



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

**TÍTULO:
ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA
PACIENTES CON LPH DE LA ENES LEÓN**

**FORMA DE TITULACIÓN:
TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA**

P R E S E N T A:

GABRIELA VELÁZQUEZ PLASCENCIA



TUTOR: ESP. ROBERTO RUÍZ DÍAZ

ASESOR: ESP. TATIANA MONDRAGÓN BAEZ

LEÓN, GUANAJUATO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Mi tesis está dedicada a mis padres, quienes me dieron la vida, educación, apoyo y consejos. Por creer en mí incondicionalmente durante este proceso, por motivarme a superar todos los obstáculos que se presentaron durante la carrera y porque sin ellos no habría llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi tutor de tesis el doctor Roberto Ruiz Díaz y a mi asesora la doctora Tatiana Mondragón Báez, por brindarme las herramientas necesarias para realizar este proyecto, así como por haberme orientado en cada paso del proceso.

Agradezco al Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME), por darme los recursos necesarios para llevar a cabo mi tesis.

A todos y cada uno de mis docentes, porque gracias a su compromiso y entrega lograron inculcar en mí el amor por esta noble carrera, además de ayudarme a desarrollar las habilidades necesarias para ejercer la odontología.

A mi madre Ma Consuelo Plascencia, por ser la paciente más fiel y responsable que tuve, por nunca dejar que me rinda, por ser la primera persona que viene a mi mente cuando necesito apoyo.

A mi padre Heraclio Velázquez, por sus sacrificios del día a día para que mis hermanos y yo tengamos la oportunidad de estudiar y crecer haciendo lo que nos gusta, por siempre ser alguien en quien se puede confiar.

A mis hermanos Daniel y David, por siempre estar para mí, por haber sido mis pacientes durante la carrera y por ser mis mejores amigos.

A todos los buenos amigos que me acompañaron en estos años de universidad, por compartir conmigo tantos momentos y crecer a mi lado.

A mi queridísima institución la ENES LEÓN, por abrirme las puertas a tantas oportunidades, conocimientos y experiencias nuevas, por permitirme lograr mis metas académicas.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1	7
1.1 Marco teórico	7
1.1.1. LPH	7
1.1.1.1. Clasificación	8-11
1.1.1.2. Epidemiología	11-12
1.1.1.3. Factores asociados	12
1.1.1.3.1. Factores ambientales	12-13
1.1.1.3.2. Factores genéticos	14
1.1.1.4. Anomalías dentales	15
1.1.1.5. Prevención	15
1.1.2. LPH – Atención multidisciplinaria	16
1.1.2.1. LPH – Odontopediatría	16
1.1.2.1.1. Modelador Nasoalveolar Prequirúrgico	16-17
1.1.2.2. LPH – Ortodoncia	17-18
1.1.2.3. LPH – Cirugía maxilofacial	18
1.1.2.3.1. Queiloplastia	18
1.1.2.3.2. Palatoplastia	19
1.1.2.3.3. Injerto óseo	19-21
1.1.2.3.4. Ortognática	21
1.1.2.3.5. Cirugías complementarias	21-22
1.1.2.3.6. Complicaciones postquirúrgicas	22
1.1.2.3.6.1. Fístulas palatinas	22-23
1.1.2.4. LPH – Prostodoncia	23
1.1.2.5. LPH – Otorrinolaringología	23
1.1.2.6. LPH – Terapia del lenguaje	23-24
1.1.2.7. LPH – Psicología	24-25
1.1.2.8. LPH – Genética	25
1.1.2.9. LPH – Nutriología	25
1.1.2.10. LPH – Pediatría	25-26
1.1.2.11. LPH – Audiología	26
1.1.3. Historia de la atención de LPH en México	26-28
1.1.4. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico	28
1.1.5. NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales	28-31
1.1.5.1. Historia clínica	31-32
1.1.5.1.1. LPH – Importancia de la historia clínica	32

1.1.5.2. Consentimiento informado	32-34
1.2. Antecedentes	35
Capítulo 2	36
2.1. Planteamiento del problema y pregunta de investigación	36
2.2. Justificación	37
2.3. Objetivos	38
2.3.1. Objetivo general	38
2.3.2. Objetivos específicos.....	38
Capítulo 3	39
3.1. Materiales y métodos.....	39
3.1.1. Tipo de estudio	39
3.1.2. Población de estudio	39
3.1.3. Criterios de selección	39
3.1.3.1. Inclusión.....	39
3.1.3.2. Exclusión	39
3.1.3.3. Eliminación	39
3.1.4. Variables.....	39
Capítulo 4	40
4.1. Resultados	40-56
4.2. Discusión	57
4.3. Conclusiones	58
4.4. Referencias bibliográficas	59-62
4.5. Anexos	63-83

RESUMEN

Introducción: El labio paladar hendido es una anomalía congénita que ocurre entre la cuarta y la doceava semana de vida intrauterina por un fallo en la fusión de los procesos faciales, provocando un cierre incompleto del labio superior y/o una comunicación del paladar con la cavidad nasal, este defecto puede causar diversas secuelas estructurales y funcionales por lo que el enfoque de atención debe ser multidisciplinario y a largo plazo. En el área de LPH existe una necesidad importante de estandarizar los datos capturados en el expediente clínico de los pacientes con el fin de mejorar el plan de tratamiento y seguimiento, al sistematizar la información disponible se podrán identificar y atender los problemas recurrentes de esta población, así como trabajar en medidas preventivas adecuadas para disminuir la incidencia de casos de labio y/o paladar hendido. **Objetivo:** Actualizar la historia clínica de LPH de la ENES León, para que ofrezca una información del paciente más completa a los diversos especialistas, estudiantes y voluntarios que tienen acceso a ella. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer los aspectos más relevantes sobre la valoración del labio paladar hendido, los cuales fueron incluidos a la historia clínica con base a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y la NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. **Resultados:** Se obtuvo una historia clínica con ficha de identificación, padecimiento actual, motivo de consulta, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos, padecimientos sistémicos y bucales previos, antecedentes personales no patológicos, exploración física de la cavidad oral, cabeza, cuello, interrogatorio por aparatos y sistemas, registro de signos vitales, peso y talla, antecedentes de LPH u otras malformaciones craneofaciales en la familia, información del parto y embarazo de la madre, clasificación de la hendidura, diagnóstico y plan de tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El labio paladar hendido es la anomalía congénita más común que afecta las estructuras de la cara a nivel mundial, ocurre entre la cuarta y la doceava semana de vida intrauterina por un fallo total o parcial en la fusión de los procesos faciales provocando un cierre incompleto del labio superior y/o una comunicación del paladar con la cavidad nasal, causando diversas complicaciones estéticas, funcionales y psicológicas, lo cual repercute directamente en la calidad de vida de la persona que lo presenta.

El manejo de pacientes con labio paladar hendido es muy complejo y requiere un enfoque integral, por lo que el proceso de rehabilitación será brindado por un equipo multidisciplinario de especialistas en diferentes áreas de la salud, el tratamiento es a largo plazo iniciando idealmente a los pocos días de nacido y extendiéndose hasta la vida adulta.

La incidencia en México es de 1.3 casos por cada 1,000 nacimientos vivos registrados, esta cifra tan alta lo convierte en un problema de salud pública y hace que sea necesario trabajar en nuevas medidas para combatir esta situación.

Una manera de identificar y tratar los problemas más recurrentes de esta población, así como detectar los factores asociados con dicha anomalía, es una historia clínica actualizada y completa que contenga toda la información relevante del paciente, de este modo se podrán realizar estudios epidemiológicos que ayuden a tratar los problemas prioritarios y a crear medidas preventivas para que cada vez sean menos frecuentes los casos de labio paladar hendido.

Por todo lo mencionado anteriormente, el objetivo de esta tesis es actualizar la historia clínica de LPH de la ENES León, para que ofrezca una información del paciente más completa a los diversos especialistas, estudiantes y voluntarios que tienen acceso a ella.

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. LPH

El labio y paladar hendido, también conocido como fisura labio palatina, es una anomalía congénita que ocurre entre la cuarta y la doceava semana de vida intrauterina, siendo la sexta la de mayor riesgo. Es considerada la malformación congénita más común a nivel mundial que afecta a las estructuras de la cara.¹⁻⁵

El desarrollo de la cara se da por la fusión de 5 procesos faciales:

Un frontonasal: Forma la mitad superior de la cara, el septum nasal, filtrum labial, premaxila y paladar duro anterior.

Dos maxilares: Forma la mitad superior de las mejillas, las porciones laterales del labio superior y paladar posterior.

Dos mandibulares: Forman la mandíbula, la mitad inferior de las mejillas y parte de la lengua.

El labio y/o paladar hendido tiene su origen aparentemente por una alteración embriológica en la formación de la cara, la cual puede ser causada por falta de fuerza de penetración del tejido conjuntivo, por una interferencia mecánica ejercida por la lengua o por una diferencia de tamaños de las partes afectadas, provocando un fallo total o parcial en la fusión de estos procesos.

El labio fisurado se produce por la falta de fusión de los procesos nasales medios y laterales con los procesos maxilares. El paladar hendido cuando no se fusionan los procesos palatinos laterales entre sí o con el tabique nasal o con el paladar primario.⁴⁻¹⁰

El labio fisurado se puede definir como el defecto facial que involucra el cierre incompleto del labio, se presenta de manera unilateral (donde el lado izquierdo es el más afectado en el 70% de los casos), bilateral o medial. El paladar hendido se define como un defecto palatino en la línea media que comunica la cavidad nasal con la oral, puede involucrar al paladar blando, al duro o una combinación de ambos.^{8,11,12}

Esta anomalía puede presentar secuelas estructurales y funcionales que se atribuyen a la deformidad inicial, a los múltiples procedimientos quirúrgicos y al inadecuado desarrollo facial, por lo que de no ser atendidos a tiempo se producirá un deterioro estético, funcional y psicosocial importante. Las secuelas estéticas están relacionadas con la falta de continuidad en el labio superior y a las cicatrices quirúrgicas, las funcionales con problemas de audición, respiración, deglución, masticación, fonación y crecimiento facial y las psicosociales con la falta de habilidad para relacionarse con otras personas.^{1,4,13-15}

1.1.1.1. Clasificación

Debido a la gran variabilidad que puede presentar el labio paladar hendido se han propuesto múltiples clasificaciones, cada una considerando diferentes criterios.

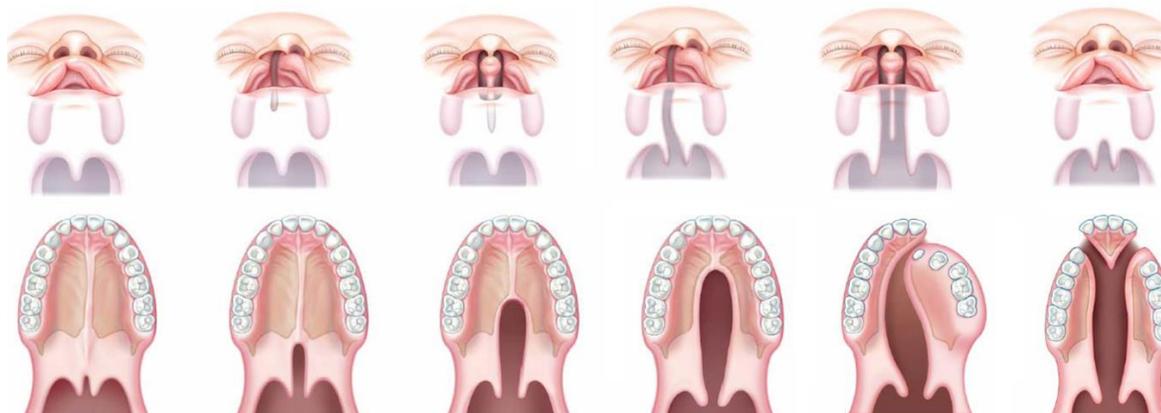


Figura 1. Diversas presentaciones de LPH

Algunas de las clasificaciones más reconocidas y aceptadas son:

Davis y Ritchie (1922):

- I. Hendiduras prealveolares (nasolabiales)
 - Unilateral
 - Mediana
 - Bilateral
- II. Hendiduras postalveolares (palatinas)
 - Paladar blando
 - Paladar duro y blando (reborde alveolar intacto)
 - Hendidura submucosa del paladar.
- III. Hendiduras alveolares
 - Unilateral
 - Bilateral

Victor Veau (1931):

- I. Anomalías de labio:
 - Labio hendido completo
 - Labio hendido incompleto
 - Labio hendido cicatricial
 - Labio hendido bilateral
- II. Anomalías del paladar:

- Tipo 1. Hendidura del paladar blando
- Tipo 2. Hendidura del paladar duro y blando secundario
- Tipo 3. Hendidura completa unilateral
- Tipo 4. Hendidura completa bilateral

Kernahan y Stark (1972):

- I. Hendiduras de paladar primario
 - Subtotal
 - Unilateral
 - Bilateral
- II. Hendiduras de paladar secundario
 - Total
 - Subtotal
- III. Hendidura del paladar primario y secundario
 - Unilateral subtotal
 - Unilateral total
 - Bilateral

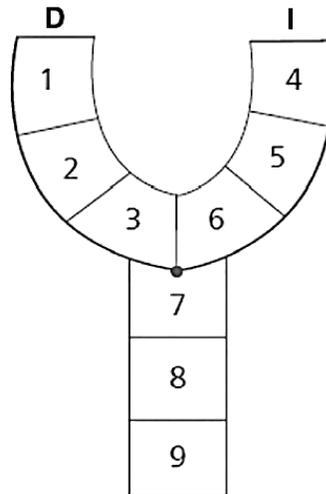


Figura 2. La "Y" de Kernahan y Stark

El 1 y 4 representan los labios

El 2 y 5 representan el alveolo

El 3 y 6 representan la premaxila (paladar duro anterior al foramen incisivo)

El 7 y 8 representan el paladar duro posterior al foramen incisivo

El 9 representa el velo del paladar

Clasificación de Millard:

Millard agrega triángulos que ilustran la nariz y el umbral nasal.

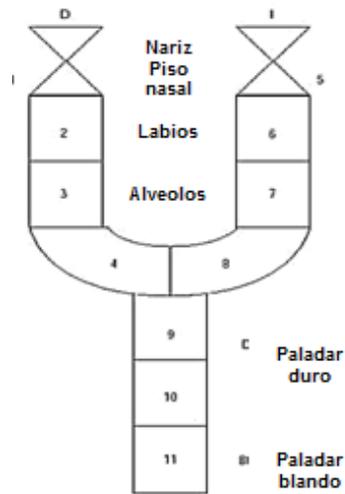


Figura 2. Clasificación de Millard

Confederación Internacional de Cirugía Plástica y Reconstructiva:

- A. Defectos labiales y alveolares
- B. Fisuras palatinas primarias y secundarias
- C. Cualquier combinación que involucre paladar primario y secundario

Con base a la descripción anatómica:

- Labio fisurado, con o sin paladar fisurado
 - A. Labio fisurado unilateral
 - B. Labio y paladar fisurado unilateral
 - C. Labio fisurado bilateral
 - D. Labio y paladar fisurado bilateral
- Paladar fisurado
 - A. Paladar fisurado
 - B. Paladar fisurado submucoso
 - C. Insuficiencia velofaríngea
 - D. Secuencia de Robin

Con base a la afectación:

- I. Fisuras por delante del foramen incisivo (preforamen)
- II. Fisuras por detrás del foramen incisivo (postforamen)
- III. Fisuras que van desde la premaxila hasta el paladar blando (transforamen)

* También se puede agregar a la clasificación si son unilaterales o bilaterales.

Las clasificaciones pueden incluir la siguiente información:

- Estructuras comprometidas: puede incluir labio superior, encía, proceso alveolar, paladar óseo, velo del paladar y úvula.
- Completo o Incompleto: de acuerdo a la extensión de la fisura labiopalatina con respecto a las fosas nasales.
- Primario o anterior: se encuentran por delante del foramen incisal, puede involucrar a la premaxila, septum nasal anterior y el labio superior.
- Secundario o posterior: se encuentran en la zona posterior al foramen incisal, involucra el paladar duro y puede extenderse hasta el paladar blando y la úvula.
- Bilateral o unilateral: la bilateral a su vez se divide en simétrica o asimétrica.
- Defecto aislado: Se acompaña de anomalías menores o de la ausencia de más defectos.
- Defecto múltiple: Se presenta alguna anomalía mayor o forma parte de un síndrome.^{10,15-20}

1.1.1.2. Epidemiología

El labio paladar hendido se considera un problema de salud pública debido a la alta cantidad de casos que existen a nivel mundial.

La incidencia mundial va de 1:500 a 1:700 nacimientos, los países con mayor incidencia y prevalencia son Bolivia, Ecuador y Paraguay.

