



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

NECESIDAD DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS CON
FISURA LABIO-ALVEOLO-PALATINA DEL PROGRAMA CRECIENDO DE
LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, 2023

NEED FOR DENTAL TREATMENT IN CHILDREN WITH
CLEFT LIP AND PALATE DENTURE FROM THE CRECIENDO PROGRAM
AT UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, 2023

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

AUTOR

MAYCO JOSE HUANCAS HURTADO

ASESOR

CARLOS EDUARDO ALFARO PACHECO

CO-ASESOR

MARIA CLAUDIA GARCES ELIAS

LIMA-PERÚ

2026

JURADO DE TESIS

Presidente: MG, ESP. CESAR DAVID ROJAS SENADOR

Vocal: MG. ESP. DANIEL KEVIN PEREZ ALVAREZ

Secretario: MG. ESP. KARLA LUCERO AVALOS BALDODANO

Fecha de sustentación: 14 de mayo del 2026

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESOR

MG. ESP. CARLOS EDUARDO ALFARO PACHECO

Departamento Académico de Odontología Social

ID ORCID: 0000-0003-1740-7766

CO-ASESORA

MG. ESP. MARIA CLAUDIA GARCES ELIAS

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0003-4873-7661

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi mamá Elena y hermana Valery, por su apoyo constante,
inspiración y fe en mis sueños siempre.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis asesores por su guía, paciencia y confianza hicieron posible cada
paso de esta investigación conjunta.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no tener fuentes de financiamiento.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El egresado:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	HUANCAS HURTADO MAYCO JOSE

Pertenecientes al programa de **PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA ESTOMATOLÓGICA**, autores del trabajo titulado: **NECESIDAD DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS CON FISURA LABIO-ALVEOLO-PALATINA DEL PROGRAMA CRECIENDO DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, 2023** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA ESTOMATOLÓGICA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	ALFARO PACHECO CARLOS EDUARDO	ESTOMATOLOGÍA	ASESOR
2.	GARCES ELIAS MARIA CLAUDIA	ESTOMATOLOGÍA	CO-ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **16%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3595322507**; fecha de entrega: **15-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 16 de junio del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 44614121
ORCID: 0000-0003-1740-7766

Firma del Co-asesor
N° DNI: 73116720
ORCID: 0000-0003-4873-7661



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y métodos	5
IV. Resultados	11
V. Discusión	13
VI. Conclusiones	18
VII. Referencias bibliográficas	19
VIII Tablas	28
Anexos	44

RESUMEN

Introducción: La fisura labio-alveolo-palatina es una malformación congénita que afecta funciones esenciales y la susceptibilidad a enfermedades bucodentales, que demanda un manejo integral con cirugías, terapias y atención odontológica especializada. El programa Creciendo da atención integral a los niños con esta patología.

Objetivo: Determinar la necesidad de tratamiento en niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y de tipo retrospectivo. La población estuvo conformada por registros de base de datos, historias clínicas digitales y físicas de pacientes atendidos en el 2023. Se realizó análisis descriptivo y bivariado (chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher cuando las frecuencias esperadas <5 ; U de Mann-Whitney para edad). También se utilizó regresión lineal múltiple jerárquica tomando como variable dependiente el número total de necesidades de tratamiento odontológico por paciente. Se informaron los coeficientes, los intervalos de confianza del 95% y los incrementos en R^2 por bloques ($\alpha=0,05$). **Resultados:** Se estudiaron 83 historias clínicas (media de edad $5,57\pm 2,39$ años). La necesidad preventiva fue del 100%, es decir, universal. Las necesidades más frecuentes fueron injerto (77,1%) y tratamiento restaurador (66,3%); y en menor medida endodoncia (10,8%), tratamiento quirúrgico (8,4%), ortodoncia (7,2%), sedación (6,0%) y anestesia general (4,8%). En el análisis bivariable la edad se asoció al tipo de necesidad: en los mayores de 6 años predominó la ortodoncia y cirugía, mientras que el injerto fue más frecuente en los menores o iguales a 6 años ($p<0,001$). No se encontraron asociaciones con el sexo, procedencia, nivel socioeconómico, tipo de fisura ni antecedentes ($p>0,05$). En el modelo multivariable, la asociación con edad no resultó significativa. **Conclusiones:** Se demostró una gran necesidad de atención odontológica, con predominio preventivo. El perfil terapéutico varió según la edad y se observaron asociaciones bivariadas con algunas variables parentales en procedimientos específicos.

Palabras claves: Labio Leporino, Salud Infantil, Atención Dental Para Niños (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Cleft lip–alveolus–palate (CLAP) is a congenital malformation that jeopardizes essential functions and increases the vulnerability to oral diseases. It is more frequent in males in Peru and related to genetic and environmental factors. Complete management required including surgery, therapies and specialised dental care. The Creciendo Program provides comprehensive health care to children with cleft lip–alveolus–palate. **Objective:** To determine treatment needs among children with cleft lip–alveolus–palate enrolled in the Creciendo Program at Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023. **Materials and Methods:** Descriptive, retrospective, cross-sectional study. Descriptive and bivariate analyses were conducted (chi-square or Fisher's exact when expected counts were <5 ; Mann–Whitney U for age comparisons). Then we performed a hierarchical multiple linear regression with total dental treatment needs by patient as the dependent variable. We reported coefficients, 95% confidence intervals, and changes in R^2 across blocks. **Results:** Eighty-three records were assessed (mean age 5.57 ± 2.39 years). The need for prevention was universal (83/83, 100%). The most common needs were grafting (77.1%; 64/83) and restorative treatment (66.3%; 55/83), followed by endodontics (10.8%; 9/83), surgical treatment (8.4%; 7/83), orthodontics (7.2%; 6/83), sedation (6.0%; 5/83) and general anesthesia (4.8%; 4/83). In bivariate analysis, age was related to the type of need: orthodontics and surgery were prevalent in >6 years, while grafting was more frequent in ≤ 6 years ($p < 0.001$). No associations were observed with sex, origin, socioeconomic level, cleft type, or antecedents ($p > 0.05$). In the multivariable hierarchical linear model, the association with age did not remain statistically significant. **Conclusions:** A high need for dental treatment was observed, with a predominance of preventive care. The therapeutic profile varied according to age, and bivariate associations were observed with some parental variables in specific procedures.

Keywords: Cleft lip; Plastic surgery; Oral surgery; Reconstructive surgical procedures (MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

La fisura labio-alveolo-palatina (FLAP) es una malformación congénita caracterizada por la falta de fusión de los tejidos que conforman el labio, el alveolo dental y el paladar durante la cuarta a sexta semana del desarrollo embrionario (1). Esta condición puede variar desde una fisura pequeña en el labio hasta una fisura completa que involucra todas las estructuras anteriormente descritas (2). Las FLAPs no solo afectan la estética facial, sino también funciones esenciales como la alimentación, la fonación y la respiración, además de incrementar la susceptibilidad a enfermedades bucodentales y otitis media recurrente, por lo que presenta una serie de desafíos médicos que inician desde el nacimiento y continúan durante el crecimiento del paciente(3,4).

Las FLAPs son una de las malformaciones craneofaciales más comunes en el mundo, con una incidencia de 1 en cada 700 nacimientos a nivel mundial (5). En Latinoamérica, las tasas varían entre 1.2 a 2.5 por cada 1,000 nacidos vivos, dependiendo de factores geográficos y étnicos (6). En Perú, una investigación retrospectiva realizada entre el año 2006 a 2019, señala que el diagnóstico más frecuente fue la fisura palatina y se da con mayor frecuencia en los varones, además el labio hendido se identificó con mayor frecuencia en el lado izquierdo (7). La etiología es multifactorial y está asociada a factores genéticos y ambientales como el consumo de tabaco o la exposición a ciertos medicamentos durante el embarazo (8).

Los niños con FLAPs tienen una mayor predisposición a diversas patologías bucodentales debido a la alteración en la formación del maxilar y el paladar. Las caries

dentales y la maloclusión son frecuentes debido a la dificultad en la higiene oral y la posición anómala de los dientes (9). Además, estos pacientes presentan una mayor incidencia de gingivitis y periodontitis por una frecuencia mayoritaria de microorganismos como *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* y *Tannerella forsythia* (10).

La presencia de dientes supernumerarios es más alta en esta población, sobre todo en los varones, siendo estos dientes de tamaño reducido, con estructura anormal, inclinación incorrecta y una fase de desarrollo retrasada (11). Además, se han reportado casos de agenesia dental, microdoncia, taurodontismo, defectos del esmalte, transposición dentaria e impactación dental (12).

El manejo de las FLAPs es integral y multidisciplinario, abarcan múltiples terapias como intervenciones, quirúrgicas odontológicas, psicológicas ortodónticas, ortopédicas y logopédicas (13,14). Es así como, desde los primeros meses de vida el tratamiento incluirá reparación quirúrgica del labio entre los 3 y 6 meses de edad y del paladar alrededor del primer año de vida previo tratamiento ortopédico procedimientos. Posteriormente las terapias de rehabilitación del habla, masticación y deglución serán progresivas según la edad y necesidades del paciente (15).

