoalveolar remodeling - an experience in the journey of cleft lip and palate. Clin Cosmet Investig Dent. 2015;7:1-7.
15. Retnakumari N, et al. Nasoalveolar molding treatment in presurgical infant orthopedics in cleft lip and cleft palate patients. Rev Yenepoya University. 2014;2(1):36-47.
16. Kotova et al. Dentoalveolar arch dimensions in UCPL boys after neonatal cheiloplasty or after lip surgery at the age of 3 to 6 months. Cleft Palate Craniofac J. 2019; 56(8):1020-5.

17. Rossell P. Tratamiento de la fisura labio palatina. 1ra ed. Lima: Fondo editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
18. Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Creciendo. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. (consultado el 25 de marzo de 2021). Disponible en: <https://faest.cayetano.edu.pe/clinicadentaldocente/index.php/en/creciendo-inicio>
19. Ziak P, et al. Timing of primary lip repair in cleft patients according to surgical treatment protocol. Bratisl Lek Listy. 2010; 111(3):160-2.
20. Hammoudeh J. et al. Early cleft lip repair revisited: A safe and effective approach utilizing a multidisciplinary protocol. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2017; 5(6):e1340.
21. Sigler A. Protocolo para la planificación quirúrgica en las clínicas de labio y paladar hendidos en la zona noroeste de la República Mexicana. Rev Cir Plast IberoLatinoam. 2017;43(3):313-25.
22. Ministerio de Salud. Guía Clínica Fisura Labiopalatina. Santiago de Chile. Minsal; 2009.
23. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.7 en línea]. <<https://dle.rae.es>>
24. Mondragón, S., Carrascal, M., Hernández, D., Sarmiento, O., Fernández, K., y Noriega, M. Caracterización de usuarios con fisura labiopalatina atendidos por Operación Sonrisa en Cartagena. Rev Aret. 2014;14(1):120-126
25. Yáñez-Vico RM, Iglesias-Linares A, Gómez-Mendo I, Torres-Lagares D, González-Moles MÁ, Gutierrez-Pérez JL, Solano-Reina E. A descriptive

- epidemiologic study of cleft lip and palate in Spain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;114(5 Suppl):S1-4. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.07.046. Epub 2012 Jan 27. PMID: 23083948.
26. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet.* 2009;374(9703):1773-85. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60695-4. Epub 2009 Sep 9. PMID: 19747722.
27. Nyarko KA, Lopez-Camelo J, Castilla EE, Wehby GL. Does the relationship between prenatal care and birth weight vary by oral clefts? evidence using South American and United States samples. *J Pediatr.* 2013;162(1):42-9.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.06.040. Epub 2012 Jul 25. PMID: 22835882; PMCID: PMC3485451
28. Santiago CL, Camacho RD, Sánchez JB, et al. Características epidemiológicas y presentación clínica de pacientes con fisura labio palatina ingresados al Centro de Especialidades Odontológicas de mayo 2014 a mayo 2019. *Arch Inv Mat Inf.* 2019;10(2):60-64. doi:10.35366/93506.
29. Beltrán CMD. Características epidemiológicas en pacientes con fisura labiopalatina. *Arch Inv Mat Inf.* 2009;1(3):105-109.
30. Pons-Bonals A, Pons-Bonals L, Hidalgo-Martínez S, Sosa-Ferreyra C. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2017;74(2):107-121. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462017000200107&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2016.11.008>.

31. Duque AM, Estupiñán BA, Huertas PE. Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años. Colomb Med [internet]. 2002; 33(3):108-12. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewArticle/229>.
32. Arévalo M, Sánchez L. Frecuencia de fisura labiopalatal en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso enero 2010 - diciembre 2015 [Trabajo de grado para optar por el título de Licenciado en Fonoaudiología]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.
33. Teissier N, Bennaceur S, Van Den Abbeele T. Tratamiento primario del labio leporino y del paladar hendido. EMC - Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofac. 2016; 17(1):1–14. [https://doi.org/10.1016/S1635-2505\(16\)77703-6](https://doi.org/10.1016/S1635-2505(16)77703-6). doi: [https://doi.org/10.1016/S1635-2505\(16\)77703-6](https://doi.org/10.1016/S1635-2505(16)77703-6)
34. Romero V, Gordillo L. Descripción de la fase preparatoria y fase oral en niños que asistieron a la clínica de labio-paladar fisurado en un hospital público de tercer nivel del suroccidente colombiano entre los años 2014 y 2015 [trabajo de grado para optar el grado de doctor]. Valle del cauca - Cali: Universidad del Valle; 2015.
35. Landa G. Fernández M. Guía de las fisuras labiopalatinas: una patología crónica. Aspanif; 2011.
36. Gallego R. Características y estado nutricional de los pacientes intervenidos de fisura labiopalatina [Trabajo de grado para optar el grado de doctor]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. 2021
37. Garmendia G, Felipe A, Vila D. Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-

