

**CARACTERIZACIÓN DE LOS NIÑOS CON FISURA LABIO ALVEOLO
PALATINA (FLAP) DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO VOLVER A
SONREIR Y LA ALIANZA UNIVERSIDAD DEL SINÚ, FUNDACIÓN CLUB
ROTARIO CARTAGENA, FUNDACIÓN HEALING THE CHILDREN Y CLÍNICA
CARTAGENA DEL MAR.**

**GABRIELA LEOTTAU ALMANZA
ISMAEL MÉNDEZ ABDALA
LAURA MENDOZA ANDRADE**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ, SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA – COLOMBIA
2022**

Investigador Principal

GLORIA ELENA PÉREZ TRESPALACIOS

Odontóloga. Especialista en odontología integral del niño, ortopedia funcional de los maxilares y docencia universitaria. Maestría en neuropsicología y educación.

Coinvestigadores

GABRIELA LEOTTAU ALMANZA

Estudiante programa de odontología X semestre

ISMAEL MENDEZ ABDALA

Estudiante programa de odontología IX semestre

LAURA MENDOZA ANDRADE

Estudiante programa de odontología IX semestre

***INFORME FINAL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN***

***UNIVERSIDAD DEL SINÚ, SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
CARTAGENA – COLOMBIA
2022***

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Cartagena de Indias, junio de 2022

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo primeramente a Dios todo poderoso que nos dios fortaleza y sabiduría necesaria para culminar esta etapa de nuestras vidas.

A nuestros padres por ser nuestro pilar mas importante, por demostrarnos su amor y apoyo incondicional, por ser el motor que nos impulso a acelerar la búsqueda y realización de nuestros sueños.

A la Dra. Gloria Elena Pérez Trespacios, como asesora, por su tiempo, paciencia y acompañamiento durante todo este proceso.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. OBJETIVOS	13
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2.2 JUSTIFICACIÓN	16
1.3 MARCO TEÓRICO	18
1.4 METODOLOGÍA	21
1.5 DESARROLLO DEL PROYECTO	26
1.5.1 DISCUSIÓN	36
1.6 CONCLUSIONES	38
1.7 RECOMENDACIONES	39
1.8 BIBLIOGRAFÍA	39

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cantidad de sujetos valorados e intervenidos por año.	27
Tabla 2. Caracterización por edad en meses de los sujetos intervenidos	28
Tabla 3. Descriptivos variable edad	32
Tabla 4. Distribución de sujetos valorados acorde a sexo.	32
Tabla 5. Distribución de variable procedencia	32
Tabla 6. Distribución acorde a diagnostico emitido	34
Tabla 7. Asociación entre variable año de intervención y diagnóstico emitido.	35
Tabla 8. Asociación entre variable sexo de sujetos intervenidos y diagnóstico emitido.	35

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Comportamiento del número de sujetos intervenidos por año.	27

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Imagen parcial – matriz unificada 2019.	44
Anexo B. Imagen parcial – matriz unificada 2018	45
Anexo C. Imagen parcial – matriz unificada 2017	46
Anexo D. Imagen parcial – matriz unificada 2018.	47

GLOSARIO

- **Anomalías congénitas:** Se entiende como anomalía congénita cualquier trastorno del desarrollo morfológico, estructural o funcional de un órgano o sistema presente al nacer. (21)
- **FLAP:** En medicina, su significado aproximado es masa de tejidos separada incompletamente del cuerpo, especialmente la que con fines quirúrgicos se corta de una parte para cubrir una superficie cruenta adyacente. Aplicado al campo odontológico La fisura naso labio alveolo palatina es la malformación congénita más frecuente dentro de las fisuras de la cara. Se clasifica en fisura primaria y secundaria de acuerdo con su posición con respecto al foramen incisivo. (25)
- **Hendidura Labio- alveolo palatina:** Una hendidura del paladar es una abertura o una división en el techo de la boca que ocurre cuando el tejido no se fusiona durante el desarrollo en el útero. La hendidura del paladar suele comprender una división (hendidura) en el labio superior (labio leporino), pero puede ocurrir sin que el labio se vea afectado. De acuerdo con su etiología, el momento en el desarrollo embrionario en que se producen y sus características epidemiológicas, las FLAP se clasifican en cuatro grupos: fisuras pre palatinas o de paladar primario (que puede afectar el labio con o sin compromiso del alvéolo) fisuras de paladar secundario (que pueden comprometer el paladar óseo y/o blando), mixtas (con compromiso del labio y paladar) y fisuras raras de menor ocurrencia (,22,23,24)
- **LPH:** En México el Labio y Paladar Hendido (**LPH**), es un problema que se presenta en uno de cada 750 nacimientos anuales. El **LPH**, es una

anomalía craneofacial que provoca el desarrollo incompleto del labio superior y/o paladar, durante el desarrollo fetal. (26)

RESUMEN

El labio y paladar hendido es la malformación más común de cabeza y cuello en la población colombiana, se considera una condición multifactorial cuya principal causa son alteraciones genéticas y ambientales. Se da en uno de cada 900 nacidos vivos afectando a varones en una mayor proporción.

El presente estudio tuvo como objetivo registrar las características sociodemográficas, clínicas, sexo y edad en pacientes dentro del marco del proyecto Volver a Sonreír. Donde se plantea un estudio descriptivo retrospectivo a partir de la documentación de pacientes evaluados en la Clínica Cartagena del Mar durante el periodo de 2016 a 2019. La muestra de documentación e historias clínicas se logró por cumplimiento de criterios de selección. El presente estudio, consideró la normativa nacional vigente expuesta en la resolución 008430 de 1993 y la declaración de Helsinki; así mismo luego de su formulación el aval de ética institucional y permiso para acceder al archivo de historias.

La recolección de la información sociodemográfica y concerniente a las variables de interés se diseña una ficha para registro de la valoración clínica, sometida a proceso de validación.

Para el proceso de recolección, se dispuso de 3 estudiantes del área de odontología, previamente estandarizados para recolección de la información, luego se tabuló en una matriz de Excel para Windows y traslada a SPSS IBM®, aplicando estadística descriptiva asumiendo intervalos de confianza de 95% y estableciendo asociación entre variables con el test chi cuadrado.

En coherencia con lo planteado se identificó de la población objeto de estudio, la distribución sociodemográfica y las variables clínicas establecidas.

Palabras Claves: Anomalías congénitas, FLAP, Hendidura Labio- alveolo palatina, LPH.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño malformado siempre ha causado impacto, las explicaciones dadas a esta alteración han variado en las diferentes épocas, de acuerdo con los conceptos mágico-religioso o filosóficos prevalentes. Así, en algunas civilizaciones un niño con malformación se considerado un ser no puro, que no debía vivir y por esto era eliminado; mientras que, en otras culturas, por el contrario, era divinizado. En el campo de la religión, algunas lo consideraban como fruto del pecado, y como castigo de Dios; mientras que en otras era presagio de futuros acontecimientos de carácter maligno y catastrófico

Las malformaciones congénitas se han reseñado desde el inicio de la humanidad, evidenciados en pinturas rupestres, grabados y figurillas encontradas en diversas partes del mundo y realizadas en diferentes épocas. Algunos consideran que las fisuras labio-palatina datan del año 2000 a.n.e. La Teratología nace a mediados del siglo XIX como la ciencia que trata las monstruosidades, actualmente se denomina Dismorfología para referirse a la ciencia que estudia las malformaciones congénitas. Se consideran malformaciones congénitas, aquellos defectos estructurales presentes en el nacimiento.

Debido a la complejidad de la deformidad que tienen los pacientes con hendiduras maxilofaciales se requiere un enfoque de rehabilitación multidisciplinario. En la mayoría de los casos el tratamiento se prolonga unos 18 años, desde el nacimiento hasta los procesos funcionales y estéticos finales.

