



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y FRENOTOMÍA LINGUAL EN RECIÉN
NACIDOS SEGÚN GÉNERO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, PERIODO
2023

Línea de investigación:
Salud pública

Tesis para optar el Título de Especialista en Odontopediatría

Autora

Bardales Ruiz, Andrea Alejandra

Asesora

Castro Pérez Vargas, Antonieta Mercedes

ORCID: 0000-0001-9040-5666

Jurado

Peltroche Adrianzen, Nimia Olimpia

Suyo Chauca, Tania Isabel

Mendoza Murillo, Paul Orestes

Lima - Perú

2026



PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y FRENOTOMÍA LINGUAL
EN RECIÉN NACIDOS SEGÚN GÉNERO EN UN HOSPITAL
PÚBLICO DE LIMA, PERIODO 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	14%	3%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.undac.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	2%
	Trabajo del estudiante	
3	repositorio.unfv.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
5	alicia.concytec.gob.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	www.cendeisss.sa.cr	1%
	Fuente de Internet	
7	Submitted to Universidad Francisco de Vitoria	<1%
	Trabajo del estudiante	
8	www.coursehero.com	<1%
	Fuente de Internet	
9	www.researchgate.net	<1%
	Fuente de Internet	
10	Submitted to Universidad de Valladolid	<1%
	Trabajo del estudiante	



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y FRENOTOMÍA LINGUAL EN RECIÉN
NACIDOS SEGÚN GÉNERO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, PERIODO 2023.

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Odontopediatría

Autora

Bardales Ruiz, Andrea Alejandra

Asesora

Castro Pérez Vargas, Antonieta Mercedes

ORCID:0000-0001-9040-5666

Jurado

Peltroche Adrianzen, Nimia Olimpia

Suyo Chauca, Tania Isabel

Mendoza Murillo, Paul Orestes

Lima – Perú

2026

DEDICATORIA

A mi padre, inspiración principal para iniciar este camino y quien me motivó a perseverar hasta culminarlo.

A mi hija, razón y motor de cada esfuerzo realizado. Cada meta alcanzada fue siempre pensando en brindarle un mejor futuro y en enseñarle, con el ejemplo, el valor de la constancia y la superación.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su amor incondicional, por los valores que me inculcaron y por el apoyo constante que me han brindado.

A mi esposo, gracias por tu comprensión y paciencia a lo largo de este camino. Tu acompañamiento constante ha sido esencial para culminar esta etapa con éxito.

ÍNDICE

RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Antecedentes	3
1.3. Objetivos	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación	7
1.4.1. Científica	7
1.4.2. Social	7
1.4.3. Clínico practico	7
1.5. Hipótesis	8
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	9
2.1.1. Neonato.....	9
2.1.2. Lengua	10
2.1.3. Anquiloglosia	14
2.1.4. Frenotomia	18
III. MÉTODO	21
3.1. Tipo de investigación	21
3.2. Ámbito temporal y espacial	21
3.3. Variables	21
3.3.1. Variables de estudio.....	21

3.3.2. Covariables	21
3.3.3. Operalización de variables	21
3.4. Población y muestra	22
3.4.1. Población	22
3.4.2. Muestra	22
3.4.3. Criterios de selección	22
3.5. Instrumentos	23
3.6. Procedimientos	23
3.6.1. Recojo de datos	23
3.7. Análisis de datos	23
3.8. Consideraciones éticas	24
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. REFERENCIAS	36
IX. ANEXOS	40
9.1. Anexo A	40
9.1.1 Instrumento de recolección de datos	40
9.2. Anexo B	41
9.2.1. Matriz de consistencia	41
9.3. Anexo C	42
9.3.1. Autorización de la ejecución	42
9.3.2. Carta de presentación al Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	43
9.3.3 Autorización del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	43

9.4. Anexo D	44
9.4.1. Formatos del tamizaje oral de las historias clínicas	44
9.5. Anexo E.....	44
9.5.1 Fotografía del Hospital Nacional Hipólito Unanue	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos y clínicos de la población de estudio	25
Tabla 2. Variables de estudio en recién nacidos según sexo	27
Tabla 3. Frenotomía en recién nacidos de la población estudiada	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de los factores sociodemográficos y clínicos de la población de estudio.....	26
Figura 2. Gráfico de las variables de estudio en recién nacidos según sexo	28
Figura 3. Gráfico de frenotomía en recién nacidos de la población estudiada	30

RESUMEN

Objetivo: Prevalencia de anquiloglosia y frenotomía lingual en recién nacidos según género en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, periodo 2023. **Método:** estudio observacional, comparativo realizado en historias clínicas del departamento de Odontoestomatología. Fue aprobado por comité de ética de Facultad de odontología UNFV. El diagnóstico clínico de anquiloglosia se aplicó el indicador Bristol. Se procesó los datos mediante pruebas no paramétricos. **Resultados:** observamos mayor frecuencia en masculinos de 1 a 3 días de edad (53 % y 95,9 % respectivamente), según índice de Bristol el 90% presentaron función normal. Asimismo, el 10% de los recién nacidos presentaron anquiloglosia, realizándose frenotomía el 8,3 %. Se observa que la edad se distribuye igual según sexo ($p=0,255$). Del 10% que presentaron anquiloglosia, el 6,6% correspondió al sexo masculino ($p=0,000$). De los cuales el 5,4% se realizaron frenotomía ($p=0,000$). Asimismo, el 2,9% presentó deterioro de la funcionalidad al límite con un puntaje de 7 en escala Bristol ($p=0,000$). La frenotomía se realizó más en masculino (10,2%) que en femenino (6,0%) ($p=0,000$). Sin embargo, quienes no se realizaron frenotomía fueron los masculinos en 2,2%. **Conclusiones:** Las evidencias reportadas en este estudio identifico una prevalencia del 10% de anquiloglosia durante el periodo 2023 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. La frenotomía se realizó en el 8,3%. Los recién nacidos masculinos presentaron mayormente anquiloglosia. Estos resultados sugieren evaluaciones clínicas en los recién nacidos para el correcto diagnóstico de anquiloglosia y su implicancia con la alimentación materna.

Palabras clave: anquiloglosia, frenotomía, recién nacidos

ABSTRACT

Objective: Prevalence of ankyloglossia and lingual frenotomy in newborns by gender in a public hospital in Lima, 2023. **Method:** observational, comparative study conducted using medical records from the Department of Odonto-stomatology. It was approved by the Ethics Committee of the UNFV Faculty of Dentistry. The clinical diagnosis of ankyloglossia was assessed using the Bristol indicator. Data were processed using non-parametric tests. **Results:** We observed a higher frequency in males aged 1 to 3 days (53% and 95.9%, respectively). According to the Bristol index, 90% had normal function. Additionally, 10% of the newborns presented with ankyloglossia, and frenotomy was performed in 8.3%. It was observed that age was distributed equally according to sex ($p=0.255$). Of the 10% who presented with ankyloglossia, 6.6% were male ($p=0.000$), of whom 5.4% underwent frenotomy ($p=0.000$). Additionally, 2.9% showed greater functional deterioration at the limit ($p=0.000$). Frenotomy was performed more in males (10.2%) than in females (6.0%) ($p=0.000$). However, among those who did not undergo frenotomy, 2.2% were male. **Conclusions:** The evidence reported in this study identified a 10% prevalence of ankyloglossia during the year 2023 at the Hipólito Unanue National Hospital. Frenotomy was performed in 8.3% of cases. Male newborns were more commonly affected by ankyloglossia. These results suggest clinical evaluations in newborns for the correct diagnosis of ankyloglossia and its implications for maternal feeding.

Keywords: ankyloglossia, frenotomy, newborn

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la anquiloglosia es un tema de gran interés tanto para profesionales como para los padres de familia debido a las muchas consecuencias que puede traer. La anquiloglosia, también llamada “lengua anclada”, es una alteración congénita caracterizada por la presencia de un frenillo lingual corto, grueso o rígido, con variabilidad de severidad, que limita los movimientos normales de la lengua (Souza-Oliveira, 2021). Esta condición se presenta desde el nacimiento, pero no siempre se detecta de manera temprana y su prevalencia varía según la población y los criterios diagnósticos utilizados, pudiendo variar entre el 4% y el 11% de los recién nacidos a nivel mundial (Hill et al., 2021). A nivel de Latinoamérica la prevalencia de anquiloglosia es muy variada, según cada país y método utilizado. En el Perú, la información disponible sobre su frecuencia es aún escasa, lo que dificulta dimensionar su impacto en la salud tanto del neonato como de la madre y en la práctica clínica.

La detección temprana de la anquiloglosia es de gran importancia, dado que puede interferir en la lactancia materna, además puede tener repercusiones a largo plazo

Por lo que la frenotomía es el tratamiento de elección, es un procedimiento quirúrgico menor y seguro. Sin embargo, la realización de la frenotomía no está estandarizada en todos los casos clínicos, lo que genera variabilidad en su práctica.

En el Perú, son pocos los estudios que aborden la prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos, así como la frecuencia con la que se realiza la frenotomía en hospitales públicos. Generar evidencia científica local sobre esta temática es fundamental para orientar la toma de decisiones clínicas, diseñar protocolos de manejo y contribuir a la promoción de la lactancia materna exclusiva como estrategia prioritaria de salud pública.

En este contexto, el presente trabajo de investigación busca aportar datos sobre la prevalencia de anquiloglosia y la realización de frenotomía en recién nacidos atendidos en un

hospital peruano, con el propósito de contribuir al conocimiento y a la mejora de la atención neonatal en el sistema de salud peruano.

1.1. Descripción y formulación del problema

La anquiloglosia es una anomalía congénita que afecta entre el 1 % y 11 % de los recién nacidos a nivel mundial, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados (Segarra y Fariña, 2019). La tardía evaluación de la cavidad oral en los recién nacidos, así como el poco uso de criterios, como la Herramienta de evaluación de Bristol; son algunas de las causas de una detección tardía. La principal consecuencia en la etapa neonatal está relacionada con la dificultad para la lactancia materna, afectando entre el 25 % y el 80 % de los lactantes con esta condición (Segarra y Fariña, 2019). Esto incrementa el riesgo de abandono precoz de la lactancia exclusiva, genera dolor materno, grietas y frustración en el proceso de amamantamiento.

