

PREVALENCIA DE HENDIDURA LABIAL Y/O PALATINA EN PACIENTES DE DOS CENTROS HOSPITALARIOS DEL ESTADO CARABOBO.

Nora Vásquez*, Ángela Gutiérrez**

Resumen

Introducción: El propósito del estudio fue determinar la prevalencia de hendidura labial y/o palatina en dos centros de atención especializada, ubicados en zona norte y sur de Valencia, Estado Carabobo. **Material y Método:** Investigación cuantitativa, epidemiológica, retrospectiva, descriptiva; del material constituido por historias clínicas y lista de cotejo. El universo y la muestra fue la totalidad de 481 niños con hendidura labial y/o palatina, pacientes de las instituciones estudiadas. **Resultados:** La prevalencia de hendidura labial y/o palatina es 12%. En relación a ubicación geográfica, el Municipio Valencia presentó 76% y los Municipios Guacara y Bejuma 13%; 75% de los padres no sobrepasan los 34 años al momento de procrear. En cuanto al nivel educativo, 67% no culmina estudios secundarios. **Conclusión:** La prevalencia de la Hendidura labial y/o palatina es muy alta en el Estado Carabobo. En cuanto a los progenitores, presentan un nivel educativo bajo y una edad de procrear por debajo de 34 años, es una población joven. Se evidenciaron anomalías asociadas en pabellón auricular, mano y pie.

Palabras clave: Epidemiología, Prevalencia, Anomalía Craneofacial.

PREVALENCE OF PALATAL AND LABIAL CLEFT PATIENTS BETWEEN TWO HOSPITAL CENTER OF CARABOBO STATE.

Abstract

Introduction: The purpose of the study was to determine the prevalence of cleft lip and palate in two centers of specialized attention located in north area and south of Valencia City, Carabobo State. **Material and Method:** Quantitative, epidemic, retrospective, descriptive investigation; of the material constituted by clinical histories and it lists of I compare. The universe and the sample was the entirety of 481 children with cleft lip and palate, patient of the studied institutions. **Results:** The prevalence of cleft lip and palate is 12%. In relation to geographical location, the Valencia municipality presents 76%, and the Guacara and Bejuma municipalities 13%; the parents' 75% doesn't surpass the 34 years at the moment to procreate. As for the educational level, 67% doesn't culminate secondary studies. **Conclusion:** The prevalence of the cleft lip and palate is very high in the Carabobo State. As for the progenitors, they present a low educational level and an age of procreating below 34 years, is a young population. Associate anomalies were evidenced in pavilion, hand and foot.

Key Words: Epidemiology, Prevalence, Craniofacial Anomaly.

* Magíster Salud Pública - Epidemiología

** Especialista en Ortodoncia. Unidad de alteraciones de crecimiento y desarrollo craneofaciales. (U.D.A.C.Y.D.).

Introducción

El nivel socio-económico está vinculado directamente con la calidad de vida de la población, constituyendo la salud y la educación condiciones fundamentales para su determinación. El deterioro de la calidad de vida en nuestra población es evidente, sobre todo en los estratos sociales más bajos, que confirman investigaciones realizadas al respecto, donde se establece una relación directa entre el nivel socio-económico y las variables salud y educación.

Marie Tolarova¹ en su trabajo de fisura labial – hendidura de paladar aporta: las fisuras labio alveolar palatinas son más comunes en aquellas partes del mundo donde no hay una buena alimentación ni buenas condiciones de vida.

En estudios realizados por Clark, J.D. y Otros² sobre la relación entre el status socio económico y hendidura orofacial, estadísticamente significativa para la hendidura labial-palatina y no solo para la hendidura palatina.

En cuanto a la investigación realizada por Jakobsen, L. y Otros³ en las Islas de Faroe y Groenlandia reportan que la prevalencia de la hendidura labio-palatina indica que los factores genéticos o ambientales juegan un rol importante en la etiología de la misma.

Por lo tanto, los factores genéticos están íntimamente entrelazados con el medio ambiente.