En México la incidencia estimada es de 1.3 casos por cada 1,000 nacimientos vivos registrados, lo que representa 9.6 casos nuevos al día y 3,521 al año, esto aumentaría considerablemente si se toman en cuenta abortos y defunciones al nacer. Los estados más afectados del país son Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Puebla y Veracruz.

<i>Continente</i>	<i>Incidencia</i>
América del sur	1:800
Europa	1.8:1,000
Asia	1:750
África	1:1,200

Tabla 1: Incidencia de casos de LPH por continente

<i>Raza</i>	<i>Incidencia</i>
Caucásicos hispanos y latinos	1:1,000
Asiáticos	1:500
Raza negra	1:2,000

Tabla 2: Incidencia de casos según la raza

El sexo masculino es comúnmente el más afectado con fisuras labiales aisladas y labio paladar hendido en conjunto, mientras que las mujeres muestran mayor incidencia de paladar hendido aislado.

21% de los casos presentan labio fisurado aislado, 33% paladar hendido aislado y 46% labio y paladar hendido en conjunto, el lado izquierdo es frecuentemente el más afectado y aproximadamente el 70% de los casos son no sindrómicos, mientras que el 30% restante puede estar asociado a más de 320 síndromes.^{2-4,7,11-14,16,21}

1.1.1.3. Factores asociados

La etiología del labio y/o paladar hendido es multifactorial y está asociada a factores genéticos y ambientales, el conocimiento de estos factores es de suma importancia para trabajar en medidas preventivas y reducir la incidencia de LPH.^{11,18}

1.1.1.3.1. Factores ambientales

Los factores ambientales, también conocidos como teratógenos, actúan alterando el desarrollo embriológico y produciendo deformidades, por lo que están vinculados directamente con las patologías congénitas, algunos que influyen en el desarrollo del labio y/o paladar hendido son:

Agentes farmacológicos o drogas: El consumo de medicamentos como benzodiazepinas (diazepam), anticonvulsivos (fenitoína, fenobarbital, trimetadiona), corticoesteroides (cortisona), retinoides (vitamina A, isotretinoína), antimetabolitos (aminopterinina y metrotexate) por antagonizar el metabolismo del ácido fólico, anticoagulantes, opioides, salicilatos, colchicina, talidomida, uso excesivo de antibióticos y antieméticos. En esta clasificación también podemos incluir la deficiencia en la hormona de crecimiento, la ingesta de alcohol y el tabaquismo (activo o pasivo), siendo este último el factor de riesgo más dañino según diversas bibliografías.

Agentes físicos y químicos: Exposición a radiación ionizante (radiación Roentgen y radiación X), las cuales además de LPH también están asociadas a microcefalia, espina bífida y alteraciones en el desarrollo de extremidades, exposición a pesticidas o fertilizantes, exposición a solventes clorados,

hipertermia patológica (fiebre) o inducida (sauna), que además se relaciona con alteraciones del SNC y en el tubo neural.

Agentes infecciosos: Algunos con la mayor incidencia son la rubeola congénita (Togavirus), infecciones por citomegalovirus, influenza A2, herpes, toxoplasmosis congénita (*Toxoplasma gondii*) y sífilis congénita (*Treponema pallidum*).

Agentes mecánicos: El oligohidramnios severo puede generar una compresión de las paredes de la membrana placentaria sobre la mandíbula, impidiendo el descenso de la lengua evitando así la unión de los procesos maxilares.

Factores paternales: Edad materna menor de 20 años o mayor de 35, edad paterna mayor a 45 años, consanguinidad, periodo intergenésico menor de 2 años, metrorragias durante el primer trimestre del embarazo, abortos anteriores, diabetes, obesidad, deficiencias nutricionales (especialmente vitamina B6 y folatos), padecer trastornos emocionales como estrés o depresión; existe un riesgo significativo de LPH en hijos de madres que durante el embarazo vivieron el duelo por la muerte de alguien cercano, esto puede ser debido al aumento en la actividad adrenocortical con la consiguiente liberación de cortisona.^{3,6,10,15-17,22-25}

También se han empezado a tomar en cuenta variables sociodemográficas, socioeconómicas y contaminantes.

Factores sociodemográficos: Para medir el desarrollo de un país o estado se utiliza como indicador la esperanza de vida de las personas que lo habitan. Investigaciones demuestran que al aumentar este indicador los casos de LPH decrecen, esto se podría interpretar que entre más desarrollado este un estado más oportunidades tienen las mujeres embarazadas de recibir atención materno-infantil y tomar las medidas para prevenir defectos congénitos.

Factores socioeconómicos: Algunos estudios han demostrado que el riesgo a presentar LPH aumenta cuando la posición socioeconómica disminuye, esto se puede atribuir a la falta de acceso a una alimentación prenatal con los suficientes nutrientes para un desarrollo fetal adecuado. Sin embargo, otros estudios no encuentran una asociación significativa entre presentar LPH y los indicadores de posición socioeconómica, por lo que los resultados son controversiales y existe una necesidad de realizar más estudios de este tipo.

Factores contaminantes: La contaminación del aire podría influir en el desarrollo de LPH mediante varios mecanismos biológicos. En un estudio realizado en el año 2011 se encontró una asociación entre agentes contaminantes y el desarrollo de fisuras orales, se demostró que al incrementar los residuos sólidos también aumenta la tasa de casos de labio paladar hendido, abriendo paso a más investigaciones sobre el tema.^{3,24,26}

1.1.1.3.2. Factores genéticos

La herencia está asociada desde un 25% a un 50% de los casos, esto hace que los antecedentes familiares sean de gran importancia para conocer el comportamiento de esta anomalía, la cual está en estrecha relación con el grado de parentesco, la severidad del defecto y el número de integrantes de la familia que lo padecen, se ha demostrado que los padres que presentan LPH o alguna otra malformación craneofacial, con frecuencia tienen hijos con esta anomalía, por lo que existe una alta recurrencia familiar. En cuanto a la severidad del defecto, el labio y paladar hendido en conjunto es el más relacionado con la herencia, mientras que el paladar hendido aislado suele estar vinculado a factores ambientales.

En los factores genéticos se incluye tanto los casos de patología única como los asociados a síndromes, existe una gran cantidad de genes involucrados en esta malformación, algunos de estos son: homeobox MSX1, el factor de crecimiento TGFb3, el receptor de ácido retinoico RARA, el factor de transcripción ARNT2, entre otros.^{15-17,27,28}

El tipo de herencia se clasifica en 3 grupos:

- Herencia monogénica: Autosómica dominante, autosómica recesiva, recesiva ligada a X, dominante ligada a X y dominante ligada a Y.
- Herencia poligénica: Es la causa más frecuente de LPH. Son rasgos controlados por varios genes que a su vez son influenciados por factores ambientales.
- Aberraciones cromosómicas.⁴

El labio paladar hendido puede formar parte de una gran cantidad síndromes, algunos de los más comunes son:

- Trisomía 21 o Sx de Down: 6% de los casos presentan LPH.
- Trisomía 17-18 o Sx de Edwards: 15-17% de los casos presentan LPH.
- Trisomía 13-14 o Sx de Patau: 70-80% de los casos presentan LPH.
- Síndrome de Van der Woude: Se caracteriza por la presencia de LPH y fosas en el borde del bermellón del labio inferior, 2% de los casos de LPH a nivel mundial se asocian con este síndrome.
- Síndrome de Tracher Collins: 30% de los casos presentan LPH.
- Síndrome velocardiofacial: Más del 75% de los casos presenta LPH.
- Secuencia de Pierre Robin: Es un conjunto de malformaciones entre las que se encuentra el paladar hendido en forma de "U".
- Síndrome de Apert, displasia ectodérmica, entre otros.^{16,18,29}

1.1.1.4. Anomalías dentales

Las personas con labio paladar hendido poseen una prevalencia muy elevada de anomalías de tipo dental, estas alteraciones pueden ser de localización, número, erupción, estructurales, forma y tamaño dental.^{7,30}

Se reporta una proporción superior al 90% de cualquier anomalía en comparación con la población general y pueden afectar tanto a la dentición infantil como a la permanente. Algunas de las anomalías más frecuentes son de tamaño y forma, como es el caso de la microdoncia con una prevalencia del 37% y el taurodontismo con 15.2%, la agenesia dental tiene una prevalencia superior al 20%. En los casos de hiperdoncia e hipodoncia encontramos que se da con mayor frecuencia alrededor de la fisura palatina, en la zona del incisivo lateral, otras anomalías frecuentes se presentan en la estructura dental causando defectos del esmalte como hipoplasias y opacidades, también podemos encontrar un retraso del desarrollo dental y de la erupción , así como malposición dental.^{7,13,15,31}

Los dientes supernumerarios se definen como un aumento en el número de dientes, comparado con la formula dental normal y son la segunda anomalía dental más común en estos pacientes, están asociados a una fragmentación de la lámina dental al momento de formarse la fisura. De no diagnosticarse a tiempo pueden causar problemas oclusales tales como apiñamiento, diastemas, erupciones ectópicas de dientes permanentes, rotación y desplazamiento de dientes vecinos, así como también es posible que provoquen reabsorción radicular, quistes, caries y lesiones periodontales asociadas con el aumento de retención de biofilm que suelen generar, debido a esto, es muy importante el diagnóstico temprano de estos dientes para realizar un plan de tratamiento adecuado para prevenir estas complicaciones.^{7,30}

1.1.1.5. Prevención

El labio y/o paladar hendido, al igual que otras malformaciones, puede ser prevenible, diagnosticado y manejado oportunamente brindando atención médica a las madres previo al embarazo y durante el transcurso del mismo.

La medida de prevención internacional establecida es el consumo diario de una dosis de 400mg de ácido fólico, iniciando desde 3 meses previos al embarazo hasta los 3 primeros meses de gestación.

La ecografía en tercera dimensión permite reconocer este padecimiento desde la etapa intrauterina, lo que es de gran utilidad para que los especialistas puedan empezar a planear la secuencia de los tratamientos que recibirá el paciente, minimizar complicaciones durante el parto e instruir a los padres sobre el diagnóstico de su hijo, el pronóstico y los procedimientos a seguir. Actuar de manera oportuna disminuye el tiempo de tratamiento para lograr una correcta función y desarrollo de las zonas afectadas.

La Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002 para la prevención y control de los defectos de nacimiento, establece los factores de riesgo a considerar para evitar el desarrollo de defectos craneofaciales, estos factores fueron mencionados en el tema 1.1.1.3. Factores asociados.^{3,4,10,15}

1.1.2. LPH – Atención multidisciplinaria

El manejo de los pacientes con labio paladar hendido es muy complejo y necesita un enfoque integral, por lo que el proceso de rehabilitación requiere un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud formado por: cirugía maxilofacial, cirugía plástica/reconstructiva, odontopediatría, ortodoncia, prostodoncia, psicología, trabajo social, otorrinolaringología, terapia del lenguaje, nutriología, audiología, pediatría, anestesiología, genética o dismorfología y enfermería especializada. Idealmente estos especialistas realizaran la evaluación inicial del paciente en sus primeras semanas de vida, asegurando la creación de un vínculo con la familia y favoreciendo los resultados clínicos, estéticos y sociales.^{4,27,32,33}

Cada área se encargara de atender y supervisar el progreso del paciente dentro de su especialidad, el conjunto de estos profesionales es indispensable para lograr un resultado exitoso y una buena calidad de vida para el paciente.

El tratamiento es a largo plazo, iniciando poco después del nacimiento y extendiéndose hasta la vida adulta, se realiza de manera secuencial y sus objetivos no son enfocados únicamente a corregir la alteración morfológica, también es de suma importancia promover un lenguaje adecuado sin pérdida de capacidad auditiva, facilitar la alimentación, especialmente durante la lactancia, evitar o reducir la afectación de crecimiento de la arcada superior y brindar atención psicológica temprana para facilitar la integración del paciente a la sociedad.^{26,27}

1.1.2.1. LPH – Odontopediatría

Los niños con labio paladar hendido están más expuestos a diversas infecciones en comparación a los niños que no presentan esta condición, por lo tanto es de suma importancia la disminución y prevención de enfermedades orales, así como guiar el desarrollo de las arcadas dentales para lograr una oclusión funcional.¹⁵

El área de odontopediatría será la encargada de indicar a los padres como cuidar la salud bucal de sus hijos e instruirlos en cuando es recomendado dejar de usar mamila y chupón, en caso de ser necesario se realizaran tratamientos dentales y se valorara si hay algún colapso del maxilar o mordidas cruzadas que requieran aparatología ortopédica de expansión y si el paciente es candidato a tratamiento con ortopedia prequirúrgica.^{27,34}

1.1.2.1.1. Modelador Nasoalveolar Prequirúrgico

En los pacientes con labio y paladar hendido la premaxila protruida y el colapso maxilar provocan una tensión que dificulta la realización de la queiloplastia, por lo que previo a esta cirugía se utiliza ortopedia prequirúrgica con el objetivo de modificar la posición de los segmentos maxilares fisurados y de este modo facilitar el procedimiento a la vez que se obtienen resultados más estéticos a largo plazo y se disminuye el número de cirugías de nariz que necesitara el paciente.^{17,29}

El modelador nasopalveolar prequirúrgico está formado por una placa de acrílico intraoral con antenas nasales de alambre con botones de acrílico, actúa moldeando el reborde alveolar y el cartílago nasal al mismo tiempo, es una técnica que ha demostrado tener buenos resultados en etapas tempranas, se puede utilizar a los pocos días de nacido el paciente y debe trabajar sobre las tres dimensiones: vertical, transversal y sagital.

Consiste en disminuir la apertura del paladar estimulando los procesos palatinos por medio del acrílico y las fuerzas musculares para su aproximación, al lograr el acercamiento de los procesos palatinos mejorará notablemente la forma del arco, la lengua se posicionará con más facilidad y se equilibra la presión intrabucal. En cuanto a las antenas nasales, estas trabajan sobre la posición de los cartílagos nasales cuando aún se encuentran inmaduros y maleables aplicando presión en el cartílago alar que lo necesite conformando el ala de la nariz, mejorando la proyección de la punta nasal y alargando la columela, logrando una forma más estética y funcional.^{6,17,27}

Para lograr el resultado deseado el aparato debe estar fabricado correctamente, ser colocado por un profesional y tiene que existir una buena colaboración de los padres.²⁷

Ventajas del Modelador Nasopalveolar Prequirúrgico:

- Reposicionamiento controlado y predecible de los segmentos hendidos y cartílagos nasales.
- Reducción en el tamaño de la brecha de tamaño de la hendidura.
- Alargamiento de la columela.
- Mejor alimentación infantil.

Complicaciones del Modelador Nasopalveolar Prequirúrgico:

- Se requieren citas semanales de control, por lo que si no existe una correcta cooperación por parte de los padres el tratamiento no tendrá los efectos deseados.
- Irritación y ulceración de los tejidos.
- Posible sobre expansión de las fosas nasales.
- Fuerzas ortopédicas mal dirigidas.
- Obstrucción de la vía aérea por desalojo del aparato.⁵

1.1.2.2. LPH – Ortodoncia

Es muy frecuente encontrar problemas de oclusión asociados a la falta de desarrollo del maxilar, esto afecta las arcadas dentales y en muchos casos trae como resultado mordidas cruzadas unilaterales y bilaterales, oclusión clase 3, malposición dental y erupciones ectópicas.

El área de ortodoncia será la responsable de lograr una oclusión funcional, cuanto más temprano inicie el paciente con la atención dental, más tiempo tendrá el ortodoncista de planear su tratamiento y conseguir

mejores resultados. Además, el ortodoncista también puede ser el responsable del tratamiento ortopédico.^{15,35}

En el caso de iniciar el tratamiento ortodóncico en dentición mixta, los objetivos de este estarán enfocados a disminuir las mordidas cruzadas, obtener un ambiente dental lo más funcional posible, aminorar la severidad del problema y prever futuras maloclusiones.⁷

1.1.2.3. LPH – Cirugía maxilofacial

El cirujano encargado de corregir las deformidades del paciente será el líder de la clínica de labio y paladar hendido, su deber es coordinarse con las otras disciplinas para favorecer el intercambio y enriquecimiento científico combinando los tratamientos que el paciente recibirá durante su infancia.

También deberá informar a los padres o tutores del paciente sobre las intervenciones quirúrgicas que recibirá y el momento ideal para realizarlas, así como sus indicaciones.^{27,35}

Algunos de los objetivos de las cirugías a realizar son: facilitar la alimentación, prevenir complicaciones de salud asociadas a la deformidad, lograr una adaptación más adecuada de las estructuras involucradas, mejorar la apariencia estética de la zona afectada y así disminuir el impacto psicológico tanto del paciente, como de los padres y la sociedad.^{15,35}

1.1.2.3.1. Queiloplastia

La queiloplastia, también llamada corrección primaria de labio, se realiza entre los 3 a 6 meses de edad, cuando el paciente cumple con “la regla de los 10” publicada por Wihelmsen y Musgrave en 1966 (tener una cuenta de hemoglobina sobre 10g, 10 semanas de nacido, hasta 10 mil leucocitos y pesar como mínimo 10 libras). Además, para obtener resultados estéticos más satisfactorios se recomienda moldear previamente los cartílagos nasales con un tratamiento de ortopedia prequirúrgica realizado por el ortodoncista u odontopediatra.