La frenotomía, es el procedimiento quirúrgico menor, de selección para resolver la anquiloglosia. Este ha mostrado ser seguro y eficaz para mejorar la lactancia, disminuyendo significativamente el dolor materno y mejorando la técnica de succión (Alfaro et al., 2020). Sin embargo, se cuenta con pocos estudios en esta etapa de vida por lo que la evidencia científica aún es controversial, algunos estudios mencionan que los beneficios a largo plazo no están completamente establecidos y que la indicación quirúrgica debe realizarse con precaución (Cuesta Montañez et al., 2016).

En el Perú, los estudios sobre la prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos son escasos. lo que muestra la necesidad de contar con protocolos de tamizaje que incluya la cavidad oral y con ello realizar un manejo oportuno. Así mismo, no existen datos consolidados sobre la frecuencia de frenotomías en neonatos en hospitales públicos peruanos, así como los criterios clínicos que guían para indicar este procedimiento y la técnica utilizada.

Esta escasez de información constituye un problema en la evidencia nacional que limita la capacidad de los profesionales de salud, principalmente odontopediatras para poder estandarizar diagnósticos y tratamientos, lo que podría afectar en la calidad de la atención neonatal y en la promoción de la lactancia materna exclusiva, que desde el año 2001 es una prioridad de salud pública tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Meyer et al., 2007) y el Ministerio de Salud (MINSA).

Asimismo, actualmente en búsqueda de información en repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV) no se han encontrado publicaciones con las variables a estudiar, por lo que se pretende dar respuesta a esta pregunta: ¿Cuál será la prevalencia de anquiloglosia y frenotomía lingual en recién nacidos según género en el Hospital público de Lima, periodo 2023?

1.2. Antecedentes

Fraga et al. (2021) realizó una investigación con el objetivo de diagnosticar la anquiloglosia en recién nacidos, comparando dos instrumentos de evaluación. El estudio fue de tipo transversal y se realizó en Brasil, en 2018; participaron 147 madres con sus recién nacidos de no más de 30 días de vida. Se utilizó dos instrumentos: Herramienta de Evaluación de la Lengua de Bristol y la Evaluación del Frenillo Lingual para Lactantes; adicionalmente se registró datos sociodemográficos. Obtuvo que la anquiloglosia estuvo presente en el 4,8% utilizando la Herramienta de Evaluación de la Lengua de Bristol y en el 17,0% con la Prueba de Anquiloglosia. Con relación al sexo, los varones estuvieron representados por el 53,1% y las mujeres por el 46,9%; pero no se encontró asociación entre la anquiloglosia y el sexo del recién nacido con ninguno de los tipos de evaluación. Concluyendo que el diagnóstico de anquiloglosia en recién nacidos varió de acuerdo con el instrumento de evaluación utilizado.

Godoy- Rojas et al. (2025) en su estudio determinó la prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en un hospital de la Región de Coquimbo, Chile, en el periodo del primer

cuatrimestre del 2022. Fue un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, mediante el análisis de bases de datos de la institución. Conto con una muestra de 324 recién nacidos. 166 de ellos de sexo femenino, peso promedio de nacimiento fue 3,292 kg., media de edad gestacional fue 38,47 semanas, la mediana de la talla fue de 49 cm. Presento una prevalencia de anquiloglosia de 16,7%. Donde el mayor porcentaje se encontró en recién nacidos de sexo masculino con un 25,9% mientras que el sexo femenino represento el 7,8%, siendo la relación de 3,3:1. Menciona que el riesgo relativo de tener anquiloglosia en recién nacidos de sexo masculino es 3,31 veces mayor que los recién nacidos de sexo femenino. Concluyo que la prevalencia encontrada es similar a la reportada a nivel internacional.

Souza-Oliveira et al. (2021) en su estudio realizado en Brasil buscaron evaluar la prevalencia de la anquiloglosia en recién nacidos y las dificultades de lactancia materna reportadas por las madres; donde realizaron un estudio de tipo transversal con 391 mamás y sus recién nacidos en un hospital universitario. El examen de la cavidad oral lo realizó un odontopediatra en los recién nacidos para detectar la presencia de anquiloglosia. Así mismo se analizaron las historias clínicas y las madres completaron el cuestionario autoadministrado para evaluar variables del parto, dificultades con la lactancia materna y factores sociodemográficos. Los resultados que encontraron fueron que la edad media en los recién nacidos fue de $2,5 \pm 2,9$ días y que los varones representaban el 52 %. Encontraron que la prevalencia de anquiloglosia era del 15 % y el 91,4 % de las mamás mencionaron no tener dificultades con la lactancia materna. La anquiloglosia no estuvo asociada con dificultades con la lactancia materna. Las madres con bajos ingresos, aquellas que recibieron indicaciones acerca de lactancia materna y las que dieron de lactar de manera exclusiva presentaron menos dificultades con la lactancia materna. Concluyeron que el éxito de la lactancia materna radicaba en mayor medida del nacimiento a término, los ingresos familiares, la educación acerca de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva. A pesar de que la anquiloglosia no se

relacionó con la lactancia materna, investigaciones prospectivas futuros deberían evaluar los factores a largo plazo que pueden intervenir con la lactancia materna. Esta investigación agrega una nueva perspectiva acerca de la importancia de evaluar la anquiloglosia y los problemas con la lactancia materna, alienta los beneficios de la lactancia materna exclusiva y la importancia de las instrucciones sobre la lactancia materna, así como la importancia de evaluar la lactancia materna previo a decidir sobre la frenectomía.

Kummer (2023) en su artículo busco definir las características para el diagnóstico de la anquiloglosia, identificar las dificultades potenciales asociados con la anquiloglosia y debatir las opciones de tratamiento, cuando se requiera del tratamiento. El artículo se basó en una revisión de la literatura, que incluyo revisiones sistemáticas recientes, y la experiencia del propio autor como especialista en fisura y orofacial. La anquiloglosia es una condición congénita común caracterizada por una inserción anterior del frenillo lingual en la lengua. Esto origina problemas para elevar y/o protruir la punta de la lengua. Por lo que, se cree que la anquiloglosia perjudica la alimentación del recién nacido, el habla y otras funciones. Aunque las revisiones sistemáticas concluyen que el gran porcentaje de los bebés con anquiloglosia pueden ser alimentados normalmente, un porcentaje mínimo de bebés afectados presentara una mejor eficiencia de la alimentación posterior a la frenotomía. Así mismo, concluyeron que la frenotomía ayuda a disminuir el dolor del pezón en las madres lactantes de los neonatos afectados. Con relación al habla, las revisiones sistemáticas concluyeron que no existe pruebas de que la anquiloglosia ocasione trastornos del habla. Ello puede ser el resultado de las compensaciones simples que dan como resultado una acústica normal de los sonidos. Por lo que, la frenotomía debe sugerirse con precaución en recién nacidos y, en raras situaciones, si es que se recomienda, en casos de trastornos del habla.

Llmacponcca (2023) en su estudio tuvo el objetivo de determinar la prevalencia de la anquiloglosia en niños de 0 a 6 meses en el Centro de Salud de Belepampa 2022. Utilizo una

metodología del tipo descriptivo, observacional, transeccional y no experimental; que estuvo conformada por una muestra de 132 niños evaluados en el Centro de Salud Belemppampa. Utilizo el test de Lengüita, para evaluar la anquiloglosia en niños. Resultando que la prevalencia en niños con anquiloglosia de acuerdo a la postura habitual de los labios un 92,3% presento labios entreabiertos; de acuerdo a la tendencia de la posición de la lengua durante el llanto, el 73,1% presento lengua baja; en cuanto a la forma de punta de la lengua, la forma de corazón se presentó en 61.5%. de acuerdo a las características del frenillo: frenillo grueso se presentó en el 53.8%, en cuanto a la fijación del frenillo entre el tercio medio se presentó en el 76.9% y el ápice de la cara sublingual, y el 100% tuvo fijación del frenillo visible a partir de la cresta alveolar; según sexo el 65,4% se presentó en el género masculino; para antecedentes familiares el 34,6% presento antecedentes de anquiloglosia y según orden de hijos el 46,2% se evidencio en el segundo hijo.

Vilca (2023) en su investigación buscar determinar si existen factores asociados a las anomalías congénitas de la cavidad oral del recién nacido en altura en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante enero - julio 2022 - Pasco. Realizo un estudio de tipo básica con enfoque cuantitativo; para la obtención de la información utilizo el análisis documental, se revisaron las historias clínicas de recién nacidos en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión. El instrumento utilizado fue: la historia clínica materno perinatal y la ficha de recolección de datos. La población se representó por las historias clínicas de los recién nacidos durante el periodo de enero - julio del 2022, en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, la muestra estuvo formada por 350 historias clínicas. El muestreo fue intencional según los criterios de inclusión y exclusión. La metodología utilizada fue relacional, utilizando el método científico y el método deductivo; con un diseño no experimental retrospectivo transversal. La interpretación de los resultados se desarrolló a través de la distribución de frecuencias y porcentajes, utilizando el tratamiento estadístico chi cuadrado de Pearson donde el análisis

mostro que no existe asociación de las anomalías congénitas de la cavidad oral con la edad gestacional, peso, talla y género del recién nacido en altura. Se obtuvo la que la prevalencia de las anomalías congénitas de la cavidad oral del recién nacido en altura se representa en un 13.4%; donde la más frecuente con 5.1% es la anquiloglosia, continuado por un 4.3% de los nódulos de Bohn, 3.1% de perlas de Epstein y finalmente un 0.9% con dientes natales.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia de anquiloglosia y frenotomía lingual según género en el Hospital público de Lima, periodo 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar los factores sociodemográficos y clínicos de la población de estudio.
- Analizar las variables de estudio en recién nacidos según sexo.
- Evaluar la frenotomía en recién nacidos en la población de estudio.

1.4. Justificación

1.4.1. Científica

Este estudio aportará en ampliar los conocimientos sobre la anquiloglosia en recién nacidos vivos y su intervención quirúrgica temprana a la comunidad científica, en particular a odontopediatras y dentistas en general. Además, los resultados encontrados permitirán ofrecer nuevas líneas de investigación a nivel de pre y posgrado.