Ante el surgimiento del proyecto Volver a sonreír y la alianza de la Universidad del Sinú – Cartagena, la Fundación Club Rotario Cartagena, Fundación Healing The Children y Clínica Cartagena del Mar, surge la necesidad de caracterización de los pacientes dentro del proyecto, con este tipo de patología, para así determinar de manera específica las necesidades de estos y determinar la viabilidad de una clínica para su atención exclusiva.

1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente estudio es registrar las características sociodemográficas, clínicas, sexo y edad en pacientes con FLAP dentro del marco del proyecto Volver a Sonreír

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer número de pacientes por sexo y edad valorados las jornadas del proyecto Volver a sonreír en los años 2016, 2017, 2018 Y 2019.
- Identificar el tipo de fisura de acuerdo con su localización.
- Determinar por año la afluencia de pacientes con la patología y su procedencia.
- Establecer la periodicidad de seguimiento y control de la población de estudio.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las anomalías congénitas se inician en la vida prenatal en donde se altera la secuencia de eventos morfo-fisiológicos, generando malformaciones, entre ellas las anomalías cráneo maxilo faciales; según el Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998, el labio y paladar fisurado congénito en la población colombiana en un 0.2% y para el caso de Bogotá 0.4% para labio leporino y fisura del paladar del 0.7%. El estudio encontró que alrededor de la mitad de la población no presenta corrección de la fisura del paladar, aun cuando por las implicaciones sociales de esta patología se hace necesaria la atención integral durante un largo periodo de la vida del paciente y la necesidad de contar con la intervención de un grupo interdisciplinario de profesionales para garantizar una atención integral del individuo que le permita una adecuada inserción en sus entornos educativos, laborales y sociales. (1)

La experiencia mundial y nacional, ha demostrado que se requiere no solo de un manejo quirúrgico, si no que para lograr rescatar las funciones fisiológicas y la estética pérdidas, se recomienda el manejo interdisciplinario con atención en centros especializados de acuerdo a una guía clínica, con seguimiento y resultados a los pacientes durante un periodo prolongado de su vida, que permita evaluar el proceso y ante los cuales exista una responsabilidad ética y legal, para poder devolver la funcionalidad del sistema estomatognático, pero también devolver sus condiciones de calidad de vida, de autoestima y de desarrollo social en los ámbitos cotidianos de desempeño.

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia cuenta con una serie de actividades aisladas para atención de pacientes con Labio Paladar Hendido, pero carece de una concepción integral en el manejo de LPH basada en evidencia

científica, que permita alcanzar mayor impacto en su salud, lograr mayor eficiencia en manejo de recursos y mejor reincorporación social y económica de personas con LPH. La carencia de una guía clínica basada en la evidencia, dificulta al sistema de seguridad social y a las IPS conformar grupos interdisciplinarios o centros de referencia para manejo integral de LPH, generando incertidumbre y deserción del proceso de atención.

Los niños que tienen una hendidura orofacial requieren varios procedimientos quirúrgicos y complejos tratamientos médicos,⁶ el costo de vida estimado para cada niño con una hendidura orofacial es de \$100.000, que asciende a \$750 millones para todos los niños con hendidura orofacial que nacen cada año en los Estados Unidos.

Dentro de las displasias craneofaciales se engloban todas las malformaciones y deformaciones que afectan el cráneo, la cara y la cavidad bucal. Anomalías como fisuras labiomaxilopalatinas, fisuras faciales, disostosis y otras anomalías del desarrollo craneofaciales y malformaciones congénitas tardías son el resultado de daños disontogénicos. En la Costa Caribe Colombia en los últimos 5 a 7 años no se han encontrado estudios que expresen la situación.

Dentro del grupo de las malformaciones congénitas que afectan al ser humano, la más común es el labio y paladar hendido, la cual se observa que afecta a todos los niveles socioeconómicos, educativos, y en todas las razas, y causa un gran impacto psicológico debido a la región anatómica que afecta. El labio fisurado y/o paladar hendido (LFPH) es causado por un defecto en la embriogénesis por la "...falta de fusión parcial o completa del proceso maxilar con el proceso nasal medial de uno o ambos lados"... (2). Se presenta con una prevalencia de 15 por 10.000 recién nacidos según el Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC), y ocupa el sexto lugar entre las malformaciones diagnosticadas al nacimiento. En cuanto al impacto en calidad de

vida y costos familiares e institucionales, en Latinoamérica el LPH es el segundo diagnóstico con mayor impacto al nacimiento, luego del Síndrome de Down (3).

No existe suficiente evidencia científica actualizada que nos permita caracterizar de manera eficiente la población de niños que nacen o son atendidos con esta condición en la ciudad de Cartagena, ya que la Universidad del Sinú Seccional Cartagena ha estado involucrada en jornadas de atención médico quirúrgica a niños y niñas del departamento de Bolívar, y la región Caribe, mediante convenio que se lleva a cabo con la Fundación Healing The Children y el Club Rotario Cartagena, con el ánimo de facilitar la atención de los niños y su manejo integral se está proyectando la Clínica Integral de Labio y Paladar Hendido, pero hizo necesario para poder tener información verídica caracterizar esta población ubicándola dentro de su realidad sociodemográfica e identificando hacia quienes estaría dirigida esta atención.

1.2.2 JUSTIFICACIÓN

Las secuelas de LPH generan alteraciones estéticas, psicológicas y funcionales; las estéticas en gran parte se relacionan con la ausencia de continuidad en el labio superior y por las cicatrices de las cirugías realizadas. Las psicológicas dadas por la percepción y el sentir de las personas con secuelas de LPH, al igual que su estado de ánimo y su habilidad para desarrollar relaciones interpersonales. Así también, las funcionales están enmarcadas en trastornos de la masticación, deglución y fonación. Comparados con la población general, los sujetos con LPH presentan alteraciones en su crecimiento y desarrollo craneofacial y una alta prevalencia de anomalías dentales que varía según la población estudiada. En general se reporta una proporción superior al 90% para cualquier tipo de anomalía dental en este tipo de población respecto a individuos no afectados. Lo anterior nos conlleva a pensar que ante las alteraciones expresadas y la frecuencia de estas en que estas alteran directamente la calidad de vida, bienestar y salud de quienes las sufren,

repercutiendo en el núcleo familiar. La experiencia mundial y nacional, basada en evidencia clínica y científica, ha demostrado que el manejo de estos pacientes no puede ser solo quirúrgico porque no logramos rescatar las funciones fisiológicas y la estética pérdidas, sino que llevamos a ocasionar mayores alteraciones en el complejo cráneomaxilo-facial del paciente.

Las escuelas mundiales saben que el manejo debe ser interdisciplinario en Centros de Referencias de acuerdo a una Guía Clínica, con seguimiento y resultados de tratamientos responsables ética y legalmente, para poder devolver también calidad de vida, autoestima y desarrollo social. Las hendiduras de labio y/o paladar hendido afectan de 1:500 a 1:700 nacidos vivos. La cirugía correctiva altamente especializada en los meses tempranos de vida es necesaria para mejorar la función y la apariencia. Alteraciones subsecuentes de desarrollo facial y dental, del habla y de la audición son comunes y pueden estar acompañados de un mal ajuste psicosocial. Un gran número de servicios especializados es necesario si el potencial de los niños que se quiere optimizar.

La Universidad del Sinú – Seccional Cartagena de acuerdo con las 12 metas del modelo de Responsabilidad Social Universitaria de URSULA, lleva a cabo el proyecto de proyección social “CLINICA PARA LA ATENCION INTEGRAL DE PACIENTES CON HENDIDURA LABIOALVEOLO PALATINA”, y con el busca la implementación de buenas prácticas y de modelos de gestión innovadores y sostenibles en la población, promoviendo el aprendizaje basado más en el contacto real con la comunidad y la participación efectiva en la solución de sus problemas sociales. Al igual que actualizar la pertinencia social de los programas de Odontología, Medicina, Nutrición, Enfermería, Trabajo Social, Optometría, Psicología, Derecho, Contaduría, Administración de Empresa e Ingeniería Industrial, los cuales hacen parte del diseño, ejecución del proyecto y fortaleciendo lo contenidos de estudio, de la mano con distintos actores sociales que puedan ayudar a los formadores académicos y estudiantes sobre cómo

responder a los desafíos locales, regionales, nacionales y globales de planes de desarrollo, en articulación con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS-ONU). Pero en el desarrollo del proyecto se evidencio la necesidad de identificar los pacientes que requieren atención, caracterizando y dando una imagen más cercana de los pacientes, es decir, definir prevalencia de sexo; edades, condición socioeconómica, ubicación de la vivienda (urbana o rural), tipo de hendidura, ya que con esto se determinarían de manera real las necesidades de nuestros pacientes a atender y determinar así la viabilidad de la creación de una clínica para la atención exclusiva.