- alveolo-palatino. Rev Cubana Estomatol. 2010; 47(2): 143-156. ISSN 0034-7507
38. Ministerio de salud, Gobierno de Chile. Guía Clínica Fisura Labiopalatina. Santiago Min salud; 2009.
 39. Lozada AF, Marroquín AP, Duque AM. Caracterización de pacientes con fisuras labiopalatinas atendidos en el Hospital Universitario del Valle en el periodo 2002-2011. Univ Odontol. 2014 Ene-Jun; 33(70): 79-84
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UO33-70.cpf1>.
doi:10.11144/Javeriana.UO33-70.cpf1
 40. González MC, Téllez-Merchán M, Canchano F, Rojas Y, Trujillo MI. Calidad de vida y salud oral en una población colombiana con labio y/o paladar fisurado. Univ Odontol. 2011; 30(64):73-82.
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/viewArticle/1445>.
 41. Quijano C, Rivas J, Salas I, Salazar M, Sánchez B, Sierra C. Aspectos sociodemográficos y clínicos del Labio Fisurado y Paladar Hendido en una población del suroccidente Colombiano. Archivo Fundación Operación Sonrisa; 2009.
 42. Loáisiga A. Incidencia de las fisuras labio-palatinas y su estado nutricional al nacimiento [Tesis de especialidad]. Leon: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Leon; 2016.
 43. Zamora C, Bauza J. Estado nutricional de niños afectados por fisuras labiopalatinas. Rev Cubana Pediatr. 2013;85(3):295-300. ISSN 0034-7531.
 44. Kaye A, Thaete K, Snell A, Chesser C, Goldak C, Huff H. Initial nutritional

assessment of infants with cleft lip and/or palate: interventions and return to birth weight. *Cleft Palate Craniofac J* 2017; 54: 127-136

45. Montagnoli LC, Barbieri MA, Bettiol H, Marques IL, de Souza L. Growth impairment of children with different types of lip and palate clefts in the first 2 years of life: a cross-sectional study. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81: 461-465
46. Miranda GS, Marques IL, de Barros SP, Arena EP, de Souza L. Weight, length, and body mass index growth of children under 2 years of age with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2016; 53: 264-271.

VIII. TABLAS

Tabla 1. Características de los niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019

Variables		n	%
Momento de queiloplastía			
Temporal (antes de 6 meses)		50	32.26
Retrasado (Más de 6 meses)		105	67.74
Características socioeconómicas			
Procedencia			
Lima y Callao		117	75.48
Provincias		38	24.52
Estado socioeconómico			
No pobre		57	36.77
Pobre		72	46.45
Extremo pobre		26	16.77
Hacinamiento			
Sí		62	40.00
No		93	60.00
Endeudamiento			
Sí		32	20.65
No		123	79.35
Características familiares			
Entorno familiar			
Sin riesgo		117	75.48
Con riesgo		38	24.52
Grado de instrucción madre			
Ninguno		3	1.94
Primaria		17	10.97
Secundaria		86	55.48
Técnica		29	18.71
Universitaria		20	12.90
Grado de instrucción padre			
Ninguno		1	0.78
Primaria		11	8.53
Secundaria		71	55.04
Técnica		34	26.36
Universitaria		12	9.30
Ocupación madre			
Empleado		22	14.29
Desempleado		4	2.60
Trabajador del hogar no remunerado		126	81.82
Estudiante		2	1.30
Ocupación padre			
Empleado		114	88.37
Desempleado		13	10.08
Estudiante		2	1.55
Características de la cirugía			
Año de ingreso al programa			
2015		5	3.23