1.4.2. Social

Brindará información a los padre o tutores del recién nacido con anquiloglosia, de los efectos que esto puede tener: como es la limitación o incorrecta técnica de lactancia, lo que llevará a una inadecuada nutrición, el neonato no ganará el peso adecuado, y con ello no habrá un buen desarrollo. Por otro lado, en una etapa posterior podría presentar problemas en el lenguaje. Por lo que también brindara información del tratamiento preventivo.

1.4.3. Clínico práctico

Los resultados de este estudio permitirán tomar decisiones interdisciplinarias cuando estemos frente a esta patología en recién nacidos, asimismo creara protocolos de atención en el recién nacido.

1.5. Hipótesis

La prevalencia de anquiloglosia y frenotomía lingual en recién nacidos es diferente según género en un Hospital público de Lima. Periodo 2023.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Neonato*

Es la etapa o período que corresponde a los primeros 28 días de vida del ser humano y constituye una de las etapas más importantes y críticas del desarrollo. Durante este tiempo el recién nacido o neonato protagoniza una transición compleja de la vida intrauterina a la extrauterina, lo que implica cambios importantes a nivel respiratorio, circulatorio, metabólico y neurológico (Sweet y Halliday, 2021). Desde el punto de vista fisiológico, el neonato debe comenzar la respiración pulmonar tras el nacimiento, lo que origina una adaptación cardiovascular con cierre funcional del foramen oval y del ductus arterioso. Además, la termorregulación presenta un desafío, puesto que los neonatos presentan una superficie corporal relativamente grande y menor reserva de grasa parda, lo que los hace vulnerables a la hipotermia (OMS, 2022).

El crecimiento y el desarrollo son características esenciales del período neonatal. En estas primeras semanas se forman las bases fundamentales para el neurodesarrollo, la adquisición de reflejos primitivos y el inicio de la interacción con el entorno. La estimulación temprana, la nutrición adecuada y el apego materno son factores decisivos para favorecer un desarrollo óptimo (Shonkoff, 2021). La nutrición en este periodo se basa en la lactancia materna exclusiva, recomendada por la Organización Mundial de la Salud como el mejor alimento para el neonato, ya que proporciona nutrientes esenciales, anticuerpos y fortalece el vínculo madre-hijo (Lawn et al., 2020).

2.1.1.1. Características bucales. La principal función bucal en el neonato es la succión, un reflejo primitivo esencial para la alimentación y el vínculo madre-hijo. Este acto involucra la coordinación de labios, lengua, paladar blando y músculos orofaciales. Alteraciones en esta coordinación pueden afectar la nutrición y el desarrollo adecuado.

El neonato evidencia una cavidad bucal con estructuras anatómicas y fisiológicas aun inmaduras, donde el correcto desarrollo es fundamental para funciones vitales como la alimentación, la respiración y, posteriormente, el lenguaje (Medeiros et al., 2021).

La cavidad oral neonatal se caracteriza por su tamaño reducido, mucosa delgada, vascularizada y de coloración rojiza. El paladar presenta una bóveda alta y blanda, con crestas gingivales prominentes que corresponden a los procesos alveolares sin erupción dentaria. Las encías están recubiertas por un epitelio denso, y en ocasiones pueden observarse quistes gingivales de inclusión (perlas de Epstein y nódulos de Bohn), considerados hallazgos benignos y autolimitados. La lengua en el neonato por lo general es proporcionalmente grande en relación con la cavidad bucal, para facilitar la succión. El frenillo lingual, puede presentarse corto o restrictivo, lo que se denomina anquiloglosia, condición que puede interferir con la lactancia materna (Francis et al., 2015). Las glándulas salivarias del neonato son funcionales, pero con producción limitada. La saliva es más mucosa y menos serosa que en etapas posteriores, para ayudar a la protección de la mucosa oral de los agentes externos y favorece la digestión inicial (Silva et al., 2021). En raras ocasiones, se puede presentar dientes al nacimiento (dientes natales) o durante el primer mes de vida (dientes neonatales); lo que puede generar problemas en la lactancia o ulceraciones en la lengua (síndrome de Riga-Fede) (Mhaske et al., 2013).

2.1.2. *Lengua*

La lengua es un órgano músculo-mucoso de gran importancia dentro del sistema estomatognático. Su estructura, desarrollo y funcionamiento se relacionan directamente con procesos vitales como la alimentación, la fonación, la percepción sensorial y la defensa inmunológica. Comprender su embriología, anatomía, funciones y principales alteraciones resulta esencial para la práctica clínica en medicina, odontología y ciencias afines.

2.1.2.1. Embriología de la lengua. El desarrollo de la lengua inicia alrededor de la cuarta semana de gestación. Su origen es complejo, ya que involucra a los arcos faríngeos primero, segundo y tercero, con una pequeña contribución del cuarto. En el piso de la faringe primitiva aparecen tres prominencias: dos laterales y una medial, conocidas como prominencias linguales laterales y tubérculo impar. La fusión de estas estructuras da lugar a los dos tercios anteriores de la lengua, que se derivan principalmente del primer arco faríngeo. Por detrás, surge una estructura denominada cópula y posteriormente la eminencia hipofaríngea, originadas a partir del tercer y parte del cuarto arco faríngeo. De ellas deriva el tercio posterior de la lengua (Sadler, 2020). El origen múltiple de la lengua explica la diversidad de su inervación:

- A. *El nervio trigémino.*** Aporta sensibilidad general a los dos tercios anteriores.
- B. *El nervio facial.*** Contribuye con la sensibilidad gustativa en esa misma región.
- C. *El glosofaríngeo.*** Transmite sensibilidad y gusto del tercio posterior.
- D. *El nervio vago.*** Participa en la región más posterior, cercana a la epiglotis.
- E. *El hipogloso.*** Inerva la musculatura intrínseca y extrínseca, otorgando movilidad (Moore et al., 2020).

Este proceso embriológico es esencial, ya que alteraciones en el desarrollo pueden dar lugar a malformaciones congénitas como la anquiloglosia, quistes linguales o defectos de movilidad.

2.1.2.2. Anatomía de la lengua. La lengua se ubica en la cavidad oral, ocupando gran parte del suelo de la boca. Se divide en cuerpo (dos tercios anteriores) y raíz (tercio posterior), separados por el surco terminal, en cuyo vértice se localiza el foramen ciego, vestigio del desarrollo tiroideo (Drake et al., 2020).

A. *Revestimiento mucoso.* La superficie lingual está cubierta por epitelio escamoso estratificado, que puede ser queratinizado en áreas de fricción (como las papilas filiformes) o no queratinizado en zonas de menor contacto.

B. *Papilas linguales.* Las papilas son estructuras especializadas de la mucosa lingual. Donde tenemos:

- Filiformes: alargadas y queratinizadas, con función mecánica.
- Fungiformes: dispersas, con receptores gustativos.
- Foliadas: ubicadas en los bordes laterales, con función gustativa.
- Caliciformes o circunvaladas: en número de 8 a 12, dispuestas en el surco terminal, rodeadas de surcos profundos con glándulas de Von Ebner.

2.1.2.3. *Musculatura.* La lengua cuenta con músculos intrínsecos (longitudinales, transversos y verticales), responsables de modificar su forma, y músculos extrínsecos (geniogloso, hiogloso, estilogloso y palatogloso), que permiten movimientos de protrusión, retracción, elevación y depresión. Esta musculatura otorga gran movilidad, lo que hace a la lengua única entre los órganos humanos (Drake et al., 2020).

2.1.2.4. *Inervación y vascularización.* La irrigación arterial proviene de la arteria lingual (rama de la carótida externa), mientras que el drenaje venoso se realiza a través de las venas linguales hacia la yugular interna. El drenaje linfático se dirige a los ganglios submandibulares y cervicales profundos.

2.1.2.5. *Funciones de la lengua.* La lengua desempeña múltiples funciones que integran aspectos digestivos, sensoriales, fonatorios e inmunológicos.

A. *Función digestiva.* Participa en la masticación, mezcla los alimentos con la saliva y forma el bolo alimenticio, facilitando la deglución.

B. *Función sensorial.* Contiene receptores gustativos para los sabores básicos (dulce, salado, ácido, amargo y umami), además de receptores para textura y temperatura.

C. Función fonatoria. Es fundamental en la articulación de sonidos y en la modulación de la voz, interviniendo en la comunicación verbal.

D. Función defensiva. La mucosa y amígdalas linguales forman parte del anillo de Waldeyer, que contribuye a la inmunidad oral.

E. Función expresiva. Participa en gestos y comunicación no verbal, reforzando la interacción social (Guyton y Hall, 2021).

2.1.2.6. Alteraciones de la lengua. Existen múltiples patologías que pueden afectar la lengua, tanto congénitas como adquiridas.

A. Anquiloglosia. Inserción anómala o corta del frenillo lingual, que limita la movilidad y puede interferir con la lactancia materna, la fonación y la deglución.

B. Macroglosia. Agrandamiento lingual, de origen congénito (síndrome de Down, hipotiroidismo congénito) o adquirido (tumores, amiloidosis).

C. Microglosia. Lengua anormalmente pequeña, poco frecuente y asociada a síndromes *craneofaciales*.

D. Glositis. Inflamación de la lengua, que puede deberse a deficiencias nutricionales, infecciones o reacciones inmunológicas.

E. Lengua geográfica. Condición benigna caracterizada por áreas eritematosas y atróficas que cambian de localización con el tiempo.

F. Lesiones traumáticas. Frecuentes en neonatos con dientes natales o neonatales, que pueden generar el síndrome de Riga-Fede (Medeiros et al., 2021).

2.1.2.7. Frenillo lingual. Debe ser estudiado desde diferentes aspectos, donde tenemos:

A. Embriología. es una unión mucosa formada por tejido conectivo y fibras elásticas, originadas en la línea media de la cavidad oral. Su desarrollo es durante la semana 4 a 6 de gestación a partir del proceso de elevación y remodelado de la lengua y el piso de la

boca. Durante la embriogénesis, la lengua inicialmente está unida al piso oral en toda su extensión. Posteriormente, ocurre una apoptosis parcial y remodelado tisular que libera la lengua, dejando como remanente el frenillo (Suter y Bornstein, 2009).