Teniendo en cuenta que en la actualidad no existen muchos estudios publicados recientes en la ciudad de Cartagena, que ofrezcan una perspectiva clara de la situación diagnóstica en esta población; se hace necesario construir redes para buscar datos referentes a la aparición de esta patología de manera acertada como base para su manejo.

1.3 MARCO TEÓRICO

La Fisura de labio y/o Paladar se entiende como una alteración craneofacial muchas veces asociada a causas congénitas, que afectan fisiológicamente las estructuras constituyentes de la cavidad oral y la bóveda palatina, se clasifican, de acuerdo al tipo de fisura, en unilateral o bi-lateral, se producen en el período embrionario generalmente entre la 4 y la 12 semanas de gestación(4) (Zarante, Franco y López, 2010; Ag-benorku, Agbenorku, Iddi, Abude, Sefenu, Ma-tondo y et. al, 2011(5)

Su etiología es multifactorial, depende de deficiencias nutricionales o efectos secundarios de los medicamentos, también existen factores ambientales asociados, exposición a diferentes toxinas, al alcohol, al tabaco; y a la deficiencia

en el consumo de vitaminas, como el complejo B y el ácido fólico durante el período gestacional (Butali y Mossey, 2009) (6)

Dentro de los estudios realizados en fisura de labio y/o paladar se reporta que estas alteraciones de acuerdo con las estructuras comprometidas son más comunes a nivel de labio y paladar en el género masculino y a nivel de paladar en el femenino (Corbo, y Marimón, 2001; Sacsquispe y Ortiz, 2004). (7 8) Sin embargo, en los estudios reportados a nivel de América Latina se evidencia una información variable con respecto a la presencia de fisura de acuerdo al género. Algunos estudios coinciden con una mayor frecuencia de aparición en los hombres (Ochoa, Ortiz, Padilla, Chacón y Blanco, 2003); (9) mientras que otros no destacan una diferencia significativa de aparición de esta entidad entre el sexo femenino y el masculino (Quijano, C., Rivas, J., Salas, I., Salazar, M., Sánchez, B., Sierra, C., 2009). (10)

ANTECEDENTES

Las fisuras labio alveolo palatinas (FLAP) son malformaciones congénitas de mayor prevalencia a nivel mundial, afectan el área buco-facial y se producen por falla en la fusión de los tejidos del labio y paladar (11) 70% del total son no-sindrómicas, el otro 30 % se asocia con 400 síndromes

Aproximadamente (12),75% de las fisuras que involucran al labio son bilaterales y de estas, las del lado izquierdo son el doble que las del lado derecho

Entre las no sindrómicas, fisura labio paladar es el doble de frecuente en hombres que en mujeres. (13,14) Se ha evidenciado la existencia de subfenotipos como úvula bífida, microformas de labio y paladar hendido; y fenotipos subclínicos como medidas craneofaciales anormales y alteraciones dentarias de número y forma. (12) Microforma de fisura o fisura cicatrizada congénitamente, paladar hendido

submucoso e insuficiencia velo faríngea se pueden explicar por penetrancia incompleta o aparente falta de patrones de herencia mendeliana.

Se ha reportado que en padres cuyos hijos presentan fisuras orales, las medidas craneofaciales están fuera de rangos de normalidad, pudiendo ser factores de riesgo. Los fenotipos subclínicos también pueden explicar el fenómeno de discordancia en parejas de gemelos mono cigotos (12).

La prevalencia mundial es de 1 por 1.200 nacidos vivos (NV) y varía entre razas: en asiáticos 1 en 500, africanos 1 en 2500 y caucásicos, hispánicos y latinos 1 en 1000. En Chile se concentran en las regiones Metropolitanas, V y VIII y el promedio en Chile afecta casi al doble de la tasa mundial, 1.8 por mil NV. La etiología es multifactorial, genética y ambiental. Estrés materno, nicotina, alcohol, fármacos como fenitoína, AINES, (10), deficiencias nutricionales y edad extrema de los progenitores aumentan riesgo de FO. (15,16). Existe un alto riesgo de recurrencia familiar; en parientes de primer grado se estima que el riesgo es de 32 veces para un individuo sin historia de labio y paladar en la familia. (15)

El rango de concordancia en gemelos mono cigotos es de 40-60%, en comparación con gemelos dicigóticos que es de un 3-5%, lo que sugiere una fuerte pero no pura etiología genética (17)

En Latinoamérica, las cifras de prevalencia de estas patologías varían según cada país, siendo la más alta en Bolivia con 23,7, Ecuador de 14,96 y Paraguay 13,3, por cada 10 000 habitantes. Por otra parte, las tasas más bajas se encuentran en Venezuela con 7,92, Perú de 8,94 y Uruguay de 9,37 por cada 10 000 nacidos vivos^{5,6}. En Colombia, se presentan con una incidencia de 10 por cada 10 000 nacidos vivos (18) correspondiendo al 10,7% de las malformaciones congénitas ocurridas durante el año 2012, ocupando el tercer lugar en frecuencia en el país (19)

En Cartagena según estudios realizado se encuentra caracterizada la población de acuerdo al lugar de procedencia y nivel socioeconómico , que la mayor parte de la población de este estudio, estuvo representada en la localidad 3 que corresponde a un 43.7%, esta misma población pertenece al nivel socio económico 1. La población se distribuyó principalmente en los estratos 1 y 2, los cuales pertenecen a niveles socioeconómicos vulnerables, con dificultad de acceso a servicios básicos y de salud. La edad que más prevalece en la población se encuentra entre 0 a los 2 años, de la población atendida en el Programa Nacional de Atención Integral establecido en la ciudad de Cartagena. En términos del género, la muestra seleccionada presentó igualdad de porcentajes (50%) para los géneros femenino y masculino. (20)

1.4 MÉTODOLÓGÍA

1.4.1 METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:** Descriptivo Retrospectivo
- **Población en estudio** niños incluidos y atendidos en las jornadas del proyecto Volver a Sonreír.
- **Muestreo.** No probabilístico a conveniencia
- **Variables:** Sexo.
 - Grupo de edad.
 - Área de residencia.
 - Tipo de fisura.
- **Instrumentos:** el formato de recolección de datos y la clasificación de enfermedades CIE-10 de la organización Mundial de la Salud, como convención de los diagnósticos y clasificación de la patología estudiada en

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DÉCIMA REVISIÓN (CIE-10).	
DIAGNÓSTICO CIE-10	
Q35 PALADAR HENDIDO	
Q35. 1	FISURA PALADAR DURO
Q35. 3	FISURA PALADAR BLANDO
Q35. 5	FISURA PLADAR DURO Y BLANDO
Q35. 7	FISURA DE ÚVULA
Q35. 9	FISURA DE PALADAR SIN ESPECIFICAR
Q36 LABIO HENDIDO	
Q36. 0	FISURA LABIAL BILATERAL
Q36. 1	FISURA LABIAL MEDIA
Q36. 9	FISURA LABIAL UNILATERAL
Q37 LABIO Y PALADAR HENDIDO	
Q37. 0	FISURA DE PALADAR DURO CON FISURA BILATERAL DE LABIO
Q37. 1	FISURA DE PALADAR DURO CON FISURA UNILATERAL DE LABIO