La cirugía consiste en el cierre de la fisura labial al mismo tiempo que se conforma la nariz buscando una anatomía nasal cercana a la normal. El procedimiento se realiza bajo anestesia general, en las fisuras unilaterales las técnicas quirúrgicas más usadas son la de Millard, la de Fisher y para segmentos labiales cortos la de Tennison Randall, en cuanto a las fisuras bilaterales se utiliza la técnica de García-Velasco, la de Mendoza o la de Mulliken.

En el caso de que se haya omitido el paso de la ortopedia prequirúrgica, se puede utilizar un conformador nasal prefabricado de silicona que se colocara durante la cirugía con un punto de sutura y se mantendrá en su sitio de 3 a 6 semanas.^{5,15,16,27,35}

1.1.2.3.2. Palatoplastia

La palatoplastia por lo general se realiza entre el primer y segundo año de vida, consiste en liberar las inserciones anómalas de los músculos del paladar y realinearlas en la línea media con el propósito de lograr un habla adecuada en el paciente, optimizar la alimentación, mejorar la vía aérea y prevenir patologías en el oído medio. Existen diversas técnicas quirúrgicas para este procedimiento, pero las más utilizadas son las de Push back, Furlow, Roselli y Wardill Kilner, la elección de la técnica a utilizar dependerá de la severidad de la deformidad y la amplitud del paladar, el procedimiento puede realizarse cerrando el paladar duro y blando en una sola intención o en dos tiempos, iniciando con el cierre del paladar blando y posteriormente el cierre del paladar duro alrededor de los 3 a 5 años de edad o incluso en la adolescencia, esto para favorecer el crecimiento maxilar y del tercio medio facial, también se puede realizar en conjunto con una faringoplastia en caso de ser indicada por el servicio de terapia de lenguaje.^{16,21,27,36}

1.1.2.3.3. Injerto óseo

Alrededor de la segunda década del siglo XX se comenzaron a usar los injertos óseos en el tratamiento de la hendidura palatina, con el objetivo de estabilizar los segmentos maxilares, proporcionarle continuidad al arco maxilar, cerrar la fisura oronasal, darle soporte óseo a los dientes adyacentes a la fisura, lograr un adecuado soporte labial y del ala nasal, mejorar la simetría facial, establecer una vía aérea funcional, facilitar la articulación de las palabras y hacer posible la rehabilitación con implantes en caso de ser necesario.^{16,37}

Para realizar este procedimiento es importante llevar un control radiográfico entre los 8 y 12 años de edad del paciente, para dar seguimiento a la erupción del canino y colocar el injerto óseo previo a la erupción del mismo.²⁷

Los injertos se pueden clasificar de acuerdo a su composición en 4 tipos:

- Autoinjertos (Autólogos): Tejidos del mismo individuo.
- Aloinjerto (Homólogos): Tejidos de un individuo distinto genéticamente, pero de la misma especie.
- Xenoinjerto (Heterólogos): Tejidos de un donador de distinta especie.
- Aloplásticos: Materiales de origen sintético o semisintético que se pueden utilizar en una reconstrucción ósea, por ejemplo la hidroxiapatita y el hueso sintético.

En los injertos autólogos encontramos 3 variantes del mismo:

- Hueso corticocanceloso no vascularizado en bloque: Principalmente formado por matriz mineral ósea con pocos componentes celulares.
- Hueso corticocanceloso vascularizado: Depende de una anastomosis de tejidos vascularizados para su aplicación.

- Hueso particulado de cortical o medula ósea: Proporciona una buena densidad celular, matriz mineral y proteína morfogenética.

Los materiales para reconstrucción ósea deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser biocompatibles.
- Tener viabilidad.
- Estabilidad mecánica.
- Capacidad osteogénica.
- Capacidad de neoformación de matriz ósea.

Tomando en cuenta estas características las investigaciones y experiencia de varios autores han demostrado que los injertos autólogos son los que abarcan la mayoría de estas expectativas al tener la capacidad de integrarse a la zona receptora mediante los procesos biológicos de osteogénesis, osteoconducción y osteoinducción, por lo que se han considerado como primera elección para este procedimiento.

La cresta ilíaca es el sitio donante que se utiliza con mayor frecuencia para este procedimiento, esto se debe a que de él se pueden obtener cantidades muy extensas de injerto y a que su técnica es reproducible y eficaz, sin embargo, los autoinjertos también se pueden tomar de zonas extraorales como la tibia, costillas, hueso cigomático, región olecraniana y calota craneana, o de zonas intraorales como la tuberosidad del maxilar, rama y sínfisis mandibular. Cada una de las zonas donantes presenta distintas complicaciones, por lo que no se ha establecido un sitio óptimo para este procedimiento y la elección del mismo queda a criterio de cada clínico.

Boyne y Sans en 1961 reportan que si el injerto óseo se realiza en etapas adecuadas se ve favorecido el desarrollo maxilar, basados en esto se describen 4 etapas en las que resulta ideal colocar el injerto y cerrar la fisura nasoalveolar:

Injerto óseo primario: Se coloca en la hendidura durante los primeros meses de vida con el propósito de evitar un colapso maxilar y facilitar la erupción de los dientes primarios en el sitio de la fisura, sin embargo utilizando este tipo de injerto se compromete considerablemente el crecimiento facial y se desencadenan problemas de oclusión, por lo que en caso de utilizarse se debe combinar con ortopedia.

Injerto óseo secundario temprano: Sirve como guía ósea para la erupción de los incisivos laterales y caninos, se deberá realizar antes de la erupción de los mismos entre los 5 a 8 años, a pesar de eso se han observado alteraciones y deficiencias en algunos pacientes sometidos a este tipo de injerto.

Injerto óseo secundario convencional: Previo a esta cirugía se debe colocar ortodoncia para aproximar los segmentos maxilares, se realiza de los 8 a los 12 años cuando la formación de la raíz del canino va de $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{4}$ de su desarrollo. Se considera el más favorable de los injertos debido a que brinda el soporte

necesario para la erupción del canino, proporciona suficiente tejido óseo para dar altura el proceso alveolar y su interferencia con el crecimiento suele ser mínima.

Injerto secundario tardío: Le da continuidad al reborde alveolar facilitando la rehabilitación, se realiza cuando ya está presente toda la dentición permanente y no existe modificación en el crecimiento facial.^{16,37,38}

1.1.2.3.4. Ortognática

Debido a los problemas de lenguaje causados por el labio y paladar hendido la mayor parte de las personas que lo presentan son atendidos en etapas tempranas de la vida, lo que trae como consecuencia la deficiencia de desarrollo del maxilar producto de las múltiples cicatrices quirúrgicas, haciendo que la retrusión del tercio medio facial sea una de las secuelas más frecuentes en pacientes con LPH, esto repercute directamente en la estética facial; no existe una armonía entre la mandíbula y el maxilar, presentan perfil cóncavo, inadecuado soporte labial y falta de visualización de los incisivos superiores, además de causar maloclusión dental transversal. El tratamiento en el caso de pacientes que aún se encuentren en proceso de crecimiento puede ser ortopédico y ortodóncico, una vez que el crecimiento ha cesado, la opción de tratamiento se vuelve quirúrgica.

La cirugía ortognática consiste en la manipulación del esqueleto facial para redefinir la cara, mejorando tanto la estética como la función, este procedimiento puede realizarse con una gran variedad de osteotomías, sin embargo, las más utilizadas en casos de LPH son la osteotomía Le Fort 1 en el tercio medio, osteotomías sagitales en la rama mandibular y osteotomía horizontal en la sínfisis del mentón.^{2,14,27}

1.1.2.3.5. Cirugías complementarias

Las cirugías de corrección labial y nasal tienen el objetivo de lograr a una simetría y dar las proporciones adecuadas a cada estructura, algunas se pueden realizar durante la infancia, otras en la adolescencia tardía y algunas tienen que esperar hasta la edad adulta una vez que no exista riesgo de interrumpir el crecimiento de las estructuras involucradas.

Las cirugías labiales más frecuentes son la alineación del reborde mucocutáneo, la elongación o acortamiento del lado fisurado, corrección de la deformidad en silbido y aumento de volumen en el lado fisurado para lograr un equilibrio con el lado no fisurado.

En cuanto a las cirugías nasales estas incluyen la recolocación del cartílago alar afectado, el cierre del piso nasal con fistula o nunca corregido, la elongación de la columnela y la medialización de las bases alares.

La cirugía ortognática, la rinoplastia, septoplastia e inyecciones de grasa para dar volumen, se deben planificar en la edad adulta.

En caso de ser necesario también se puede realizar la plastia palpebral, de poliotias, de macrostoma y/o de hoyuelos en los labios causados por Síndrome de Van Der Woude.^{27,39}

1.1.2.3.6. Complicaciones postquirúrgicas

Los pacientes sometidos a cirugías correctivas de LPH pueden cursar con diversas complicaciones postoperatorias, entre las que destacan la fistula palatina, la dehiscencia de la herida y las infecciones, por ser las más frecuentes. Otras complicaciones menos comunes son el granuloma por cuerpo extraño, cicatriz hipertrófica, necrosis por presión, restricción de crecimiento del maxilar, entre otras.

Cuando se presenta una complicación postquirúrgica, el avance clínico de los pacientes se ve afectado de manera muy relevante, aumenta el número de reintervenciones, el tiempo de hospitalización y la administración de antibióticos, como consecuencia el pronóstico empeora e influye negativamente sobre la estética y función.

Es de suma importancia que el equipo multidisciplinario tenga conocimiento de las complicaciones más frecuentes y trabaje en estrategias que ayuden a prevenir su aparición y de esta manera proteger el avance clínico del paciente.³⁶

1.1.2.3.6.1. Fístulas palatinas

La fistula palatina es una dehiscencia en la palatoplastia que comunica la cavidad oral con las fosas nasales, son originadas por diversas causas; mala cicatrización, errores en la técnica quirúrgica, necrosis, tensión en el colgajo, envergadura de la deformación, hematomas, trauma en el sitio de cierre, entre otras. Su incidencia varía en distintas bibliografías, ubicándola desde el 0 hasta el 36%, se puede presentar en el paladar duro o blando y sus síntomas son halitosis, defectos del habla y la regurgitación de líquidos de la cavidad oral a la nasal, la severidad de los mismos dependerá de la extensión y localización de la fistula.

Posnik clasifica las fistulas en 3 categorías según su tamaño:

- Hendidura simple: Defecto mínimo localizado en la línea media.
- Fístula pequeña: Tamaño menor a 1.5cm de diámetro.
- Fistula grande: Tamaño mayor a 1.4cm de diámetro.

Por su parte, la clasificación de Cohen difiere de las medidas establecidas en la de Posnik:

- Fístula pequeña: 1 a 2mm.
- Fístula mediana: 3 a 5mm.
- Fístula grande: Mayores a 5mm.

La reparación de las fistulas palatinas puede ser un procedimiento simple o de alta complejidad dependiendo el caso, la primera opción de tratamiento debe ser conservadora y consiste en el cierre directo de la fistula utilizando el tejido adyacente a la misma, sin embargo, esto no siempre es posible debido a múltiples factores, como no tener la suficiente cantidad de tejido palatino para realizar el cierre, que la calidad del tejido este mermada por exceso de cicatrices, defectos mayores a 1cm o fistulas con historial de recurrencia, en estos casos se opta por un injerto de tejido de una zona cercana al defecto, se suelen utilizar colgajos mucoperiósticos, de Vómer, nasolabiales, de carrillo, faríngeos, de musculo temporal o de lengua.^{40,41}

1.1.2.4. LPH – Prostodoncia

El principal problema estético a corregir en los pacientes con LPH es la deformidad facial causada por la malformación inicial, por secuelas de las cirugías y por los problemas oclusales que presentan, existen dos alternativas para rehabilitar a estos pacientes: tratamiento quirúrgico y protésico.

El tratamiento quirúrgico suele ser el de primera elección y consiste en diversas cirugías correctivas con resultados finales a largo plazo, sin embargo, una alternativa menos invasiva, con menor costo y resultados finales a corto plazo sería la rehabilitación protésica, la cual consiste en la elaboración de prótesis no convencionales individualizadas, las cuales pueden ser removibles, fijas, totales, sobredentaduras y en caso de ser necesario, prótesis con aditamentos obturadores.

La rehabilitación protésica se puede utilizar de manera permanente o transicional en lo que se decide algún otro tratamiento.⁴²

1.1.2.5. LPH – Otorrinolaringología

Los pacientes con LPH presentan una disfunción de la trompa de Eustaquio que conecta el oído medio con la faringe, lo que los hace propensos a sufrir trastornos auditivos como hipoacusia de transmisión, otitis secretora, infecciones recurrentes y en consecuencia posible pérdida auditiva.

El otorrinolaringólogo será el encargado de valorar el oído medio del paciente para descartar la presencia de material seroso o purulento acumulado, que de no tratarse con tubos de ventilación podría ocasionar la pérdida parcial o total de audición, lo que traería como consecuencia una limitación importante del habla. Además esta especialidad también está capacitada para realizar las cirugías de oído, labio, paladar y nariz.^{4,10,27,34}

1.1.2.6. LPH – Terapia del lenguaje

Las estructuras velofaríngeas toman parte importante en la producción del lenguaje, por lo mismo, cuando presentan una alteración anatómica la función se ve afectada dando como resultado un habla anormal.¹¹

El cierre del esfínter velofaríngeo es indispensable para la fonación, su correcto funcionamiento depende de los músculos del paladar y la faringe, cuando una de estas estructuras es deficiente se produce un defecto de cierre, causando problemas en el habla, deglución, respiración y audición.

La insuficiencia velofaríngea es un trastorno funcional en el cual no existe un cierre entre las paredes faríngeas laterales, posteriores y velo del paladar durante la fonación y deglución, además de no existir una separación correcta entre la cavidad oral y nasal, provocando hipernasalidad, regurgitación nasal de líquidos, emisión y turbulencia nasal. Las causas pueden ser alteraciones anatómicas como hendiduras abiertas, submucosas o postquirúrgicas por espacios residuales, interferencia de las amígdalas, adenoides o bridas en los pilares, por desproporción palatofaríngea como en el paladar corto o lesiones ablativas.

El LPH y PH reparado o no reparado es la causa más frecuente de insuficiencia velofaríngea debido a la disposición anormal de las estructuras musculares adyacentes a la hendidura. La incidencia de insuficiencia velofaríngea posterior a la palatoplastia va desde el 5 hasta el 36% según diversos estudios y de no ser corregida puede afectar de manera significativa la comunicación y desarrollo del lenguaje.^{33,43}

Lograr un habla adecuada es uno de los objetivos más importantes en el tratamiento de los pacientes con LPH, ya que al cumplir esta meta se facilitarían la socialización y el aprendizaje escolar. Los terapeutas del lenguaje comienzan con la valoración y estimulación del lenguaje cuando el paciente tiene de 16 meses a 2 años de edad, el tratamiento consiste en ejercicios para corregir defectos del habla, tales como articulaciones compensatorias, escape nasal, hipernasalidad, hiponasalidad, golpe glótico, etc. Siendo la hipernasalidad la más recurrente de todas al estar presente aproximadamente en el 90% de los pacientes.