El tratamiento dental en pacientes con FLAPs requiere un enfoque especializado. Se deben realizar intervenciones ortodónticas tempranas con personal especializado para corregir la maloclusión y preparar el maxilar para futuras cirugías ortognáticas (16). Además, es esencial implementar programas intensivos de higiene oral para prevenir caries y enfermedades periodontales. En algunos casos, se realizan injertos óseos para

la corrección del alveolo, y en la etapa adulta pueden ser necesarias prótesis o implantes dentales (17). El seguimiento dental debe ser constante a lo largo de la vida para garantizar una salud bucodental óptima (18).

El Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia se enfoca en ofrecer atención integral a niños con FLAPs desde las etapas más tempranas de su desarrollo. Este programa adopta un enfoque multidisciplinario que abarca cirugías reconstructivas, rehabilitación del lenguaje, tratamientos odontológicos especializados y apoyo psicológico integral (19). Además, se enfoca en la formación de profesionales especializados en el tratamiento de esta condición, promoviendo la investigación en este campo y el acceso a tratamientos de alta calidad para la población de escasos recursos (20).

El propósito de esta investigación fue identificar las necesidades de tratamiento en los niños con FLAPs atendidos por el Programa Creciendo. La justificación radicó en la importancia de brindar un tratamiento integral y continuo que no solo aborde las malformaciones físicas, sino también las complicaciones bucodentales asociadas, lo cual puede contribuir a mejorar la atención especializada para estos pacientes. Bajo esta circunstancia cabe preguntar: ¿Cuáles son las necesidades de tratamiento odontológico en los niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo, 2023?

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la necesidad de tratamiento en niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023.

Objetivos Específicos:

1. Determinar las características de los niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023.
2. Determinar las necesidades de tratamiento según las características de los niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023.
3. Analizar en qué medida los antecedentes de salud, las características sociodemográficas y la información de los padres explican la variación en la necesidad de tratamiento odontológico en niños con fisura labio-alvéolo-palatina del Programa Creciendo, 2023.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio de tipo transversal, con diseño descriptivo y retrospectivo.

Población

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de las 83 historias clínicas de pacientes pediátricos con fisura labio-alvéolo-palatina atendidos en el Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los meses de noviembre y diciembre de 2023. Para la recolección de la información se revisaron historias clínicas en formato físico y digital, así como anexos, archivos complementarios y bases de datos institucionales del programa. Debido a que se trabajó con la totalidad de registros disponibles que cumplían los criterios de selección, no se realizó cálculo muestral ni procedimiento de muestreo, considerándose un estudio censal.

Criterios de selección

Se consideraron como criterios de inclusión las historias clínicas (digitales y/o físicas) correspondientes a dichos pacientes; en cambio, se excluyeron aquellas que presentaron información incompleta o faltante en variables de estudio.

Operacionalización de las variables (Anexo 1)

A continuación, se describen las variables incluidas en el estudio. La definición operativa, componentes, indicadores y categorías correspondientes se detallan en la tabla de Operacionalización presentada en los anexos.

Necesidad de tratamiento odontológico:

Se definió como el requerimiento de atención odontológica consignado en la evaluación clínica de los niños con fisura labio-alvéolo-palatina atendidos en el Programa Creciendo. Esta información fue obtenida de la base de datos clínica del programa correspondiente a las evaluaciones realizadas en noviembre y diciembre de 2023. Para el análisis descriptivo y bivariado, la variable se evaluó a través de sus componentes específicos: tratamiento restaurador, preventivo, endodóntico, quirúrgico, injerto, ortodóntico, sedación y anestesia general, registrados de forma dicotómica (sí/no). Para el análisis multivariado, se construyó una variable cuantitativa correspondiente al número total de necesidades de tratamiento odontológico por paciente, obtenida mediante la suma de los componentes registrados.

Tipo de fisura:

Se definió como la clasificación clínica de la fisura labio-alvéolo-palatina según su presentación anatómica consignada en la historia clínica. Fue considerada una variable cualitativa politómica nominal.

Antecedentes patológicos:

Se definieron como el número de patologías, trastornos o condiciones de salud registradas en la historia clínica del paciente. Fue considerada una variable cualitativa ordinal, categorizada según la cantidad de antecedentes reportados.

Edad:

Se definió como el tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el

momento de la atención registrada en el periodo de estudio, expresado en años. Fue considerada como variable cuantitativa continua y, para algunos análisis, también se categorizó en grupos de edad. Para el análisis categórico, la edad se dicotomizó según la mediana de la distribución (6 años), clasificándose en niños de hasta 6 años y mayores de 6 años.

Sexo:

Se definió como la condición biológica consignada en la historia clínica del paciente. Fue considerada una variable cualitativa dicotómica nominal.

Procedencia:

Se definió como el lugar de residencia o zona de procedencia del paciente registrada en la historia clínica. Fue considerada una variable cualitativa politómica nominal.

Categorización socioeconómica:

Se definió como la clasificación socioeconómica del hogar consignada en los registros del programa. Fue considerada una variable cualitativa politómica ordinal.

Ocupación del padre y de la madre:

Se definieron como la actividad laboral referida para cada progenitor en los registros clínicos o administrativos revisados. Ambas fueron consideradas variables cualitativas politómicas nominales.

Grado de instrucción del padre y de la madre:

Se definieron como el máximo nivel educativo alcanzado por cada progenitor, según lo consignado en los registros revisados. Ambas fueron consideradas variables cualitativas politómicas ordinales.

Técnicas y procedimientos

Para llevar a cabo la investigación, se gestionó la aprobación del proyecto ante la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, Estomatología y Enfermería, así como ante el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEI-UPCH). Una vez obtenidas las autorizaciones, se presentó una solicitud formal al director del CDD-UPCH con los objetivos del estudio y se coordinó con el equipo logístico del centro el acceso a la base de datos (ANEXO 3). Se elaboró el instrumento de recolección de datos (ANEXO 4) en una hoja de cálculo, en la cual cada variable se registró en una columna, mientras que la información de los pacientes se organizó en las filas. La información sobre la necesidad de tratamiento se recolectó a partir de la base de datos primaria del Programa *Creciendo* correspondiente a la evaluación realizada en los meses de noviembre y diciembre del 2023. Los datos clínicos, sociodemográficos y la información de los padres fueron obtenidos de las historias clínicas físicas y digitales, así como de las bases de datos y anexos del programa *creciendo*. Toda la información recolectada fue transcrita al instrumento de medición (ANEXO 4) en un archivo de Microsoft Excel 2019. Durante este proceso se realizó la codificación, depuración y anonimización de los registros, con el fin de asegurar tanto la validez de los datos como la confidencialidad de la información de los pacientes.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó con el programa STATA versión 18.0. En primer lugar, se efectuó un análisis descriptivo de las variables de estudio. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas, mientras que para la edad en años se estimó la media y la desviación estándar.

Luego se realizó el análisis bivariado para evaluar la asociación entre las características de los pacientes y los diferentes tipos de necesidad de tratamiento odontológico. Para ello se utilizó la prueba de chi cuadrado y cuando correspondía por la presencia de frecuencias esperadas menores de 5, la prueba exacta de Fisher. Para la edad, variable cuantitativa, se empleó la prueba U de Mann-Whitney para comparar su distribución según la presencia o ausencia de necesidad de tratamiento odontológico específico.

Antes de aplicar la regresión lineal, se hizo una transformación logarítmica al número total de necesidades para corregir la asimetría y acercar la normalidad de los residuos, y se comprobaron los supuestos del modelo.

Por último, se llevó a cabo un análisis multivariado mediante regresión lineal múltiple jerárquica. El número total de necesidades de tratamiento odontológico por paciente, que se obtuvo sumando los componentes registrados de tratamiento restaurador, preventivo, endodóntico, quirúrgico, injerto, ortodóntico, sedación y anestesia general, fue la variable dependiente. Las variables independientes se introdujeron en bloques: bloque 1, antecedentes de salud; bloque 2, características sociodemográficas; y bloque 3, antecedentes de los padres. Se reportaron coeficientes no estandarizados, coeficientes estandarizados, intervalos de confianza al 95 % e incrementos de R^2 por bloque. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

En cuanto a los aspectos éticos, se gestionó la autorización ante la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología y posterior aprobación del CIEI-UPCH (ANEXO 2). Se codificó toda la información proporcionada por el Centro Docente Dental-UPCH para asegurar el anonimato de los registros de historias clínicas y se utilizó sólo para fines de investigación. Los datos se guardaron de forma segura en una hoja de cálculo de Excel encriptada para proteger su confidencialidad (ANEXO 4).

IV. RESULTADOS

En la población (n=83), la totalidad de los niños presentó necesidad de tratamiento preventivo. Además, fueron frecuentes el injerto (77,1%; 64/83) y el tratamiento restaurador (66,3%; 55/83); mientras que el tratamiento endodóntico (10,8%; 9/83), el tratamiento quirúrgico (8,4%; 7/83), el ortodóntico (7,2%; 6/83), la sedación (6,0%; 5/83) y la anestesia general (4,8%; 4/83) se observaron en menor proporción. La edad promedio fue 5.57 ± 2.39 años. Aquellos que requirieron tratamiento quirúrgico fueron de más de 6 años (7.29 ± 1.60 vs 5.41 ± 2.39 años; $p=0.009$); además, la necesidad de tratamiento ortodóntico fue más frecuente en los mayores de 6 años (11.00 ± 3.46 vs 5.14 ± 1.68 ; $p=0.001$). En contraste, el injerto se vinculó con tener menos de 6 años (4.92 ± 2.28 vs 7.74 ± 1.10 ; $p=0.001$). Al categorizar la edad, el tratamiento quirúrgico y el ortodóntico fueron más frecuentes en mayores de 6 años (5/22; 22,7%) vs ≤ 6 años (2/61; 3,3%) y (5/22; 22,7%) vs (1/61; 1,6%), respectivamente; $p=0.005$ y $p=0.001$, mientras que el injerto predominó en aquellos con menos de 6 años (61/61; 100%) vs >6 años (3/22; 13,6%; $p=0.001$) (Tabla 1a).