Q37. 2	FISURA DE PALADAR BLANDO CON FISURA BILATERAL DE LABIO
Q37. 3	FISURA DE PALADAR BLANDO CON FISURA UNILATERAL DE LABIO
Q37. 4	FISURA DE PALADAR DURO Y BLANDO CON FISURA BILATERAL DE LABIO
Q37. 5	FISURA DE PALADAR DURO Y BLANDO CON FISURA UNILATERAL DE LABIO
Q37. 8	FISURA DE PALADAR SIN ESPECIFICAR CON FISURA BILATERAL DE LABIO
Q37. 9	FISURA DE PALADAR SIN ESPECIFICAR CON FISURA UNILATERAL DE LABIO
BIBLIOGRAFÍA	
<p>Organización Mundial de la Salud. Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Decima Re- visión (CIE-10) [en línea]. Chapter XVII. Congenital malfor- mations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00 – Q99). Cleft lip and cleft palate (Q35 – Q37). URL disponible en: http://www.who.int/classifications/apps/ icd/icd10online/</p>	

- **Descripción de procedimientos para recolectar la información.** Se tomaron los datos de la documentación de los pacientes atendidos en la institución hospitalaria Clínica Cartagena del Mar y los proporcionados por el Club Rotario de Cartagena, con respecto a los niños con FLAP, atendidos durante las jornadas de Healing The Chillaren en los años 2016 a 2019.
- **Análisis Estadístico:** Tras el proceso de recolección de datos, se realiza tabulación de datos en hojas de cálculo de Excel 2010, depuración de los

mismos y unificación de acuerdo a códigos y se conformó una matriz de 266X5, la cual luego se transportó al software estadístico IBM SPSS Statistics Base 22.0 para Windows11.0. En el que se procedió con un análisis descriptivo, utilizando frecuencias y porcentajes permitiendo la caracterización de las variables demográficas (edad, sexo, procedencia) y variable objetivo diagnóstico emitido. Para el caso de la edad, se hizo transformación en meses para unificación de datos, se procedió a calcular medida de edad Mínima, Máxima y promedio de edad acompañado de su desviación estándar. Para establecer asociación entre las variables demográficas sexo y año de intervención con la variable de interés diagnóstico emitido tipo de fisura, se aplicó la prueba test chi cuadrado asumiendo un límite de decisión de 0,0

1.4.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud, la presente investigación no presenta ningún tipo riesgo para los participantes del estudio, puesto que solo se aplicarán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables de los individuos que participan en el estudio.

La población sujeta al estudio será niños nacidos y atendidos que presenten FLAP en una institución de la ciudad de Cartagena, para o cual se toman datos que descansan en base de datos de esta institución, datos que serán tratados con absoluta confidencialidad, cuidando y resguardando la integridad física y psicológica de los pacientes, cumpliendo así con los principios de no maleficencia del código de ética, y soportado por la Resolución 1995 de 1999, Las razones para la selección de estos pacientes se basan en la vulnerabilidad de la población y con el fin de establecer las necesidades de atención, siendo acordes de igual forma con el principio de beneficencia ya que se aportaran conocimientos que lleven a establecer necesidades reales de tratamiento.

Se seguirán todos los preceptos de la Ley 1164 del 2007 (artículo 34) la cual establece los principios, valores, derechos y deberes de las profesiones y las ocupaciones en salud; entre ellos se destaca el cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano y la promoción de su desarrollo existencial procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual, sin distinciones de ningún tipo (28)

1.5 DESARROLLO DEL PROYECTO

1.5.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS EN DESARROLLO DEL PROYECTO

RESULTADOS

Respecto a la distribución demográfica de los sujetos valorados, se puede destacar que de los 266 valorados e intervenidos en las jornadas, el mayor porcentaje se atendió en el año 2016 (ver tabla 1, gráfico 1). En cuanto a la caracterización por edad en meses de los sujetos intervenidos la edad más frecuente en las que se intervinieron corresponde a los 3, 7 y 26 meses con el 2,3% para cada una de estas edades (ver tabla 2).

Para la descripción de valores de edad es importante señalar que, la edad mínima en la que se intervinieron los sujetos fue 1 mes y la máxima a los 244 meses para una media de 48,18 DE= 57,3 (Ver tabla 3).

Respecto a la distribución por la variable sexo, se puede señalar que predominó sexo femenino con 52,6% (ver tabla 4).

En cuanto a la distribución considerando la procedencia de los sujetos intervenidos, se evidencia el predominio de sujetos intervenidos procedentes de la ciudad de Cartagena con el 46,7%, respecto al porcentaje restante es importante señalar que un 6,8% procede de Turbaco y 4,9% de Magangué (ver tabla 5).

En referencia a la variable de diagnóstico emitido objeto de interés, el diagnóstico más frecuente fue Q35.9 (FISURA DE PALADAR SIN ESPECIFICAR) en un 45,1%, seguido de Q36 (FISURA LABIAL BILATERAL) para el 28,2% (ver tabla 6).

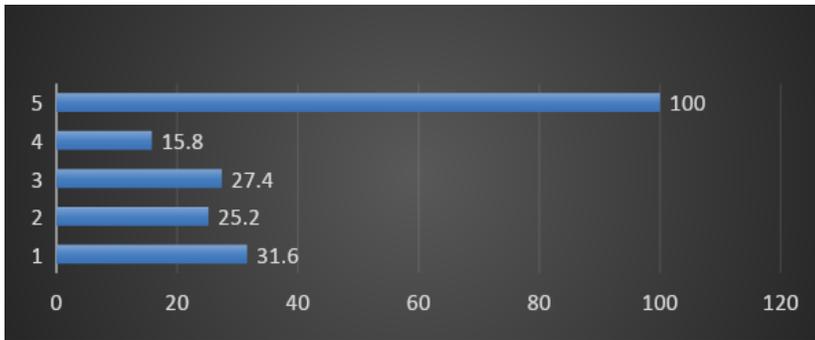
Una vez se realiza el cruce de variables demográficas de sexo y año de intervención con el diagnóstico emitido, no se encontró asociación estadísticamente significativa. Todo p valor fue mayor de 0,05. (Ver tablas 7 y 8)

A continuación, se evidencia lo enunciado y analizado en la síntesis anterior.

Tabla 1. Cantidad de sujetos valorados e intervenidos por año

		Frecuencia	Porcentaje
Años valorados	2016	84	31,6
	2017	67	25,2
	2018	73	27,4
	2019	42	15,8
	Total	266	100,0

Gráfico 1. Comportamiento del número de sujetos intervenidos por año



La tabla y gráfico 1, muestran la población total que acudió a las jornadas de los años establecidos dentro del proyecto siendo 266 pacientes, los evaluados en las cuatro jornadas siendo en la del 2016 la de mayor número de pacientes.