Existen casos donde a pesar de la temprana y constante terapia el paciente sigue presentando estos defectos, por lo que se recomiendan faringoplastias o colgajos faríngeos y después retomar la terapia de lenguaje.^{27,33,44}

1.1.2.7. LPH – Psicología

El servicio de psicología ayuda tanto al paciente como a los padres del mismo, los cuales con frecuencia manifiestan sentimientos de culpa, miedo, sobreprotección o rechazo al enterarse de que su hijo presenta esta condición, estos sentimientos traen como consecuencia problemas psicológicos asociados al desconocimiento sobre el padecimiento y los procedimientos que se llevarán a cabo durante el desarrollo de su hijo, lo que se traduce en un retardo del manejo terapéutico.^{10,12,15}

En cuanto al paciente, el labio paladar hendido causa diversas alteraciones psicológicas importantes y dificultad para integrarse a la sociedad, al ser una anomalía localizada en la cara, el paciente se ve y habla diferente a las personas que lo rodean, por lo cual presentan trastornos del sentir como la depresión y ansiedad, su estado de ánimo se ve afectado y por consecuencia no posee la habilidad de

relacionarse con otras personas, estos problemas suelen iniciar en la vida escolar y si no se tratan pueden prolongarse a la vida adulta.^{11,13,15,36}

Es necesario un desarrollo psicológico favorable para facilitar la adaptación del paciente al medio social y escolar, mejorando la calidad de vida del niño, de sus padres y familiares.^{27,35}

1.1.2.8. LPH – Genética

Esta área se debe consultar desde las primeras etapas, su función es dar consejo genético a los padres del paciente e identificar si se trata de un labio y/o paladar hendido sindrómico.²⁷

Existen diversos genes que influyen en el desarrollo de la enfermedad, por lo cual los estudios genéticos aplicados al labio paladar hendido son una herramienta fundamental para conocer a mayor detalle su origen y así prevenir su aparición, esta información debe ser divulgada a la población en general para crear una cultura de prevención y planificación de embarazos.¹⁵

1.1.2.9. LPH – Nutriología

Uno de los aspectos que podría verse afectado a consecuencia del labio paladar hendido es la nutrición del paciente, esta se ve comprometida por la dificultad que existe en el proceso de succión y deglución, especialmente durante los primeros meses de vida cuando aún no se ha realizado el cierre de la hendidura palatina. Asimismo, la comunicación oroantral complica más la situación, permitiendo el paso de alimentos hacia la cavidad nasal y la ingesta excesiva de aire, lo que en ocasiones llega a provocar vomito. Sin embargo no se ha encontrado una relación entre el retraso en el crecimiento y el estado nutricional de los niños con LPH en comparación con los que no lo presentan.^{9,45}

En caso de que los padres presenten problemas al momento de alimentar al bebé, deberán acudir al servicio de nutriología, ahí se les orientara en cuando a la manera adecuada de realizar la lactancia materna, la cual siempre será el método de alimentación más recomendado durante al menos los primeros 6 meses de vida, sin embargo, en caso de no poder realizarla, también se les indicara que tipo de biberones y mamilas pueden utilizar, así como las fórmulas lácteas ideales para nutrir al bebé y que este tenga el peso correspondiente a su edad. Con esta asesoría no deberían existir problemas de desnutrición en el paciente.^{15,27}

1.1.2.10. LPH – Pediatría

El papel del pediatra en la atención a niños con LPH es fundamental ya que es quien tiene el primer contacto con este paciente, desde brindarle atención de recién nacido y después durante sus primeras semanas de vida en consulta pediátrica. Es muy importante que los padres del paciente lo lleven regularmente al pediatra para cuidar el estado de salud general, llevar un control del peso del paciente, aplicarle las vacunas que amerite su edad y para realizar pruebas que evalúen su desarrollo psicomotor, el cual debería ser el mismo que cualquier otro niño, siempre y cuando sea un caso de LPH no

sindrómico. El pediatra también será el encargado de remitir al paciente con otro especialista en caso de que exista alguna patología que lo requiera.

Para que el labio paladar hendido pueda ser prevenible, diagnosticado y manejado oportunamente el pediatra debe actuar en los 3 niveles de prevención:

1. Prevención primaria: Dirigida a la promoción de la salud; el pediatra en conjunto con el médico gineco-obstetra deben tratar los siguientes puntos con la mujer embarazada.
 - Administración diaria de ácido fólico de 400mcg/día a todas las mujeres en edad reproductiva, especialmente 3 meses antes del embarazo y durante el primer trimestre de gestación.
 - Identificación de factores de riesgo ambientales o de la madre, para su modificación o eliminación.
 - Promoción de la salud y difusión de información relacionada con labio paladar hendido.
 - Hacer énfasis en la importancia de asistir a las consultas obstétricas oportuna y periódicamente.
 - Dar consejo genético a los padres.

2. Prevención secundaria: Dirigida al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
 - Seguimiento obstétrico del embarazo para detectar cualquier patología de manera oportuna.
 - Conocimiento de los antecedentes maternos.
 - Revisión integral del recién nacido para detectar cualquier malformación congénita y su manejo.
 - Clasificar el labio y/o paladar hendido para planear su tratamiento dirigido principalmente a una correcta alimentación.
 - Informar a los padres sobre el riesgo de bronco aspiración y el manejo de secreciones en estos pacientes.
 - Coordinación con el equipo multidisciplinario para planear la corrección quirúrgica.
 - Seguimiento pediátrico para prevenir complicaciones óticas, dentales, fonéticas y psicológicas, refiriendo al especialista indicado en cada caso.

3. Prevención terciaria: Dirigida a la rehabilitación y manejo de complicaciones.^{12,15,27}

1.1.2.11. LPH – Audiología

Es necesario realizar un tamiz auditivo neonatal y una prueba de audiometría para conocer la función auditiva del paciente e identificar o descartar la presencia de patologías, que en el caso de existir deben ser tratadas para evitar la disminución o pérdida de la audición.²⁷

1.1.3. Historia de la atención de LPH en México

Actualmente México cuenta con varias clínicas que se dedican a brindar atención multidisciplinaria a pacientes con LPH a lo largo de todo el país, siendo reconocido por su productividad y constante evolución en este campo, además de crear un modelo de atención que es ejemplo en muchos países, sin

embargo esto no siempre fue así, antes del año 1960 todos los casos de labio paladar hendido eran tratados únicamente de manera quirúrgica por cirujanos con escaso entrenamiento para esta condición, por lo cual los pacientes atendidos presentaban múltiples secuelas, no existía un modelo de atención integral ni suficiente información sobre el tema, esto sumado a la alta incidencia de casos en el país y a la gran cantidad de personas que por su situación de pobreza, condiciones de alta marginación o simple desconocimiento no recibían ningún tratamiento, llegó a causar un gran rezago nacional de atención a este problema.

Todos estos factores fueron determinantes para que en el año 1960 el profesor Fernando Ortiz Monasterio y un grupo de pioneros crearan el Hospital General de México, convirtiéndose en la primera clínica de atención multidisciplinaria para pacientes con LPH en Latinoamérica, para el año 1966 ya estaba integrada por las áreas de estomatología, cirugía, terapia del lenguaje, ortodoncia, prostodoncia, genética, psicología, audición, enfermería, anestesiología y trabajo social, todo esto con el fin de brindar un tratamiento integral enfocado en que el paciente se vea, sienta y hable bien.

Se crearon campañas de salud y brigadas altruistas formadas por cirujanos especializados que llevaban la atención hasta zonas marginadas alrededor de todo el país, en 1968 la Secretaría de Salud se unió a este movimiento facilitando sus instalaciones y personal locales para realizar las campañas de manera más profesional, con instalaciones adecuadas, quirófanos equipados, control y seguimiento de los pacientes.

En 1975 se fundó la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendidos y Deformidades Craneofaciales, A.C. donde diversos especialistas de ramas afines a este padecimiento compartían sus experiencias y consolidaban los conceptos de la atención multidisciplinaria. Los cursos de LPH se extendieron por todo el país y su influencia llegó hasta Centroamérica y Sudamérica, donde se exportaba el modelo mexicano de atención en forma integral.

Las campañas quirúrgicas seguían extendiéndose a lo largo del país y más especialidades se iban uniendo a los equipos multidisciplinarios, por estos logros alcanzados se celebró en México el IV Congreso Internacional de Labio y Paladar Hendidos y Anomalías Craneofaciales.

En 1985 la Secretaría de Salud en México creó el Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el cual consiste en llevar atención quirúrgica especializada a zonas marginadas. En 1997 fundación Telmex se convirtió en el patrocinador principal de este programa, brindando su apoyo y ayudando a la ampliación del mismo.

Finalmente los hospitales y clínicas que forman parte de la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendido y Anomalías Craneofaciales se fueron extendiendo por todo el país, permitiendo canalizar a los pacientes a la clínica más cercana a su lugar de residencia. Dentro de estos hospitales se mencionan el Hospital Infantil de las Californias, Hospital General de Tlaxcala, Hospital del Niño Moreliano, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Centro Médico Nacional 20 de Noviembre-ISSSTE, el Instituto

Nacional de Pediatría, entre otros, dichas organizaciones basan sus diagnósticos, terapéuticas y métodos de prevención en la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013 para la prevención y control de los defectos al nacimiento y en la Guía de Práctica Clínica del tratamiento ortopédico y quirúrgico del labio y paladar hendido.

A pesar de los grandes avances presentados, sigue existiendo una incidencia alta de casos y un rezago importante de casos sin atender, además de no existir una herramienta que nos permita evaluar los resultados obtenidos y la calidad de los servicios brindados. La solución que se propone para enfrentar esta problemática es normar la documentación de los pacientes con LPH y así valorar los resultados obtenidos basados en evidencias para poder mejorar la atención brindada y trabajar en investigaciones que beneficien a esta población.^{4,32}

1.1.4. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

El expediente clínico es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, entre otros, su función principal es llevar el registro del estado de salud del paciente y las intervenciones médicas que se le han realizado, además de informarlo sobre los procedimientos a seguir, sus posibles riesgos y beneficios, permitiéndolo tomar decisiones de manera voluntaria mediante el consentimiento informado.

Con el fin de aportar al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, se permite el uso del expediente clínico con fines médicos, jurídicos, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativos y estadísticos.

Esta norma es de carácter obligatorio para el personal del área de la salud, ya sea en instituciones públicas o privadas, incluyendo consultorios. Su objetivo es establecer los criterios científicos, tecnológicos, éticos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

El expediente clínico es propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que lo genera, cuando éste no dependa de una institución, y al ser un documento elaborado en beneficio del paciente, deberá guardarse por 5 años a partir de la última consulta.

El expediente clínico odontológico que se realice en un establecimiento de atención médica ambulatoria, no hospitalario, se debe integrar de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.⁴⁶

1.1.5. NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales

Esta norma tiene el objetivo de establecer y unificar los criterios y procedimientos que se llevan a cabo para prevenir, detectar, diagnosticar y tratar las enfermedades orales más frecuentes, así como, las estrategias, técnicas operativas, medidas de control y vigilancia epidemiológica necesarias en materia de

salud pública, que deben realizarse por todo el personal de salud y en todos los establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Contenido del expediente clínico odontológico:

- Datos generales
 - Identificación del consultorio o unidad: tipo, nombre y domicilio.
 - Nombre del estomatólogo.
 - Identificación del paciente: nombre, sexo, edad, domicilio y lugar de residencia.
 - Fecha: día, mes, año.
- Historia clínica
 - Interrogatorio.
 - Padecimiento actual y motivo de consulta, registrado en las palabras exactas que utilizó el paciente, sin modificaciones ni abreviaturas.
 - Factores de riesgo acorde a las características de la zona donde vive y trabaja, tipo de vivienda, nivel socioeconómico, zona geográfica, servicios intradomiciliarios, servicios de salud, hábitos de higiene, de alimentación, ocupación.
 - Antecedentes heredo-familiares.
 - Antecedentes personales patológicos.
 - Padecimientos sistémicos y bucales previos, indicar institución, médico o estomatólogo tratante.
 - Antecedentes personales no patológicos.
 - Aparatos y sistemas.
 - Exploración física de la cavidad oral, cabeza, cuello, registro de signos vitales, peso y talla.
 - Llenar odontograma inicial y periodontograma, de acuerdo a la nomenclatura de la Federación Dental Internacional, debe referirse a la situación en la que se presenta el paciente.
 - Elaborar un odontograma y periodontograma de seguimiento en el que se irá registrando el tratamiento efectuado en cada cita, quedando registradas las condiciones en que se da de alta, misma que debe ser firmada por el paciente o representante legal.
 - Solicitar estudios auxiliares de diagnóstico, en caso de que se requieran, los cuales deben incluir interpretación, nombre y firma legible del responsable y quedar registrados en el expediente clínico.
 - Diagnóstico. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades.
 - Elaborar plan de tratamiento y especificar las acciones o procedimientos clínicos en cada fase.
 - Fecha de la primera consulta y de las citas subsecuentes.
 - Nombre y firma del estomatólogo y del paciente o representante legal.
- Nota de evolución

- Fecha y procedimiento realizado.
- Signos vitales.
- Diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
- Resultados e interpretación de los estudios o auxiliares de diagnóstico.
- Tratamiento, indicaciones terapéuticas y estomatológicas; en el caso de medicamentos señalar el principio activo, presentación, dosis, vía de administración, periodicidad y duración, así como posibles efectos adversos e incluir en la historia clínica.
- Nombre y firma del estomatólogo, del paciente o su representante legal.
- Nota de interconsulta (en caso de que se requiera)
 - Nombre a quien se dirige.
 - Criterios de diagnóstico.
 - Estudios de gabinete y laboratorio.
 - Sugerencias de diagnóstico y tratamiento. Solicitud de indicaciones para su manejo estomatológico.
- Nota de referencia. (En caso de que se requiera), debe ser elaborada por el estomatólogo y anexar copia del resumen clínico del paciente y terapéutica empleada, si la hubo. Además de:
 - Datos generales de quién envía.
 - Datos generales de a quién se envía.
 - Motivo de envío y diagnóstico presuntivo.
- Carta de consentimiento informado
 - Nombre del paciente, de la institución y del estomatólogo.
 - Descripción de la intervención y de los objetivos.
 - Molestias y riesgos más importantes por su frecuencia y/o gravedad.
 - Beneficios esperados con su grado aproximado de probabilidad.
 - Alternativas factibles.
 - Curso espontáneo del padecimiento sin tratamiento, y consecuencias de ello.
 - Opiniones y recomendaciones del estomatólogo.
 - Lugar y fecha donde se emite.
 - Autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción.
 - Nombre completo y firma del estomatólogo, paciente y un testigo.
- Hoja de egreso voluntario o alta.
 - Se realiza cuando el paciente decide no continuar con la atención del estomatólogo con plena conciencia de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.
 - Cuando el egreso sea voluntario, se deberá elaborar la hoja conforme a lo dispuesto por las disposiciones jurídicas aplicables y relevará de responsabilidad al establecimiento y el estomatólogo tratante. Cuando el paciente no acude a sus citas en el tiempo que el estomatólogo considere que ha puesto en riesgo el éxito de las intervenciones, debe

- elaborar una hoja de egreso donde se especifique en qué fase quedó el tratamiento y lo que resta del mismo, incluir la fecha y debe ser firmada por el estomatólogo y un testigo.
- La hoja de egreso voluntario o alta debe contener como mínimo los siguientes datos: nombre y domicilio del establecimiento, fecha y hora del egreso, nombre completo del paciente o del representante legal, en su caso, edad, parentesco, nombre y firma; resumen clínico; medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo, debe estar firmada por el estomatólogo y dos testigos.⁴⁷

1.1.5.1. Historia clínica

La historia clínica es descrita en la literatura como un documento médico/legal relativo al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario. En su contenido encontramos de manera ordenada datos de identidad del paciente, enfermedades, signos, síntomas y otros componentes que permitan realizar un diagnóstico y plan de tratamiento inicial, el cual posteriormente puede modificarse de acuerdo a los análisis de laboratorio, radiográficos o cualquier otro método de diagnóstico auxiliar que se utilice.

Este documento es el único con validez clínica y legal en todas las etapas de la atención médica u odontológica, por lo que es de suma importancia que sea realizado con rigurosidad, el paciente tiene el deber de proporcionar los datos que se le pidan de manera veraz, sin ocultar o manipular información y el clínico debe plasmar todos los detalles necesarios para justificar el diagnóstico y tratamiento, además de registrar los servicios brindados y la evolución del paciente en cada cita para llevar una adecuada continuidad del caso, facilitando los procesos a seguir y haciendo de la historia clínica una herramienta fiable.^{48,49}

Características de la historia clínica:

- Su realización es obligatoria para cumplir la normativa legal en cualquier acto médico u odontológico en hospital o consultorio.
- No puede ser remplazada por ningún otro documento.
- Cada paciente debe tener su historia clínica exclusiva.
- Tiene funciones asistenciales, docentes, científicas, legales, epidemiológicas, investigativas y administrativas.
- Debe ser legible para poder interpretar los datos plasmados en ella.
- Es privada y confidencial, la información proporcionada por el paciente debe ser secreto profesional y tener acceso restringido. Al hacer uso de su contenido se debe mantener el anonimato del paciente en todo momento no revelando datos que permitan la identificación del mismo, excepto en los casos judiciales o clínico-asistenciales. En el caso de utilizar fotografías podemos proteger la identidad ocultando rasgos.

- La información se debe adecuar al paciente de manera clara para que entienda lo que se le está comunicando.
- Debe ofrecer datos veraces y confiables al sector salud, lo cual es de utilidad para la realización de estudios epidemiológicos.
- Los datos registrados en ella pueden brindar información para la elaboración de investigaciones que aporten al desarrollo del área de la salud, como es el caso de las tesis, artículos científicos y trabajos de grado. Dichas investigaciones deben realizarse siguiendo los principios bioéticos, manteniendo el anonimato de los involucrados y en algunos casos solicitando la firma del consentimiento informado. En las investigaciones donde no existe contacto directo con el paciente no es necesario obtener el consentimiento.