	2016	23	14.84
	2017	43	27.74
	2018	34	21.94
	2019	50	32.26
Admisión al programa	Temporal (antes de 3 meses)	144	92.90
	Tardío (después de 3 meses)	11	7.10
Lugar de operación	Centro Dental Docente UPCH	22	14.19
	INSN	81	52.26
	MINSA	21	13.55
	Seguridad social (EsSalud)	5	3.23
	Clínica particular	26	16.77
Limitaciones con la cirugía	Sí	35	22.58
	No	120	77.42
Acceso al lugar de atención	Adecuado	112	72.26
	Limitaciones por distancia	38	24.52
	Falta de transporte	5	3.23
Operado en campaña	Sí	22	14.19
	No	133	85.81
Condiciones legales	Adecuado	147	94.84
	Sin documento de identidad	2	1.29
	Sin consentimiento informado	3	1.94
	Sin documentación hospitalaria	3	1.94
Características del niño			
Enfermedades sistémicas (comorbilidades)			
	Ninguna	95	61.29
	Una enfermedad	27	17.42
	Dos enfermedades	23	14.84
	Tres enfermedades	7	4.52
	Cuatro o más enfermedades	3	1.94
Factores nutricionales			
	Normal	110	70.97
	Anemia	9	5.81
	Bajo peso	20	12.90
	Anemia y bajo peso	16	10.32
Tipo fisura			
	Labial derecho	6	3.87
	Labial izquierdo	9	5.81
	BTC	47	30.32
	UTC derecha	43	27.74
	UTC izquierda	48	30.97
	UTI izquierda	2	1.29
Sexo			
	Hombre	106	68.39
	Mujer	49	31.61

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa.

Tabla 2. Momento de la queiloplastía en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019

Variables	Momento de queiloplastía				p	
	Temporal (antes de 6 meses)		Retrasado (Más de 6 meses)			
	n	%	n	%		
Características socioeconómicas						
Procedencia						
	Lima y Callao	35	29.91	82	70.09	0.273*
	Provincias	15	39.47	23	60.53	
Estado socioeconómico						
	No pobre	18	31.58	39	68.42	0.230*
	Pobre	27	37.50	45	62.50	
	Extremo pobre	5	19.23	21	80.77	
Hacinamiento						
	Sí	23	37.10	39	62.90	0.293*
	No	27	29.03	66	70.97	
Endeudamiento						
	Sí	10	31.25	22	68.75	0.891*
	No	40	32.52	83	67.48	
Características familiares						
Entorno familiar						
	Sin riesgo	41	35.04	76	64.96	0.193*
	Con riesgo	9	23.68	29	76.32	
Grado de instrucción madre						
	Ninguno	1	33.33	2	66.67	0.802*
	Primaria	5	29.41	12	70.59	
	Secundaria	25	29.07	61	70.93	
	Técnica	12	41.38	17	58.62	
	Universitaria	7	35.00	13	65.00	
Grado de instrucción padre						
	Ninguno	0	0.00	1	100.00	0.533*
	Primaria	4	36.36	7	63.64	
	Secundaria	21	29.58	50	70.42	
	Técnica	15	44.12	19	55.88	
	Universitaria	3	25.00	9	75.00	
Ocupación madre						
	Empleado	8	36.36	14	63.64	0.749*
	Desempleado	1	25.00	3	75.00	
	Trabajador del hogar no remunerado	41	32.54	85	67.46	
	Estudiante	0	0.00	2	100.00	
Ocupación padre						
	Empleado	41	35.96	73	64.04	0.198*
	Desempleado	2	15.38	11	84.62	
	Estudiante	0	0.00	0	0.00	
Características de la cirugía						
Año de ingreso al programa						

	2015	0	0.00	5	100.00	
	2016	1	4.35	22	95.65	
	2017	16	37.21	27	62.79	0.002**
	2018	14	41.18	20	58.82	
	2019	19	38.00	31	62.00	
Admisión al programa						
	Temporal (antes de 3 meses)	49	34.03	95	65.97	
	Tardío (después de 3 meses)	1	9.09	10	90.91	0.088*
Lugar de operación						
	Centro Dental Docente UPCH	1	4.55	21	95.45	
	INSN	26	32.10	55	67.90	
	MINSA	9	42.86	12	57.14	0.004**
	Seguridad social (EsSalud)	1	20.00	4	80.00	
	Clínica particular	13	50.00	13	50.00	
Limitaciones con la cirugía						
	Sí	4	11.43	31	88.57	
	No	46	38.33	74	61.67	0.003*
Acceso al lugar de atención						
	Adecuado	33	29.46	79	70.54	
	Limitaciones por distancia	16	42.11	22	57.89	0.297*
	Falta de transporte	1	20.00	4	80.00	
Operado en campaña						
	Sí	8	36.36	14	63.64	
	No	42	31.58	91	68.42	0.657*
Condiciones legales						
	Adecuado	48	32.65	99	67.35	
	Sin documento de identidad	1	50.00	1	50.00	
	Sin consentimiento informado	1	33.33	2	66.67	0.637*
	Sin documentación hospitalaria	0	0.00	3	100.00	
Características del niño						
Enfermedades sistémicas (comorbilidades)						
	Ninguna	44	46.32	51	53.68	
	Una enfermedad	2	7.41	25	92.59	
	Dos enfermedades	1	4.35	22	95.65	
	Tres enfermedades	2	28.57	5	71.43	<0.001**
	Cuatro o más enfermedades	1	33.33	2	66.67	
Factores nutricionales						
	Normal	45	40.91	65	59.09	
	Anemia	1	11.11	8	88.89	
	Bajo peso	3	15.00	17	85.00	0.001**
	Anemia y bajo peso	1	6.25	15	93.75	
Tipo fisura						
	Labial derecho	4	66.67	2	33.33	
	Labial izquierdo	3	33.33	6	66.67	0.498*