Tabla 2. Caracterización por edad en meses de los sujetos intervenidos

		Frecuencia	Porcentaje
Edad en meses	1 meses	2	0,8
	10 meses	3	1,1
	101 meses	1	0,4
	102 meses	2	0,8
	103 meses	1	0,4
	106 meses	1	0,4
	11 meses	5	1,9
	112 meses	1	0,4
	114 meses	2	0,8
	118 meses	1	0,4
	119 meses	1	0,4
	12 meses	4	1,5
	121 meses	1	0,4

	125 meses	4	1,5
	129 meses	1	0,4
	12meses	1	0,4
	13 meses	5	1,9
	133 meses	1	0,4
	134 meses	1	0,4
	137 meses	1	0,4
	138 meses	1	0,4
	14 meses	1	0,4
	142 meses	2	0,8
	143 meses	1	0,4
	144 meses	1	0,4
	146 meses	1	0,4
	147 meses	2	0,8
	15 meses	3	1,1
	150 meses	1	0,4
	151 meses	1	0,4
	152 meses	1	0,4
	155 meses	1	0,4
	16 meses	4	1,5
	17 meses	1	0,4
	172 meses	2	0,8
	18 meses	4	1,5
	183 meses	1	0,4
	184 meses	1	0,4
	188 meses	1	0,4
	19 meses	4	1,5
	191 meses	1	0,4

	197 meses	1	0,4
	198 meses	1	0,4
	2 meses	5	1,9
	20 meses	3	1,1
	200 meses	1	0,4
	229 meses	1	0,4
	23 meses	1	0,4
	24 meses	3	1,1
	241 meses	1	0,4
	244 meses	1	0,4
	25 meses	5	1,9
	25 Meses	1	0,4
	26 meses	6	2,3
	27 meses	4	1,5
	29 meses	3	1,1
	3 meses	6	2,3
	30 meses	3	1,1
	31 meses	3	1,1
	32 meses	5	1,9
	33 meses	2	0,8
	34 meses	1	0,4
	36 meses	4	1,5
	37 meses	2	0,8
	38 meses	4	1,5
	39 meses	3	1,1
	4 meses	4	1,5
	40 meses	3	1,1
	41 meses	3	1,1

	42 meses	3	1,1
	42meses	1	0,4
	43 meses	1	0,4
	44 meses	2	0,8
	45 meses	1	0,4
	47 meses	2	0,8
	48 meses	1	0,4
	5 meses	3	1,1
	50 meses	2	0,8
	51 meses	4	1,5
	52 meses	4	1,5
	54 meses	3	1,1
	55 meses	2	0,8
	56 meses	1	0,4
	58 meses	2	0,8
	59 meses	1	0,4
	6 meses	2	0,8
	62 meses	4	1,5
	63 meses	1	0,4
	64 meses	1	0,4
	65 meses	2	0,8
	66 meses	2	0,8
	67 meses	2	0,8
	7 meses	6	2,3
	72 meses	2	0,8
	74 meses	1	0,4
	76 meses	1	0,4
	77 meses	1	0,4

	78 meses	1	0,4
	79 meses	1	0,4
	80 meses	1	0,4
	82 meses	1	0,4
	85 meses	1	0,4
	87 meses	1	0,4
	88 meses	1	0,4
	89 meses	1	0,4
	9 meses	1	0,4
	90 meses	1	0,4
	91 meses	2	0,8
	96 meses	1	0,4
	97 meses	1	0,4
	99 meses	2	0,8
	NR	38	14,3
	Total	266	100,0

Tabla 3. Descriptivos variable edad

Edad					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	266	1,00	244,00	48,18	57,34692
Numero					
N válido (por lista)	266				

Tabla 4. Distribución de sujetos valorados acorde a sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	F	140	52,6
	M	126	47,4
	Tot al	266	100,0

Tabla 5. Distribución de variable procedencia

		Frecuencia	Porcentaje
Municipio			
Procedencias	ACHÍ / BOLIVAR	6	2,3
	ARJONA/BOLÍVAR	6	2,3
	BALLESTAS / BOLÍVAR	1	0,4
	BAYUNCA/BOLÍVAR	3	1,1
	BOGOTÁ D.C	2	0,8
	CARMEN DE BOLIVAR / BOLÍVAR	9	3,4
	CARTAGENA / BOLÍVAR	124	46,7
	CAUCASIA/ANTIOQUIA	2	0,8
	CLEMENCIA/BOLÍVAR	3	1,2
	COVEÑAS/SUCRE	1	0,4
	COYOGAL/ SUR DE BOLÍVAR	1	0,4
	CURUMÍ/CESAR	1	0,4
	EL BANCO/MAGDALENA	1	0,4
	EL COPEY/CESAR	1	0,4
	EL GUAMO / BOLÍVAR	1	0,4
	LETICIA / BOLIVAR	1	0,4
	LOMA ARENA/ATLÁNTICO	1	0,4
	MAGANGUE/ BOLÍVAR	13	4,9
MAICAO/BOLIVAR	3	1,2	

MALAGA/BOLÍVAR	1	0,4
MALAGANA/BOLÍVAR	2	0,8
MARIA LA BAJA/ BOLÍVAR	5	1,9
MOMPOX/BOLÍVAR	9	3,4
MONTE CRISTO/BOLÍVAR	3	1,2
NAZARENO/BOLÍVAR	1	0,4
NOROSI/BOLÍVAR	1	0,4
OVEJA/SUCRE	1	0,4
PASACABALLO/BOLÍVAR	1	0,4
PINILLO / BOLÍVAR	2	0,8
PUERTO BADEL/BOLÍVAR	1	0,4
SAN ANDRES ISLAS	1	0,4
SAN CRISTIBAL/BOLÍVAR	3	1,2
SAN JACINTO/BOLÍVAR	2	0,8
SAN JUAN NEPOMUCENO / BOLÍVAR	3	1,2
SAN PEDRO DE URABA / ANTIOQUIA	3	1,2
SAN ROQUE/CESAR	2	0,8
SANTA ROSA / BOLÍVAR	5	1,9
SICUCO/BOLÍVAR	3	1,2
SINCELEJO/SUCRE	4	1,6
SUCRE/SUCRE	3	1,1
TALAMANEQUE/CESAR	1	0,4
TIERRA BOMBA / BOLIVAR	1	0,4
TIQUISIO/BOLÍVAR	3	1,1
TUCHIN/ CORDOBA	1	0,4
TURBACO/BOLÍVAR	18	6,8
VALLEDUPAR/CESAR	3	1,1

	VILLANUEVA / BOLÍVAR	2	0,8
	ZAMBRANO/BOLÍVAR	1	0,4
	Total	266	100,0

Al Identificar la procedencia de los pacientes que participaron en las 4 jornadas establecidas se determinó que proceden de 9 departamentos del país Bolívar en mayor proporción, Antioquía, Atlántico, Cesar, Córdoba, Sucre, San Andrés Islas y Santa Fé de Bogotá D.C con un total de 48 municipios de Colombia en estas jornadas.

Tabla 6. Distribución acorde a diagnostico emitido

		Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico	Q35.1	4	1,5
	Q35.3	18	6,8
	Q35.9	120	45,1
	Q36.0	75	28,2
	Q36.9	10	3,8
	Q37.0	3	1,2
	Q37.8	3	1,1
	Q37.9	33	12,4
	Total	266	100,0

Tabla 7. Asociación entre variable año de intervención y diagnostico emitido.

	Q35.1	Q35.3	Q35.9	Q36.0	Q36.9	Q37.0	Q37.8	Q37.9	Q37.2
Año 2016	0	6	37	23	6	0	0	12	84

2017	0	5	34	20	1	2	2	3	67
2018	3	4	29	24	2	1	0	10	73
2019	1	3	20	8	1	0	1	8	42
Total	4	18	120	75	10	3	3	33	266

Chi ² 34,7 p=0,14.

Se establece que la jornada con menor número de pacientes recibidos fue la realizada en el año 2019, así como la de mayor afluencia fue la del 2016.

Tabla 8. Asociación entre variable sexo de sujetos intervenidos y diagnostico emitido.

	Q35.1	Q35.3	Q35.9	Q36.0	Q36.9	Q37.0	Q37.8	Q37.9	Q37.2
Sexo F	3	9	68	32	5	1	2	20	140
M	1	9	52	43	5	2	1	13	126
Total	4	18	120	75	10	3	3	33	266

Chi ² 7,18 p=0,61

Dentro de la medición de la variable sexo, se evidencia mayor número de pacientes de sexo femenino.

DISCUSIÓN

Ante lo anterior, en Cartagena según estudios realizados, se encuentra caracterizada la edad que más prevalece en la población, se encuentra entre 0 a los 2 años, de la población atendida en el Programa Nacional de Atención Integral establecido en esta ciudad. En términos del género, la muestra seleccionada presentó igualdad de porcentajes (50%) para los géneros femenino y masculino. (20) Coincidiendo en lo reportado en este estudio. En los estudios reportados a nivel de América Latina se evidencia una información variable con respecto a la presencia de fisura de acuerdo al género. Algunos estudios coinciden con una

mayor frecuencia de aparición en los hombres (9) mientras que otros no destacan una diferencia significativa de aparición de esta entidad entre el sexo femenino y el masculino (10) en concordancia con este estudio.