Para realizar el llenado de la historia clínica tiene que existir una relación médico-paciente empática, para lo que debemos establecer un ambiente de confianza, respeto y cooperación, sin manipulaciones o juicios.

La historia clínica odontológica debe incluir todo lo mencionado en la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.^{47,49,50}

1.1.5.1.1. LPH – Importancia de la historia clínica

En el área de LPH existe una necesidad importante de estandarizar los datos capturados en el expediente clínico de los pacientes con el fin de mejorar el plan de tratamiento y seguimiento, al sistematizar la información disponible se podrán identificar y atender los problemas recurrentes de esta población, así como trabajar en medidas preventivas adecuadas para disminuir la incidencia de casos de labio y/o paladar hendido.¹⁵

1.1.5.2. Consentimiento informado

El consentimiento informado se desarrolló por primera vez en Estados Unidos en el año 1957 y se definió como: “La explicación a un paciente consciente y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como de los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados para su salud, cuya explicación culmina con la firma de un documento siendo este el consentimiento informado”.⁵¹

En México el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica establece que en todos los hospitales del país debe realizarse el consentimiento informado cada vez que un paciente ingrese y posteriormente cada que exista la necesidad de realizar un nuevo procedimiento. Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, menciona la importancia de permitir la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido, para lo cual el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.^{46,52}

Siempre que sea posible el consentimiento deberá obtenerse previo a cualquier tratamiento, investigación o procedimiento preventivo y para que sea válido la persona que dé su consentimiento debe ser competente, entendiéndose como competente a una persona con la capacidad mental, física y moral de comprender la situación que se presenta y sus posibles consecuencias, debe actuar de manera voluntaria y tener suficiente información proporcionada por el personal médico que llevará a cabo el procedimiento, la información debe ser veraz, se debe transmitir en un lenguaje sencillo y entendible, evitando el uso de tecnicismos en la medida posible, de esta manera la decisión que tome el paciente será de manera consciente e informada.

Este documento además de ser una obligación legal también es un deber ético, ya que su uso es fundamental para la relación médico – paciente, con él se toma una decisión conjunta cuidando uno de los 4 principios básicos de la bioética que es la autonomía, respetando la dignidad humana del paciente, explicándole su enfermedad, las causas, el pronóstico, los riesgos y beneficios, tanto del procedimiento diagnóstico como del terapéutico y permitiéndole autorizar su realización.

Sin embargo existen algunas excepciones plasmadas en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, estas son que en casos de urgencia o donde el paciente se encuentre en estado de incapacidad, el consentimiento informado será firmado por el familiar más cercano a él, por su tutor o responsable legal, según sea el caso.

Si el paciente se encuentra en estado de incapacidad y no está acompañado por ninguna de las personas mencionadas anteriormente, los médicos autorizados del hospital, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

En el caso de los pacientes con incapacidad mental y menores de edad, el responsable de firmar el consentimiento será su representante legal, siempre teniendo en cuenta el principio de la beneficencia, buscando el bien del paciente.

Características del consentimiento informado:

- Debe expresarse en lenguaje sencillo sin usar tecnicismos.
- En caso de modificar el plan de tratamiento, debe elaborarse otra carta de consentimiento informado.
- Debe señalar que se explicaron diferentes alternativas de tratamiento.
- Puede ser revocable siempre y cuando no inicie el procedimiento.
- Después de explicar procedimientos, el paciente elige el procedimiento clínico a realizar.
- Informa que existen riesgos imprevistos que pueden alterar el buen resultado del tratamiento.
- Especifica que siempre se buscará el bienestar, seguridad y calidad de los procedimientos clínicos realizados.

- Establece que no obliga al estomatólogo a realizar un procedimiento cuando ello implique mayor riesgo que beneficio al paciente.

El consentimiento informado también se debe utilizar en el caso de estudios clínicos con participantes humanos, estos deberán ser informados de manera clara y sencilla en que consiste la investigación y decidir de manera autónoma si quieren formar parte.

El contenido que debe tener el consentimiento informado en caso de investigaciones es el siguiente:

- Nombre de la investigación.
- Identidad y filiación de los investigadores.
- Introducción.
- Propósito del estudio.
- Procedimiento a seguir.
- Experiencia previa con el medicamento o procedimiento experimental.
- Posibles riesgos, daños o molestias.
- Alternativas terapéuticas.
- Exclusiones.
- Beneficios.
- Remuneración (se señala si es remunerado o no).
- Compensación por lesiones.
- Gastos.
- Estricta confidencialidad.
- Notificación de nuevos hallazgos.
- Contactos.
- Participación voluntaria.
- Terminación del estudio.
- Consentimiento.
- Nombres y firmas.⁵⁰⁻⁵³

El consentimiento informado odontológico debe incluir todo lo mencionado en la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.⁴⁷

1.2. ANTECEDENTES

En el año 2008 la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendidos y Anomalías Craneofaciales en su Congreso en Celaya Guanajuato aceptó el proyecto Mexicleft, el cual consiste en un protocolo de atención y registro de información de pacientes con labio paladar hendido en México, fue propuesto por el doctor Fernando Ortiz Monasterio con el fin de normar la documentación de los mismos y así poder evaluar los resultados obtenidos basados en evidencias.³²

En el año 2019 Verónica Córdoba, Renato Zambrano y William Tamayo publicaron un estudio exploratorio retrospectivo con el objetivo de analizar la calidad de los datos registrados en 708 historias clínicas elaboradas entre 1999 y 2012 por estudiantes practicantes de los últimos semestres de un consultorio psicológico de una universidad colombiana. Los resultados del estudio mostraron omisiones en los registros y planes de tratamiento que no concuerdan con el diagnóstico, los autores mencionan que a pesar de la gran importancia que tiene la historia clínica pueden ocurrir dificultades en su ejecución, las cuales son evidenciadas por la falta de precisión que hay en los registros, ya sea por competencias insuficientes de los estudiantes o por falta de supervisión académica, al comprometerse el contenido de la historia clínica esta deja de ser un medio de comunicación fiable referente a la atención brindada al paciente. Se concluye con que en la actualidad es necesario ofrecer herramientas para que los registros en las historias clínicas tengan una excelente calidad y así puedan cumplir su función académica, legal, investigativa y epidemiológica.⁴⁹

En mayo del 2019 Goizalde Solano publicó un artículo llamado “«¿Para qué auscultarle si le voy a pedir una TAC?» y otras perversiones en la práctica clínica diaria del siglo XXI. Defensa de la historia clínica para aspirar a la excelencia profesional.” En el cual expone 12 casos en los que la elaboración de la historia clínica y una buena exploración física fueron la clave para llegar a un correcto diagnóstico. Menciona que a pesar de que actualmente se cuenta con varios recursos tecnológicos utilizados como auxiliares de diagnóstico, la historia clínica y la exploración física siguen siendo un elemento fundamental para los profesionales de la salud, ya que nos permiten recabar detalles y datos que pueden ser cruciales para resolver la situación que se nos presenta.⁵⁴

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El labio paladar hendido se considera un problema de salud pública debido a la alta cantidad de casos existentes a nivel mundial, a través de los años se ha ido trabajando en medidas para llevar la atención a la mayor cantidad de pacientes posibles, sin embargo, a pesar de los grandes avances obtenidos, la incidencia de casos continua siendo alta, además de no existir una herramienta que nos permita evaluar los resultados obtenidos y la calidad de los servicios brindados. La solución que se propone para enfrentar esta problemática es normar la documentación de los pacientes con LPH, de este modo se podrán valorar los resultados obtenidos basados en evidencias para mejorar la atención brindada y trabajar en investigaciones que beneficien a esta población.

La ENES León cuenta con el programa social de atención a personas con labio paladar hendido “TIENES que sonreír, UNAMos esfuerzos”, el cual cuenta con especialistas en otorrinolaringología, cirugía general, cirujano plástico de mano, enfermeras especialistas, médicos pediatras, terapeutas de lenguaje, psicología, ortodoncia, ortopedia maxilar, odontología pediátrica, cirujanos maxilofaciales, periodoncistas y endodoncistas, sin embargo, esto no se ve reflejado en el expediente clínico de los pacientes, existen áreas que no cuentan con una historia clínica en la plataforma virtual “SMILE”, la cual es utilizada en nuestra institución con el objetivo de integrar los datos clínicos de los pacientes para que estén al alcance de todos los especialistas y de este modo se pueda tener una visión completa y global de cada uno de los pacientes para su atención médica y dental, o bien, puedan ser utilizados con fines académicos o epidemiológicos. Otras historias clínicas en cambio sí se encuentran disponibles en la plataforma, pero al realizar una revisión detallada de cada una, encontramos que cuentan con algunas preguntas repetidas entre sí, por lo que podríamos simplificarlas y hacerlas más concretas, por otra parte, también se podrían agregar más apartados que ayuden a completar el perfil epidemiológico de esta población, de este modo identificaríamos sus problemas más frecuentes y trabajaríamos en soluciones.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Por qué es necesario actualizar la historia clínica de LPH de la ENES León?

2.2. JUSTIFICACIÓN

El expediente clínico es un documento médico legal de gran importancia, en él se recolecta toda la información relevante de los pacientes de manera ordenada, puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, odontogramas y otros recursos tecnológicos utilizados con el fin de recolectar todos los datos clínicos necesarios para brindar una atención de calidad, emitir un diagnóstico certero, realizar un plan de tratamiento adecuado a la situación del paciente y dar un seguimiento correcto del caso, asimismo, con el fin de aportar al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, se permite el uso del expediente clínico con fines de enseñanza, investigación, evaluación, administrativos y estadísticos, por lo que su elaboración es de carácter obligatorio en todo establecimiento público o privado donde se brinden servicios de salud y debe ser realizado de manera rigurosa por un profesional de la salud.

En el área de LPH existe una necesidad importante de unificar criterios y estandarizar los datos capturados en el expediente clínico de los pacientes, esto con el fin de mejorar el plan de tratamiento y seguimiento, además, al sistematizar la información disponible se podrán identificar y atender los problemas recurrentes de esta población, así como trabajar en medidas preventivas adecuadas para disminuir la incidencia de casos.

El programa social de la ENES León “TiENES que sonreír, UNAMos esfuerzos” brinda atención de manera multidisciplinaria a personas que presentan labio y/o paladar hendido, esta es una labor muy importante que considero se debe ver reflejada en el expediente clínico de cada uno de los pacientes, de este modo, los especialistas, estudiantes y voluntarios del programa que tengan acceso a los expedientes clínicos, contarán con una información completa y detallada de los pacientes, permitiendo brindar una atención integral de calidad, además, cada historia clínica realizada podrá ser utilizada para realizar investigaciones que aporten al desarrollo del sistema de salud, estudios epidemiológicos, tesis, artículos científicos, entre otras funciones mencionadas anteriormente.

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. Objetivo general

Actualizar la historia clínica de LPH de la ENES León, para que ofrezca una información del paciente más completa a los diversos especialistas, estudiantes y voluntarios que tienen acceso a ella.

2.3.2. Objetivos específicos

- Ajustar las historias clínicas existentes, omitiendo preguntas repetidas y agregando otras que se consideren necesarias.
- Realizar una validación interna de la historia clínica de cada área con 3 expertos.
- Realizar la gestión para que la historia clínica sea integrada al SMILE.

3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1. Tipo de estudio

Transversal

3.1.2. Población de estudio

Historia clínica que se aplica a los pacientes con labio paladar hendido en el programa “TiENES que sonreír UNAMos esfuerzos” de la ENES, León.

3.1.3. Criterios de selección

3.1.3.1. Inclusión

- Preguntas necesarias para cumplir con la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y la NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales (Ficha de identificación, padecimiento actual, motivo de consulta, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos, padecimientos sistémicos y bucales previos, antecedentes personales no patológicos, exploración física de la cavidad oral, cabeza, cuello, interrogatorio por aparatos y sistemas, registro de signos vitales, peso y talla, diagnóstico y plan de tratamiento).
- Preguntas relevantes para la condición de un paciente con labio paladar hendido (Antecedentes de LPH u otras malformaciones craneofaciales en la familia, información del parto y embarazo de la madre, clasificación de la hendidura).

3.1.3.2. Exclusión

- Preguntas que no se encuentran establecidas en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico o la NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- Preguntas que no tienen relación con las condiciones de un paciente con labio paladar hendido.

3.1.3.3. Eliminación

- Preguntas repetidas o similares en las diferentes especialidades.

3.1.4. Variables

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Escala</i>	<i>Valor final</i>
Historia clínica	Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente.	Se realizará una historia clínica de LPH de cada área con el fin de tener un expediente clínico más completo.	Historia	Nominal cualitativa	Historia

4.1. Resultados

Historia clínica de LPH-Cirugía

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (día, mes, año) Sexo: masculino femenino

Dirección: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Madre: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Padre: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Remitido por: _____

Nombre del informante: _____ Parentesco: _____

Motivo de consulta _____ Tiempo de traslado a la clínica: _____

2. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre:

Abuela materna:

Abuelo paterno:

Padre:

Abuela paterna:

Abuelo paterno:

3. ANTECEDENTES DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

¿Alguno de los familiares directos tiene hendidura de labio o paladar? Sí No Desconoce

¿Algún otro pariente tiene hendidura de labio o paladar? Sí No Desconoce

¿Alguno de los familiares tiene otra malformación craneofacial? Sí No Desconoce

En caso afirmativo especifique: _____

4. INFORMACIÓN DEL PARTO Y EMBARAZO

Indique el tiempo de embarazo _____ semanas/meses Desconoce

¿Tuvo la madre complicaciones durante el embarazo? Sí No Desconoce

En caso afirmativo, ¿Qué tipo de complicación? _____

¿Cómo fue tratada? _____

¿Hubo complicaciones en el parto? Sí No Desconoce

En caso afirmativo, ¿Qué tipo de complicación? _____

¿Cómo fue tratada? _____

¿Fumaba la madre durante el embarazo? Sí No Desconoce

¿Consumía alcohol durante el embarazo? Sí No Desconoce

¿Tomó algún medicamento durante el embarazo? Sí No Desconoce

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Hubo ingesta o inhalación de sustancias tóxicas? Sí No Desconoce

En caso afirmativo especifique: _____

¿Tuvo abortos anteriores a este embarazo? Sí No Desconoce

5. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Prenatales:

Perinatales:

Posnatales:

Alimentación:

Social adaptativo:

Dentición:

Hábitat:

Higiene:

6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

¿Padece alguna enfermedad sistémica? Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

¿Tiene alguna alergia? Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

¿Ha sido hospitalizado? Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

¿Ha sufrido algún traumatismo? Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

¿Ha sufrido de hemorragias excesivas? Sí No

¿Ha recibido transfusiones de sangre? Sí No

7. ANTECEDENTES QUIRURGICOS

¿Ha tenido el paciente alguna cirugía labio-palatina antes de esta evaluación? Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

¿Le han realizado algún otro procedimiento quirúrgico? Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

8. EXPLORACIÓN FÍSICA Y SIGNOS VITALES

Talla: _____ Peso: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____

Tensión arterial: _____ Temperatura: _____

Inspección general:

Piel:

Cabeza:

Cuello:

Tórax:

Extremidades:

Neurológica:

9. EXPLORACIÓN INTRAORAL

10. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Sistema cardiovascular: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Sistema respiratorio: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Sistema digestivo: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Sistema urinario: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Sistema endocrino y metabolismo: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Sistema hematopoyético: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Sistema nervioso: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Sistema musculo esquelético: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Sistema tegumentario: Sí No

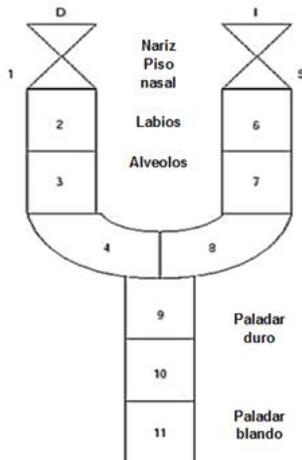
En caso afirmativo especifique: _____

Esfera psíquica: Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Descripción del labio y paladar al nacer o antes de cualquier cirugía



¿Tiene otras malformaciones craneofaciales? Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

¿Tiene insuficiencia velo faríngea luego de cirugía palatina anterior? Sí No No valorable

Describir padecimiento actual:

12. PLAN DE TRATAMIENTO

13. PRONÓSTICO

Historia clínica de LPH-Odontopediatría

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (día, mes, año) Sexo: masculino femenino

Dirección: _____ Estado: _____ Municipio: _____

Sobrenombre (¿Cómo le gusta que le digan?): _____ Edad: ____ Grado escolar: ____

Madre: _____ Teléfono: _____

Padre: _____ Teléfono: _____

Pediatra o médico familiar: _____ Teléfono: _____

¿El paciente ha tenido interconsulta con otro servicio médico u odontológico? Sí No

En caso de sí, describa (servicio, a qué edad, situación actual con el mismo y los datos de médico tratante en caso de contar con ellos):

1. _____

2. _____

3. _____

¿El paciente tuvo tratamiento ortopédico prequirúrgico? Si No Desconoce

En caso afirmativo, ¿Por cuánto tiempo llevó el tratamiento?