B. Morfología. Es una estructura fibromucosa, que va a estar conformada varias estructuras, donde tenemos:

- Epitelio escamoso estratificado no queratinizado.
- Tejido conectivo laxo con fibras colágenas y elásticas.
- En ocasiones, fibras de músculo geniogloso y vasos sanguíneos pueden estar involucrados (Olivi et al., 2012)

C. Inserción. Presenta una inserción variable, por lo que podemos encontrar 3 tipos:

- Anterior (cerca de la punta de la lengua).
- Media (en cara ventral media).
- Posterior (hacia la base lingual).

D. Función. Sirve como estructura estabilizadora que limita y guía los movimientos linguales, evitando hiperextensión. Es importante en funciones orales:

- Lactancia: facilita el sellado intraoral y la propulsión de la leche.
- Deglución: coordina movimientos linguales con músculos suprahioides.
- Fonación: la lengua participa en fonemas alveolares y palatales, donde el frenillo puede restringir o permitir el contacto adecuado.

- Masticación: asegura la movilidad adecuada para la manipulación del bolo alimenticio (Santa Maria et al., 2017).

2.1.3 Anquiloglosia

2.1.3.1. Definición. Es una anomalía congénita en la que un frenillo lingual anormalmente corto/grueso o tenso limita los movimientos de la lengua y puede afectar

funciones orales (lactancia, deglución, habla) y, en ciertos casos, el crecimiento dentoalveolar. La literatura reciente subraya que, pese al gran volumen de publicaciones, persisten controversias definicionales y terapéuticas, lo que condiciona la práctica clínica y la investigación (Thomas et al., 2024).

2.1.3.2. Epidemiología. El rango general se reportan prevalencias globales que se encuentran entre 2 % y 20% según la clasificación y la población estudiada; estimaciones sintetizadas suelen situarse alrededor del 5–8 % en lactantes menores de 1 año. Un metaanálisis amplio que incluyó decenas de miles de niños estima una prevalencia global alrededor del 8 %, aunque subgrupos y métodos estandarizados elevan o reducen esa cifra. En cuanto a poblaciones específicas (niños con problemas para amamantar) la proporción de anquiloglosia es mucho mayor; análisis recientes estiman que aprox. 30–34 % de los lactantes con dificultades de amamantamiento presentan diagnóstico de anquiloglosia según el instrumento utilizado (Hill et al., 2021).

2.1.3.3. Características clínicas. La anquiloglosia se puede presentar con diferentes características de acuerdo con la etapa de vida, es así que podemos encontrar:

A. *Recién nacidos e infantes.* Pueden evidenciar dificultades en la lactancia, caracterizado por una mala succión, pérdida constante del agarre, irritabilidad, fatiga al alimentarse, aerofagia y poca ganancia de peso. Por otro lado, la madre puede presentar dolor en los pezones, grietas, sangrado, infecciones, secreción insuficiente o sensación de vaciamiento incompleto del pecho (Becker et al., 2023)

B. *Niños y adultos.* Problemas del habla, principalmente con consonantes como s, z, t, d, l, j, r, ch, th, dg, aunque no siempre indican trastorno. Cuanto a signos físicos detectables presentan frenillo corto/grueso, movilidad lingual limitada (no protruye más allá del borde labial inferior), lengua con forma de corazón o hendiduras al protruirse, movilidad lateral reducida. Posible afectación en el desarrollo dentomaxilar: con contribución a maloclusiones,

especialmente clase III (mandíbula prominente, paladar hipodesarrollado), con base teórica en presión lingual baja y anterior. Además, se mencionan problemas para mantener higiene oral (acumulación de restos, riesgo de caries), halitosis, recesiones gingivales y diastema mandibular (Becker et al., 2023).

2.1.3.4. Clasificación clínica. Diferentes autores realizaron clasificaciones de la anquiloglosia, entre ellos tenemos:

A. *Clasificación anatómica según Kotlow.* (Basada en la “free tongue” o porción libre de la lengua). Define la severidad según la longitud de la porción libre de la lengua: desde la inserción del frenillo hasta la punta.

- Clase I (leve): 12–16 mm
- Clase II (moderada): 8–11 mm
- Clase III (severa): 3–7 mm
- Clase IV (completa): menos de 3 mm

Este método se fundamenta en criterios objetivos medibles y es frecuente en estudios clínicos, especialmente para determinar si una forma es lo suficientemente restrictiva como para justificar una intervención quirúrgica (Kakran et al., 2023).

B. *Clasificación de Coryllos.* (Evalúa anatomía y punto de inserción). Sus bases están en la localización del fallo del frenillo:

- Tipo I: Frenillo fino/ elástico, inserto en la punta; la lengua adopta forma de corazón
- Tipo II: Inserción 2–4 mm detrás de la punta
- Tipo III: Frenillo grueso, fibroso y no elástico, inserción en mitad de la lengua
- Tipo IV: Frenillo submucoso, no visible, desde la base de la lengua

Aunque es útil para describir la apariencia anatómica, no necesariamente refleja la función ni la gravedad clínica (Becker et al., 2023).

C. *Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function.* Es una herramienta más completa, ya que evalúa la anatomía (5 ítems) y la función (7 ítems) por medio de una escala de puntuación:

- Puntuación de apariencia y función combinadas guían la decisión terapéutica.
- Indicaciones para frenotomía: donde la función < 11 (o < 8 en apariencia)

sugiere intervención.

Este método mixto intenta superar las limitaciones de las clasificaciones únicamente anatómicas, aunque su aplicabilidad clínica puede variar (Becker et al., 2023).

D. *Clasificación del equipo FreLac.* Es la clasificación más reciente y con enfoque combinando de anatomía y sintomatología, donde lo clasifica en:

- Frenillo anterior: Inserción en punta, cuerpo elástico. Escasa implicación en lactancia, pero posible impacto en dicción y mordidas abiertas.
- Frenillo mixto: Componente anterior y posterior, más implicación funcional.
- Frenillo posterior: Inserción posterior; puede afectar la deglución y el desarrollo orofacial/respiratorio.
- Frenillo mucoso: No visible, requiere palpación; alta probabilidad de dificultades en lactancia y movilidad funcional.

Esta clasificación intenta lograr un diagnóstico más funcional y útil clínicamente (De Quixano et al., 2023).

E. *Bristol tongue assessment tool.* Es una herramienta que fue desarrollado por Ingram y colaboradores en 2015, se presentó como una opción más sencilla y práctica para evaluar la presencia y severidad de la anquiloglosia en recién nacidos, cuyas bases fueron la experiencia clínica y en el modelo de la herramienta Hazelbaker (ATLFF) (Llanos-Redondos et al. 2021). Esta clasificación está formada por cuatro ítems que utiliza criterios anatómicos y funcionales:

- Apariencia de la punta de la lengua (forma de corazón, muesca, o redondeada).
- Inserción del frenillo (raíces en el reborde gingival, encía interna o suelo de boca).
- Elevación de la lengua con la boca abierta (mínima, parcial o completa).
- Protrusión de la lengua (no pasa el borde, pasa ligeramente, alcanza labio inferior)

Donde cada ítem a evaluar tiene una puntuación entre 0 y 2, resultando en un total que refleja la gravedad de la restricción lingual.

Una puntuación de 8 puntos significa que es una lengua normal, con la función lingual adecuada y no existe evidencia de restricción significativa del frenillo; por lo que no requiere intervención.

La puntuación de 6–7 puntos significan al límite, con posible restricción leve. La lengua puede presentar movilidad reducida, pero no siempre con consecuencias funcionales; por lo que se aconseja observación clínica y correlación con síntomas de lactancia o habla. No en todos los pacientes requerirán frenotomía.

Una puntuación igual o menor a 5 puntos nos muestra una función restringida, presentará anquiloglosia clínica significativa, habrá una gran probabilidad de interferir con la lactancia (dolor materno, mala succión, pobre ganancia de peso).se sugiere evaluación para posible frenotomía, principalmente si hay síntomas asociados (Ingram et al., 2015).

2.1.4 Frenotomía

2.1.4.1. Definición. Es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en la sección del frenillo lingual logrando la liberación de la lengua y mejorando su movimiento. Es la técnica más utilizada en neonatos y lactantes, debido a que es rápida, de baja morbilidad y puede realizarse incluso sin anestesia general.

Ingram et al. (2021) define la frenotomía como una intervención menor, de bajo riesgo, donde el objetivo principal es mejorar el movimiento lingual en lactantes con anquiloglosia, así mismo, Power et al. (2015) recalcan que su finalidad clínica es la de optimizar la lactancia materna con la mejora de la succión y disminuir el dolor materno.

2.1.4.2. Técnica quirúrgica. En primer lugar, se debe realizar una evaluación previa y confirmar el diagnóstico mediante examen físico y escalas funcionales. Identificar si existe síntomas clínicos relevantes como son el dolor materno, mala transferencia de leche, pobre ganancia de peso. Una vez confirmado la necesidad de procedimiento se procede de la siguiente manera:

A. Posición del lactante. Debe de ser decúbito supino o en el regazo del cuidador, con sujeción segura de cabeza y brazos.

B. Exposición. Se procede a elevar la lengua con un retractor, sonda acanalada estéril o dedo con guantes quirúrgicos.

C. Incisión. Se realiza una sección rápida del frenillo en su porción más delgada, con tijera quirúrgica estéril. En la mayoría de los lactantes, el frenillo es avascular, lo que significa que el sangrado será mínimo (de ocurrir, se controla con compresión).

D. Postoperatorio inmediato. Se permite amamantamiento inmediato para hemostasia fisiológica y alivio del dolor (Walsh et al., 2020).

2.1.4.3. Indicaciones. La principal es la anquiloglosia que afecta a neonatos para realizar sus funciones orales, principalmente la lactancia materna; que se evidenciara con dificultad en la succión, dolor materno, transferencia deficiente de leche (Power et al., 2015).

2.1.4.4. Contraindicaciones. A pesar de ser un procedimiento muy seguro, hay casos específicos los que debe evitarse. Como son los trastornos hemorrágicos no controlados, malformaciones orales complejas donde la sección del frenillo no mejoraría la función y en lactantes con bajo peso o condiciones sistémicas graves (Mills et al., 2020).