Se realizaron otros estudios los cuales reportaron varios porcentajes en el continente europeo. Yáñez RM, et al realizaron un estudio en el año 2012 donde estudiaron 123 sujetos con labio fisurado con o sin paladar hendido que asistieron a la unidad de Estomatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío y del Hospital Universitario Virgen Macarena en el sur de España, en un periodo de 8 meses en quienes encontraron una mayor frecuencia de LPH unilateral completo (54,4%), con mayor afectación del lado izquierdo seguido secuencialmente de LPH bilateral completo en un 16,3%. La mayoría de sujetos afectado eran género masculino (60,97%) y 21,94% presentaban antecedentes familiares de la condición.

A nivel mundial, el LPH es considerado una de las malformaciones congénitas más comunes siendo esta una de las más importantes con una frecuencia de 1,8. En Europa, se reporta una mayor aparición de las hendiduras orofaciales en Polonia, Suecia y la República Checa teniendo una incidencia de 2.0 por cada 1000 nacimientos, a diferencia de Eslovaquia que hasta el momento se ha reportado una mayor incidencia de hendiduras, reportando así (2.60, 1000 nacidos). Finlandia, por ejemplo, es el país europeo con la menor incidencia de hendiduras, teniendo así 0.79 casos; sin embargo, la incidencia en este país está aumentando. (Pacakova D, Et al. 2016)

1.6 CONCLUSIONES

Tal y como se pudo observar, en el comportamiento en las jornadas I – II – III – IV los años 2016, 2017, 2018 y 2019 del proyecto Volver a Sonreír dentro la alianza Universidad del Sinú – Cartagena, Fundación Club Rotario Cartagena, Fundación Healing The Children y Clínica Cartagena del Mar, se puede concluir en la distribución demográfica de los sujetos del estudio, 266 valorados e intervenidos en las jornadas, el mayor porcentaje de atención fue en el año 2016.

En cuanto a la caracterización, el diagnóstico más frecuente fue Q35.9 (FISURA DE PALADAR SIN ESPECIFICAR) en un 45,1%, seguido de Q36 (FISURA LABIAL BILATERAL) para el 28,2%, la edad más frecuente en las que se

intervinieron corresponde a los 3, 7 y 26 meses con el 2,3% para cada una de estas edades y la procedencia muestra el predominio de la ciudad de Cartagena con el 47% pero pudiéndose identificar afluencia desde 9 departamentos.

Ante lo anterior se considera la caracterización realizada, importante y benéfica para la población referenciada y el servicio de atención a instaurar.

1.7 RECOMENDACIONES

Al finalizar este estudio y ante las actividades realizadas basada en la caracterización realizada se plantean las siguientes recomendaciones:

- Mantener las jornadas del Proyecto Volver a Sonreír.
- Mejorar la data de los pacientes incluidos en el Proyecto.
- Incorporar al proyecto el seguimiento y mantenimiento de los pacientes intervenidos.
- Organizar la Unidad interdisciplinaria de Atención a pacientes Flap para la ciudad y la región.

1.8 BIBLIOGRAFÍA

1. Sadler T, Langman J. Fundamentos de Embriología médica con orientación clínica. 10a ed: Editorial Medica Panamericana; 2010.
2. Castilla EE, Orioli IM. ECLAMC: the Latin-American collaborative study of congenital malformations. *Community Genet.* 2004;7(2-3):76-94.
3. Agbenorku, P., Agbenorku, M., Iddi, A., Abude, I., Sefenu, R., Matondo P. y Scheneider W. (2011). A study on cleft lip/palate in a community in the South East of Ghana. *Eur J Plast Surg*, 34, 267-272.
4. Butali, A. y Mossey P. (2009). Epidemiology of Orofacial clefts in Africa: Methodological challenges in ascertainment. *Pan African Medical Journal*, 1-9.
Charry, I., Aguirre, M., Castaño, J., Gómez, B., Higuera, J., Mateus, G., Montes, D. y Villegas, O. (2012). Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el Hospital Infantil Universitario de Manizales Colombia. *Archivos de Medicina*, 12 (2), 190-197.
5. Chavarriaga, J., González, M., Rocha, A., Posada, A. y Agudelo, A. (2011). Prevalencia de Labio Fisurado y Paladar Hendido en el Hospital Universitario de Cartagena. Bogotá: *Rev. Nacional de Odontología*, 11(6), 1-6.
6. Corbo, M. y Marimón, M. (2001). Labio y Paladar Fisurados. Aspectos Generales que se deben conocer en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17(4), 379-85
7. Derijcke, A., Eerens, A. y Carels, C. (1996). The incidence of oral clefts: A review. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 34, 488-494.
8. Gómez, R., García, C. y Lara, R. (2008). Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006. México: *Rev. De la Asociación Mexicana de Dentición*, 15 (6), 309-313.

9. González, M., Téllez, M., Canchano, F., Rojas, Y. y Trujillo, M. (2011). Calidad de vida y salud oral en una población colombiana con labio y/o paladar fisurado. *Rev Universitas Odontológicas*, 30 (64),73-82
10. Jaber, L., Nahmani, A., Halpern, G. y Shohat, M.(2002). Facial clefting in an Arab town in Israel.*Rev. Medical Center*, 61, 448–453.
11. Paola Guerrero-Abello^{1,2}, Yoseth Ariza-Araujo², Diego J. Caycedo-García³ y Harry Pachajoa⁴ Necesidad de guías clínicas para el manejo integral de pacientes con labio paladar hendido. *Revista de Salud Publica*.
12. Ministerio de salud. Guía Clínica Fisura Labiopalatina. Santiago: Minsal, 2009.ISBN : 978-956-8823-14-6.
13. Borrero DC, Gutiérrez SP, Izaguirre DM, Otero LM. Caracterización fenotípica de la morfología facial en un grupo de población africana con fisuralabio-palatina nosindrómica. *Univ Odontol*. 2010(Ene-Jun); 29(62): 11-18.
14. Abreu L, Castro J, Kobayashi G, Passos-Bueno M. Human Genome Research Center, Institute of Biosciences, University of Sao Paulo, 05508-090 Sao Paulo, SP, Brazil
15. Leslie EJ, Marazita ML. 2013. Genetics of cleft lip and cleft palate. *AmJ Med Genet Part C Semin Med Genet* 163C:246–258.
16. Chavarriaga Rosero J, González Caicedo MX. Prevalencia de labio y paladar hendido: aspectos generales que se deben conocer. Revisión bibliográfica. *Revista Nacional de Odontología*.2010; 6(11):70-81.
17. Nayereh Nouri, Padideh Karimi, Salehi Mansoor, Mehrdad Memarzadeh, Hamid Ganji, Maryam Sedghi- An insight into genetics of non-syndromic cleft palate. *Adv Biomed Res* 2013;2:6.
18. Chavarriaga J, González-Caicedo MX, Rocha-Buelvas A, PosadaLópez A, Agudelo-Suárez A. Factores relacionados con la prevalencia de labio y paladar hendido en la población atendida en el Hospital Infantil “Los