Ampliar información:

2. MOTIVO DE LA CONSULTA

Motivo de consulta: _____

Existe alguna molestia bucodental actualmente: Si No

En caso afirmativo, contestar lo siguiente:

Fecha de aparición: _____ Tiempo de evolución: _____

Sintomatología: _____ Medicación: _____

Factores asociados: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES: INTEGRANTES

Padre vive: Sí No

En caso afirmativo, indicar ocupación:

Madre vive: Sí No

En caso afirmativo, indicar ocupación:

Hermanos (n°):

N° ocupado en familia:

Abuelo paterno vive: Sí No

Abuela paterna vive: Sí No

Abuelo materno vive: Sí No

Abuela materna vive: Sí No

4. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Higiene personal:

Esta aseado: Sí No

Su ropa está limpia: Sí No

Hábitos alimenticios:

N° comidas al día:

Bebidas azucaradas: Sí No

Uso del biberón: Sí No

Inmunizaciones básicas: Sí No

En caso negativo especifique vacuna(s) faltante: _____

5. LACTANCIA MATERNA Y ABLACTACIÓN

¿Fue o está siendo lactado por seno materno? Sí No

En caso afirmativo y de haber concluido la lactancia, ¿Por cuánto tiempo fue lactado?

¿A qué edad comenzó su alimentación semisólida? No aplica

¿Siente que la hendidura dificulta o dificultó la alimentación del niño(a)? Sí No

Ampliar información:

¿Ronca? Sí No

En caso afirmativo, especificar intensidad del ronquido: Leve Moderado Intenso

6. EXAMEN FÍSICO: ATM

Chasquidos: Sí No

En caso afirmativo, especificar lado:

Limitación: Sí No

Dolor: Sí No

Otros:

7. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA LPH

¿Ha tenido el paciente alguna cirugía labio-palatina antes de esta evaluación? Sí No

En caso afirmativo especifique: _____

Diagnóstico: (Descripción del labio y paladar al nacer o antes de cualquier cirugía) Se puede seleccionar más de una opción.

Labio:

- Hendidura bilateral
- Hendidura unilateral Lado afectado: Izquierdo Derecho
- Hendidura completa Lado izquierdo Lado derecho
- Hendidura incompleta Lado izquierdo Lado derecho
- No hendido

Nariz:

- Simétrica
- Asimétrica
- Columela corta

Alvéolo:

- Hendidura bilateral
- Hendidura unilateral Lado afectado: Izquierdo Derecho
- No hendido

Paladar:

- Paladar duro
- Paladar blando
- Submucoso
- No hendido

8. EXAMEN FISICO: EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO

Cabeza: Mesocefálico Dolicefálico Braquicefálico

Perfil: Recto Convexo Cóncavo

Cara: Mesofacial Dolicofacial Braquifacial

Ojos (describir):

Labios (describir):

Sellado labial: Competente Incompetente

Fascies (describir):

Nariz (describir):

Resequedad nasal: Sí No

Aleteo: Sí No

Puente nasal: Desviado Normal

Permeabilidad: Permeable No permeable

9. EXAMEN ORAL: DESCRIBA ALTERACIONES DE FORMA, TAMAÑO, CONSISTENCIA, INTEGRIDAD, FUNCIÓN Y COLOR

Encías:

Zona retromolar:

Lengua; dorso, vientre, borde lateral:

Frenillos:

Piso de la boca:

Paladar duro:

Paladar blando:

Amígdalas:

Glándulas y conductos salivales:

Forma de la arcada superior:

Forma de la arcada inferior:

10. OCLUSIÓN Y ALINEAMIENTO

Tipo de dentición: Primaria Mixta temprana Mixta tardía No aplica

Presencia de desgastes generalizados de la dentición primaria: Sí No No aplica

Línea media: Normal Desviada a la izquierda Desviada a la derecha

Plano terminal derecho: Recto Mesial Mesial exagerado Distal No aplica

Plano terminal izquierdo: Recto Mesial Mesial exagerado Distal No aplica

Espacios primates: Presenta No presenta No aplica

Mordida cruzada: Posterior izquierda Posterior derecha Bilateral Anterior No aplica

Clasificación de Angle: Clase I Clase II Clase III No aplica

Sobremordida vertical-overbite (mm):

Mordida abierta: Sí No No valorable

Sobremordida horizontal-overjet (mm):

Malposición dentaria: Sí No No valorable

En caso afirmativo, describir:

Diastemas: Sí No No valorable

En caso afirmativo, describir:

11. HÁBITOS PERNICIOSOS

Edad dental:

Succión de dedo: Sí No

Protrusión de lengua: Sí No

Morderse el labio: Sí No

Morderse las uñas: Sí No

Respirador bucal: Sí No

Otros:

Ampliar información:

12. CONDICIÓN DE HIGIENE DENTAL: GENERAL Y LOCAL

Higiene oral: Buena Regular Deficiente

Biofilm bacteriano: Sí No

Cálculo dental: Supragingival Subgingival No presenta

Cantidad: Escaso Regular Abundante

13. ERUPCIÓN Y DENTICIÓN

Secuencia anormal: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s):

Pérdida prematura: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s):

Retención prolongada: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s):

Erupción retardada: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s):

Falta de contacto proximal: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s):

Presencia de supernumerarios: Sí No No aplica

En caso afirmativo, describir localización:

Agenesia dental: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s):

Erupción ectópica: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s):

Alteraciones de tamaño: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s) y el tipo de alteración:

Alteraciones de forma: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s) y el tipo de alteración:

Alteraciones de estructura: Sí No No aplica

En caso afirmativo, especificar diente(s) y el tipo de alteración:

Otras alteraciones:

Ampliar información:

14. RIESGO A CARIES

VALORACIÓN DE RIESGO A CARIES (0-5 AÑOS)	ALTO	MEDIO	BAJO
Factores biológicos y sociales			
¿La madre o cuidador principal tiene caries activas?	ALTO		
¿El paciente es de bajo nivel socioeconómico?	ALTO		
¿El paciente consume más de 3 bocadillos o bebidas azucaradas entre comidas por día?	ALTO		
¿El paciente se acuesta con un biberón con líquido que contiene azúcar natural o añadida?	ALTO		
¿El paciente es inmigrante reciente? (cambio de residencia)		MEDIO	
¿El paciente tiene necesidades especiales?		MEDIO	
Factores de protección			
¿El paciente consume agua potable fluorada u otros suplementos con fluoruro?			BAJO
¿El paciente cepilla diariamente sus dientes con pasta fluorada?			BAJO
¿El paciente recibe aplicaciones de fluoruro tópico por parte de un odontólogo?			BAJO
¿El paciente asiste a una clínica dental / recibe cuidado dental regularmente?			BAJO
Hallazgos clínicos			
¿El paciente tiene lesiones blancas o defectos del esmalte?	ALTO		
¿El paciente tiene cavidades cariosas, restauraciones o le faltan dientes debido a caries?	ALTO		
¿El paciente tiene biofilm dental visible?	ALTO		
Riesgo a caries			

VALORACIÓN DE RIESGO A CARIES (6 AÑOS O MÁS)	ALTO	MEDIO	BAJO
Factores biológicos y sociales			
¿El paciente es de bajo nivel socioeconómico?	ALTO		
¿El paciente consume más de 3 bocadillos o bebidas azucaradas entre comidas por día?	ALTO		
¿El paciente es inmigrante reciente? (cambio de residencia)		MEDIO	
¿El paciente tiene necesidades especiales?		MEDIO	
Factores de protección			
¿El paciente consume agua potable fluorada u otros suplementos con fluoruro?			BAJO
¿El paciente cepilla diariamente sus dientes con pasta fluorada?			BAJO
¿El paciente recibe aplicaciones de fluoruro tópico por parte de un odontólogo?			BAJO
¿El paciente asiste a una clínica dental / recibe cuidado dental regularmente?			BAJO
Hallazgos clínicos			
¿El paciente tiene 1 o más lesiones interproximales de caries?	ALTO		
¿El paciente tiene lesiones blancas o defectos del esmalte?	ALTO		
¿El paciente tiene flujo salival bajo?	ALTO		
¿El paciente tiene restauraciones defectuosas?		MEDIO	
¿El paciente tiene un aparato intraoral?		MEDIO	
Riesgo a caries			

15. ORDEN DE SOLICITUD DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Fotografía clínica:

Modelos de estudio:

Laboratorio clínico y cultivo:

Radiografías:

Otros:

Cone beam:

Ortopedia prequirúrgica

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Talla: ____m Peso: ____kg Fecha: _____

Medición de los rodetes gingivales: _____ mm

Medición de la hendidura completa: _____ mm

Anterior: _____ mm

Media: _____ mm

Posterior: _____ mm

Medición de la hendidura secundaria: _____ mm

Anterior: _____ mm

Media: _____ mm

Posterior: _____ mm

Protrusión de la premaxila: _____ mm

Rotación: Derecha Izquierda

Observaciones:

2. EVOLUCIÓN

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Fecha:

Talla: ____m Peso: ____kg

Medición de segmento anterior: _____ mm

Medición de segmento medio: _____ mm

Medición de segmento posterior: _____ mm

Observaciones:

Historia clínica de LPH-Ortodoncia

1. FICHA ORTODÓNCICA DE LPH

Motivo de consulta: _____

Recibió tratamiento de ortodoncia u ortopedia previo: Si No

En caso de sí, describa (tipo, tiempo, edad):

1. _____

2. _____

3. _____

¿El paciente ha tenido interconsulta con otro servicio médico? Si No

En caso de sí, describa (servicio, a qué edad, situación actual con el mismo y los datos de médico tratante en caso de contar con ellos):

1. _____
2. _____
3. _____

¿A qué edad fue su primera cirugía?

¿Qué cirugías le han realizado?

¿Le han realizado estudios genéticos? Si No

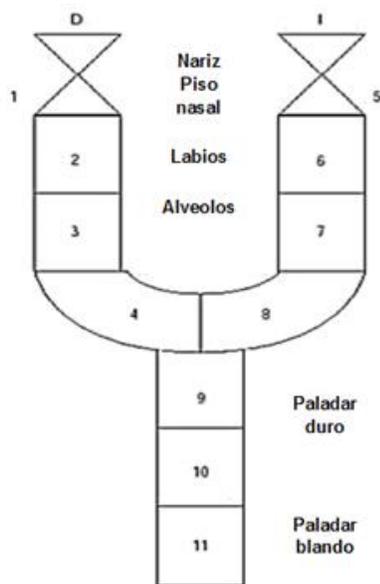
En caso afirmativo, ¿Cuáles fueron los resultados?

¿El paciente estuvo o se encuentra actualmente en terapia de lenguaje? Si No

¿El paciente fue revisado por el otorrinolaringólogo? Si No

¿El paciente usa o usó tubos de ventilación? Si No

2. CLASIFICACIÓN DE LA HENDIDURA



3. ANÁLISIS FACIAL

Somatotipo: Ectomorfo Mesomorfo Endomorfo

Línea media facial corresponde con la dental: Si No

Biotipo facial: Mesofacial Dolicofacial Braquifacial

Relaciones antropométricas (describir):

Tercio facial superior: Aumentado Disminuido Normal

Tercio facial medio: Aumentado Disminuido Normal

Tercio facial inferior: Aumentado Disminuido Normal

Forma facial: Redonda Ovalada Cuadrada Rectangular Alargada Triangulo

invertido Corazón Diamante

Simetría facial: Simétrico Asimétrico

En caso de asimetría, describir:

Quintos faciales simétricos: Si No

En caso de no, describir:

Perfil facial: Recto Convexo Cóncavo

Proporción subnasal-stomion-mentón: Norma Debajo de la norma Arriba de la norma

Tamaño de la nariz: Pequeña Mediana Grande

Postura labial (describir): Competente Incompetente

Escalón labial: Positivo Normal Negativo

4. ANÁLISIS INTRAORAL DE TEJIDOS BLANDOS

Color y textura gingival (describir):

Inflamada: Si No

Dehiscencias: Si No

Bolsas periodontales: Si No

En caso de si, especificar dientes:

Mucosa vestibular (describir):

Lengua (describir):

Amígdalas (describir):

Provocan obstrucción: Si No

Extirpadas: Si No

En caso de si, indicar fecha:

Adenoides (describir):

Provocan obstrucción: Si No

Extirpadas: Si No

En caso de si, indicar fecha:

Piso de boca (describir):

Paladar (describir):

Profundidad del paladar: Alto Medio Plano

Inserciones musculares (describir):

5. ANÁLISIS DENTAL

Tipo de dentición: Temporal Mixta Permanente

Describir dentición:

6. ANÁLISIS OCLUSAL FUNCIONAL

Clase molar derecha: Tipo I Tipo II Tipo III

Clase molar izquierda: Tipo I Tipo II Tipo III

Clase canina derecha: Tipo I Tipo II Tipo III

Clase canina izquierda: Tipo I Tipo II Tipo III

Sobremordida horizontal (mm):

Sobremordida vertical (mm):

¿Hay discrepancia entre O.C y R.C? Si No

Existencia de guía anterior: Si No

Interferencias en lat. Der. Trabajo: Si No

Balance: Si No

Interferencias en lat. Izq. Trabajo: Si No

Balance: Si No

Mordida abierta anterior: Si No

Mordida abierta posterior: Si No

Mordida profunda: Si No

Mordida cruzada anterior: Si No

Mordida cruzada posterior: Si No

Mordida cruzada posterior bilateral: Si No

Mordida cruzada posterior unilateral: Si No

7. ANÁLISIS DE LA A.T.M. DOLOR MUSCULAR A LA PALPACIÓN

Masetero izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Masetero derecho: Si No

En caso de si, describir:

Temporal izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Temporal derecho: Si No

En caso de si, describir:

Esternocleidomastoideo izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Esternocleidomastoideo derecho: Si No

En caso de si, describir:

Cuello y nuca izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Cuello y nuca derecho: Si No

En caso de si, describir:

Trapezio izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Trapezio derecho: Si No

En caso de si, describir:

Suprahioideos izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Suprahioideos derecho: Sí No

En caso de si, describir:

Pterigoideo externo izquierdo: Sí No

En caso de si, describir:

Pterigoideo externo derecho: Sí No

En caso de si, describir:

Existencia de zonas gatillo: Sí No

En caso de si, describir:

8. HÁBITOS ORALES PERNICIOSOS

Respiración oral: Sí No

Proyección lingual: Sí No

Succión digital: Sí No

Bruxismo: Sí No

Succión labial: Sí No

Morder objetos extraños: Sí No

Frecuencia: Menos de 10 ves al día Más de 10 veces al día Otra _____

Intensidad: Leve Moderada Severa

Duración: Menos de 10 segundos Más de 10 segundos Otra _____

Tiempo realizado (indique días, semanas, meses o años):

Tono de músculos periorales:

Tono de músculos faciales:

9. ANÁLISIS RADIOLÓGICO PANORÁMICA

Nº de dientes erupcionados:

Nº de dientes no erupcionados:

Dientes retenidos:

Dientes ausentes congénitos:

Supernumerarios:

Espacio del ligamento Periodontal:

Patología periapical:

Relación raíz/corona:

Proceso alveolar:

Facturas dentales (óseas):

Endodoncia:

Restauraciones mal ajustadas:

Otras patologías describa:

10. ANÁLISIS RADIOLÓGICO PERIAPICAL

Dientes:

Observaciones:

11. ANÁLISIS RADIOLÓGICO OCLUSAL

Dientes:

Observaciones:

12. DOLOR ARTICULAR A LA PALPACIÓN

Dolor pre auricular izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Dolor pre auricular derecho: Si No

En caso de si, describir:

Dolor intra articular izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Dolor intra articular derecho: Si No

En caso de si, describir:

13. RUTA CLÍNICA ORTODONCICA

Indique la ruta de tratamiento ortodónico indicada para el paciente:

14. INTERCONSULTA

Indique en caso de ser necesaria la interconsulta requerida para el paciente, la indicación de la misma y/o motivo:

4.2. Discusión

La historia clínica es un documento médico/legal fundamental relativo al proceso de asistencia y estado de salud de una persona, realizado por un profesional sanitario.^{48,49} Como mencionó Goizalde Solano en su artículo “ «¿Para qué auscultarle si le voy a pedir una TAC?» y otras perversiones en la práctica clínica diaria del siglo XXI. Defensa de la historia clínica para aspirar a la excelencia profesional” a pesar de que actualmente se cuenta con varios recursos tecnológicos utilizados como auxiliares de diagnóstico, la historia clínica sigue y seguirá siendo un elemento fundamental para los profesionales de la salud, ya que nos permiten recabar detalles y datos que pueden ser cruciales para resolver la situación que se nos presenta.⁵⁴ El programa de atención social “TIENES que sonreír, UNAMos esfuerzos” tiene como objetivo brindar atención multidisciplinaria de calidad a las personas con LPH que acudan a la clínica, para lograr esto es fundamental contar con una adecuada historia clínica que permita el registro de toda la información relevante del paciente y de los tratamientos realizados, de este modo se pondrán evaluar los resultados obtenidos basados en evidencias y dar un correcto seguimiento a cada caso.