Cabe señalar ante lo planteado, que los niños en cualquier país, crecen y se desarrollan mejor o peor, según le sean favorables o perjudiciales los factores ambientales, de nutrición o socio-culturales.

Esta situación refleja las condiciones socio-económicas de la mayoría de los habitantes de la región donde se observa un deterioro en la calidad de vida, la cual se traduce en mayor predisposición a padecer enfermedades y alteraciones en el crecimiento y desarrollo.

El estudio realizado por FUNDACREDESA⁴ denominado “Proyecto Venezuela”, demuestra que las alteraciones de crecimiento y desarrollo constituyen un problema de salud pública y donde la hendidura labial y/o palatina es considerada como “defecto severo”; por una parte las limitaciones en cuanto a las funciones de masticación, fonación, respiración, deglución y por otra, el grado de afección psíquico, constituyen un obstáculo para el desenvolvimiento en su vida social.

La hendidura labio y/o palatina, es una alteración que se evidencia no solo por las deformaciones que ocurren en el macizo craneofacial donde se producen alteraciones funcionales del sistema estomatognático (masticación, deglución, fonación, respiración y audición) , sino también , porque esta ocasiona problemas estéticos y psicológicos que repercuten negativamente en el individuo, originando cambios de conducta que se manifiestan por sentimientos de burla y rechazo en el medio familiar y social donde se desenvuelve. Es importante señalar que esta anomalía se acompaña algunas veces de trastornos neurológicos y/o formando parte de algunos síndromes, agravando aun más el problema , razón por la cual para atender adecuadamente al tratamiento integral del paciente con hendidura labial y/o palatina, se requiere de un equipo de salud interdisciplinario que responda no solo a las expectativas del tratamiento individual, sino también que se sienta comprometido con abordar, todos aquellos aspectos que permitan realizar el tratamiento integral (preventivo y rehabilitador), considerando el aspecto social que la involucra.

Esta investigación tiene como marco referencial:

- El Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela (Proyecto Venezuela), donde se determinó que existe una alta prevalencia, de esta anomalía en la región de Carabobo y área de influencia (Aragua Cojedes, Yaracuy y Falcón), (FUNDACREDESA, C.O.N.I.C.I.T.⁵).

- Los estudios realizados en los retenes del Hospital Central y centros privados de Valencia, donde la hendidura labial y/o palatina ocupa el tercer lugar en cuanto a incidencia superada solo por el pie equino valgus y la polidactilia que ocupan el primer y segundo lugar respectivamente; Arcay, G.⁶ y otros.

La presente investigación tiene como propósito determinar la prevalencia de hendidura labial y/o palatina en dos centros hospitalarios del estado Carabobo de Valencia, ubicados, uno en el Hospital Central de Valencia: Asociación Valenciana para la atención Interdisciplinaria al paciente con las alteraciones cráneo faciales (A.V.A.I.P.A.C.F.), zona Sur y el otro en el Hospital Rafael González Plaza: Unidad de anomalías de Crecimiento y Desarrollo (U.D.A.C.Y.D.), zona norte.

Material y Método

Investigación cuantitativa, epidemiológica retrospectiva descriptiva. La población estuvo conformada por la totalidad de 481 historias clínicas de niños con hendidura labial y/o palatina que asistieron a la consulta de los centros hospitalarios: A.V.A.I.P.A.C.F. y U.D.A.C.Y.D. del Estado Carabobo durante el período 1992 -1993.

La muestra se conformó con la totalidad de la población estudiada por la facilidad que reviste la revisión de las historias clínicas y para minimizar el margen de error que existe entre población y muestra.

Se realizó una revisión de las historias clínicas de los niños portadores de hendidura labial y/o palatina. La información de las variables estudiadas fue recolectada en una lista de cotejo, el cual contiene una serie de ítem, que se corresponden con el planteamiento del problema y los objetivos.

Para determinar la edad de fecundación de los padres se consideró la edad de estos al momento de nacer el niño con la hendidura. Culinado el proceso de revisión, se ordenaron los datos, se tabularon, se conformó una base de datos y se procedió a su análisis a través de la técnica estadística descriptiva expresado en tabla de valores absolutos y relativos.