- Ángeles". Municipio de Pasto (Colombia),2003-2008. CES Odont. 2011;24(2):33-41.
19. González Y. Informe final del evento anomalías congénitas hasta el período epidemiológico 13 del año 2012. Reporte final. Colombia: Instituto Nacional de Salud (COL), Oficina de vigilancia y control en salud pública: 2012. Reporte No.:FOR-R02.4000-001
20. Mondragón Bohórquez, S., Carrascal González, M., Hernández Calderín, D., Sarmiento Viasus, O., Fernández Torres, K., & Casas Noriega, M. (2014). Caracterización de usuarios con fisura labiopalatina atendidos por Operación Sonrisa en Cartagena. Areté, 14(1), 120 - 126. Recuperado a partir de <https://arete.iberu.edu.co/article/view/725>
21. Gisella González Gutiérrez, Cristian Vergara Núñez. "Asociación entre la prevalencia al nacimiento de nacidos vivos con fisuras orales y el terremoto de magnitud 8,8 y tsunami en la región del maule" Universidad de Chile, Facultad de Odontología, Instituto de Rehabilitación de Malformaciones y Deformaciones Máxilofaciales (I.R.M.A.D.E.M.A.) Santiago - Chile2012.
22. Moore K. Persaud M. (1999). Embriología Clínica. 6ta. Ed. Interamericana; 175- 210.
23. "Cleft Lip and Palate perspectives in management" SAMUEL BERKOWTTZ
24. "Cleft Lip and Palate" R.B. Ross and M.C. Johnston
25. "Tratamiento de labio leporino y fisura palatina" – TRESSERRA W. 1977.
26. Alpizar, Rodolfo. Traducción y terminología medica. 1999-2020 Infomed - Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
27. Pons,Aicia. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.74 no.2 México mar./abr. 2017

28. Lopera, Mónica. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. Gaceta Constitucional . dic.2016
29. Yañez RM, Iglesias A, Gómez I, et al. A descriptive epidemiologic study of cleft lip and palate in Spain. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology.2012
30. Abyholm fe. Cleft lip and palate in a norwegian population. li. A numerical study of 1555 clppatients admitted for surgical treatment 1954-75. Scand j plast reconstr surg. 1978;12(1):35– 43

ANEXOS

ANEXO. A

Imagen parcial – matriz unificada 2019

Año	Edad	Edad	Sexo	Diagnostico	Procedencia	EPS
2019	3 meses	3	M	Q37.9	Cartagena/Bolívar	SALUD TOTAL
2019	3 meses	3	M	Q37.9	CAUCASIA/ANTIQUIA	MUTUAL SER
2019	16 meses	16	M	Q37.9	MOMPOX/BOLÍVAR	AMBU
2019	52 meses	52	M	Q36	Cartagena/Bolívar	COOMEVA
2019	16 meses	16	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	SALUD TOTAL
2019	33 meses	33	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	POLICIA
2019	18 meses	18	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	COMFAMILIAR
2019	33 meses	22	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2019	51 meses	51	F	Q37.9	Cartagena/Bolívar	CAJACOPI
2019	34 meses	34	F	Q35.9	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2019	37 meses	37	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2019	51 meses	51	F	Q35.9	Cartagena/Bolívar	NUEVAEPS
2019	77 meses	77	F	Q36	Cartagena/Bolívar	COMFAMILIAR
2019	150 meses	150	F	Q36	Cartagena/Bolívar	SALUD TOTAL
2019	144 meses	144	F	Q37.9	Cartagena/Bolívar	COMFAMILIAR
2019	5 meses	5	F	Q35.9	Cartagena/Bolívar	SALUD TOTAL
2019	55 meses	55	F	Q35.9	Turbaco/Bolívar	SALUD VIDA
2019	55 meses	55	M	Q35.3	SANTAROSA SUR/BOLÍVAR	SALUD VIDA
2019	2 meses	2	M	Q37.8	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2019	30 meses	30	F	Q35.3	ARJONA/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2019	39 meses	39	F	Q35	SAN ANDRES ISLAS	NUEVAEPS
2019	125 meses	125	F	Q35.9	MONTE CRISTO/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2019	102 meses	102	M	Q36	ACHÍ/BOLÍVAR	AMBU
2019	12 meses	12	F	Q37.9	ACHÍ/BOLÍVAR	AMBU
2019	58 meses	58	F	Q35.9	Cartagena/Bolívar	SALUD TOTAL
2019	172 meses	172	M	Q37.9	Cartagena/Bolívar	SALUD TOTAL
2019	106 meses	106	F	Q35.9	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2019	78 meses	78	F	Q37.9	ARJONA/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2019	62 meses	62	F	Q35.9	Turbaco/Bolívar	MUTUAL SER
2019	59 meses	59	M	Q35.9	SUCRE/SUCRE	MUTUAL SER
2019	90 meses	90	F	Q35.3	ACHÍ/BOLÍVAR	COOSALUD
2019	19 meses	19	F	Q35.9	SAN PEDRO/URABA	SAVIA SALUD
2019	63 meses	63	F	Q35.9	SAN JUAN NEPOMUCENO/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2019	39 meses	39	M	Q36	VALLEDUPAR/CESAR	COOSALUD
2019	125 meses	125	M	Q36	SANTA ROSA/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2019	197 meses	197	M	Q36	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2019	184 meses	184	M	Q36	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2019	11 meses	11	M	Q36.9	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2019	151 meses	151	F	Q35.9	PASACABALLO/BOLÍVAR	SALUD TOTAL
2019	13 meses	13	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2019	29 meses	29	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	SURA
2019	91 meses	91	F	Q35.9	MARIALA BAJA/BOLÍVAR	MUTUAL SER

ANEXO. B

Imagen parcial – matriz unificada 2018

Año	Edad	Edad	Sexo	Diagnostico	Procedencia	EPS
2018	25 meses	25	M	Q35.9	SINCELEJO/SUCRE	COOSALUD
2018	13 meses	13	F	Q37.9	MONTE CRISTO/BOLÍVAR	AMBU
2018	58 meses	58	M	Q36	SAN ROQUE/CESAR	COOMEVA
2018	191 meses	191	F	Q37.9	ARJONA/BOLÍVAR	COMPARTA
2018	72 meses	72	M	Q36	CARMEN DE BOLÍVAR/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2018	17 meses	17	F	Q35.9	CLEMENCIA/BOLÍVAR	AMBU
2018	24 meses	24	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2018	16 meses	16	F	Q35.9	MAICAO/GUAJIRA	CORPOGUJIRA
2018	198 meses	198	F	Q37.9	CAUCASIA/ANTIOQUIA	SAMASALUD
2018	121 meses	121	F	Q36	EL BANCO/MAGDALENA	MUTUAL SER
2018	27 meses	27	M	Q36	Cartagena/Bolívar	COMFAMILAIR
2018	4 meses	4	M	Q37.9	Turbaco/Bolívar	COOMEVA
2018	66 meses	66	F	Q35.3	ARJONA/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2018	26 meses	26	M	Q35.3	SINCELEJO/SUCRE	COOMEVA
2018	40 meses	40	M	Q35.9	MOIMPOX/BOLÍVAR	COMFAMILIAEVALORACION
2018	27 meses	27	M	Q36	VALLEDUPAR/CESAR	COOSALUD
2018	44 meses	44	M	Q35.3	Turbaco/Bolívar	NUEVAEPS
2018	50 meses	50	F	Q35.9	Turbaco/Bolívar	MUTUAL SER
2018	26 meses	26	F	Q35.9	BAYUNCA/BOLÍVAR	COMPARTA
2018	66 meses	66	F	Q35.9	Magangué/Bolívar	NR
2018	102 meses	102	M	Q36	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2018	30 meses	30	F	Q35.9	Cartagena/Bolívar	COOMEVA
2018	82 meses	82	M	Q35.9	CARMEN DE BOLÍVAR/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2018	65 meses	65	M	Q36	CARMEN DE BOLÍVAR/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2018	97 meses	97	F	Q36	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2018	183 meses	183	F	Q37.0	SINCELEJO/BOLÍVAR	AMBU
2018	67 meses	67	F	Q36	EL COPEY/CESAR	AMBU
2018	172 meses	172	F	Q36	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2018	152 meses	152	M	Q36	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2018	9 meses	9	F	Q36.9	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2018	36 meses	36	F	Q36	Turbaco/Bolívar	COFACOR
2018	188 meses	188	F	Q35.9	Turbaco/Bolívar	SALUD VIDA
2018	241 meses	241	F	Q36	Cartagena/Bolívar	DADIS
2018	64 meses	64	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2018	7 meses	7	M	Q35.9	Turbaco/Bolívar	COOSALUD
2018	36 meses	36	F	Q35.9	SUCRE/SUCRE	COOSALUD
2018	15 meses	15	F	Q35.9	Cartagena/Bolívar	MUTUAL SER
2018	85 meses	85	M	Q36	Cartagena/Bolívar	COOSALUD
2018	44 meses	44	M	Q36	TALAMANEQUE/CESAR	SALUD VIDA
2018	138 meses	138	F	Q36	Cartagena/Bolívar	SALUD TOTAL
2018	125 meses	125	F	Q35.9	CLEMENCIA/BOLÍVAR	COMFAMILIAR
2018	72 meses	72	M	Q35.9	BAYUNCA/BOLÍVAR	NR
2018	51 meses	51	M	Q35.9	Cartagena/Bolívar	COOSALUD / REVISION
2018	10 meses	10	F	Q35.9	Cartagena/Bolívar	SALUD TOTAL
2018	112 meses	112	M	Q36	MOIMPOX/BOLÍVAR	COMFAMILIAR