Como se mencionó anteriormente en el presente trabajo, en el área de LPH existe una necesidad importante de estandarizar los datos capturados en el expediente clínico de los pacientes con el fin de mejorar el plan de tratamiento y seguimiento, al sistematizar la información disponible se podrán identificar y atender los problemas recurrentes de esta población, así como trabajar en medidas preventivas adecuadas para disminuir la incidencia de casos de labio y/o paladar hendido.¹⁵ En base a esto, la historia clínica propuesta en esta tesis pretende recolectar la mayor cantidad de información relevante y pertinente con base a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y la NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales, el formato contiene instrucciones claras y precisas para que pueda llenarse adecuadamente, fue revisado y aprobado por 3 expertos en cada área de atención, por lo que con su uso se logrará reunir una base de datos que aporte al desarrollo de investigaciones para mejorar el sistema de salud, mejorar la atención de los pacientes con LPH y finalmente reforzar la prevención de la población en general.

La NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, establece que con el fin de aportar al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, se permite el uso del expediente clínico con fines médicos, jurídicos, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativos y estadísticos.⁴⁶ Como mencionan Verónica Córdoba, Renato Zambrano y William Tamayo en su artículo publicado en el 2019 “Calidad de las historias clínicas de los practicantes de un consultorio psicológico de una universidad colombiana” Para hacer posible que la historia clínica cumpla con todas estas funciones y sea una herramienta fiable, es de suma importancia que sea realizada con rigurosidad, el paciente tiene el deber de proporcionar los datos que se le pidan de manera veraz, sin ocultar o manipular información y el clínico debe plasmar todos los detalles necesarios para justificar el diagnóstico y tratamiento, además de registrar los servicios brindados y la evolución del paciente en cada cita para llevar una adecuada continuidad del caso y facilitando los procesos a seguir.^{48,49}

4.3. Conclusiones

El programa de atención social “TiENES que sonreír, UNAMos esfuerzos” brinda atención gratuita a niños y adultos con labio paladar hendido provenientes de diversos municipios del estado de Guanajuato en la Clínica de Odontología de la ENES, Unidad León. Estos pacientes reciben tratamientos tanto preventivos como correctivos, realizados por voluntarios, estudiantes y especialistas en distintas áreas médicas y odontológicas.

El correcto registro de la información proporcionada por los pacientes, así como la evolución de los tratamientos realizados, es de gran utilidad para realizar investigaciones que ayuden a detectar y atender los problemas más recurrentes de esta población y de esta manera mejorar su calidad de vida. Por otra parte, también sirve para identificar los factores de riesgo asociados a esta condición, lo cual da lugar a trabajar en medidas de prevención y en consecuencia, una disminución de la incidencia de casos de labio y/o paladar hendido.

El formato de historia clínica propuesto en esta tesis pretende recolectar la mayor cantidad de información relevante y pertinente con base a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y la NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales, el formato contiene instrucciones claras y precisas para que pueda llenarse adecuadamente, fue revisado y aprobado por 3 expertos en cada área de atención, por lo que con su uso se logrará reunir una base de datos que aporte al desarrollo de investigaciones para mejorar la atención de los pacientes con LPH y finalmente reforzar la prevención de la población en general.

4.4. Referencias bibliográficas

1. Beluci ML, Genaro KF. Quality of life of individuals with cleft lip and palate pre- and post-surgical correction of dentofacial deformity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):216-221.
2. Guerrero MT, Traub V, Zursiedel MI, Álamos C, Noguera A, Gutiérrez C, Solé P. Cambios faciales y su estabilidad en el tiempo en pacientes con fisura labiopalatina no sindrómica sometidos a distracción osteogénica maxilar con distractor externo rígido, Revisión narrativa. *Int, J. Odontostomat*. 2019;13(2):123-131.
3. González CA, Medina CE, Pontigo AP, Casanova JF, Escoffié M, Corona MG, Maupomé G. Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74(6):377-387.
4. Palmero J, Rodríguez MF. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. *Acta Medica Grupo Ángeles*. 2019;17(4):372-379.
5. Rodríguez MP, Vergara ML. Modelado nasolabial prequirúrgico de un paciente con labio y paladar hendido unilateral izquierdo. *Univ. Salud*. 2020;22(2):198-202.
6. Lopera N, Hernández JR, Gómez JR. Eficacia del conformador nasal en pacientes con labio y paladar hendidos unilateral de recién nacidos a 6 meses. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2016;4(4):240-245.
7. Vigueras O, Fernández MA, Villanueva MC. Prevalencia de dientes supernumerarios en niños con labio y/o paladar fisurado. *Revista Odontológica Mexicana*. 2015;19(2):81-88.
8. Hernández MN, Guerra ME. Prevalencia de hendiduras de labio y/o palatinas en los pacientes que acudieron al centro de investigación y atención a pacientes con malformaciones craneofaciales y prótesis maxilofacial durante los años 2000-2012. *Acta Odontológica Venezolana*. 2013;51(3):1-14.
9. Capacho WF, Arenas FE, Quintero DC, Torres EA, Rodríguez MJ. Asociación entre el labio y/o paladar hendido no sindrómico y el estado nutricional. *Rev Chil Nutr*. 2015;42(4):351-356.
10. Mejía AC, Suárez DE. Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. *Arch Inc Mat Inf*. 2012;4(2):55-62.
11. Yudovich M, Ponglerthapakorn A, García EG. Análisis cefalométrico de las características esqueléticas y dentales que presentan pacientes adultos con fisuras labiopalatinas que recibieron tratamiento ortopédico, ortodóncico y /o quirúrgico durante su infancia y adolescencia. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2015;3(1):22-32.
12. Lombardo E. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. *Acta Pediatr Mex*. 2017;38(4):267-273.
13. Rengifo HA. Caracterización dental de niños colombianos con hendiduras labio palatinas no sindrómica. *Revista Odontológica Mexicana*. 2016;20(3):179-186.
14. Arrington L, Yudovich M, Quiroz JC, Herrera M. Evaluación cefalométrica de los cambios en la vía aérea superior después de cirugía ortognática en pacientes con secuela de labio y paladar

- hendidos unilateral del hospital general "Dr. Manuel Gea González". *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2015;3(3):170-175.
15. Pons A. Pons L. Hidalgo SM. Sosa CF. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2017;74(2):107-121.
 16. Montaña A. Rincón H. Landa C. Grado de integración de injertos óseos nasoalveolares, en pacientes con secuelas de labio y paladar fisurados. *Revista Odontológica Mexicana*. 2012;16(1):18-30.
 17. Fuentes J. Silva M. Cantín M. Llermaly S. Acercamiento de los procesos alveolares mediante ortopedia prequirúrgica en pacientes con labio y paladar fisurado. *Int J Odontostomat*. 2014;8(1):119-124.
 18. Mañes JF. Martínez A. Oteiza B. Bouazza K. Benet F. Candel A. Uso de las coronas telescópicas en el tratamiento de un paciente adulto con fisura labio-palatina. Puesta al día de la etiología y el tratamiento. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11:E358-E362.
 19. Noirrit-Esclassan E. Pomar P. Esclassan R. Rerrie B. Galinier P. Woisard V. Placas palatinas en el lactante portador de una fisura labiomaxilar (Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labiomaxillaire) 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés. 22-066-B55.
 20. Chávez DV. Lopez N. Levario M. Sanin LH. Defectos del tubo neural y de labio y paladar hendido: un estudio morfológico. *Int. J. Morphol*. 2013;31(4):1301-1308.
 21. Domínguez B. Domínguez S. Experiencia de la clínica de labio y paladar hendido del hospital general de Tlaxcala: logros para la reinserción completa de los pacientes tratados. *Cir plast iberolatinoam*. 2020;46(1):107-112.
 22. Lopera N. Hernández JR. Ortopedia prequirúrgica en pacientes recién nacidos con labio y paladar hendido. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2016;4(1):43-48.
 23. Nazer J. Ramírez MC. Cifuentes L. 38 Años de vigilancia epidemiológica de labio leporino y paladar hendido en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile*. 2010;138:567-572.
 24. Barrera C. Mezarobba N. Factores de Riesgo Materno Asociados con el Labio Fisurado con o sin Paladar Hendido: Una Revisión. *Int. J. Odontostomat*. 2016;10(2):359-368.
 25. Figueroa NP. Meraz HF. Navarro ME. Serafín NA. Beltrán EA. Isiordia MA. Evaluación de factores de riesgo maternos y ambientales asociados a labio y paladar hendidos durante el primer trimestre de embarazo. *Revista Mexicana de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2016;12(3):93-98.
 26. Escoffié M. Medina CE. Pontigo AP. Acuña G. Casanova JF. Colome GE. Asociación de labio y/o paladar hendido con variables de posición socioeconómica: un estudio de casos y controles. *Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant. Recife*. 2010;10(3):323-329.
 27. Sigler A. Protocolo para la planificación quirúrgica en las clínicas de labio y paladar hendidos en la zona noroeste de la República Mexicana. *Cir.plást.iberolatinoam*. 2017;43(3):313-325.
 28. Zamora CE. Algunos factores relacionados con la herencia en niños con fisuras labiopalatinas. *Revista Cubana de Pediatría*. 2014;86(4):454-461.
 29. Yudovich M. Báez S. Suarez ML. Utilización del aparato de Latham modificado y utilizado previo a la queiloplastia. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2014;2(4):236-244.

30. Navas MC. Prevalencia de dientes supernumerarios en pacientes con labio y paladar hendido mediante el análisis de ortopantomografías. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2017;39(3):171–178.
31. Wanderley RH. Machado CH. Oliveira LV. Soares FD. Correia F. Prevalencia de defectos del esmalte en pacientes con labio y paladar fisurados en Paraíba, Brasil. *Revista Cubana de Estomatología.* 2012;49(1):11-19.
32. Trigos I. Resumen histórico de la atención de labio y paladar hendidos en México. *Cir Plast* 2012;22(2):104-116.
33. Prada JR. Zambrano JC. Díaz DM. Echeverri MP. Tibaquira C. Parra AM. Diagnostico e intervención temprana de insuficiencia velofaríngea posterior a palatoplastia primaria en pacientes atendidos interdisciplinariamente en FISULAB (Bogotá, Colombia). *Cir.plást.iberolatinoam.* 2019;45(1):51-56.
34. Godoy E. Godoy A. Godoy F. Monasterio L. Suazo G. Manejo del paciente con fisura labio – palatina en Arica. Experiencia de 15 años. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello.* 2010;70:133-138.
35. Garmendía G. Garmendía AM. Vila D. Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-alveolo-palatino. *Revista Cubana de Estomatología.* 2010;47(2):143-156.
36. Sosa CD. Arenas LD. Moreno CA. Nazar FJ. Pimiento AF. Téllez DA. Complicaciones postquirúrgicas en intervenciones correctivas de labio y paladar hendido en pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel en Bucaramanga, Colombia 2013-2016. *MÉD.UIS.* 2018;31(2):25-32.
37. Quintero E, Pérez JC. Modificación técnica y experiencia con injerto óseo esponjoso de olécranon para el tratamiento de la hendidura alveolar. *Cir. plást. Iberolatinoam.* 2019;45(3):313-322.
38. Flores MS. Medina GA. Jornadas humanitarias de labio y paladar hendidos en el sureste de la República Mexicana: 17 años de experiencia y 40 jornadas. *Cir. plást. Iberolatinoam.* 2016;42(3):399-405.
39. Vélez ES, Hernández NE, Pérez G, Rivera F, Soto TA. Atención de secuelas de labio y paladar hendido bilateral con colapso maxilar. Caso clínico. *Revista Mexicana de ortodoncia.* 2015;3(2):112-119.
40. Galicia AI. Ramírez R. Reconstrucción de fistula palatina anterior con colgajo lingual de base anterior. Reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana.* 2016;20(1):50-56.
41. Álvarez EV. Ochoa S. San Martín W. Gutiérrez M. Salazar M. Factores que intervienen en el crecimiento maxilar en pacientes de fisura labio alveolo palatina unilateral de seis a 18 años que acuden al servicio de ortodoncia del Hospital para el Niño Poblano. *Oral* 2016;17(54):1364-1369.
42. Torres F. Marín C. Jiménez R. Alvarado E. Uribe E. Elaboración de una sobredentadura modificada para paciente con secuelas quirúrgicas de labio y paladar hendidos: reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana.* 2013;17(3):181-184.
43. Hernández MP. Sánchez B. Fuente J. Villanueva MC. Díaz JA. Vilar G. Tenorio F. Análisis de patrones de cierre velofaríngeo en pacientes con labio y paladar hendido. *Int. J. Odontostomat.* 2015;9(3):385-391.

44. Orozco JR. Uribe JA. Vargas JF. Operador de energía de teager para la detección de hipernasalidad en niños con labio y paladar hendido. *Rev. Tecno Lógicas*. 2011;26:27-45.
45. Zamora CE. Bauzá JG. Estado nutricional de niños afectados por fisuras labiopalatinas. *Revista Cubana de Pediatría*. 2013;85(3):295-300.
46. Salud. [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [Citado 20/01/2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
47. Salud. [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. [Citado 25/01/2021]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016
48. Gallego S. Riaño I. ¿Quién decide qué datos deben constar en la historia clínica en relación con el origen biológico? *Aten Primaria*. 2018;50(2):74-78.
49. Córdoba V. Zambrano R. Tamayo W. Calidad de las historias clínicas de los practicantes de un consultorio psicológico de una universidad colombiana. *Educ Med*. 2019;20(S1):72-78.
50. Brito N. Corral Y. La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas. *Acta Odont. Venez*. 2014;52(2)
51. Galván MF. Huerta HM. Galindo M. Barrientos AA. Morales ME. Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud. *Inv Ed Med*. 2016;5(18):108-114.
52. Mariñelarena JL. Consentimiento informado en circunstancias especiales. Sida, problemas mentales, testigos de Jehová. *Cirujano General*. 2013;35:S139-S142.
53. Ortiz A. Burdiles P. Consentimiento informado. *Rev Med Clin Condes*. 2010;21(4):644-652.
54. Solano G. «¿Para qué auscultarle si le voy a pedir una TAC?» y otras perversiones en la práctica clínica diaria del siglo XXI. Defensa de la historia clínica para aspirar a la excelencia profesional. *Educ Med*. 2019.

4.5. Anexos

Anexo 1. Historia clínica anterior de LPH-Cirugía

NOTA DE INGRESO AL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Fecha:

Nombre del paciente:

Sexo y edad:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Madre:

Padre:

Remitido por:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Madre:

Abuela materna:

Abuelo paterno:

Padre:

Abuela paterna:

Abuelo paterno:

ANTECEDENTES DE LABIO Y PALADAR HENDIDO:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Prenatales:

Perinatales:

Posnatales:

Alimentación:

Social adaptativo:

Dentición:

Hábitat:

Higiene:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Inspección general

Piel

EXPLORACIÓN FÍSICA SEGMENTARIA:

Cabeza

Cuello

Tórax

Extremidades

Neurológica

EXPLORACIÓN INTRAORAL:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

PLAN DE TRATAMIENTO:

PRONÓSTICO:

Nombre y firma de quien elaboró esta nota de ingreso:

Nombre y firma del paciente o tutor:

Anexo 2. Historia clínica anterior de LPH-Odontopediatría

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Diminutivo: _____ Grado escolar: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Peso: _____

Talla: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Ocupación del padre o tutor: _____

Pediatra o médico familiar: _____ Teléfono: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA

Molestia principal: _____

Fecha de aparición: _____ Tiempo de evolución: _____

Sintomatología: _____ Medicación: _____

Factores asociados: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: INTEGRANTES

Padre vive: _____

Ocupación: _____

Madre vive: _____

Hermanos (n°): _____

N° ocupado en familia: _____

Abuelos paternos viven: _____

Abuelos maternos viven: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Higiene personal: _____

Hábitos alimenticios: n° comidas al día: _____

Bebidas azucaradas: Sí No

Uso del biberón: Sí No

Inmunizaciones básicas: Sí No

En caso negativo especifique vacuna(s) faltante: _____

LACTANCIA MATERNA Y ABLACTACIÓN

¿Fue lactado por seno materno? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____

¿A qué edad comenzó su alimentación semisólida?