En lo que respecta al carácter epidemiológico del estudio, la clasificación de la hendidura labial y/o palatina que se incluye en la lista de cotejo, responde básicamente a la clasificación clínica empleada en los centros hospitalarios anteriormente citados, que ubica los diferentes tipos de hendidura labial y/o palatina dentro de tres grupos, utilizando los parámetros siguientes:

Hendidura labial: Es aquella hendidura o fisura, que interese solo el labio sin discriminar su extensión (completa o incompleta) y ubicación (derecha o izquierda), unilateral o bilateral.

Hendidura palatina: hendidura o fisura que interese cualquier zona del reborde alveolar y/o palatina duro y/o blando con o sin incluir la úvula, sin considerar su ubicación y extensión.

Hendidura labio- palatina: hendidura o fisura que interese el labio y el paladar duro y/o blando, incluyendo o no el reborde alveolar, sin considerar su ubicación y extensión.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados en A.V.A.I.P.A.C.F., reflejan que la hendidura labial y/o palatina presenta 12% promedio durante el periodo 86 al 93. Se observa que ésta se incrementa progresivamente de 9% aproximadamente durante los años 86-87 y 88 a 14 % promedio durante los años 89 al 93. En U.D.A.C.Y.D. sólo se incluye el año 93 (Por iniciar para este año las actividades clínicas y de investigación) en

el cual se registraron 33 niños en 1era consulta; distribuidos de la siguiente manera: hendidura labial y/o palatina 54.05%; hendidura palatina 32.43 %, hendidura labial 10.81 % y el renglón sin información 2.7%, estos resultados son significativos, si se consideran que la salud del

venezolano se ha deteriorado progresivamente a raíz de los ajustes económicos que se han producido. Precisamente a partir del año 88 y los cuales han incidido negativamente en la calidad vida de la población. (Tabla 1 y 2).

TABLA 1.

PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE HENDIDURAS LABIAL Y/O PALATINA EN LOS NIÑOS QUE ASISTIERON AL SERVICIO DE U.D.A.C.Y.D., DURANTE EL AÑO 93. EXPRESADA EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS. VALENCIA 1.994.

TIPO DE HENDIDURA					
HL	HP	HLP	SIN INF	TOTAL	%
4	12	20	1	37	100
10.81%	32.43%	54.05%	2.70%		

FUENTE: Archivos de las Historias Clínicas de U.D.A.C.Y.D. 1994.

TABLA 2.

PREVALENCIA DE LA HENDIDURA LABIAL Y/O PALATINA EN LOS NIÑOS QUE ASISTIERON A AVAIPACF DURANTE EL PERIODO 86-93. EXPRESADA EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS. VALENCIA 1.994.

AÑO	TIPO DE HENDIDURA					TOTAL	%
	HL	HP	HLP	SIN INF			
86	3	8	23	0	34	9.88	
87	2	12	16	1	31	9.01	
88	1	11	22	0	34	9.88	
89	5	26	32	0	63	18.31	
90	10	12	23	0	45	13.08	
91	8	19	25	0	52	15.12	
92	3	15	16	0	34	9.88	
93	2	22	27	0	51	14.83	
TOTAL	34	125	184	1	344	100	
	9.88%	36.34%	53.49%	0.29%			

FUENTE: Archivos de las Historias Clínicas de A.V.A.I.P.A.C.F. 1994.

Lo reportado coincide con lo presentado por Arcay G.⁶ y otros en 1976, donde una muestra de 15.595 nuevos nacimientos en el Hospital Central de Valencia donde se observó que la hendidura labial y/o palatina ocupó el tercer lugar, superada sólo por el pie equino varus y la polidactilia. Igualmente los resultados presentados por Morales C.⁸, en el Hogar Clínica San Rafael en Maracaibo donde obtiene una prevalencia de 5.35 % a 0.75% en 583 niños con hendidura.

Barros Saint-Pasteur⁹ reporta una incidencia de 0.9 % en la Maternidad Concepción Palacios de Caracas durante los años 60-63.