Los distintos tipos de fisura y los antecedentes patológicos no mostraron asociación estadísticamente significativa con las distintas necesidades de tratamiento (todas $p>0.05$), aunque se observó una diferencia no significativa para ortodoncia según tipo de fisura ($p=0.058$). Tampoco se encontraron diferencias según sexo, procedencia, categorización socioeconómica ni edad de ingreso al programa (todos $p>0.05$) (Tabla 1b).

En cuanto a la información de los padres, se encontraron asociaciones bivariadas entre la ocupación de la madre, la ocupación del padre y el grado de instrucción del padre con

la necesidad de injerto ($p < 0.05$). La sedación también mostró asociación con el grado de instrucción del padre ($p = 0.029$). Sin embargo, estas asociaciones se deben interpretar con precaución ya que no se identificaron predictores independientes estadísticamente significativos en el análisis multivariado (Tabla 1c).

En el análisis multivariado jerárquico, la variable dependiente fue el número total de necesidades de tratamiento odontológico por paciente, que se calculó sumando los diferentes tipos de tratamiento requeridos. Las variables independientes se fueron incorporando progresivamente en bloques, con el fin de evaluar el aporte explicativo de cada grupo de variables sobre la variabilidad del desenlace. El Modelo 1 compuesto por los antecedentes de salud tuvo una baja capacidad explicativa y no mostró asociaciones estadísticamente significativas. En el Modelo 2, el agregado de las variables sociodemográficas incrementó ligeramente la varianza explicada, pero las asociaciones observadas no fueron estadísticamente significativas. Por último, en el Modelo 3, al incluir variables referentes a la información de los padres no hubo cambios significativos en la capacidad explicativa del modelo, ni tampoco se pudieron hallar predictores independientes asociados con la necesidad de tratamiento odontológico. En conjunto, los modelos jerárquicos analizados mostraron una capacidad limitada para explicar la variabilidad del número total de necesidades de tratamiento odontológico en la población estudiada, lo cual sugiere que otros factores clínicos o contextuales no incluidos en el análisis podrían influir en dicha variación (Tabla 2).

V. DISCUSIÓN

En la presente investigación el hallazgo de que todos los niños evaluados necesitaran tratamiento preventivo debe interpretarse en el contexto asistencial del Programa Creciendo, donde la prevención es un componente sistemático y protocolizado del abordaje odontológico integral de pacientes con fisura labioalvéolo-palatina. En este sentido, la indicación universal de tratamiento preventivo no necesariamente refleja la presencia de enfermedad bucodental activa en todos los casos, sino más bien la aplicación de estrategias orientadas a disminuir el riesgo de caries dental, enfermedad periodontal y otras complicaciones orales asociadas a esta condición craneofacial. Este enfoque preventivo también obedece a la mayor susceptibilidad que presentan estos pacientes como consecuencia de las alteraciones anatómicas, funcionales y de higiene oral, que son descritas con frecuencia en la literatura.

Esta carga asistencial fue concordante con una revisión efectuada por Wu et al. (10) en año 2022 en China y un metaanálisis ejecutado por Grewcock et al. (21) en el año 2022 en Inglaterra que mostraron mayor experiencia de caries y problemas periodontales en población con fisura respecto a pares sin fisura, justificando protocolos intensivos de prevención y control desde edades tempranas. Además, se mencionó que el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños y adolescentes con fisura fue desfavorable, coincidiendo con la alta demanda de atención local, como señalaron De Oliveira et al. (22) en el año 2023 en Brasil.

La mayor indicación de ortodoncia y procedimientos quirúrgicos en escolares y preadolescentes coincidió con la cronología terapéutica difundida internacionalmente: el injerto óseo alveolar secundario se programó, clásicamente, entre los 8–12 años posteriores a la expansión maxilar. Reafirmando dicho marco, revisiones recientes

también exploraron los materiales y las evaluaciones volumétricas contemporáneas (23–26). En paladar hendido aislado, el ensayo TOPS (Timing Of Primary Surgery) de Gamble et al. (27) realizado en Inglaterra en 2023, mostró que la palatoplastia primaria a los 6 meses redujo el riesgo de insuficiencia velofaríngea a los 5 años frente a la cirugía a los 12 meses, reforzando que demoras quirúrgicas impactaron el desempeño del habla. En esta investigación no se observaron diferencias significativas por sexo en la necesidad de tratamiento odontológico. La literatura reciente describió diferencias por sexo en prevalencia y tipo de fisura (labio paladar hendido más frecuente en varones, paladar hendido aislado relativamente más en mujeres), y reportó variaciones de impacto psicosocial según sexo; sin embargo, estos patrones no se tradujeron de forma consistente en diferencias de requerimientos odontológicos en todos los contextos, lo que permitió interpretar la ausencia de diferencias locales como plausible (28).

No se hallaron diferencias por procedencia en la necesidad de tratamiento odontológico, aunque la bibliografía señaló que ruralidad y distancias mayores a una hora del centro de salud se asociaron a menor acceso o trayectorias terapéuticas fuera del estándar, con potenciales retrasos (29,30).

Aunque no se encontraron asociaciones con el nivel socioeconómico, este resultado podría explicarse por características del modelo de atención del Programa Creciendo, tales como el seguimiento programado, la atención multidisciplinaria, la captación temprana y la continuidad del control clínico. Estas condiciones podrían ayudar a disminuir las diferencias observables entre estratos sociales en la población que se atiende, pero esta interpretación debe tomarse con precaución y exigiría estudios comparativos en otros contextos.

Al respecto, Kalmar et al. (31), en un estudio en Estados Unidos en 2023, reportaron

retrasos quirúrgicos y peores desenlaces del lenguaje en contextos de mayor desventaja socioeconómica, medidos por índices de privación o por ingresos y aseguramiento. Además, Eljamri et al. (32) en Estados Unidos en 2025, informaron una intervención más temprana en barrios menos desfavorecidos en pacientes con fisura submucosa y disfunción velofaríngea.

No se registraron asociaciones estadísticamente significativas en la población del estudio entre antecedentes (comorbilidades) y la necesidad de tratamiento odontológico; sin embargo, estudios recientes señalaron que pacientes sindrómicos requirieron con mayor frecuencia cirugía para insuficiencia velofaríngea y presentaron trayectorias funcionales más complejas (33). En paladar hendido, la otitis media con derrame y la pérdida auditiva conductiva, persistente constituyeron determinantes clave del lenguaje, respaldando tamizajes audiológicos periódicos y el uso de tubos de ventilación según guías (34). Por otra parte, resultados de la investigación de Kahramangil et al. (35) realizado en Estados Unidos en el 2025, mostraron que comorbilidades médicas se asociaron a mayores demoras en reparación de labio y paladar, reforzando la necesidad de optimización preoperatoria (nutrición, vía aérea, infecciones).

La investigación no encontró asociaciones consistentes entre el tipo de fisura y la necesidad de tratamiento odontológico. Sin embargo, van der Knaap-Kind et al. (36) reportaron que el tipo de fisura y factores de posición social pueden modular el riesgo de caries en dentición primaria, lo que respalda la intensificación preventiva en fisuras más extensas y en contextos de mayor vulnerabilidad. Asimismo, De Souza et al. (37) han señalado que en fisuras unilaterales el manejo ortodóntico debe estructurarse en etapas, en estrecha coordinación con la planificación del injerto alveolar. Probablemente, estas secuencias no se reflejen como diferencias globales cuando el

programa aplica protocolos uniformes; en ese contexto, las variaciones se expresan más en el tipo y momento del procedimiento que en la presencia o ausencia de necesidad.

En el estudio se observaron asociaciones bivariadas entre algunas variables parentales y algunos procedimientos odontológicos, en especial el injerto y la sedación. Estos resultados podrían estar relacionados con diferencias en alfabetización en salud, adherencia al tratamiento, cumplimiento de indicaciones clínicas o acceso oportuno a controles, sin embargo, deben interpretarse con cautela debido al tamaño muestral y el carácter exploratorio del análisis. También se debe precisar que el modelo multivariado jerárquico evaluó la carga global de tratamiento, medido como la cantidad total de necesidades odontológicas por paciente, y no cada necesidad específica de forma independiente. De ahí que la falta de predictores significativos en dicho modelo no descarte la existencia de factores asociados a procedimientos concretos, como injerto o sedación. Para confirmar predictores independientes de estas necesidades específicas, se necesitarían modelos logísticos separados por tipo de tratamiento. Por lo tanto, los resultados indican la necesidad de reforzar la educación a cuidadores y el apoyo familiar dentro del programa.

Los modelos jerárquicos mostraron poca varianza explicada y ausencias de predictores significativos, lo que sugiere que la necesidad de tratamiento, en este contexto programático, no se explica apreciablemente por los antecedentes de salud, la sociodemografía y la información de los padres. La tendencia a una mayor necesidad con mayor edad de ingreso refuerza la prioridad de la captación y prevención temprana. Estos resultados coinciden con el predominio observado de forma preventiva y con la posibilidad de que factores clínicos específicos (gravedad de la fisura, hallazgos orales, historial de controles) o un tamaño de muestra mayor proporcionen una mejor

discriminación.