	BTC	14	29.79	33	70.21	
	UTC derecha	14	32.56	29	67.44	
	UTC izquierda	15	31.25	33	68.75	
	UTI izquierda	0	0.00	2	100.00	
Sexo						
	Hombre	33	31.13	73	68.87	0.659*
	Mujer	17	34.69	32	65.31	

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa. p: Significancia estadística.

*Prueba de Chi-cuadrado. **Prueba de Chi-cuadrado corregida por Yates.

Tabla 3. Factores asociados al retraso de queiloplastía en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa “CRECIENDO” de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019

Variables	Momento de queiloplastía (Retrasado)		
	RP	IC95%	p
Características socioeconómicas			
Procedencia			
Lima y Callao	Ref.		
Provincias	0.86	0.65-1.47	0.309
Estado socioeconómico			
No pobre	Ref.		
Pobre	0.91	0.71-1.17	0.480
Extremo pobre	1.18	0.91-1.53	0.207
Hacinamiento			
Sí	Ref.		
No	1.13	0.89-1.42	0.306
Endeudamiento			
Sí	Ref.		
No	0.98	0.75-1.28	0.890
Características familiares			
Entorno familiar			
Sin riesgo	Ref.		
Con riesgo	1.18	0.94-1.47	0.154
Grado de instrucción madre			
Primaria	Ref.		
Ninguno	0.94	0.40-2.23	0.896
Secundaria	1.01	0.72-1.41	0.977
Técnica	0.83	0.54-1.23	0.401
Universitaria	0.92	0.59-1.44	0.716
Grado de instrucción padre			
Primaria	Ref.		
Ninguno	NR	NR	NR
Secundaria	1.11	0.96-1.77	0.674
Técnica	0.88	0.51-1.50	0.636
Universitaria	1.18	0.68-2.05	0.561
Ocupación madre			
Empleado	Ref.		
Desempleado	1.18	0.62-2.25	0.619
Trabajador del hogar no remunerado	1.06	0.76-1.49	0.735
Estudiante	NR	NR	NR
Ocupación padre			
Empleado	Ref.		
Desempleado	1.32	1.01-1.73	0.043
Estudiante	NR	NR	NR
Características de la cirugía			
Año de ingreso al programa			
2017	Ref.		
2015	NR	NR	NR
2016	NR	NR	NR

	2018	0.94	0.65-1.34	0.725
	2019	0.99	0.72-1.36	0.937
Admisión al programa				
	Temporal (antes de 3 meses)	Ref.		
	Tardío (después de 3 meses)	1.38	1.11-1.72	0.004
Lugar de operación				
	Centro Dental Docente UPCH	Ref.		
	INSN	0.71	0.60-0.85	<0.001
	MINSA	0.60	0.41-0.88	0.008
	Seguridad social (EsSalud)	0.84	0.54-1.31	0.439
	Clínica particular	0.52	0.35-0.78	0.001
Limitaciones con la cirugía				
	No	Ref.		
	Si	1.44	1.19-1.73	<0.001
Acceso al lugar de atención				
	Adecuado	Ref.		
	Limitaciones por distancia	0.82	0.61-1.10	0.192
	Falta de transporte	1.13	0.72-1.79	0.587
Operado en campaña				
	Sí	Ref.		
	No	1.08	0.77-1.51	0.673
Condiciones legales				
	Adecuado	Ref.		
	Sin documento de identidad	0.74	0.19-2.98	0.675
	Sin consentimiento informado	0.99	0.44-2.22	0.980
	Sin documentación hospitalaria	NR	NR	NR
Características del niño				
Enfermedades sistémicas (comorbilidades)				
	Ninguna	Ref.		
	Una enfermedad	1.73	1.39-2.14	<0.001
	Dos enfermedades	1.78	1.45-2.19	<0.001
	Tres enfermedades	1.33	0.80-2.20	0.267
	Cuatro o más enfermedades	1.24	0.55-2.82	0.605
Factores nutricionales				
	Normal	Ref.		
	Anemia	1.50	1.14-1.99	0.004
	Bajo peso	1.44	0.13-1.83	0.003
	Anemia y bajo peso	1.59	1.30-1.94	<0.001
Tipo fisura				
	Labial derecho	Ref.		
	Labial izquierdo	2.00	0.59-6.79	0.266
	BTC	2.11	0.67-6.63	0.203
	UTC derecha	2.02	0.64-6.39	0.230
	UTC izquierda	2.06	0.66-6.50	0.216
	UTI izquierda	NR	NR	NR
Sexo				
	Hombre	Ref.		
	Mujer	0.95	0.75-1.21	0.666

RP: Razón de prevalencias.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%. p: Significancia estadística.

