



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE
0 A 5 AÑOS, EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, MACAS
ECUADOR 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR/A: Peñafiel Sarmiento María Elisa.

DIRECTOR: Reinoso, Santiago Od. Esp.

CUENCA
2019

DECLARACIÓN

Yo, **PEÑAFIEL SARMIENTO MARÍA ELISA**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autor: Peñafiel Sarmiento María Elisa

C.I: 0106046998

CERTIFICADO DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS, EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, MACAS ECUADOR 2017”**, realizado por **PEÑAFIEL SARMIENTO MARÍA ELISA** ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Octubre 2019

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS, EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, MACAS ECUADOR 2017”**, realizado por **PEÑAFIEL SARMIENTO MARÍA ELISA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Octubre 2019

Tutor: Od. Esp. Santiago Reinoso

DEDICATORIA

Primeramente a Dios quien me ha acompañado en este largo camino y me permite culminar una etapa muy importa en mi formación profesional, situando a personas importantes en mi vida que han hecho mas llevadero este trayecto y sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Yolanda Polo mi abuelita quien con gran amor me educó con valores, principios y supó guiarme de una manera correcta en mi formación .

Tania Sarmiento mi madre quien me ha enseñado a nunca darme por vencida, y a pesar de las adversidades siempre busca la manera de salir adelante, estuvo apoyandome día a día hasta culminar mi carrera profesional.

Pablo Peñafiel mi padre quien me ha animado todo el tiempo ha ser una buena persona y profesional, guiandome en todo momento.

Mis tios y hermanos que siempre me han ayudado de una u otra manera y han sido un motor muy importante en mi vida.

EPÍGRAFE

“El éxito es la suma de pequeños esfuerzo repetidos día tras día”

Robert Collier

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor de tesis Od. Esp. Santiago Reinoso quien me guió en este proceso, a cada docente que me brindo sus conocimiento ayudando en mi formación profesional.

A mis amigos que hemos llegado a formar un fuerte lazo de amistad dándonos apoyo mutuo hasta culminar este proceso.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la salud.

LPF: Labio y Paladar Fisurado.

LF: Labio Fisurado.

PF: Paladar Fisurado.

INDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	11
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	4
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. OBJETIVOS	6
3.1. Objetivo General	6
3.2. Objetivos Específicos	6
4. MARCO TEÓRICO	7
4.1. BASES TEÓRICAS	7
4.1. a. Labio y Paladar Fisurado.....	7
4.1.a.1 Historia de LPF.....	7
4.1.a.2 Clasificación de LPF	8
a. Clasificación según Davis y Richie	8
b. Clasificación según Kernahan	9
c. Clasificación según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición	11
4.1 a.3 Epidemiología de LPF	15
4.1.a.4 Etiología de LPF.....	15
a. Genética	15
b. Ambiental	16
c. Factores Nutricionales	16
4.1.a.5 Secuelas de LPF	16
4.1.a.6 Tratamiento de LPF	17
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
5. HIPÓTESIS	22
CAPÍTULO II.....	23
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	23
1. MARCO METODOLÓGICO	24
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	24
2.1. Criterios de selección:	24
2.1. a.- Criterios de inclusión:	24
2.1. b.- Criterios de exclusión:	24
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	27

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
4.1. Instrumentos Documentales	29
4.2. Instrumentos Mecánicos	29
4.3. Materiales.....	29
4.4. Recursos	29
4.4.1. Recursos Humanos	29
4.4.2. Recursos Institucionales.....	29
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.	30
5.1. Ubicación espacial.....	30
5.2. Ubicación temporal.....	31
5.3. Procedimientos de la toma de datos.....	31
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.	32
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	32
CAPÍTULO III.....	33
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	33
1. RESULTADOS.....	34
2. DISCUSIÓN	38
3. CONCLUSIONES	40
III. BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	46

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 2: Clasificación Kernahan	11
Ilustración 3: Fisura del Paladar	12
Ilustración 4: Labio Fisurado	13
Ilustración 5: Labio y Paladar Fisurado	14
Ilustración 6: Mapa del Ecuador	30