Dentro de las limitaciones sobresalen los aspectos metodológicos y contextuales. En primer lugar, el diseño transversal y retrospectivo imposibilita establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, restringiendo la interpretación a asociaciones estadísticas. Otra limitación fue el tamaño de la población, ya que a pesar de haber trabajado con la totalidad de los registros disponibles en el año 2023, el número de casos fue reducido en algunas categorías, lo que disminuyó el poder estadístico para detectar diferencias en variables específicas. Por último, el estudio se limitó al Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, lo cual restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros contextos.

A partir de los hallazgos, se recomienda fortalecer los programas de prevención y educación dirigidos tanto a pacientes como a cuidadores, destacando su implementación en los primeros años de vida, a fin de reducir la necesidad de tratamientos complejos en edades posteriores. Es fundamental estandarizar y mejorar la calidad de los registros clínicos para que la información esté más completa y comparable para futuras investigaciones. También, se recomienda que el estudio se amplíe a otros centros de atención de fisura labioalveolopalatina, con diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución de las necesidades terapéuticas en el tiempo.

VI. CONCLUSIONES

Conclusión general:

Se demostró una alta necesidad de tratamiento odontológico en niños con fisura labio-alvéolo-palatina atendidos en el Programa Creciendo, con predominio del componente preventivo, seguido del injerto y del tratamiento restaurador.

Conclusiones específicas:

La población evaluada estuvo constituida en su mayoría por niños en primera infancia, con predominio del sexo masculino; la procedencia correspondió en su mayoría a Lima Metropolitana, y se observó concentración en estratos socioeconómicos vulnerables. Asimismo, la mayoría de los niños ingresaron al Programa Creciendo durante los primeros seis meses de vida, lo que sugiere un ingreso temprano y un seguimiento organizado.

Las necesidades de tratamiento fueron diferentes según el tipo de procedimiento. Los tratamientos de ortodoncia y los quirúrgicos fueron más frecuentes en los mayores de 6 años, mientras que el injerto predominó en los menores o iguales a 6 años. En el análisis bivariado se observaron asociaciones entre algunas variables parentales y procedimientos específicos, pero éstas no quedaron confirmadas como predictores independientes en el análisis multivariado.

Por medio del análisis jerárquico, no se encontraron asociaciones concluyentes entre antecedentes de salud, características sociodemográficas e información de los padres con la necesidad de tratamiento odontológico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joos U. Cleft lip, alveolus and palate: Defect or dislocation malformation? Importance of adopting a physiological concept for surgical repair in achieving optimal outcomes in LMICs. Part 1: Physiological processes in facial development. *J Oral Biol Craniofac Res* [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];12(1):192-198. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34950563/> doi: 10.1016/j.jobcr.2021.11.001
2. Adetayo AM, Taiwo AO, Adetayo MO, Salami OF. Effect of Cleft Types on Outcome of Unilateral Cleft Lip Repair. *Ann Maxillofac Surg* [Internet]. 2020 [citado el 25 de septiembre de 2024];10(2):297-303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33708571/> doi: 10.4103/ams.ams_293_20
3. Pasini M, Cagidiaco I, Fambrini E, Miceli M, Carli E. Life Quality of Children Affected by Cleft Lip Palate and Alveolus (CLPA). *Children* [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];9(5):757. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35626934/> doi: 10.3390/children9050757
4. Paradowska-Stolarz A, Mikulewicz M, Duś-Ilnicka I. Current Concepts and Challenges in the Treatment of Cleft Lip and Palate Patients—A Comprehensive Review. *J Pers Med* [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];12(12):2089. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36556309/> doi: 10.3390/jpm12122089
5. Putri FA, Pattamatta M, Anita SES, Maulina T. The Global Occurrences of Cleft Lip and Palate in Pediatric Patients and Their Association with Demographic Factors: A Narrative Review. *Children* [Internet]. 2024 [citado el 25 de septiembre de 2024];11(3):322. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38539356/> doi: 10.3390/children11030322

6. Silva Espinosa A, Martinez JC, Molina Y, Bermúdez Gordillo MA, Ramos Hernández D, Zárate Rivera D, et al. Clinical and Descriptive Study of Orofacial Clefts in Colombia: 2069 Patients From Operation Smile Foundation. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];59(2):200–208. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33736479/> doi: 10.1177/10556656211000551.
7. Peña-Soto C, Arriola-Guillén LE, Díaz-Suyo A, Flores-Fraile J. Clinical and epidemiological profile of cleft lip and palate patients in Peru, 2006 – 2019. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2021 [citado el 25 de septiembre de 2024];13(11):e1118-e1123. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34824698/> doi: 10.4317/jced.58976
8. Vyas T, Gupta P, Kumar S, Gupta R, Gupta T, Singh HP. Cleft of lip and palate: A review. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020 [citado el 25 de septiembre de 2024];9(6):2621-2625. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32984097/> doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_472_20
9. Okoye L, Onah I, Ekwueme O, Agu K. Pattern of malocclusion and caries experience in unrepaired cleft lip and palate patients in Enugu. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2020 [citado el 25 de septiembre de 2024];23(1):59–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31929208/> doi: 10.4103/njcp.njcp_249_19
10. Wu Q, Li Z, Zhang Y, Peng X, Zhou X. Dental caries and periodontitis risk factors in cleft lip and palate patients. *Front Pediatr* [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];10:1092809. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9846248/> doi: 10.3389/fped.2022.1092809
11. Lasota A, Siebieszuk W, Pastuszak P, Mostowska A. The Prevalence and Morphology of Supernumerary Teeth in Children With Nonsyndromic Cleft Lip and

Palate. Cleft Palate Craniofac J [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];59(7):867–872. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10556656211027750>

12. Marzouk T, Alves IL, Wong CL, DeLucia L, McKinney CM, Pendleton C, et al. Association between Dental Anomalies and Orofacial Clefts: A Meta-analysis. JDR Clin Trans Res [Internet]. 2021 [citado el 25 de septiembre de 2024];6(4):368–381. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219486/> doi: 10.1177/2380084420964795

13. Lindeborg MM, Shakya P, Pradhan B, Rai SK, Gurung KB, Niroula S, et al. A task–shifted speech therapy program for cleft palate patients in rural Nepal: Evaluating impact and associated healthcare barriers. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. 2020 [citado el 25 de septiembre de 2024];134:11026. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272376/> doi: 10.1016/j.ijporl.2020.110026

14. Lentge K, Lentge F, Zeller AN, Gellrich NC, Tavassol F, Korn P, et al. Cleft lip and palate: the psychological burden of affected parents during the first three years of their children’s lives. Int J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];51(11):1462–1468. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35513959/> doi: 10.1016/j.ijom.2022.04.003

15. Wadde K, Chowdhar A, Venkatakrishnan L, Ghodake M, Sachdev SS, Chhapane A. Protocols in the management of cleft lip and palate: A systematic review. J Stomatol Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2023 [citado el 25 de septiembre de 2024];124(2):101338. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36410660/> doi: 10.1016/j.jormas.2022.11.014

16. Stonehouse-Smith D, Rahman ANAA, Mooney J, Bellardie H. Occlusal Outcome

of Orthodontic Treatment for Patients With Complete Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];59(1):79–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33757373/> doi: 10.1177/1055665621996116

17. Mundra LS, Lowe KM, Khechoyan DY. Alveolar Bone Graft Timing in Patients With Cleft Lip & Palate. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];33(1):206– 210. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34967522/> doi: 10.1097/scs.00000000000007890

18. Gustafsson C, Heliövaara A, Leikola J. Long-Term Follow-up of Unilateral Cleft lip and Palate: Incidence of Speech-Correcting Surgeries and Fistula Formation. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];59(12):1537. Disponible en: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9585542/#:~:text=Altogether%20110%20children%20\(37.9%25\),%25%20\(n%20%3D%2055\).](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9585542/#:~:text=Altogether%20110%20children%20(37.9%25),%25%20(n%20%3D%2055).) doi:10.1177/10556656211055641

19. Gonzales Colán LV, Tafur Becerra DE. Fisuras labio alveolo palatina prevalentes en los pacientes del programa “Creciendo” de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 2015-2018 [Tesis de pregrado en Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. 44 p. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7209/Fisuras_Gonzales_Colan_Lucero.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

20. Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP suscribe convenio de cooperación con la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. 2017 [citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/inmp/noticias/323358-inmp-suscribe-convenio-decooperacion-con-la-facultad-de-estomatologia-de-la-universidad-peruana-cayetanoheredia>.

21. Grewcock RE, Innes NP, Mossey PA, Robertson MD. Caries in children with and without orofacial clefting: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* [Internet]. 2022 [citado el 2 de septiembre de 2025];28(5):1400. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9314085/>. doi: 10.1111/odi.14183
22. de Oliveira Júnior AG, Montagna E, Zaia V, Barbosa CP, Bianco B. Oral health-related quality of life in patients aged 8 to 19 years with cleft lip and palate: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health* [Internet]. 2023 [citado el 2 de septiembre de 2025];23(1):1–16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37716942/> doi: 10.1186/s12903-023-03382-4.
23. Kim J, Jeong W. Secondary bone grafting for alveolar clefts: surgical timing, graft materials, and evaluation methods. *Arch Craniofac Surg* [Internet]. 2022 [citado el 2 de septiembre de 2025];23(2):53. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9081425/>. doi: 10.7181/acfs.2022.00115
24. Verdier E, Azzis O, Marchand M, Jeanne S, Lebullenger R, Gatibelza ME, et al. Secondary alveolar bone grafting of clefts using bioactive glass 45S5: Long-term dental and periodontal status. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* [Internet]. 2025 [citado el 2 de septiembre de 2025];168(3):339–347. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889540625001556>. doi: 10.1016/j.ajodo.2025.04.007
25. Saraswati I, Priaminiarti M, Nakamura N, Kiswanjaya B, Ariawan D, Suhartanto H.