ANEXO. C

Imagen parcial – matriz unificada 2017

Año	Edad	Edad	Sexo	Diagnostico	Procedencia	EPS
2017	2 meses	2	M	Q37.0	Magangue/Bolivar	COOSALUD
2017	20 meses	20	M	Q35.9	Magangue/Bolivar	COOSALUD
2017	5 meses	5	M	Q37	Cartagena/Bolivar	CAFESALUD
2017	12 meses	12	F	Q37.8	MONTECRISTO/BOLÍVAR	AMBU
2017	3 meses	3	F	Q37.8	Turbaco/Bolivar	COOMEVA
2017	41 meses	41	M	Q35.9	SAN ROQUE/CESAR	COOMEVA
2017	23 meses	23	F	Q35.9	Cartagena/Bolivar	MUTUAL SER EVALUACION
2017	15 meses	15	M	Q35.9	Cartagena/Bolivar	MUTUAL SER
2017	15 meses	15	F	Q36	MALAGANA/BOLÍVAR	COMFAMILIAR EVALUACION
2017	146 meses	146	M	Q36	Cartagena/Bolivar	COOSALUD
2017	25 meses	25	M	Q36	Cartagena/Bolivar	COOMEVA REVISION
2017	74 meses	74	M	Q36	Cartagena/Bolivar	CAJACOPI
2017	38 meses	38	M	Q36	Cartagena/Bolivar	
2017	42 meses	42	F	Q36	MARIA LA BAJA/BOLÍVAR	COMFAMILIAR REVISION
2017	101 meses	101	F	Q35.9	TIQUISIO/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2017	7 meses	7	F	Q37.9	ARIONA/BOLIVAR	MUTUAL SER
2017	11 meses	11	M	Q35.9	Cartagena/Bolivar	MUTUAL SER
2017	24 meses	24	F	Q35.9	Turbaco/Bolivar	COMFACOR
2017	31 meses	31	F	Q35.9	SAN JACINTO/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2017	89 meses	89	F	Q35.9	Cartagena/Bolivar	COMFAMILIAR
2017	38 meses	38	F	Q35.9	Turbaco/Bolivar	MUTUAL
2017	32 meses	32	M	Q35.9	Turbaco/Bolivar	NUEVA EPS
2017	79 meses	79	M	Q36	Cartagena/Bolivar	EVALUACION
2017	244 meses	244	F	Q36	Cartagena/Bolivar	NUEVA EPS
2017	27 meses	27	F	Q35.9	Cartagena/Bolivar	
2017	13 meses	13	M	Q35.9	MAICAO/BOLÍVAR	CORPOGUAJIRA
2017	45 meses	45	F	Q35.3	Cartagena/Bolivar	COOSALUD
2017	18 meses	18	F	Q35.9	Cartagena/Bolivar	COOMEVA
2017	54 meses	54	F	Q35.9	ARIONA/BOLÍVAR	MUTUAL SER
2017	13 meses	13	F	Q35.9	Cartagena/Bolivar	COOSALUD
2017	36 meses	36	M	Q35.9	CARMEN DE BOLÍVAR/BOLÍVAR	COOSALUD
2017	96 meses	96	F	Q36	Cartagena/Bolivar	COOSALUD
2017	129 meses	129	M	Q36	Cartagena/Bolivar	MUTUAL SER
2017	99 meses	99	M	Q36	MALAGANA/BOLÍVAR	COMFAMILIAR
2017	39 meses	39	M	Q35.9	Cartagena/Bolivar	COOSALUD
2017	29 meses	29	M	Q35.9	MOMPOX/BOLÍVAR	COMFAMILIAR

ANEXO. D

Imagen parcial – matriz unificada 2016

Año	Edad	Edad	Sexo	Diagnostico	Procedencia	EPS
2016	25 Meses	25	M	Q3 5.9	Cartagena/Bolivar	NR
2016	NR	0	M	Q36	Cartagena/Bolivar	CAMFACOL
2016	20 meses	20	M	Q3 5.9	Turbaco/Bolivar	NR
2016	80 meses	80	F	Q3 7.9	Cartagena/Bolivar	NR
2016	25 meses	25	F	Q3 5.9	Cartagena/Bolivar	NR
2016	26 meses	26	F	Q36	Turbaco/Bolivar	NR
2016	NR	0	F	Q3 5.9	Cartagena/Bolivar	NR
2016	3 meses	3	F	Q36	Clemencia/Bolivar	NR
2016	3 meses	3	M	Q3 6.9	Malaga/Bolivar	COMFAMI
2016	11 meses	11	F	Q36	Cartagena/Bolivar	DASALUD
2016	2 meses	2	M	Q3 7.9	Cartagena/Bolivar	COMFAMI
2016	13 meses	13	F	Q3 7.9	Cartagena/Bolivar	COOMEVA
2016	133 meses	133	M	Q3 5.9	Cartagena/Bolivar	NR
2016	62 meses	62	M	Q36	Cartagena/Bolivar	REVISION 11 A, M
2016	31 meses	31	M	Q3 5.9	Curumí/Cesar	COOMEVA
2016	NR	0	F	Q3 5.9	Cartagena/Bolivar	DADIS
2016	NR	0	M	Q3 5.9	Zambrano/Bolivar	COOSALUD
2016	12 meses	12	F	Q3 5.9	Turbaco/Bolivar	COMFACOR
2016	NR	0	M	Q3 5.9	Puerto Badel/Bolivar	AMBU
2016	NR	0	F	Q3 5.9	Cartagena/Bolivar	COOSALUD
2016	42 meses	42	F	Q3 6.9	Magangué/ Bolivar	CAJACOPI
2016	NR	0	F	Q3 5.9	Loma Arena/Atlántico	AMBU
2016	NR	0	M	Q3 5.9	Cartagena / Bolivar	DADIS
2016	6 meses	6	M	Q3 5.3	Magangué/ Bolivar	COOSALUD
2016	NR	0	M	Q3 5.3	Magangué/ Bolivar	COFAMILIAR
2016	30 meses	30	F	Q36	María La Baja/Bolivar	REVISION 12 P
2016	NR	0	F	Q3 5.9	Cartagena / Bolivar	REVISION 12 P
2016	18 meses	18	F	Q3 5.9	Turbaco/Bolivar	SALUDVIDA
2016	NR	0	F	Q3 5.9	San Juan Nepomuceno / Bolivar	MUTUALSER
2016	118 meses	118	M	Q3 5.9	Cartagena / Bolivar	REVISION 11 A
2016	26 meses	26	F	Q3 5.9	Magangué/ Bolivar	AMBU
2016	NR	0	F	Q3 5.9	Pinillo / Bolivar	MUTUALSER
2016	87 meses	87	M	Q36	Leticia / Bolivar	NR
2016	NR	0	M	Q36	Cartagena / Bolivar	REVISION 12 P. M
2016	NR	0	F	Q3 5.9	Cartagena / Bolivar	CONFACOR