2.1.4.5. Complicaciones. Los estudios nos mencionan que hay baja tasa de complicaciones, dentro de las que se encuentran:

- Hemorragia leve y autolimitada, que es la complicación más común.
 - Infección local que es poco frecuente, debido a la buena irrigación oral
 - Reanclaje del frenillo, que ocurre de no realizar ejercicios postoperatorios.
 - Lesión glandular o vascular, siendo una complicación rara, que se encuentra con relación a una técnica inadecuada.
-
- Dolor postoperatorio y cicatriz limitante en casos aislados (Walsh et al., 2020).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo

3.2. Ámbito temporal y espacial

Este estudio se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima; con datos del periodo 2023.

3.3. Variables

3.3.1. Variable de estudio

Anquiloglosia

Frenotomía

3.3.2. Covariables

Edad, sexo

3.3.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Valor
Anquiloglosia	Anomalía congénita en la que un frenillo lingual anormalmente corto/grueso o tenso limita los movimientos de la lengua	Neonatos	Test de Bristol	Ordinal	1= normal (8 puntos) 2= Limite de la función (7 a 6 puntos) 3= Deterioro de la funcionalidad (≥ 5 puntos)
Frenotomía	procedimiento quirúrgico menor que consiste en la sección del frenillo lingual.		Presencia/ausencia	Nominal	1= presencia 2= ausencia

Edad	Periodo de vida desde el nacimiento		Días	Razón	1= 1 a 5 días de vida 2= 6 a 10 días de vida 3= $\geq$ 11 días de vida
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres		Masculino Femenino	Nominal	1= masculino 2= femenino

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Estuvo comprendida por historias clínicas del periodo del 2023 del Departamento de Odontoestomatología del Hospital Nacional Hipolito Unanue.

3.4.2. Muestra

Historias clínicas del servicio de odontopediatría periodo 2023

Tipo de muestreo: por conveniencia.

Tamaño de muestra:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N-1)d^2 + Z^2pq}$$

$$Z = 95\% = 1.96$$

$$N = 170$$

$$p = 80\% = 0.8$$

$$q = 20\% = 0.2$$

$$N-1 = 169$$

$$d = 0.5\% = 0.005$$

1 a 5 días	6 a 10 días	≥ 11 días	total
2357	588	55	3000

3.4.3. Criterios de selección

3.4.3.1. Inclusión. El criterio que tendremos en cuenta para incluirlo en el estudio será:

- Historias clínicas de Recién nacidos que presentaron anquiloglosia del periodo 2023 del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.4.3.2. Exclusión. Los criterios que tendremos en cuenta para excluirlos del estudio serán:

- Historia clínica de Recién nacidos en otro centro hospitalario
- Historia clínica de Recién nacidos sindrómico.
- Historia clínica de Recién nacidos pretérmino.

3.5. Instrumentos

Se utilizó la Herramienta de Evaluación de la lengua de Bristol (BTAT). Este instrumento está validado internacionalmente y permite evaluar el frenillo lingual del recién nacido. La evaluación consta de cuatro ítems que recibirán un puntaje de 0 a 2, haciendo un total de 8 puntos como máximo (Ingram et al., 2015).

3.6. Procedimientos

Posterior a la aprobación por el comité de ética de la FO-UNFV y, en coordinación con el asesor asignado se solicitó carta de presentación a oficina de grados y gestión del egresado de la FO-UNFV dirigido al director del Hospital Nacional Hipólito Unanue con atención al jefe del departamento de Odontoestomatología y servicio de Odontopediatría para la ejecución del estudio.

3.6.1. Recojo de datos

Se solicitó a Oficina del Departamento de Odontoestomatología la base de datos del 2023. Luego, se seleccionó datos sociodemográficos como la edad en días de nacido y género. Posteriormente para el diagnóstico de anquiloglosia utilizamos el indicador de Bristol, teniendo en consideración los códigos menores o igual a 7. Debido a que una puntuación de 8 nos indicara una función normal de la lengua, la función de 7 a 6 nos indicara que la lengua se encuentra en el límite de la funcionalidad; y un puntaje igual o menor a 5 nos muestra un deterioro de la funcionalidad de la lengua.

El tratamiento quirúrgico o Frenotomía se seleccionó en toda la base de datos, e identificamos en quienes se realizaron dicha intervención.

3.7. Análisis de datos

Recolectados los datos, se procesó en un ordenador Intel core7 utilizando el programa estadístico Excel y aplicación estadística mediante el software SPSS v 26.0.

Para el análisis estadístico se aplicó la estadística descriptiva de las variables, seguidamente se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov para considerar la aplicación de prueba no paramétrica o paramétrica. Asimismo, se consideró el parámetro de decisión para la contrastación de hipótesis un margen de error de 5% y nivel de confianza de 95%. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y figuras; y presentado al asesor para su aprobación.

3.8. Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación de Oficina de Grados y Gestión del Egresado y del Comité de ética de FO-UNFV para descartar plagios o copias. Asimismo, contó con la aprobación del Hospital donde se desarrolló la investigación.

Para el presente estudio no se utilizó consentimiento informado, porque los datos se obtuvieron de fuente estadística del departamento de Odontoestomatología.

IV. RESULTADOS

Este estudio fue realizado en historias clínicas del departamento de Odontoestomatología. Fue aprobado por comité de ética de Facultad de odontología UNFV. El diagnóstico clínico de anquiloglosia se aplicó el indicador Bristol mediante la evaluación de sus 4 items, con puntuaciones que pueden ir de 0 a 8. Los resultados se presentan en tablas y figuras.

Tabla 1*Factores sociodemográficos y clínicos de la población de estudio*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
		N=3003	%	% acumulado
Sexo	Femenino	1412	47,0	47,0
	Masculino	1591	53,0	100,0
Edad	1 a 3 días	2880	95,9	95,9
	4 a 5 días	123	4,1	100,0
Bristol (puntaje)	Deterioro de la funcionalidad (4)	13	0,4	0,4
	Deterioro de la funcionalidad (5)	44	1,5	1,9
	Funcionalidad al límite (6)	98	3,3	5,2
	Funcionalidad al límite (7)	142	4,7	9,9
	Función normal (8)	2706	90,1	100,0
Anquiloglosia	Ausencia	2704	90,0	90,0
	Presencia	299	10,0	100,0
Frenotomía	No requiere	2704	90,0	90,0
	Realizado	248	8,3	98,3
	No realizado	51	1,7	100,0

Nota. En la tabla 1, en relación a sexo y edad observamos mayor frecuencia en masculinos y de 1 a 3 días de edad (53 % y 95,9 % respectivamente), según índice de Bristol el 90% presentaron función normal (puntaje de 8). Asimismo, el 10% de los recién nacidos presentaron anquiloglosia, realizándose frenotomía el 8,3 %.

Figura 1

Gráfico de factores sociodemográficos y clínicos de la población de estudio

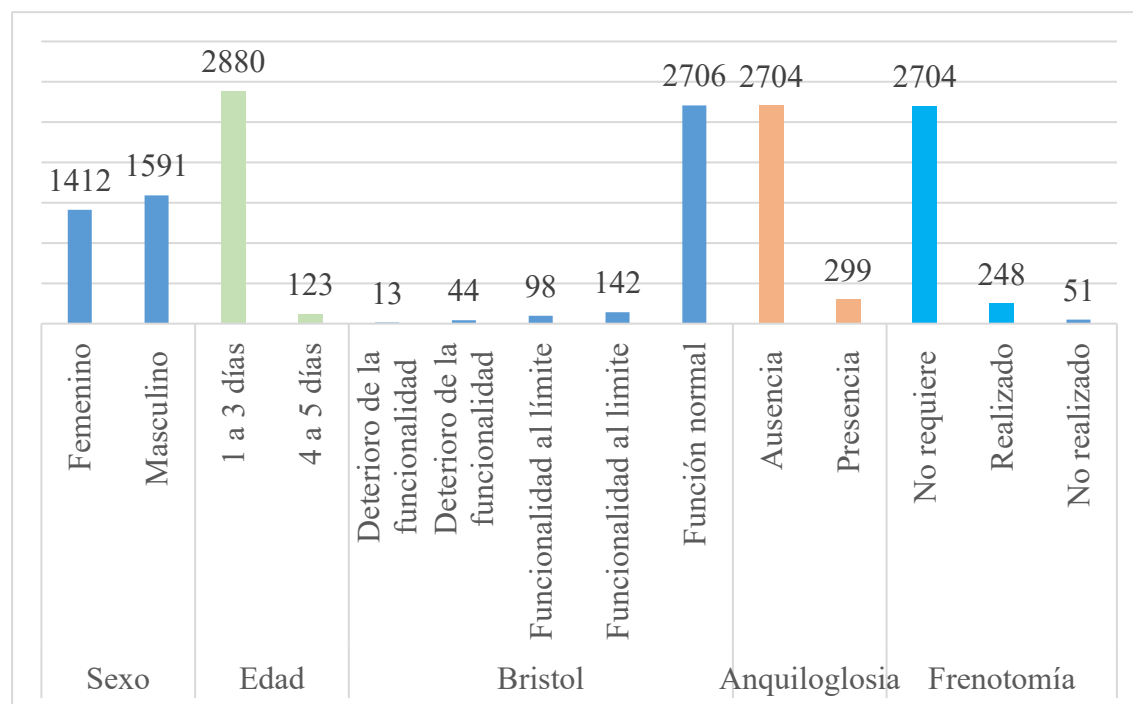


Tabla 2*Variables de estudio en recién nacidos según sexo*

			Sexo		Total	Sig.
			Femenino	Masculino		
Edad	1 a 3 días	n(%)	1348 (44,9)	1532(51,0)	2880(95,9)	,255*
	4 a 5 días	n(%)	64 (2,1)	59(2,0)	123(4,1)	
Anquiloglosia	Ausencia	n(%)	1311(43,7)	1393(46,4)	2704(90,0)	,000*
	Presencia	n(%)	101(3,4)	198(6,6)	299(10,0)	
Frenotomía	No requiere	n(%)	1311(43,7)	1393(46,4)	2704(90,0)	,000**
	Realizado	n(%)	85(2,8)	163(5,4)	248(8,3)	
	No realizado	n(%)	16(0,5)	35(1,2)	51(1,7)	
Bristol (puntaje)	Deterioro de la funcionalidad (4)	n(%)	5(0,2)	8(0,3)	13(0,4)	,000**
	Deterioro de la funcionalidad (5)	n(%)	12(0,4)	32(1,1)	44(1,5)	
	Funcionalidad al límite (6)	n(%)	28(0,9)	70(2,3)	98(3,3)	
	Funcionalidad al límite (7)	n(%)	54(1,8)	88(2,9)	142(4,7)	
	Función normal (8)	n(%)	1313(43,7)	1393(46,4)	2706(90,1)	

Nota. Se aplicó pruebas no paramétricas. Para las variables edad y anquiloglosia se utilizó U mann Whitney (*) y las variables frenotomía y Bristol se aplicó Kruskall Wallis (**). Se observa que la edad se distribuye igual según sexo ($p=0,255$). Del 10% que presentaron anquiloglosia, el 6,6% correspondió al sexo masculino ($p=0,000$). De los cuales el 5,4% se

realizaron frenotomía ($p=0,000$). Asimismo, el 2,9% presentó deterioro de la funcionalidad al límite con un puntaje de 7 ($p=0,000$).