Volumetric Measurement of Alveolar Clefts for Bone Graft Planning: A Systematic Review. *Open Dent J* [Internet]. 2025 [citado el 2 de septiembre de 2025];19(1): e18742106389355. Disponible en:

<https://opendentistryjournal.com/VOLUME/19/ELOCATOR/e18742106389355/FULLTEXT/>. doi: 10.2174/0118742106389355250611102139

26. Miguel-Escribano A, Galletti C, de Quixano-Bardaji J, Real-Voltas F, Fiorillo L, Cuevas-Nunez M, et al. Options for Regenerative Treatment with Bone Grafts in Children with Anterior Lip/Palate Cleft—A Review. *Children* [Internet]. 2025 [citado el 2 de septiembre de 2025];12(5):559. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/12/5/559> doi: 10.3390/children12050559

27. Gamble C, Persson C, Willadsen E, Albery L, Soegaard Andersen H, Zattoni Antoneli M, et al. Timing of Primary Surgery for Cleft Palate. *N Engl J Med* [Internet]. 2023 [citado el 2 de septiembre de 2025];389(9):795–807. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37646677/>. doi: 10.1056/NEJMoA2215162

28. Putri FA, Pattamatta M, Anita SES, Maulina T. The Global Occurrences of Cleft Lip and Palate in Pediatric Patients and Their Association with Demographic Factors: A Narrative Review. *Children* [Internet]. 2024 [citado el 2 de septiembre de 2025];11(3):322. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38539356/> doi: 10.3390/children11030322

29. Ebrahim A, Sinha S, Adedipe I, Ahmad A, Amyotte M, Yang L, et al. Rurality predisposes departure from gold-standard care, leading to delayed or accelerated access to surgery: insights from a scoping review. *Can J Surg* [Internet]. 2025 [citado el 2 de septiembre de 2025];68(1):E17–E31. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11684926/>. doi:10.1503/cjs.000124

30. Peck CJ, Parsaei Y, Lattanzi J, Gowda AU, Yang J, Lopez J, et al. The Geographic Availability of Certified Cleft Care in the United States: A National Geospatial Analysis of 1-Hour Access to Care. *J Oral and Maxillofac Surg* [Internet]. 2021 [citado el 2 de septiembre de 2025];79(8):1733–1742. Disponible en: <https://www.joms.org/action/showFullText?pii=S0278239121002202>. doi: 10.1016/j.joms.2021.02.043

31. Kalmar CL, Malphrus EL, Kosyk MS, Zapatero ZD, Taylor JA. Socioeconomic Disparities in Cleft Lip Care. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2023 [citado el 2 de septiembre de 2025];60(6):657–662. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35125021/>. doi: 10.1177/10556656221078488

32. Eljamri S, Reddy PD, Shaffer A, Harley RJ, Jabbour N. Disparities in Surgical Intervention in Pediatric Patients With Submucous Cleft Palate and Velopharyngeal Dysfunction. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2025 [citado el 2 de septiembre de 2025];172(4):1403-1408. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11947851/>. doi: 10.1002/ohn.1111

33. Jolibois MI, Pekcan A, Tanner A, Roohani I, Lasky S, Moshal T, et al. A Comparison of Speech Outcomes Among Patients With Syndromic Cleft Palate: A 20-year Review. *Journal of Craniofacial Surgery* [Internet]. 2025 [citado el 2 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40560190/>. doi: 10.1097/SCS.00000000000011591

34. National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline. 2023 [citado el 2 de septiembre de 2025]. Otitis media with effusion in under 12s. Disponible en:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng233>.

35. Kahramangil B, Barrera JE, Swiekatowski KR, Wang EB, Osamor CC, Dunnigan JK, et al. Don't Delay: Sociodemographic Factors Impacting Timing of Cleft Lip Repair. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2025 [citado el 2 de septiembre de 2025]; 36(8):2759-2762. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40305764/>. doi: 10.1097/SCS.00000000000011448.

36. van der Knaap-Kind LS, Wolvius EB, Kragt L. Type of Cleft and Socioeconomic Determinants for Increased Caries Risk Among Young Patients With Cleft Lip and/or Palate. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2024 [citado el 2 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39552313/>. doi: 10.1177/10556656241299194.

37. de Souza RM, de Oliveira HT, Farret MM. Orthodontic treatment of unilateral cleft lip and palate associated with maxillary canine/premolar transposition: case report. *Dental Press J Orthod* [Internet]. 2020 [citado el 2 de septiembre de 2025];25(3):54-64. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7437149/>. doi: 10.1590/2177-6709.25.3.054-064.oar

38. Altun D, Karahan S, Özgür FF, Tekçiçek MU, Turgut MD. Are parental sociodemographic factors, oral health knowledge and practices linked to the oral health habits of their children with cleft lip and palate? *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2024 [citado el 2 de septiembre de 2025];83:404–411. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38895899/>. doi: 10.2340/aos.v83.40938.

39. Moreira Mendes DL, Nunes Andrade LG, Carlos Joaquim D, Silva Benedito FC, de Melo Leite ACR, Carneiro Girão-Carmona VC. Instructional videos for

parents/guardians of children with lip and palate clefts: integrative literature review. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2024 [citado el 2 de septiembre de 2025];100(5):468-475. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11361856/>. doi: 10.1016/j.jpmed.2024.02.004

40. Surtie F, Ebadi M, Klus BA, Schroth RJ. Prevalence of Treatment of Early Childhood Caries among Children with Cleft Lip and/or Cleft Palate in Manitoba. *Cleft Palate Craniofac J* [Internet]. 2024 [citado el 2 de septiembre de 2025];61(8):1294–301. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36974513/> doi: 10.1177/10556656231164515.

41. American Academy of Pediatric Dentistry. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. 2024 [citado el 2 de septiembre de 2025]. p. 358–78 Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/>

42. Bardakçı E, Yıldız Ş, Yazmacı B, Doğan ME, Mumcu K, Doğan MS. Evaluation of Pediatric Patients' General Health Status Prior to Dental Treatment Under General Anesthesia: A Retrospective Study. *Children* [Internet]. 2025 [citado el 2 de septiembre de 2025];12(7):903. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/12/7/903> doi: 10.3390/children12070903.

VIII. TABLAS

Tabla 1.a Necesidad de tratamiento odontológico en niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023

Necesidad de tratamiento																	
			Tratamiento restaurativo						Tratamiento preventivo				Tratamiento endodóntico				
			Sí		No		p	Sí		No		p	Sí		No		p
			n/ X	%/ DE	n/ X	%/ DE		n/ X	%/ DE	n / X	% / D E		n/ X	%/ DE	n/ X	%/ DE	
Total	83	100.0 0	55	66.27	28	33.73		83	100. 0	0	0		9	10.8 4	74	89.16	
Antecedentes de salud																	
Tipo de fisura																	
UCLP	6	7.23	3	50.00	3	50.00		6	100. 0	0	0		0	0.00	6	100.0	
BCLP	2	2.41	0	0.00	2	100.0 0		2	100. 0	0	0		0	0.00	2	100.0	
UCL / UP izquierda / UP derecha	3	3.61	2	66.67	1	33.33	0.102*	3	100. 0	0	0	- 0	0	0.00	3	100.0	0.178*
CP	3	3.61	2	66.67	1	33.33		3	100. 0	0	0		0	0.00	3	100.0	
BTC	25	30.12	17	68.00	8	32.00		25	100. 0	0	0		3	12.0 0	22	88.00	
UTC derecha / UTC izquierda	38	45.78	26	68.42	12	31.58		38	100. 0	0	0		5	13.1 6	33	86.84	

Labial derecha / Labial izquierda	6	7.23	5	83.33	1	16.67		6	100. 0	0	0		1	16.6 7	5	83.33	
Antecedentes patológicos																	
Ninguno / NR	64	77.11	40	62.50	24	37.50		64	100. 0	0	0		8	12.5 0	56	87.50	
1 antecedente	13	15.66	9	69.23	4	30.77	0.086*	13	100. 0	0	0	-	1	7.69	12	92.31	0.314*
2 a 3 antecedentes	6	7.23	6	100.0 0	0	0.00		6	100. 0	0	0		0	0.00	6	100.0	
4 a más antecedentes	0	0.00	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0		0	0.00	0	0.00	
Características sociodemográficas																	
Edad (años)	5.5 7	2.39	4.9 6	1.86	5.8 7	2.58	0.085** *	5.5 7	2.38	0	0	-	5.7 8	1.39	5.5 4	2.48	0.373** *
Edad (categorizada)																	
Hasta 6 años ($\leq$ Q2)	61	73.49	37	60.66	24	39.34	0.072**	61	100. 0	0	0	-	6	9.84	55	90.16	0.625*
Mayor de 6 años ($>$ Q2)	22	26.51	18	81.82	4	18.18		22	100. 0	0	0		3	13.6 4	19	86.36	
Sexo																	
Femenino	28	33.73	15	53.57	13	46.43	0.081**	28	100. 0	0	0	-	3	10.7 1	25	89.29	0.979*
Masculino	55	66.27	40	72.73	15	27.27		55	100. 0	0	0		6	10.9 1	49	89.09	
Procedencia																	
Lima centro	9	10.84	6	66.67	3	33.33	0.965*	9	100. 0	0	0	-	0	0.00	9	100.0	0.199*
Lima norte	40	48.19	26	65.00	14	35.00		40	100. 0	0	0		4	10.0 0	36	90.00	