¿Ronca? Sí No

En caso afirmativo especificar intensidad del ronquido:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

¿Presenta una enfermedad sistémica actual?

¿Toma medicamento actualmente?

Alergias a medicamentos ¿cuáles?

Alergias a alimentos ¿cuáles?

Hospitalizado (motivo)

Trastorno mental o emocional ¿cuáles?

Hemorragias excesivas (motivo)

Infecciones de vías aéreas recurrentes (edad en que inició)

EXAMEN FÍSICO: INSPECCIÓN GENERAL

Aspecto físico (integridad, asimetrías, marcha)

Piel/ alteraciones (temperatura, sudoración, resequedad)

Actitud:

EXAMEN FISICO: EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO

Cabeza:

Perfil:

Cara:

Ojos:

Labios:

Sellado labial:

Fascias:

EXAMEN FÍSICO: ATM

Chasquidos:

Limitación:

Dolor:

Otros:

EXAMEN FÍSICO FOSAS NASALES

Resequedad:

Aleteo:

Puente nasal:

Permeabilidad:

EXAMEN ORAL: DESCRIBA ALTERACIONES DE FORMA, TAMAÑO, CONSISTENCIA, INTEGRIDAD, FUNCIÓN Y COLOR

Encías:

Zona retromolar:

Lengua; dorso, vientre, borde lateral:

Frenillos:

Piso de la boca:

Paladar duro:

Paladar blando:

Amígdalas:

Glándulas y conductos salivales:

Agregar forma de la arcada:

OCLUSIÓN Y ALINEAMIENTO

Línea media:

Planos terminales:

Espacios primates:

Mordida cruzada:

Clasificación de Angle:

Sobremordida vertical-overbite:

Mordida abierta:

Sobremordida horizontal-overjet:

Malposición dentaria:

Diastemas:

HÁBITOS PERNICIOSOS

Succión de dedo: Sí No

Protrusión de lengua: Sí No

Morderse el labio: Sí No

Morderse las uñas: Sí No

Respirador bucal: Sí No

Otros:

Ampliar información:

ERUPCIÓN Y DENTICIÓN

Secuencia anormal:

Pérdida prematura:

Retención prolongada:

Erupción retardada:

Falta de contacto proximal:

Otras anormalidades:

EDAD DENTAL: CONDICIÓN DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene oral:

Biofilm bacteriano:

Cálculo dental:

Cantidad:

Alteraciones de los tejidos duros del diente:

Descripción de la calcificación dental:

ORDEN DE SOLICITUD DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

Fotografía clínica:

Modelos de estudio:

Laboratorio clínico y cultivo:

Radiografías:

Otros:

Cone beam:

Anexo 3. Historia clínica anterior de LPH-Ortodoncia

FICHA ORTODONCIA

Motivo de consulta: _____

Recibió tratamiento de ortodoncia u ortopedia previo: _____

En caso de sí describa (tipo, tiempo, edad): _____

ANÁLISIS FACIAL

Somatotipo:

Línea media facial corresponde con la dental: Sí No

Biotipo facial: Mesofacial Dolicofacial Braquifacial

Relaciones antropométricas:

Tercios faciales superiores:

Tercios faciales medio:

Tercios faciales inferior:

Forma facial:

Simetría facial:

Quintos faciales simétricos: Sí No

En caso de no, describir:

Perfil facial: Recto Convexo Cóncavo

Proporción subnasal-stomion-mentón:

Tamaño de la nariz:

Postura labial:

Escalón labial:

ANÁLISIS INTRAORAL DE TEJIDOS BLANDOS:

Color y textura gingival

Describir

Inflamada

Dehiscencias

Otras, describir

Bolsas periodontales

Mucosa vestibular

Lengua

Amígdalas

Amígdalas extirpadas

Fecha

Presentes provocan obstrucción

Adenoides

Provocan obstrucción

Extirpadas

Fecha

Piso de boca

Describir

Paladar

Describir

Inserciones musculares

ANÁLISIS DENTAL:

Tipo de dentición:

Describir dentición:

ANÁLISIS OCLUSAL FUNCIONAL:

Clase molar derecha: Tipo I Tipo II Tipo III

Clase molar izquierda: Tipo I Tipo II Tipo III

Clase canina derecha: Tipo I Tipo II Tipo III

Clase canina izquierda: Tipo I Tipo II Tipo III

Sobremordida horizontal (mm):

Sobremordida vertical (mm):

¿Hay discrepancia entre o.c y r.c?

Existencia de guía anterior

Interferencias en lat. Der. Trabajo

Balance

Interferencias en lat. Izq. Trabajo

Balance

Mordida abierta anterior

Mordida abierta posterior

Mordida profunda

Mordida cruzada anterior

Mordida cruzada posterior

Mordida cruzada posterior bilateral

Mordida cruzada posterior unilateral

En caso de sí, describa

ANÁLISIS DE LA A.T.M. DOLOR MUSCULAR A LA PALPACIÓN:

Masetero izquierdo

Masetero derecho

Temporal izquierdo

Temporal derecho

Esternocleidomastoideo izquierdo

En caso de si, describir

Esternocleidomastoideo derecho

En caso de si, describir

Cuello y nuca izquierda

En caso de si, describir

Cuello y nuca derecho

En caso de si, describir

Trapezio izquierdo

En caso de si, describir

Trapezio derecho

En caso de si, describir

Suprahioideos izquierdo

En caso de si, describir

Suprahioideos derecho

En caso de si, describir

Pterigoideo externo izquierdo

En caso de si, describir

Pterigoideo externo derecho

En caso de si, describir

Existencia de zonas gatillo

En caso de si, describir

HÁBITOS ORALES PERNICIOSOS:

Respiración oral: Sí No

Succión digital: Sí No

Proyección lingual: Sí No

Bruxismo: Sí No

Succión labial: Sí No

Morder objetos extraños: Sí No

Frecuencia:

Intensidad:

Duración:

Tiempo de realizado:

Tono de músculo periorales:

Tono de músculos faciales:

ANÁLISIS RADIOLÓGICO PANORÁMICA:

Nº de dientes erupcionados:

Nº de dientes no erupcionados:

Dientes retenidos:

Dientes ausentes congénitos:

Supernumerarios:

Espacio del lig. Periodontal:

Patología periapical:

Describe:

Relación raíz/corona:

Proceso alveolar:

Facturas dentales (óseas):

Zona:

Endodoncia, piezas:

Restauraciones mal ajustadas:

Otras patologías describa:

ANÁLISIS RADIOLÓGICO PERIAPICAL:

Dientes:

Observaciones:

ANÁLISIS RADIOLÓGICO OCLUSAL

Dientes:

Observaciones:

DOLOR ARTICULAR A LA PALPACIÓN

Dolor pre auricular izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Dolor pre auricular derecho: Si No

En caso de si, describir:

Dolor intra articular izquierdo: Si No

En caso de si, describir:

Dolor intra articular derecho: Si No

En caso de si, describir:

Anexo 4. Formatos de validación interna

DOCTOR 1 (Cirugía)

Valoración general de la historia clínica

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	sí	no
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que puedan responderlo adecuadamente	x	
El número de preguntas de la historia clínica es excesivo		x
Las preguntas constituyen un riesgo para el paciente (en el supuesto de contestar Sí, por favor, indique inmediatamente abajo cuáles)		xx

Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el paciente:	
N.º de la(s) pregunta(s)	_____
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	_____
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	_____

	Evaluación general del cuestionario			
	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Validez de contenido de la historia clínica	x			

Observaciones y recomendaciones en general de la historia clínica:	
Motivos por los que se considera no adecuada	_____
Motivos por los que se considera no pertinente	_____
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	Ninguna

DOCTOR 2 (Cirugía)

Valoración general de la historia clínica

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	sí	no
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que puedan responderlo adecuadamente	X	
El número de preguntas de la historia clínica es excesivo		X
Las preguntas constituyen un riesgo para el paciente (en el supuesto de contestar SÍ, por favor, indique inmediatamente abajo cuáles)		X

Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el paciente:	
N.º de la(s) pregunta(s)	
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

	Evaluación general del cuestionario			
	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Validez de contenido de la historia clínica		X		

Observaciones y recomendaciones en general de la historia clínica:	
Motivos por los que se considera no adecuada	
Motivos por los que se considera no pertinente	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	En la sección 4 la pregunta de complicaciones en el embarazo agregaría que tipo de complicación y como fue tratada.

DOCTOR 1 (Ortodoncia)

Valoración general de la historia clínica

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	sí	no
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que puedan responderlo adecuadamente	X	
El número de preguntas de la historia clínica es excesivo		X
Las preguntas constituyen un riesgo para el paciente (en el supuesto de contestar SÍ, por favor, indique inmediatamente abajo cuáles)		X

Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el paciente:	
N.º de la(s) pregunta(s)	Ninguna
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

	Evaluación general del cuestionario			
	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Validez de contenido de la historia clínica	X			

Observaciones y recomendaciones en general de la historia clínica:	
Motivos por los que se considera no adecuada	
Motivos por los que se considera no pertinente	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

DOCTOR 2 (Ortodoncia)

Valoración general de la historia clínica

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	sí	no
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que puedan responderlo adecuadamente	X	
El número de preguntas de la historia clínica es excesivo		X
Las preguntas constituyen un riesgo para el paciente (en el supuesto de contestar SÍ, por favor, indique inmediatamente abajo cuáles)		X

Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el paciente:	
N.º de la(s) pregunta(s)	
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

	Evaluación general del cuestionario			
	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Validez de contenido de la historia clínica	X			

Observaciones y recomendaciones en general de la historia clínica:	
Motivos por los que se considera no adecuada	
Motivos por los que se considera no pertinente	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

DOCTOR 3 (Ortodoncia)

Valoración general de la historia clínica

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	si	no
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que puedan responderlo adecuadamente	X	
El número de preguntas de la historia clínica es excesivo		X
Las preguntas constituyen un riesgo para el paciente (en el supuesto de contestar Sí, por favor, indique inmediatamente abajo cuáles)		X

Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el paciente:

N.º de la(s) pregunta(s)	
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

	Evaluación general del cuestionario			
	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Validez de contenido de la historia clínica	X			

Observaciones y recomendaciones en general de la historia clínica:

Motivos por los que se considera no adecuada	
Motivos por los que se considera no pertinente	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	Se agregaron nuevas propuestas de preguntas a la H.C. de ortodoncia.

DOCTOR 1 (Odontopediatría)

Valoración general de la historia clínica

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	sí	no
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que puedan responderlo adecuadamente	X	
El número de preguntas de la historia clínica es excesivo		X
Las preguntas constituyen un riesgo para el paciente (en el supuesto de contestar SÍ, por favor, indique inmediatamente abajo cuáles)		X

Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el paciente:	
N.º de la(s) pregunta(s)	N/A
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	N/A
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	N/A

	Evaluación general del cuestionario			
	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Validez de contenido de la historia clínica		X		

Observaciones y recomendaciones en general de la historia clínica:	
Motivos por los que se considera no adecuada	N/A
Motivos por los que se considera no pertinente	N/A
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	Considero que hace falta un ANALISIS DE RIESGO A CARIES

DOCTOR 2 (Odontopediatría)

Valoración general de la historia clínica

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	sí	no
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que puedan responderlo adecuadamente		X
El número de preguntas de la historia clínica es excesivo		X
Las preguntas constituyen un riesgo para el paciente (en el supuesto de contestar SÍ, por favor, indique inmediatamente abajo cuáles)		X

Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el paciente:

N.º de la(s) pregunta(s)	
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

Evaluación general del cuestionario

	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Validez de contenido de la historia clínica			X	

Observaciones y recomendaciones en general de la historia clínica:

Motivos por los que se considera no adecuada	
Motivos por los que se considera no pertinente	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	<p>En la parte 1 de la ficha de identificación:</p> <p>Falta:</p> <p>Fecha de llenado:</p> <p>fecha de nacimiento/edad:</p> <p>Nombre del paciente.</p> <p>Nombre de ellos padres</p> <p>Domicilio</p> <p>Municipio</p> <p>Zona geográfica estatal: (organización de citas específica de la clínica)</p>

de lph de la ENES)

Mas que “diminutivo” yo pondría “sobrenombre” o “¿cómo le dicen?” después de la pregunta sobre tratamiento ortopédico prequirúrgico, en caso de resultar positiva esa respuesta también sería importante conocer los detalles que nos pueda dar la madre o familiar. Mientras que lo que pones actualmente lo veo innecesario en esta sección, lo veo como para una parte de planeación de plan te tratamiento por fases.

2.Motivo de la consulta.

Iniciar con la pregunta ¿Cuál es el motivo de la consulta?

2nda pregunta ¿existe alguna molestia bucodental actualmente? Sí/no

Solo si se respondiera de forma positiva la pregunta anterior, se llenaría lo que tienes actualmente.

4. Antecedentes personales no patológicos

Agregaría dos o tres preguntas con respuestas cerradas los ítems sobre higiene personal y hábitos alimenticios para obtener respuestas concisas que nos den un panorama más específico.

5. Lactancia materna y ablactación

En esta sección ten en cuenta que en la clínica se atienden pacientes que van desde recién nacidos. Ajusta las preguntas teniendo eso en mente

La sección de análisis de riesgo a caries yo lo pondría en un punto más adelante (después de la sección 14condición general y local ya que es algo muy específico y tu historia debería de llevar un orden de general a específico

7. El examen de cabeza y cuello debería de tener preguntas mucho más enfocadas a la descripción de las secuelas en labios y nariz y ni siquiera tienes un espacio en donde se deje claro el tipo de hendidura presente o pasada del paciente. Yo integraría el punto 9 al 7 y lo pondría después de la exploración de ATM.

Punto 10, aquí el apartado de los paladares debería de tener puntos mas específicos de la exploración, así como la descripción de la forma del arco superior e inferior

11. Oclusión y alineamiento.

Agregaría:

tipo de dentición presente primaria, mixta temprana mixta tardía y presencia de desgastes generalizados en la dentición primaria. Con las respuestas si no y no aplica

Agregar “no aplica” como respuesta en los planos terminales, en los espacios primates, en la clasificación de angle

Agregar “no valorable” como respuesta en las preguntas de sobremordidas.

Punto 13 Agregaría una sección registro de presencia de las anomalías dentales más comunes en pacientes con secuelas de lph como ausencia de dientes, dientes supernumerarios, erupción ectópica, y otras

14. Tal vez esta sección es menos específica que la anterior así que las cambiaría de orden de aparición.

Quitar “edad dental” del título de la sección agregar edad dental al principio del apartado 12

Esto: Alteraciones de los tejidos duros del diente: Sí No

En caso afirmativo, describir:

Descripción de la calcificación dental:

Lo dejaría para el apartado de odontograma donde diente por diente sea valorado específicamente con hallazgos dentales no cariosos.

DOCTOR 3 (Odontopediatría)

Valoración general de la historia clínica

Por favor, marque con una X la respuesta escogida de entre las opciones que se presentan:

	sí	no
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para que puedan responderlo adecuadamente	x	
El número de preguntas de la historia clínica es excesivo		x
Las preguntas constituyen un riesgo para el paciente (en el supuesto de contestar SÍ, por favor, indique inmediatamente abajo cuáles)		x

Preguntas que el experto considera que pudieran ser un riesgo para el paciente:	
N.º de la(s) pregunta(s)	No aplica
Motivos por los que se considera que pudiera ser un riesgo	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	

	Evaluación general del cuestionario			
	Excelente	Buena	Regular	Deficiente
Validez de contenido de la historia clínica		x		

Observaciones y recomendaciones en general de la historia clínica:	
Motivos por los que se considera no adecuada	
Motivos por los que se considera no pertinente	
Propuestas de mejora (modificación, sustitución o supresión)	Tal vez le agregaría una mejora en la parte de lactancia y ablactación, porque es muy poco lo que se pregunta en esa parte, agregar más preguntas porque como son niños que tienen hendiduras difícilmente lactan, entonces ahondar en el tema de la forma de alimentación. Lo demás lo veo muy bien.

Anexo 5. Solicitud para integrar la historia clínica al SMILE



Asunto: Solicitud de integración al SMILE

ING. ERIKA GALICIA ESPINOSA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CÓMPUTO E INFORMÁTICA

Por medio de la presente le solicito amablemente que **la historia clínica de labio paladar hendido** sea integrada al expediente virtual SMILE, con la finalidad de que esté al alcance de los profesores, estudiantes y voluntarios del programa y de esta manera tengan la información completa y detallada de los pacientes, permitiendo brindar una atención integral de calidad ya que ésta cuenta con la revisión y autorización de los profesores participantes en el programa social de “TiENES que sonreír UNAMos esfuerzos”.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un atento y cordial saludo.

Atentamente

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

León, Guanajuato, a 09 de diciembre de 2021

ESP. JOSÉ LEANDRO ERNESTO LUCIO LEONEL
COORDINADOR DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