Figura 2

Gráfico de variables de estudio según sexo en la población de estudio

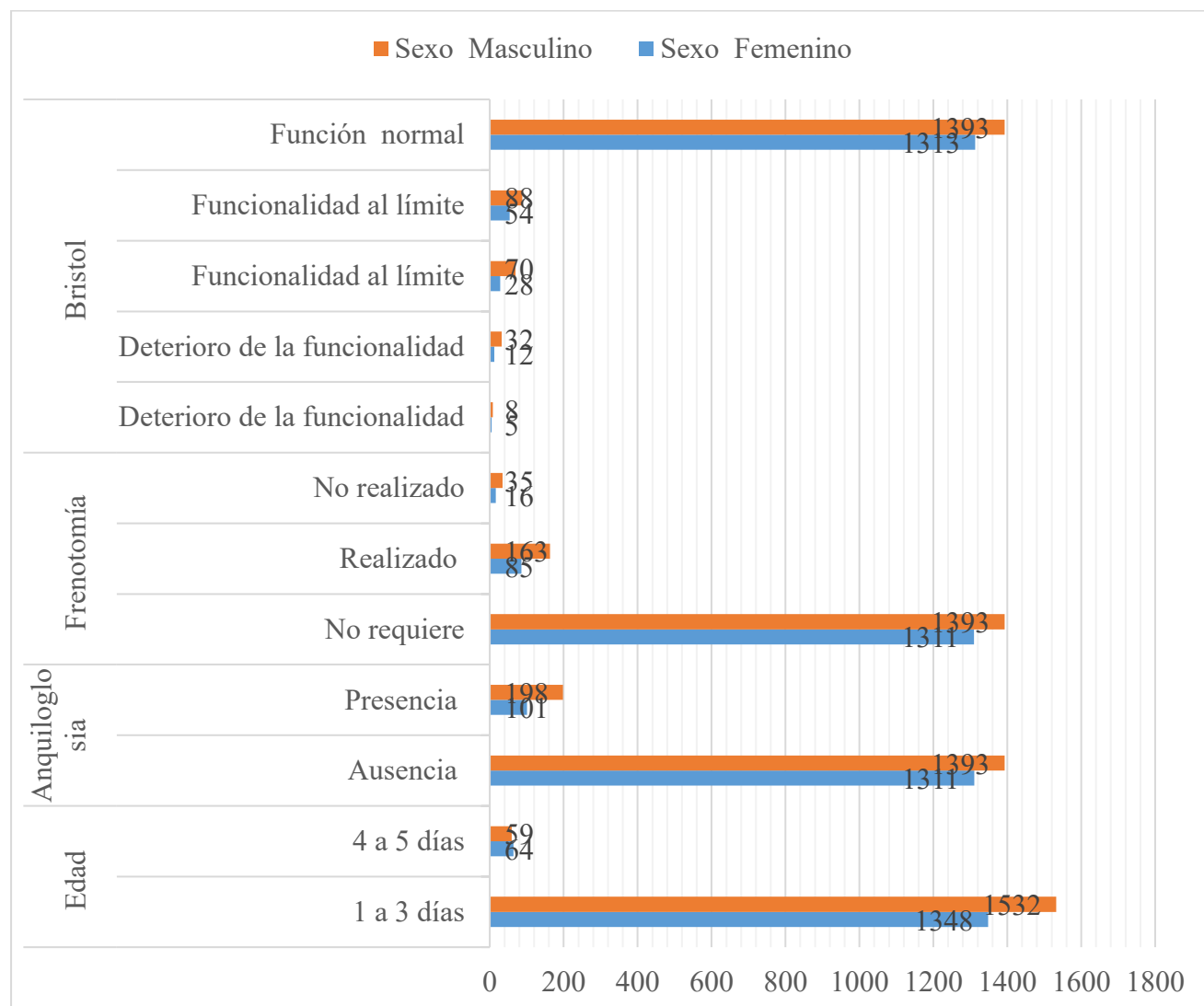


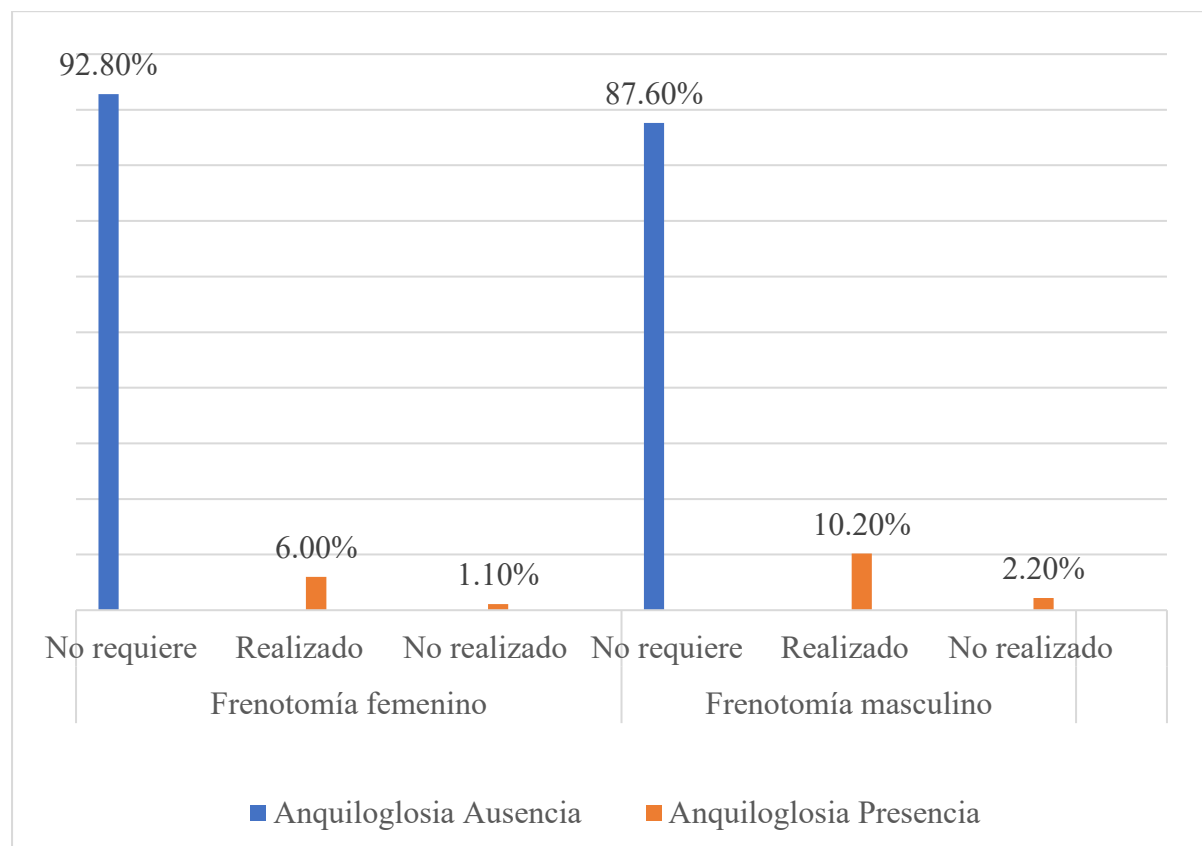
Tabla 3*Frenotomía en recién nacidos de la población estudiada*

SEXO				Anquiloglosia		*Sig
				Ausencia	Presencia	
Femenino	Frenotomía	No requiere	n	1311	0	,000
			%	92,8%	0,0%	
		Realizado	n	0	85	
			%	0,0%	6,0%	
		No realizado	n	0	16	
			%	0,0%	1,1%	
Masculino	Frenotomía	No requiere	n	1393	0	,000
			%	87,6%	0,0%	
		Realizado	n	0	163	
			%	0,0%	10,2%	
		No realizado	n	0	35	
			%	0,0%	2,2%	
Total	Frenotomía	No requiere	n	2704	0	,000
			%	90,0%	0,0%	
		Realizado	n	0	248	
			%	0,0%	8,3%	
		No realizado	n	0	51	
			%	0,0%	1,7%	

Nota. Observamos, que la frenotomía se realizó más en masculino (10,2%) que en femenino (6,0%) ($p=0,000$). Sin embargo, quienes no se realizaron frenotomía fueron los masculinos en 2,2%.

Figura 3

Gráfico de frenotomía en recién nacidos de la población estudiada



V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian una prevalencia global de anquiloglosia del 10% en recién nacidos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2023. Este hallazgo se encuentra dentro del rango reportado en la literatura internacional, que sitúa la prevalencia entre 1% y 11% (Segarra y Fariña, 2019), lo que sugiere consistencia epidemiológica con estudios previos.