Lima este	14	16.87	10	71.43	4	28.57		14	100. 0	0	0	2	14.2 9	12	85.71		
Lima sur	4	4.82	3	75.00	1	25.00		4	100. 0	0	0	0	0.00	4	100.0		
Callao	2	2.41	0	0.00	2	100.0		2	100. 0	0	0	0	0.00	2	100.0		
Provincia	14	16.87	10	71.43	4	28.57		14	100. 0	0	0	3	21.4 3	11	78.57		
Categorización																	
B	3	3.61	1	33.33	2	66.67		3	100. 0	0	0	0	0.00	3	100.0		
C	5	6.02	3	60.00	2	40.00	0.334*	5	100. 0	0	0	1	20.0 0	4	80.00	0.925*	
D	16	19.28	11	68.75	5	31.25		16	100. 0	0	0	-	2	12.5 0	14	87.50	
E	59	71.08	40	67.80	19	32.20		59	100. 0	0	0	6	10.1 7	53	89.83		
Edad de ingreso al programa																	
0-6 meses	53	63.86	33	62.26	20	37.74		53	100. 0	0	0	5	9.43	48	90.57		
7-12 meses	5	6.02	5	100.0 0	0	0.00	0.517*	5	100. 0	0	0	-	1	20.0 0	4	80.00	0.689*
Más de 12 meses	25	30.12	17	68.00	8	32.00		25	100. 0	0	0	3	12.0 0	22	88.00		
Información de los padres																	
Grado de instrucción de la madre																	
Ninguno	1	1.20	1	100.0 0	0	0.00	0.866*	1	100. 0	0	0	-	1	100. 0	0	0.00	0.475*

Primaria	7	8.43	4	57.14	3	42.86		7	100. 0	0	0	1	14.2 9	6	85.71	
Secundaria	52	62.65	34	65.38	18	34.62		52	100. 0	0	0	2	3.85	50	96.15	
Técnico	15	18.07	12	80.00	3	20.00		15	100. 0	0	0	3	20.0 0	12	80.00	
Superior	8	9.64	4	50.00	4	50.00		8	100. 0	0	0	2	25.0 0	6	75.00	
Ocupación de la madre																
No reportado	1	1.20	1	100.0 0	0	0.00		1	100. 0	0	0	0	0.00	1	100.0 0	
Ama de casa	67	80.72	41	61.19	26	38.81		67	100. 0	0	0	9	13.4 3	58	86.57	
Profesional / Técnico	1	1.20	1	100.0 0	0	0.00		1	100. 0	0	0	0	0.00	1	100.0	
Obrero / Trabajador manual	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.152*	0	0.00	0	0	-	0	0.00	0	0.00 0.166*
Empleado / Servicios	9	10.84	8	88.89	1	11.11		9	100. 0	0	0	0	0.00	9	100.0	
Empleado del hogar	4	4.82	4	100.0 0	0	0.00		4	100. 0	0	0	0	0.00	4	100.0	
Desempleado / sin ocupación	1	1.20	0	0.00	1	100.0 0		1	100. 0	0	0	0	0.00	1	100.0	
Grado de instrucción del padre																
Ninguno	17	20.48	14	82.35	3	17.65		17	100. 0	0	0	2	11.7 6	15	88.24	
Primaria	5	6.02	4	80.00	1	20.00	0.077*	5	100. 0	0	0	-	0	0.00	5	100.0 0.438*
Secundaria	42	50.60	26	61.90	16	38.10		42	100. 0	0	0	3	7.14	39	92.86	

Técnico	13	15.66	8	61.54	5	38.46		13	100. 0	0	0	3	23.0 8	10	76.92		
Superior	6	7.23	3	50.00	3	50.00		6	100. 0	0	0	1	16.6 7	5	83.33		
Ocupación del padre																	
No reportado	18	21.69	14	77.78	4	22.22		18	100. 0	0	0	2	11.1 1	16	88.89		
Ama de casa	0	0.00	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00		
Profesional / Técnico	4	4.82	4	100.0 0	0	0.00		4	100. 0	0	0	1	25.0 0	3	75.00		
Obrero / Trabajador manual	46	55.42	28	60.87	18	39.13	0.143*	46	100. 0	0	0	-	4	8.70	42	91.30	0.784*
Empleado / Servicios	11	13.25	7	63.64	4	36.36		11	100. 0	0	0	2	18.1 8	9	81.82		
Empleado del hogar	0	0.00	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.00		
Desempleado / sin ocupación	4	4.82	2	50.00	2	50.00		4	100. 0	0	0	0	0.00	4	100.0		

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa. X: Promedio. DE:
Desviación estándar.

*Prueba Chi cuadrado corregida por Yates

**Prueba Chi cuadrado

***Prueba de U de Mann-Whitney

Tabla 1.b Necesidad de tratamiento odontológico en niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023 (Continuación)

Tratamiento quirúrgico	Tratamiento ortodóntico
------------------------	-------------------------

	Sí		No		p	Sí		No		p
	n/ X	%/ DE	n/ X	%/ DE		n/ X	%/ DE	n/ X	%/ DE	
Total	7	8.43	76	91.57		6	7.23	77	92.77	
Antecedentes de salud										
Tipo de fisura										
UCLP	0	0.00	6	100.0	0.781*	1	16.67	5	83.33	0.058*
BCLP	1	50.00	1	50.00		1	50.00	1	50.00	
UCL / UP izquierda / UP derecha	0	0.00	3	100.0		0	0.00	3	100.0	
CP	1	33.33	2	66.67		0	0.00	3	100.0	
BTC	0	0.00	25	100.0		3	12.00	22	88.00	
UTC derecha / UTC izquierda	4	10.53	34	89.47		1	2.63	37	97.37	
Labial derecha / Labial izquierda	1	16.67	5	83.33		0	0.00	6	100.0	
Antecedentes patológicos										
Ninguno / NR	6	9.38	58	90.63	0.465*	4	6.25	60	93.75	0.399*
1 antecedente	1	7.69	12	92.31		1	7.69	12	92.31	
2 a 3 antecedentes	0	0.00	6	100.0		1	16.67	5	83.33	
4 a más antecedentes	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00	
Características sociodemográficas										
Edad (años)	7.29	1.60	5.41	2.39	0.009***	11.00	3.46	5.14	1.68	<0.001***
Edad (categorizada)										
Hasta 6 años ($\leq Q2$)	2	3.28	59	96.72	0.005*	1	1.64	60	98.36	0.001*
Mayor de 6 años ($> Q2$)	5	22.73	17	77.27		5	22.73	17	77.27	
Sexo										
Femenino	4	14.29	24	85.71	0.174*	1	3.57	27	96.43	0.361*
Masculino	3	5.45	52	94.55		5	9.09	50	90.91	
Procedencia										
Lima centro	0	0.00	9	100.0	0.102*	2	22.22	7	77.78	0.524*
Lima norte	3	7.50	37	92.50		2	5.00	38	95.00	

Lima este	1	7.14	13	92.86		1	7.14	13	92.86	
Lima sur	0	0.00	4	100.0		0	0.00	4	100.0	
Callao	0	0.00	2	100.0		0	0.00	2	100.0	
Provincia	3	21.43	11	78.57		1	7.14	13	92.86	
Categorización										
B	1	33.33	2	66.67		0	0.00	3	100.0	
C	1	20.00	4	80.00	0.116*	1	20.00	4	80.00	0.770*
D	1	6.25	15	93.75		0	0.00	16	100.0	
E	4	6.78	55	93.22		5	8.47	54	91.53	
Edad de ingreso al programa										
0-6 meses	4	7.55	49	92.45		2	3.77	51	96.23	
7-12 meses	0	0.00	5	100.0	0.556*	0	0.00	5	100.0	0.062*
Más de 12 meses	3	12.00	22	88.00		4	16.00	21	84.00	
Información de los padres										
Grado de instrucción de la madre										
Ninguno	0	0.00	1	100.0		0	0.00	1	100.0	
Primaria	1	14.29	6	85.71		0	0.00	7	100.0	
Secundaria	5	9.62	47	90.38	0.358*	3	5.77	49	94.23	0.200*
Técnico	1	6.67	14	93.33		2	13.33	13	86.67	
Superior	0	0.00	8	100.0		1	12.50	7	87.50	
Ocupación de la madre										
No reportado	0	0.00	1	100.0		0	0.00	1	100.0	
Ama de casa	4	5.97	63	94.03		4	5.97	63	94.03	
Profesional / Técnico	1	100.0	0	0.00		0	0.00	1	100.0	
Obrero / Trabajador manual	0	0.00	0	0.00	0.379*	0	0.00	0	0.00	0.419*
Empleado / Servicios	2	22.22	7	77.78		2	22.22	7	77.78	
Empleado del hogar	0	0.00	4	100.0		0	0.00	4	100.0	
Desempleado / sin ocupación	0	0.00	1	100.0		0	0.00	1	100.0	
Grado de instrucción del padre										

Ninguno	3	17.65	14	82.35		1	5.88	16	94.12	
Primaria	0	0.00	5	100.0		0	0.00	5	100.0	
Secundaria	4	9.52	38	90.48	0.097*	4	9.52	38	90.48	0.708*
Técnico	0	0.00	13	100.0		0	0.00	13	100.0	
Superior	0	0.00	6	100.0		1	16.67	5	83.33	
Ocupación del padre										
No reportado	3	16.67	15	83.33		1	5.56	17	94.44	
Ama de casa	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00	
Profesional / Técnico	0	0.00	4	100.00		0	0.00	4	100.0	
Obrero / Trabajador manual	4	8.70	42	91.30	0.124*	4	8.70	42	91.30	0.885*
Empleado / Servicios	0	0.00	11	100.0		1	9.09	10	90.91	
Empleado del hogar	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00	
Desempleado / sin ocupación	0	0.00	4	100.0		0	0.00	4	100.0	

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa. X: Promedio. DE:
Desviación estándar.