En relación al tipo de hendidura, labio – palatina presentó mayor prevalencia (53.77 %), en la muestra estudiada y la hendidura palatina constituyó 36.5 %. El porcentaje menor fue de hendidura labial (9.88 %).

En U.D.A.C.Y.D. la muestra estudiada reportó igualmente una prevalencia mayor de la HLP (54.05%), seguida de la HP (32.4%) y por último la HL (10.8%).

Estos resultados coinciden con lo reportado por Bradford y col.¹⁰ (1989) en una muestra en el Hospital San Juan de Dios (Caracas) donde se evidenció mayor frecuencia de la hendidura labio palatina con 83.1% en relación a la hendidura palatina con 16.9 %. Igualmente el estudio realizado por Puertas y Seijas¹¹ en AVAIPACF reportó para la hendidura labio-palatina mayor porcentaje que para la hendidura palatina y labial. No así los resultados obtenidos por Villalobos, G.¹², donde no se evidenciaron referencias relevantes.

Al relacionar la distribución de la hendidura labial y/o palatina, según el lugar de nacimientos de los niños se observó que el estado Carabobo presenta el mayor porcentaje en ambos centros de atención: A.V.A.I.P.A.C.F. 65,12% y U.D.A.C.Y.D. 72,87%. Estos resultados se corresponden con lo presentado en el Proyecto Venezuela por

FUNDACREDESA⁴, donde el estado fue tomado como piloto demostrando la prevalencia de la hendidura en el mismo.

Los estados que constituyen las zonas de influencia: Aragua, Cojedes, Yaracuy y Falcón representan 25% del total del universo. Es importante señalar que el porcentaje de niños con hendidura labial y/o palatina que presenta el estado Cojedes es relevante, en relación al resto de los estados que constituyen las zonas de influencia. En el reglón otros se agrupan los estados que presentaron menos de cuatro niños con hendidura labial y/o palatina.

Al discriminar por Distritos Sanitarios del Estado Carabobo los niños con hendidura labial y/o palatina; que han sido atendidos en ambos centros especializados. Se observa que el Distrito 1 (Valencia) ocupa el primer lugar con 76% de porcentaje promedio representado por 176 niños con la anomalía; los Distritos 4 y 5 (Guacara y Bejuma) ocupan el segundo lugar con promedio de 13% representados por 20 y 21 niños con hendidura labial y/o palatina. El tercer lugar lo ocupa el Distrito 3 (Carlos Arvelo) representado por 19 casos (8 %). El cuarto lugar lo ocupa el Distrito 2 (Puerto Cabello) con 11 casos en A.V.A.I.P.A.C.F. ya que en U.D.A.C.Y.D. no se registró ningún niño con la hendidura perteneciente a este Distrito (Año 93).

Es altamente relevante que el Distrito 5 (Bejuma) con la menor densidad de población de estado: 75.254 habitantes, se ubique en el segundo lugar con el Distrito 4 (Guacara) que presenta después del Distrito 1 (Valencia), la mayor densidad en cuanto a población se refiere: 248.331 habitantes (Dato suministrado por el Departamento de Epidemiología Regional del Estado Carabobo Año 92).

Los Estudios de Padilla, O. y González, V.¹³ en (1986) en Puerto Rico apuntan mayor frecuencia de la hendidura por ser zonas donde

existe mayor densidad de población en Bayamon, Ponce, Caguas, Arecibo. Estos resultados coinciden con los resultados parciales de esta investigación, ya que el Distrito 1 (Valencia) ocupa el primer lugar, por presentar mayor densidad poblacional (1.035.075 hab.). Lo contrario sucede con el Distrito 5 (Bejuma), el cual presenta la menor densidad poblacional del estado: 75.254 hab. y comparte con el Distrito 4 (Guacara) con 248.331 habitantes el 2do lugar.

Estos resultados evidencian mayor frecuencia en zonas o localidades del estado como es el caso de los Distritos 1, 4 y 5. Es importante resaltar la ubicación en cuanto al número de niños con hendidura labial y/o palatina que presenta el Distrito 5 (Bejuma) considerando que presenta la menor densidad poblacional del estado.