Para la evaluación diagnóstica se empleó el Test de Bristol, instrumento validado para valorar la funcionalidad del frenillo lingual. Se observó que la mayor proporción de casos correspondió a un puntaje de 7 (4,7%), considerado como límite de la funcionalidad. No obstante, es importante señalar que la indicación de frenotomía en estos casos no es automática, ya que debe contemplarse una evaluación clínica integral que incluya la técnica de lactancia, presencia de dolor materno durante el amamantamiento, adecuada ganancia ponderal del recién nacido, entre otros criterios clínicos relevantes (Llanos-Redondos et al., 2021). Asimismo, se registró un 3,3% de recién nacidos con puntaje 6 (límite de la funcionalidad), 1,5% con puntaje 5 (deterioro funcional) y 0,4% con puntaje 4 (deterioro funcional), lo que refleja una distribución decreciente conforme aumenta la severidad funcional.

En relación con la hipótesis planteada, los resultados confirman que la prevalencia de anquiloglosia y la realización de frenotomía difieren según el sexo del recién nacido. Se evidenció una prevalencia de anquiloglosia de 6,6% en el sexo masculino y 3,7% en el femenino. En cuanto a la frenotomía lingual, la prevalencia global fue de 8,3%, correspondiendo 5,4% al sexo masculino y 2,9% al femenino. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Godoy-Rojas, quien encontró una prevalencia de 25,9% en varones frente a 7,8% en mujeres, con una razón de 3,3:1. En este contexto, los resultados refuerzan la evidencia internacional que señala un mayor predominio de anquiloglosia en el sexo masculino, constituyendo un factor epidemiológico relevante en la evaluación clínica del frenillo lingual.

La muestra del estudio estuvo conformada por 3003 recién nacidos, con una distribución de 53% de sexo masculino y 47% femenino. Estos porcentajes son comparables con el estudio realizado por Fraga, quien también utilizó el Test de Bristol y reportó una prevalencia de anquiloglosia del 4,8%. La diferencia observada entre ambos estudios podría atribuirse al tamaño muestral, dado que la investigación de Fraga incluyó únicamente 147 recién nacidos. Cabe destacar que dicho estudio no encontró asociación estadísticamente significativa entre anquiloglosia y sexo, mientras que en la presente investigación sí se evidenció una asociación significativa ($p = 0,000$), lo que sugiere una relación entre el sexo masculino y una mayor prevalencia de esta condición.

Finalmente, un aspecto crítico a considerar es la falta de estandarización universal de los instrumentos diagnósticos para la evaluación de la anquiloglosia. Esta variabilidad metodológica puede explicar las diferencias en las prevalencias reportadas. Por ejemplo, Godoy-Rojas informa una prevalencia general de 16,7%, mientras que en el presente estudio se obtuvo un 10%. Tales discrepancias podrían atribuirse al uso de distintos instrumentos de evaluación y a la variabilidad interexaminador. Esta situación pone en evidencia la necesidad de desarrollar y validar un instrumento diagnóstico universal, con criterios estandarizados y menor margen de error, que permita evaluar de manera integral los aspectos anatómicos y funcionales necesarios para un diagnóstico preciso.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Las evidencias reportadas en este estudio identifico una prevalencia del 10% de anquiloglosia durante el periodo 2023 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. La frenotomía se realizó en el 8,3%. Los recién nacidos masculinos presentaron mayormente anquiloglosia. Estos resultados sugieren evaluaciones clínicas en los recién nacidos para el correcto diagnóstico de anquiloglosia y su implicancia con la alimentación materna.

6.2. Se observó mayor frecuencia en masculinos y de 1 a 3 días de edad, según índice de bristol la mayoría presentaron función normal. Asimismo, el 10% de los recién nacidos presentaron anquiloglosia, realizándose frenotomía el 8,3 %.

6.3. La edad se distribuye igual en masculinos y femeninos. La presencia de anquiloglosia correspondió mayormente en masculinos. Quienes se realizaron frenotomía. Asimismo, presentaron mayor deterioro de la funcionalidad al límite.

6.4. La frenotomía se realizó más en masculino que en femenino. Sin embargo, quienes no se realizaron frenotomía fueron los masculinos.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Se recomienda implementar un protocolo estandarizado de tamizaje para la detección temprana de anquiloglosia en todos los recién nacidos, utilizando instrumentos validados que permitan una evaluación objetiva y reproducible. La estandarización del diagnóstico contribuirá a disminuir la variabilidad clínica y a optimizar la identificación oportuna de los casos que requieran seguimiento o intervención.

7.2. Fortalecer la capacitación continua del equipo interdisciplinario de salud involucrado en la atención neonatal; médicos pediatras, neonatólogos, odontopediatras y profesionales de enfermería, en relación con los criterios diagnósticos de anquiloglosia, las indicaciones basadas en evidencia para la realización de frenotomía y el manejo adecuado del procedimiento. Esto permitirá garantizar decisiones clínicas fundamentadas y seguras.

7.3. Elaborar o actualizar guías clínicas institucionales basadas en evidencia científica y adaptadas al contexto local, que definan criterios claros para el diagnóstico y tratamiento de la anquiloglosia. La disponibilidad de lineamientos formales favorecerá la uniformidad en la práctica clínica y la mejora continua de la calidad de atención.

VIII. REFERENCIAS

- Becker, S, Brizuela, M. & Mendez, MD. (2023). Ankyloglossia (Tongue-Tie). StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482295/>
- De Quixano, J, Parri, S., Ruiz, L., Rodríguez, N., Ruiz, M.M., & Parri, F. (2023). Nueva clasificación en anquiloglosia: cambio de paradigma. *Maxilaris*, 96–103.
- Drake, R., Vogl, W., & Mitchell, A. (2020). *Gray's Anatomía para Estudiantes*. (4ª ed.). Elsevier.
- Fraga, MDRBA, Barreto, KA, Lira, TCB & Menezes, VA. Diagnosis of ankyloglossia in newborns: is there any difference related to the screening method? *Codas*. 2021 May 3;33(1):e20190209. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019209>
- Francis, D. O., Chinnadurai, S., & Morad, A. (2015). Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: A systematic review. *Pediatrics*, 135(6), e1458–e1466. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0658>
- Godoy-Rojas, E. & Rosales-Lillo, F. (2025). Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos de un hospital de la región de Coquimbo, Chile. *Ciencia y enfermería*, 31, 21. <https://dx.doi.org/10.29393/ce31-21antf20021>
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Tratado de fisiología médica*. (14ª ed.). Elsevier.
- Hill, R.R., Lee, C. S., & Pados, B. F. (2021). The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric research*, 90(2), 259–266. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01239-y>
- Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., Taylor, H., & Emond, A. (2015). The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 100(4), F344–F348. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307503>

- Kakran, A., Singhal, R., Namdev, R., Kaushik, H., Negi, S., & Dayma, C. (2023). Tongue Abnormalities in Children: Case Series and Review of Literature. *Journal of Primary Care Dentistry and Oral Health* 4(2), 23-30. https://journals.lww.com/jpoh/fulltext/2023/04020/tongue_abnormalities_in_children_case_series_and.2.aspx#:~:text=DOI%3A%2010.4103/jpcdoh.jpcdoh_11_23
- Kummer A. W. (2023). Ankyloglossia: Typical Characteristics, Effects on Function, and Clinical Implications. *Seminars in speech and language*, 44(4), 217–229. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772598>
- Lawn, J. E., Cousens, S., & Blencowe, H. (2020). Neonatal survival: Accelerating progress for 2030. *The Lancet Global Health*, 8(3), e305–e307. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30047-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30047-4)
- Llmacponcca Huanca, R. (2023). *Prevalencia de la anquiloglosia en niños de 0 a 6 meses en el Centro de Salud de Belepampa 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco]. Repositorio Institucional UNSAAC.
- Llanos-Redondo, A., Contreras-Suárez, K. & Aguilar-Cañas, S. (2021). Evaluación del frenillo lingual en neonatos. Una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 3(1), 87-97. <https://doi.org/10.46634/riics.71>
- Mhaske, S., Yuwanati, M. B., Mhaske, A., Ragavendra, R., Kamath, K., & Saawarn, S. (2013). Natal and neonatal teeth: An overview of the literature. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 14(3), 223–227. https://www.researchgate.net/publication/258401021_Natal_and_Neonatal_Teeth_An_Overview_of_the_Literature
- Medeiros, M., Queiroz, A., & Soares, D. (2021). Oral health conditions in neonates: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 58, 18–23.

- Meyer, A, van der Spuy, DA. & du Plessis, LM. (2007). The rationale for adopting current international breastfeeding guidelines in South Africa. *Matern Child Nutr.*, 3(4), 271-80. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2007.00117.x>
- Mills, N., Pransky, S. M., Geddes, D. T., & Mirjalili, S. A. (2019). What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clinical anatomy* (New York, N.Y.), 32(6), 749–761. <https://doi.org/10.1002/ca.23343>
- Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2020). *Embriología clínica*. (10^a ed.). Elsevier.
- Olivi G, Signore, A, Olivi, M. & Genovese, MD. (2012). Lingual frenectomy: functional evaluation and new therapeutical approach. *Eur J Paediatr Dent.*, 13(2), 101-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22762170/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Newborn health. <https://www.who.int/health-topics/newborn-health>
- Power, R. F., & Murphy, J. F. (2015). Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Archives of disease in childhood*, 100(5), 489–494. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306211>
- Sadler, T. W. (2020). *Langman: Embriología médica*. (14^a ed.). Wolters Kluwer.
- Santa Maria, C., Aby, J., Truong, M. T., Thakur, Y., & Rea, S. (2017). The superior labial frenulum in newborns: What is normal? *Breastfeeding Medicine*, 12(7), 422–426. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0045>
- Shonkoff, J. P. (2021). Building a strong foundation for early childhood development. *Pediatrics*, 147(2), e2021052592. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052592>
- Silva, L. A., Rodrigues, M. J., & Alves, D. (2021). Salivary development and oral immunity in neonates. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 647892

- Souza-Oliveira, A. C., Cruz, P. V., Bendo, C. B., Batista, W. C., Bouzada, M. C. F., & Martins, C. C. (2021). Does ankyloglossia interfere with breastfeeding in newborns? A cross-sectional study. *Journal of clinical and translational research*, 7(2), 263–269.
- Suter, V. G., & Bornstein, M. M. (2009). Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *Journal of periodontology*, 80(8), 1204–1219.
<https://doi.org/10.1902/jop.2009.090086>
- Sweet, D. G., & Halliday, H. L. (2021). The newborn: physiological adaptations and care. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 106(4), 374–379.
- Thomas. J. (2024). Identification and Management of Ankyloglossia and Its Effect on Breastfeeding (Clinical Report). *Pediatrics*, 154(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2024-067605>
- Vilca Adaauto, Y. R. (2023). *Factores asociados a las anomalías congénitas de la cavidad oral del recién nacido en altura, en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante enero - julio 2022 - Pasco* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión]. Repositorio Institucional UNSAAC.
http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/2918/1/T026_46313322_T.pdf
- Walsh, J. (2023). Contemporary practices in frenotomy: a global survey of healthcare providers. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 170, 111478.