*Prueba Chi cuadrado corregida por Yates

**Prueba Chi cuadrado

***Prueba de U de Mann-Whitney

Tabla 1.c Necesidad de tratamiento odontológico en niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023 (Continuación)

	Injerto				p	Sedación				p	Anestesia general				p
	Sí		No			Sí		No			Sí		No		
	n/ X	%/ DE	n/ X	%/ DE		n/ X	%/ DE	n/ X	%/ DE		n/ X	%/ DE	n/ X	%/ DE	
Total	64	77.1 1	19	22.89		5	6.02	78	93.98		4	4.82	79	95.18	
Antecedentes de salud															
Tipo de fisura															
UCLP	5	83.3 3	1	16.67		1	16.67	5	83.33		0	0.00	6	100.0 0	
BCLP	1	50.0 0	1	50.00		0	0.00	2	100.0 0		0	0.00	2	100.0 0	
UCL / UP izquierda / UP derecha	3	100. 0	0	0.00		0	0.00	3	100.0 0		0	0.00	3	100.0 0	
CP	3	100. 0	0	0.00	0.934*	0	0.00	3	100.0 0	0.614*	0	0.00	3	100.0 0	0.874*
BTC	17	68.0 0	8	32.00		2	8.00	23	92.00		3	12.00	22	88.00	
UTC derecha / UTC izquierda	30	78.9 5	8	21.05		1	2.63	37	97.37		1	2.63	37	97.37	
Labial derecha / Labial izquierda	5	83.3 3	1	16.67		1	16.67	5	83.33		0	0.00	6	100.0 0	
Antecedentes patológicos															
Ninguno / NR	51	79.6 9	13	20.31	0.321*	3	4.69	61	95.31	0.704*	3	4.69	61	95.31	0.497*

1 antecedente	9	69.2 3	4	30.77		2	15.38	11	84.62		0	0.00	13	100.0 0	
2 a 3 antecedentes	4	66.6 7	2	33.33		0	0.00	6	100.0 0		1	16.67	5	83.33	
4 a más antecedentes	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00	
Características sociodemográficas															
Edad (años)	4.9 2	2.28	7.7 4	1.10	<0.001* **	5.4 0	1.52	5.6	2.44	0.923** *	5.7 5	2.22	5.5 6	2.41	0.674** *
Edad (categorizada)															
Hasta 6 años (≤Q2)	61	100. 0	0	0.00	<0.001* *	4	6.56	57	93.44	0.735*	2	3.28	59	96.72	0.278*
Mayor de 6 años (>Q2)	3	13.6 4	19	86.36		1	4.55	21	95.45		2	9.09	20	90.91	
Sexo															
Femenino	23	82.1 4	5	17.86	0.436**	1	3.57	27	96.43	0.505*	2	7.14	26	92.86	0.483*
Masculino	41	74.5 5	14	25.45		4	7.27	51	92.73		2	3.64	53	96.36	
Procedencia															
Lima centro	7	77.7 8	2	22.22		1	11.11	8	88.89		0	0.00	9	100.0 0	
Lima norte	31	77.5 0	9	22.50	0.535*	3	7.50	37	92.50	0.664*	3	7.50	37	92.50	0.902*
Lima este	12	85.7 1	2	14.29		0	0.00	14	100.0 0		0	0.00	14	100.0 0	
Lima sur	3	75.0 0	1	25.00		0	0.00	4	100.0 0		0	0.00	4	100.0 0	

Callao	1	50.0 0	1	50.00		0	0.00	2	100.0 0		0	0.00	2	100.0 0	
Provincia	10	71.4 3	4	28.57		1	7.14	13	92.86		1	7.14	13	92.86	
Categorización															
B	2	66.6 7	1	33.33		0	0.00	3	100.0 0		0	0.00	3	100.0 0	
C	3	60.0 0	2	40.00	0.736*	0	0.00	5	100.0 0	0.948*	0	0.00	5	100.0 0	0.646*
D	14	87.5 0	2	12.50		2	12.50	14	87.50		1	6.25	15	93.75	
E	45	76.2 7	14	23.73		3	5.08	56	94.92		3	5.08	56	94.92	
Edad de ingreso al programa															
0-6 meses	40	75.4 7	13	24.53		3	5.66	50	94.34		2	3.77	51	96.23	
7-12 meses	3	60.0 0	2	40.00	0.459*	1	20.00	4	80.00	0.874*	0	0.00	5	100.0 0	0.449*
Más de 12 meses	21	84.0 0	4	16.00		1	4.00	24	96.00		2	8.00	23	92.00	
Información de los padres															
Grado de instrucción de la madre															
Ninguno	1	100. 0	0	0.00		0	0.00	1	100.0 0		0	0.00	1	100.0 0	
Primaria	6	85.7 1	1	14.29	0.752*	0	0.00	7	100.0 0	0.696*	1	14.29	6	85.71	0.496*
Secundaria	40	76.9 2	12	23.08		3	5.77	49	94.23		2	3.85	50	96.15	

Técnico	10	66.6 7	5	33.33		2	13.33	13	86.67		1	6.67	14	93.33	
Superior	7	87.5 0	1	12.50		0	0.00	8	100.0 0		0	0.00	8	100.0 0	
Ocupación de la madre															
No reportado	0	0.00	1	100.0		0	0.00	1	100.0 0		0	0.00	1	100.0 0	
Ama de casa	56	83.5 8	11	16.42		3	4.48	64	95.52		4	5.97	63	94.03	
Profesional / Técnico	0	0.00	1	100.0		0	0.00	1	100.0 0		0	0.00	1	100.0 0	
Obrero / Trabajador manual	0	0.00	0	0.00	0.030*	0	0.00	0	0.00	0.280*	0	0.00	0	0.00	0.371*
Empleado / Servicios	6	66.6 7	3	33.33		2	22.22	7	77.78		0	0.00	9	100.0 0	
Empleado del hogar	2	50.0 0	2	50.00		0	0.00	4	100.0 0		0	0.00	4	100.0 0	
Desempleado / sin ocupación	0	0.00	1	100.0		0	0.00	1	100.0 0		0	0.00	1	100.0 0	
Grado de instrucción del padre															
Ninguno	9	52.9 4	8	47.06		3	17.65	14	82.35		1	5.88	16	94.12	
Primaria	4	80.0 0	1	20.00		0	0.00	5	100.0 0		0	0.00	5	100.0 0	
Secundaria	35	83.3 3	7	16.67	0.026*	2	4.76	40	95.24	0.038*	2	4.76	40	95.24	0.884*
Técnico	11	84.6 2	2	15.38		0	0.00	13	100.0 0		1	7.69	12	92.31	
Superior	5	83.3 3	1	16.67		0	0.00	6	100.0 0		0	0.00	6	100.0 0	

Ocupación del padre

No reportado	10	55.5 6	8	44.44		3	16.67	15	83.33		1	5.56	17	94.44	
Ama de casa	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00	
Profesional / Técnico	3	75.0 0	1	25.00		0	0.00	4	100.0 0		0	0.00	4	100.0 0	
Obrero / Trabajador manual	38	82.6 1	8	17.39	0.029*	1	2.17	45	97.83	0.080*	1	2.17	45	97.83	0.376*
Empleado / Servicios	10	90.9 1	1	9.09		1	9.09	10	90.91		1	9.09	10	90.91	
Empleado del hogar	0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00		0	0.00	0	0.00	
Desempleado / sin ocupación	3	75.0 0	1	25.00		0	0.00	4	100.0 0		1	25.00	3	75.00	

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa. X: Promedio. DE: Desviación estándar.