Al relacionar la edad de fecundación de los padres con la hendidura labial y/o palatina en general, se observa lo siguiente: en AVAIPACF, el mayor porcentaje esta comprendido entre las edades de 20-24 años (19.76%), en segundo lugar, el grupo de padres con edades 25-29 años (17.58 %) y el tercer lugar corresponde al grupo entre 30-34 años (14.97%), en estos grupos de edades están representados 66.56% del total de los padres de los niños con hendidura atendidos en AVAIPACF. Es decir, que más de la mitad de los padres no sobrepasan los 34 años de edad en UDACYD, estos mismos grupos muestran igual situación, representando 74.32 % del total que no sobrepasa los 34 años de edad. Igual resultado reporta Puertas y Seijas P¹¹.

TABLA 3.

DISTRIBUCIÓN DE TIPO DE HENDIDURA DEL NIÑO SEGÚN EDAD DE FECUNDACIÓN DE LOS PADRES EN AVAIPACF DURANTE EL PERIODO 86 – 93. EXPRESADA EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS. VALENCIA 1.994.

EDAD DE FECUNDACIÓN DE LOS PADRES	TIPO DE HENDIDURA				TOTAL	%
	HL	HP	HLP	SIN INF		
15 – 19	12	23	40	1	76	11.60
20 – 24	18	45	73*	0	136	20.76
25 – 29	5	46	70	0	121	18.47
30 – 34	9	36	58	0	103	15.73
35 Y MÁS	14	35	57		106	16.18
Sin Información	10	32	70	1	113	17.25
TOTAL	68	217	368	2	655	
	10.38%	33.13%	56.18%	0.31%		100

FUENTE: Archivos de las Historias Clínicas de A.V.A.I.P.A.C.F. 1994.

* 1er Lugar.

TABLA 4.

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE HENDIDURA LABIAL Y/O PALATINA EN EL NIÑO SEGÚN LA EDAD DE FECUNDACIÓN DE LOS PADRES QUE HAN ASISTIDO A U.D.A.C.Y.D. DURANTE EL AÑO 93. EXPRESADA EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS. VALENCIA 1.994

EDAD DE FECUNDACIÓN DE LOS PADRES	TIPO DE HENDIDURA				TOTAL	%
	HL	HP	HLP	SIN INF		
15 – 19	0	1	6	0	7	9.46
20 – 24	0	6	9	0	15	20.27
25 – 29	3	2	11*	0	16	21.62
30 – 34	4	6	7	0	17	22.97
35 Y MÁS	1	2	0	0	3	4.05
Sin Información	0	3	9	4	16	21.62
TOTAL	8	20	42	4	74	
	10.81%	27.03%	56.76%	5.41%		100.00

FUENTE: Archivos de las Historias Clínicas de U.D.A.C.Y.D. 1994.

*1er lugar

Al relacionar los tipos de hendidura con la edad de fecundación de los padres, la hendidura labio-palatina ocupa el 1er lugar en ambos centros, ubicada entre las edades de 20-29 años. Recientemente se ha establecido que cuando ambos padres tienen más de 35 años aumenta la probabilidad de crear niños con fisuras, reportan Sedano, H. y Gorlin, R.¹⁴. Estos planteamientos no se corresponden con el universo estudiado, donde 70% de los padres están ubicados entre las edades de 15 a 34 años.

De Voss en 1952, Peer y col. en 1958, Shapiro y col. en (1958), Oldfield en 1959, Imgallas y col. en 1958; no pudieron documentar un efecto significativo en la edad de los padres. Referido por Gorlin R y Goldmand⁷.

Al relacionar el nivel educativo de los padres con la hendidura en general, se observa que el

mayor porcentaje corresponde en ambos centros de atención a la primaria completa: U.D.A.C.Y.D. 32.43% y A.V.A.I.P.A.C.F. 22.38% y el segundo lugar lo ocupa la secundaria incompleta. Al discriminar los tipos de hendidura, la hendidura labio-palatina se ubica con mayor número de niños, relacionada en: U.D.A.C.Y.D. con la secundaria incompleta y en A.V.A.I.P.A.C.F., con la primaria completa.