IX. ANEXOS

9.1. Anexo A

9.1.1. Instrumento de recolección de datos

HC:

Fecha:

Edad: días

sexo: masculino Femenino.....

ANQUILOGLOSIA

Herramienta de evaluación de la lengua de Bristol (BTAT)

	0	1	2	Puntaje
Apariencia de la punta de la lengua	En forma de corazón	Ligeramente hendido/con muescas	Redondeado	
Fijación del frenillo a la cresta gingival inferior	Adherido a la parte superior de la cresta de la encía	Adherido al aspecto interno de la encía	Unido al suelo de la boca	
Levantamiento de lengua con la boca abierta (llanto)	Levantamiento mínimo de lengua	Bordes solo hasta la mitad de la boca	Elevación completa de la lengua hasta la mitad de la boca	
Protrusión de la lengua	La punta queda detrás de la encía	Vuelque el chicle	La punta puede extenderse sobre el labio inferior.	

Puntaje:

8: NORMAL ()

6-7: LIMITE DE LA FUNCIONALIDAD ()

≤ 5: DETERIORO DE LA FUNCIONALIDAD ()

FRENOTOMIA

Presencia: ()

Ausencia: ()

9.2. Anexo B

9.2.1. Matriz de consistencia

Problema de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Metodología	Población y muestra
¿Cuál será la prevalencia de anquiloglosia y frenotomía lingual en recién nacidos según género en un Hospital público de Lima, periodo 2023?	General: Evaluar la prevalencia de anquiloglosia y frenotomía lingual según género en un Hospital público de Lima, periodo 2023 Específicos: -Evaluar los factores sociodemográficos y clínicos de la población de estudio -Analizar las variables de estudio en recién nacidos según sexo -Evaluar la frenotomía en recién nacidos en la población de estudio.	La prevalencia de anquiloglosia y frenotomía lingual en recién nacidos es diferente según género en un Hospital público de Lima. Periodo 2023.	Anquiloglosia: Bristol Frenotomía: Presencia/ausencia Edad: Días Sexo: Masculino/ Femenino	Transversal, Descriptivo, Observacional Retrospectivo	Estará comprendida por Historias clínicas de recién nacidos del periodo del 2023 del Departamento de Odontoestomatología. Tipo de muestreo: Por conveniencia

9.3. Anexo C

9.3.1. Autorización de la ejecución



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Pueblo Libre, 6 de enero de 2026

**Dr.
CARLOS SOTO LINARES
DIRECTOR -
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
Presente.-**

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle a la C.D. Bardales Ruiz Andrea Alejandra, quien se encuentra realizando el Plan de Tesis titulado:

«PREVALENCIA DE ANQUILOGLOSIA Y FRENOTOMÍA LINGUAL EN RECIÉN NACIDOS SEGÚN GÉNERO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, PERIODO 2023»

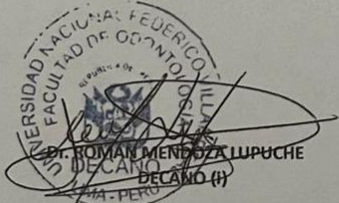
En tal virtud, mucho agradeceré le brinde las facilidades del caso a la C.D. Bardales quien realizará el siguiente trabajo:

✓ *Recolección de datos de fuentes estadísticas de recién nacidos con anquiloglosia y realización de frenotomía durante el año 2023*

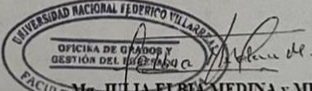
Estas actividades, le permitirán a la Cirujano Dentista, desarrollar su trabajo de investigación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente



Dr. ROMAN MENDOZA LUPUCHE
DECANO (H)



Mg. JULIA ELIZA MEDINA y MENDOZA
JEFE
OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Se adjunta: Plan de Tesis
- folios (34)

001-2026
NT: 095225 - 2025

JEMM/Luz V.

Calle San Marcos N° 351 - Pueblo Libre -
Correo electrónico: ogge.fo@unfv.edu.pe

Telef.: 7480888 - 992925

9.3.2. Solicitud al Hospital Nacional Hipólito Unanue



SOLICITO: ANEXO 2026
PARA DESARROLLAR PROYECTO DE TESIS
DE ANGILOGLOSIA Y FRENOTOMIA LINGUAL EN RECIÉN NACIDOS

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

S.D:

YO ANDREA ALEJANDRA BARDALES RUIZ
 con DNI N° 71019285 domiciliado en Av. Surco 1070, Dpto. 302
MAGISTERIA DEL NAR
 Teléfono 98432011 Correo Electrónico andrea.bardales@hnu.pe

Ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:
Habiendo terminado la especialidad de Odontopediatría por
la Universidad Nacional Federico Villarreal, solicito
autorización para desarrollar mi Plan de Tesis "Prevalencia
de Angiologlosia y frenotomía lingual en recién
nacidos según género en un Hospital Público de Lima
Período 2023"

Por lo expuesto:

Solicito a Usted atender a mi petición a la brevedad posible, agradeciéndole de antemano su atención.

Lima 05 de FEBRERO del 2026



Sr.(a) ANDREA BARDALES RUIZ
 DNI N° 71019285

9.3.3 Autorización de Hospital Nacional Hipólito Unanue

 **PERÚ** Ministerio de Salud Hospital Nacional Hipólito Unanue Comité Institucional de Ética en Investigación

CARTA N° 062 - 2026 - CIEI - HNHU

A : **ANDREA ALEJANDRA BARDALES RUIZ**

ASUNTO : **Aprobación del Proyecto de tesis**

Referencia : **Expediente N° 26 - 006877 - 001**

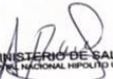
FECHA : **El Agustino, 01 de abril del 2026**

Es grato dirigirme a usted, para dar respuesta a su documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado: **"Prevalencia de angiloglosia y frenotomía lingual en recién nacidos según género en un Hospital Público de Lima, periodo 2023"** Para optar el título profesional de segunda Especialidad en Odontopediatría. OGGE - FO - UNFV.

El Secretario Técnico del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue, con fecha miércoles 01 de abril del presente año, revisó el Proyecto de tesis y estando conforme. Aprueba de manera expedita el Proyecto de tesis antes mencionado.

La vigencia de aprobación del Proyecto es por un año, el mismo que caducará el 11 de abril 2027. Notificar inmediatamente al CIEI de cualquier enmienda, desviación o incidente. El Investigador reportará cada tres (03) meses el avance del Proyecto y alcanzar al término de este estudio un informe final.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DRA. ANGÉLICA RICCI VAURIVILCA
C.M.P. 8452
 Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ARY
 Archivo

Avenida César Vallejo N° 1390 distrito El Agustino - Lima - Perú
 Correo electrónico: cie@hnu.gob.pe - teléfono: 01-3627777 anexo 2196

9.4. Anexo D

9.4.1. Formatos del tamizaje oral de las Historias clínicas

**SERVICIO DE ODONTOLOGÍA PATRIAL
TAMIZAJE NEONATAL**

FECHA: 16.01.2023

NOMBRES Y APELLIDOS: [REDACTED] DISTRITO: [REDACTED]

HC: 2000569 PESO: 3000 PARTO: EUTÓCICO X DISTÓCICO

FN: 15.01.24 EDAD GESTACIONAL: 39w SEXO: M

ANTECEDENTES DE LA MADRE: [REDACTED] MARE ALLOCADO

ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL: [REDACTED]

MEDICACIÓN: [REDACTED] SUCCIÓN: [REDACTED]

ANEMIA: [REDACTED]

CABEZA:	MACROSCÓMICO:	MICROSCÓMICO:
CARA:	SIMÉTRICA: X	ASIMÉTRICA:
DISCREPANCIA INTERMAXILAR MAYOR A 6MM (2-3)		
LABIOS Y PALADAR:		
BOTÓN DE NEONATOS X	VALVULOPOCICIA	QUEILITIS
LABIO FISURADO UNILATERAL	PALADAR HENDIDO	ANGIOEDEMA
LABIO FISURADO BILATERAL		
FRENILLO LABIAL	MICROGNATIA	MACROGNATIA

GRANULOS DE FORDYCE	
PERLAS DE EPSTEIN +	
QUISTES DE LAMINA DENTAL	
NODULOS DE BOHN	X
DIENTES NATALES	
QUISTES DE ERUPCIÓN	
DISFUNCIÓN DE ATM	
QUISTE GINGIVAL	

LENGUA:

MACROGLOSIA		MICROGLOSIA	
GEOGRAFICA		BIFIDA	
ANQUILOGLOSIA TOTAL		ANQUILOGLOSIA PARCIAL	
ULCERA DE RIGA FEEDE		PIERRE ROBIN GLOSOPTOSIS	
SABURRAL		LISA	

TEST DEL FRENILLO LINGUAL - BRISTOL:

PUNTA DE LENGUA	2	+ 8 Función normal de la lengua ✓ 6 - 8 Funcionalidad al límite 4 - 5 Deterioro de la funcionalidad de la lengua
INSERCIÓN DE FRENILLO	2	
ELEVACIÓN DE LENGUA	2	
PROTRUSIÓN DE LENGUA	2	

TRATAMIENTO: CONSEJERIA 01 INTERCONSULTA 1.1

IMPRESA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE Cod. Siga: 55548 47810822

9.5. Anexo E

9.5.1. Hospital Nacional Hipólito Unanue