*Prueba Chi cuadrado corregida por Yates

**Prueba Chi cuadrado

***Prueba de U de Mann-Whitney

Tabla 2: Regresión lineal múltiple jerárquica por modelos del número de tratamientos requeridos en niños con fisura labio-alveolo-palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023

Variables	R ²	Cambio de R ²	p-valor del Cambio de R ²	β ₀	β	β*	IC 95%	p-valor	p-valor del Modelo
Modelo 1									
Antecedentes de salud									
Tipo de fisura	0.009	0.009	0.684	2.614	0.042	0.085	-0.07 - 0.15	0.448	0.684
Antecedentes patológicos					0.053	0.042	-0.23 - 0.33	0.705	
Modelo 2									
Antecedentes de salud									
Tipo de fisura					0.059	0.118	-0.05 - 0.17	0.299	
Antecedentes patológicos					0.024	0.019	-0.27 - 0.32	0.872	
Características sociodemográficas	0.074	0.064	0.402	2.148					0.550
Edad (categorizada)					- 0.181	- 0.106	-0.57 - 0.21	0.352	
Sexo					0.046	0.029	-0.32 - 0.41	0.802	
Procedencia					0.040	0.084	-0.07 - 0.15	0.478	

Categorización					0.032	0.032	-0.21 - 0.27	0.791	
Edad de ingreso al programa					0.189	0.228	-0.01 - 0.38	0.056	
Modelo 3									
Antecedentes de salud									
Tipo de fisura					0.067	0.135	-0.05 - 0.18	0.249	
Antecedentes patológicos					0.012	0.009	-0.29 - 0.31	0.939	
Características sociodemográficas									
Edad (categorizada)					- 0.229	- 0.134	-0.65 - 0.19	0.276	
Sexo	0.093	0.020	0.818	2.387	0.078	0.049	-0.30 - 0.46	0.683	0.767
Procedencia					0.034	0.073	-0.08 - 0.15	0.561	
Categorización					0.038	0.038	-0.21 - 0.28	0.759	
Edad de ingreso al programa					0.198	0.239	-0.01 - 0.40	0.053	
Información de los padres									
Grado de instrucción de la madre					- 0.005	- 0.005	-0.23 - 0.22	0.968	
Ocupación de la madre					- 0.039	- 0.069	-0.19 - 0.11	0.593	

Grado de instrucción del padre	- 0.067	- 0.102	-0.28 - 0.15	0.538
Ocupación del padre	- 0.037	- 0.076	-0.20 - 0.12	0.644

R^2 : Coeficiente de determinación. β_0 : Constante. β : Coeficiente de regresión no estandarizado. β^* : Coeficiente de regresión estandarizado.

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

ANEXO 1: Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Valores
Necesidad de tratamiento odontológico	Requerimiento de atención odontológica en pacientes con fisura labio-alvéolo-palatina, de acuerdo con la evaluación clínica registrada en el Programa Creciendo.	Presencia de necesidad de tratamiento restaurador, preventivo, endodóntico, quirúrgico, injerto, ortodóntico, sedación y anestesia general.	Cualitativa	Dicotómica nominal	0: No / 1: Sí
Número total de necesidades de tratamiento odontológico	Carga terapéutica odontológica acumulada por paciente.	Suma de las necesidades registradas por paciente.	Cuantitativa	Discreta	0 a 8
Tipo de fisura	Clasificación clínica de la fisura labio-alvéolo-palatina según su presentación anatómica.	Clasificación clínica de la fisura según historia clínica.	Cualitativa	Politómica nominal	1: UCLP 2: BCLP 3: UCL / UP IZQ / UP DER 4: CP 5: BTC 6: UTC DER / IZQ 7: Labial DER / IZQ
Antecedentes patológicos	Número de patologías, trastornos, condiciones o antecedentes patológicos consignados en la historia clínica.	Número de antecedentes de salud registrados.	Cualitativa	Ordinal	0: No reportado 1: 1 antecedente 2: 2 a 3 antecedentes 3: 4 a más antecedentes
Edad (años)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la atención registrada en el periodo de estudio.	Registrada en años cumplidos según la historia clínica.	Cuantitativa continua	De razón	Valor numérico en años

Edad categorizada	Agrupación de la edad cronológica del paciente para fines analíticos.	Clasificada a partir de la edad en años registrados en la historia clínica.	Cualitativa	Dicotómica ordinal	Años; ≤6 años / >6 años
Sexo	Condición biológica consignada en la historia clínica del paciente.	Sexo registrado en la historia clínica.	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Femenino / 2: Masculino
Procedencia	Lugar de residencia o zona de procedencia del paciente según lo registrado en la historia clínica.	Clasificada según la zona de residencia consignada en la historia clínica.	Cualitativa	Politómica nominal	1: Lima centro 2: Lima norte 3: Lima este 4: Lima sur 5: Callao 6: Provincia
Edad de ingreso al programa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ingreso del paciente al Programa Creciendo.	Clasificada según la edad de ingreso registrada en los documentos del programa.	Cualitativa	Politómica ordinal	1: 0–6 meses 2: 7–12 meses 3: Más de 12 meses
Ocupación del padre	Actividad laboral del padre.	Registrada según lo consignado en la historia clínica o registros administrativos.	Cualitativa	Politómica nominal	0: No reportado 1: Ama de casa 2: Profesional / Técnico 3: Obrero / Trabajador manual 4: Empleado / Servicios 5: Empleado del hogar 6: Desempleado / sin ocupación
Ocupación de la madre	Actividad laboral de la madre.	Registrada según lo consignado en la historia clínica o registros administrativos.	Cualitativa	Politómica nominal	0: No reportado 1: Ama de casa 2: Profesional / Técnico 3: Obrero / Trabajador manual 4: Empleado / Servicios 5: Empleado del hogar 6:

					Desempleado / sin ocupación
Grado de instrucción del padre	Máximo nivel educativo alcanzado por el padre.	Clasificado según el nivel educativo consignado en la historia clínica o registros revisados.	Cualitativa	Política ordinal	0: No reportado 1: Primaria 2: Secundaria 3: Técnica 4: Superior
Grado de instrucción de la madre	Máximo nivel educativo alcanzado por la madre.	Clasificado según el nivel educativo consignado en la historia clínica o registros revisados.	Cualitativa	Política ordinal	0: No reportado 1: Primaria 2: Secundaria 3: Técnica 4: Superior
Categorización socioeconómica	Nivel socioeconómico del hogar del paciente.	Clasificada según la categoría socioeconómica consignada en los registros del programa.	Cualitativa	Política ordinal	1: A 2: B 3: C 4: D 5: E

ANEXO 2: Aprobación del comité de ética



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-177-16-25

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.

Titulo del Proyecto : "NECESIDAD DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN NIÑOS CON FISURA LABIO-ALVEOLO-PALATINA DEL PROGRAMA CRECIENDO DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, 2023"

Código SIDISI : 217252

Investigador(a) principal(es) : Huancas Hurtado Mayco Jose

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación, versión 1.0 de fecha 09 de abril del 2025.

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 Miércoles 10 de abril del 2030.

El presente proyecto de investigación sólo podrá iniciarse después de haber obtenido la(s) autorización(es) de la(s) institución(es) donde se ejecutará.

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

Lima, 10 de abril del 2025



Manuel Raul Perez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvei.ciei@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

ANEXOS 3: Permiso del Centro Dental Docente - área Operativa



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CAR-FAEST-DAMCIBUM-058-2025

Lima, 1 de abril de 2025

Doctor
Mayco José Huancas Hurtado
Especialidad de Salud Pública Estomatológica
Facultad de Estomatología
Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo y comunicarle que su solicitud para realizar su trabajo de investigación, titulado: "Necesidad de Tratamiento Odontológico en Niños con Fisura Labio-Alveolo-Palatina del Programa Creciendo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2023", ha sido aceptada y cuenta con la autorización para revisar las Historias Clínicas de los pacientes del Programa "Creciendo" a fin de realizar su mencionado trabajo, que cuenta con la asesoría del doctor Carlos Alfaro Pacheco, docente del DAMCIBUM.

Debo manifestar a usted que este trabajo, sólo debe ejecutarse en el Departamento Académico, una vez entregado la constancia de aprobación del proyecto emitida por el Comité de Ética.

Agradezco su amable atención.

Atentamente,



Mag. Alberto German Santa Cruz
Jefe
Departamento Académico de Medicina y
Cirugía Bucomaxilofacial

AGS/aa:

Av. Honorio Delgado 436, SMP
(511) 3190021 anexo 224304

faest.mocopo1@oficinas-upch.pe



ANEXOS 4: Instrumento de medición

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PROGR "CRECIENDO"																			
Paciente	características sociodemográficas				Información de lo padres				antecedentes de salud		TRATAMIENTOS								
	Edad	Sexo	Procedencia	Categorización	Edad de ingreso al programa	Grado de instrucción madre	Ocupacion madre	Grado de instrucción padre	Ocupacion padre	Tipo de fisura	Antecedente s patológicos	Tto Restaurativo	Tto Preventivo	Tto Endodonticos	Tto Quirúrgicos	Tto ortodónico	Injert o	Sedción	Anestesi a general
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																			
Paciente 46																			
Paciente 47																			
Paciente 48																			
Paciente 49																			
Paciente 50																			
Paciente 51																			
Paciente 52																			
Paciente 53																			
Paciente 54																			

Paciente 55																						
Paciente 56																						
Paciente 57																						
Paciente 58																						
Paciente 59																						
Paciente 60																						
Paciente 61																						
Paciente 62																						
Paciente 63																						
Paciente 64																						
Paciente 65																						
Paciente 66																						
Paciente 67																						
Paciente 68																						
Paciente 69																						
Paciente 70																						
Paciente 71																						
Paciente 72																						
Paciente 73																						
Paciente 74																						
Paciente 75																						
Paciente 76																						
Paciente 77																						
Paciente 78																						
Paciente 79																						
Paciente 80																						
Paciente 81																						
Paciente 82																						
Paciente 83																						