Es importante señalar el porcentaje que representa el renglón, sin información en ambos centros o unidades de atención, el cual está representado por el padre (Información obtenida a través de la historia clínica). La presente tabla evidencia además, que 3.7% promedio son analfabetas, 9.6% sólo culminan estudios de secundaria y apenas 2.17% finaliza estudios superiores. Estos resultados expresan un nivel educativo bajo (67%); tomando como referencia, para esta determinación, la culminación de estudios a

nivel de secundaria. Es importante relacionar estos resultados con los planteado por Bello, F. y Sevilla¹⁵ y “El porcentaje de niños que no realiza inscripción para continuar estudios es cada vez mayor”. Esta situación demostrada hace 13 años se agrava cada día considerando los ajustes económicos que se han sucedido en los últimos años en nuestro país.

Al relacionar los porcentajes que presenta la hendidura, en relación a la ocupación de los padres, el 1er lugar lo ocupa oficios del hogar con 35% en ambos centros hospitalarios, ya que la permanencia en el hogar se refuerza por la necesidad que siente la madre de mantenerse cerca de su hijo, para atenderlo; prueba de ello son las frases que expresan “sentirse necesaria al niño” Romero, I.¹⁶. Es importante señalar referente a lo informal y otros oficios, ellos no poseen ningún tipo de protección en cuanto a seguridad social se refiere, en consecuencia las necesidades básicas de la familia son cubiertas solamente por ingresos económicos de los padres.

Al relacionar el tipo de hendidura con las anomalías asociadas. En AVAIPACF la hendidura palatina aislada ocupa un mayor porcentaje con 57.6% el segundo lugar lo ocupa la hendidura labio-palatina con 23.07% y el tercer lugar la hendidura labial con 19.23%. Igual relación se presenta UDACYD: hendidura palatina 50%, hendidura labio-palatina 33.3% y la hendidura labial 16.6%.

Las anomalías asociadas más frecuente son la del pabellón auricular (defectos de implantación y microtías) y del pie (pie-zambo

y polidactilia) estas se presenta en primer lugar asociados con la hendidura palatina aislada y en segundo lugar, asociada con la hendidura labial y hendidura labio-palatina en el tercer lugar.

El reglón otros se corresponden en su mayoría con los síndromes de Downs, Robín, y la microsomía hemifacial entre otras.

En general estos resultados coinciden con lo reportado por Fraser y Calnan donde la hendidura palatina ocupa un lugar superior (24%) a las combinaciones de la hendidura labio – palatina (14%) y la hendidura labial (7%). el pie-zambo fue la malformación más común asociada con hendidura palatina y hendidura labial, mientras que la polidactilia se observó con más frecuencia asociada a la hendidura labio – palatina. Referido por Gorlin, R. y Goldman, H.⁷

Puertas, N y Seijas, P.¹¹, reportan que 10 % de los pacientes con antecedentes familiares presentan anomalías asociadas.

Otras investigaciones reportan una frecuencia que oscila entre 30% y 37 % Shprintzen, R. y Col.¹⁷

El renglón de “otros” donde se ubican los Síndromes de Downs, Pierre Robín y Síndrome del primero y segundo arco braquial representa 16% del porcentaje ambos centros. Este porcentaje es relevante considerando las limitaciones que ellas implican en el proceso del desarrollo del niño, haciendo más complejo su tratamiento y rehabilitación.

TABLA 5.

DISTRIBUCIÓN DE LA HENDIDURA LABIAL Y/O PALATINA EN RELACION CON LAS ANOMALIAS ASOCIADAS EN AVAIPACF DURANTE EL PERIODO 86 -93. EXPRESADA EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS. VALENCIA 1.994

TIPO DE HENDIDURA	ANOMALIAS ASOCIADAS				TOTAL	%
	PABELLON AURICULAR	MANO	PIE	OTRAS		
HL	2	0	2	1	5	19.23
HP	6	2	5	2	15	57.69
HLP	2	1	2	1	6	23.08
TOTAL	10	3	9	4	26	
	38.46%	11.54%	34.62%	15.38%		100

FUENTE: Archivos de las Historias Clínicas de AVAIPACF .1994

TABLA 6.