ANEXO 1: Aprobación por ética



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Dirección Universitaria de
**INVESTIGACIÓN, CIENCIA Y
TECNOLOGÍA (DUICT)**

CONSTANCIA 367 - 31- 22

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXENTO**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : Factores asociados al retraso de queiloplastia en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del programa "creciendo" de la Estomatología de la universidad peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019

Código de inscripción : 208305

Investigador principal : Alfaro Pacheco, Carlos Eduardo.

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación, versión recibida el 21 de agosto del 2022.

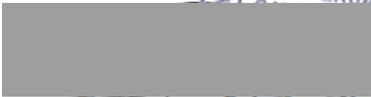
La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador está exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y sólo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **21 de agosto del 2027**.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 22 de agosto del 2022.




Dr. Luis Arturo Pedro Osuna Ugarte
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/cht

Av. Honorio Delgado 430, SMP 15102 
Apartado postal 4314
(511) 319-0000 anexo 201352 
duict@oficinas-upch.pe 
www.cayetano.edu.pe 

ANEXO 2: Aprobación para ejecución



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CAR-FAEST-VD-DAMCIBUM-262-2022

Lima, 14 de diciembre de 2022

Doctor
Carlos Eduardo Alfaro Pacheco
Alumno
Especialidad de Salud Pública Estomatológica
Facultad de Estomatología Roberto Beltrán
Presente.-

Estimado doctor Alfaro:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo y comunicar que su solicitud para realizar su trabajo de investigación, titulado: *"Factores asociados al retraso de queiloplastía en niños portadores de fisura labio alveolo palatina del Programa "CRECIENDO" de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2019"*, ha sido aceptada y cuenta con el acceso al Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales de la Clínica Dental Cayetano Heredia – sede San Martín de Porres, para realizar su mencionado trabajo.

Considerando que usted ya cuenta con la constancia de aprobación de su proyecto emitida por el Comité de Ética, éste sólo debe ejecutarse en el mencionado Servicio, bajo la coordinación de la doctora Lillie Abanto Silva, Coordinadora del Servicio y de su asesor, Dr. Roberto León Manco, docente del Departamento Académico de Odontología Social.

Agradezco su amable atención.

Atentamente,



Mg. Carlos Espinoza Montes
Jefe
Departamento Académico de Medicina y
Cirugía Bucomaxilofacial

c.c.:
- Dra. Lillie Abanto, Coordinadora Servicio EPE.
- Dr. Roberto León, Asesor de Tesis.
CEM/aa.

ANEXOS 3: Instrumento de medición

	Momento de la queiloplastia	Procedencia	Estado socioeconómico	Hacinamiento	Endeudamientos	Entorno familiar	Grado instrucción madre (Variable)	Grado instrucción padre (Variable)	Ocupación madre (Variable)	Ocupación padre (Variable)	Año de ingreso al programa	Admisión al programa	Lugar de operación	Limitantes de la cirugía	Acceso al lugar de atención	Operado en campaña	Condiciones legales	Enfermedades sistémicas	Estado nutricional	Tipo fisura	Sexo	
paciente 1																						
paciente 2																						
paciente 3																						
paciente 4																						
paciente 5																						
paciente 6																						
paciente 7																						
paciente 8																						
paciente 9																						
paciente 10																						
paciente 11																						
paciente 12																						
paciente 13																						
paciente 14																						
paciente 15																						
paciente 16																						
paciente 17																						
paciente 18																						
paciente 19																						
paciente 20																						
paciente 21																						
paciente 22																						
paciente 23																						
paciente 24																						
paciente 25																						
paciente 26																						
paciente 27																						
paciente 28																						
paciente 29																						
paciente 30																						
paciente 31																						
paciente 32																						
paciente 33																						
paciente 34																						
paciente 35																						
paciente 36																						
paciente 37																						
paciente 38																						
paciente 39																						
paciente 40																						
paciente 41																						
paciente 42																						
paciente 43																						
paciente 44																						
paciente 45																						