DISTRIBUCIÓN DE LA HENDIDURA LABIAL Y/O PALATINA EN RELACION CON LAS ANOMALIAS ASOCIADAS EN U.D.A.C.Y.D. DURANTE EL AÑO 93. EXPRESADA EN CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS. VALENCIA 1.994

TIPO DE HENDIDURA	ANOMALIAS ASOCIADAS				TOTAL	%
	PABELLON AURICULAR	MANO	PIE	OTRAS		
HL	1	0	0	0	1	16.67
HP	1	0	1	1	3	50.00
HLP	1	0	1	0	2	33.33
TOTAL	3		2	1	6	
	50.00%	0.00%	33.33%	16.67%		100

FUENTE: Archivos de las Historias Clínicas de U.D.A.C.Y.D.1994

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Tolarova, Marie. Fisura Labial – Hendidura de Paladar. Primera Reunión Internacional ROTAPLAST Internacional y FUNDAPAFI. Caracas 1.998; 2.

Clark, J.D., Mossey, P.A., Sharp, L., Little, J. Socioeconomic Status and Orofacial Clefts in Scotland, 1989 to 1998. Cleft Palate – Craniofacial Journal. 2003; 40 (5): 481-484.

Jakobsen, Linda P., Molstec Kirsten, Christensen, Kaare. Occurrence of Cleft Lip and Palate in the Faroe Islands and Greenland. From 1950 to 1999. Cleft Palate – Craniofacial Journal. 2003; 40(4): 426-429.

FUNDACRECESA-SERONO. Manual de Crecimiento y Desarrollo. Crecimiento, desarrollo, nutrición y adolescencia. Caracas 1.991

FUNDACREDESA-CONICIT. Proyecto Venezuela-Estudio Proyecto Carabobo. Mimeografiado. Caracas 1.981. p. 549.

Arcay, G. y otros. Aspectos de Morbi-Mortalidad en los retenes del Hospital Central y Centro Privado de Valencia. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Caracas 1.978; 391 – 402.

Gorlin, R y Goldman, H. Thoma. Patología Oral. España: Salvat Editores; 1.977.

Morales, C. Prevalencia de la Hendidura labio-palatina. Área de Influencia, Hogar Clínico “San Rafael – Maracaibo. Zulia”. Acta Odontológica Venezolana 1.992; 35-40.

Barros-Saint-Pasteur, J. Tratamiento del labio leporino en el recién nacido Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Caracas. 1.965; 170 – 186.

Bradford, M y otros. Algunos Aspectos de las Hendiduras labio palatinas en una muestra venezolana. Rev. Sociedad Médica San Juan de Dios. 1.989; 71-76.

Puertas, N. y Seijas, P. Epidemiología de Hendiduras labio-palatinas en AVAIPACF. Acta Odontológica Venezolana. 1.992; 30 (3): 63-67.

Villalobos, G. Hendidura labio-palatina: Aspecto Epidemiológicos y genéticos en una población venezolana. Tesis de Grado. I.V.I.C. 1.989; 190

Padilla, O and Gonzalez, V. Cleft lip and palate in Puerto Rico; a thirty three year study. An International Journal of craniofacial anomalies. Publication on the American Cleft palate Association. 1.986.

Sedano, H. y Gorlin, R. Fisuras Faciales Genéticas Craneofacial. OPS-OMS. Publicación científica 1.979 (378): 174.

Bello, F y Sevilla, Y. Barrios Urbanos de Valencia U.C. Valencia. Ediciones Rectorado Raúl Clemente. 1.982.

Romero, I. Escuela para Padres de Niños Fisurados: Incidencias de la intervención a la familia en la recuperación integral del niño con fisura labial/palatina. Unidad de alteraciones de crecimiento y desarrollo. Mimeografiado. Valencia 1.994; 178.

Shprintzer, R. y Col. Anomalies Associated with cleft lip, cleft palate, or Both. American Journal of Medical Genetics. 1.985; 20: 585.