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Clasificación Davis y Richie	9
Cuadro 2: Clasificación de Karnahan.....	10
Cuadro 3: Clasificación de CIE - 10, Q35.....	12
Cuadro 4: Clasificación de CIE-10, Q36.....	13
Cuadro 5: Clasificación del CIE-10, Q37	14

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de Población.....	34
Tabla 2. Prevalencia de LPF	34
Tabla 3. Prevalencia de LPF según el sexo	35
Tabla 4. Prevalencia de LPF según la edad.....	35
Tabla 5. Prevalencia de LPF según la clasificación del CIE 10	36
Tabla 6. Distribución de la Procedencia.....	37

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años del Hospital General Macas, Macas Ecuador 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, constó de 2934 niños que fueron atendidos, en cuyas fichas se encontro 6 casos de labio y paladar fisurado. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos fueron los siguientes, una prevalencia del 0,2% de labio y paladar fisurado, según el sexo tiene mayor prevalencia en hombres que en mujeres con una proporción de 2:1, según la edad la mayoría de los casos son atendidos en la edad de 0 a 1 año, según la clasificación del CIE 10 encontramos niños con mayor número de casos de labio y paldar fisurado en Q37.1.

PALABRAS CLAVES

Prevalencia, Labio y Paladar Fisurado, Alteración.

ABSTRACT

OBJETIVE: Know the prevalence of Cleft Lip and Palate in children from 0-5 y/o in the General Hospital of Macas city, Ecuador 2017. **MATERIALS AND METHODS:** This is a descriptive, observational, transversal and retrospective study. Which included 2934 children who were attended in the Hospital, where were found 6 children with Cleft Lip and Palate. **RESULTS:** The results obtained were, a prevalence of 0.2% of Cleft Lip and Palate, according to the sex there were more prevalence in boys than girls in a proportion of 2-1, however the age in most of the cases was 0-5 y/o, according to the CIE 10 classification there were more children with cases of Q37.1 Cleft Lip and Palate.

KEY WORDS

Prevalence, Cleft Lip and Palate, Condition.

INTRODUCCIÓN

El labio y paladar fisurado es una de las principales causas de morbilidad dentro de las anomalías bucodentales por esta razón se estudia desde la antigüedad, con el fin de disminuir su prevalencia a nivel mundial, existiendo varios estudios desde su origen hasta su tratamiento con la finalidad de dar a conocer a las personas acerca del tema y así también se pueda prevenir en las siguientes generaciones. Es preciso saber que se la define como una malformación congénita grave que se caracterizan por un defecto embriológico en la formación de la cara. Se encuentran involucradas ciertas zonas del macizo facial especialmente el labio superior, premaxilar, paladar duro o el piso de las fosas nasales ⁽¹⁾.

Se trata por tanto, de una deformación generada a nivel oral, faríngeo y nasal que se ven afectadas entre la cuarta y duodécima semana de vida intrauterina, siendo la sexta semana más vulnerable, su origen se debe a diversas causas ⁽¹⁾.

Manifiestan alteraciones anatómicas y faciales que afectan las capacidades que tiene el niño como es la alimentación, fonación, audición, respiración y también un compromiso estético, psicológico y social ⁽²⁾.

La atención de pacientes con labio y paladar fisurado requiere de un equipo en distintas áreas como son: maxilofacial, odontopediatra, ortodoncista, protesista dental, pediatra, foniatra, otorrinolaringólogo, audiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, genetista y enfermera especialista ⁽²⁾.

Dado que no hay estudios publicados sobre labio y paladar fisurado en el Hospital General Macas, se desconoce la prevalencia que existe de esta anomalía en niños de 0 a 5 años de edad, con el fin de establecer la situación actual y real del problema en nuestro país.

El propósito de esta investigación conocer la prevalencia de labio y paladar fisurado para así identificar la magnitud real de este problema y se puede definir las prioridades y planear mejores acciones a futuro.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La falta de conocimiento acerca de la prevalencia de labio y paladar fisurado a nivel nacional es un problema grave, dando como resultado una falencia en la información acerca de esta anomalía. Teniendo en cuenta que causa varias alteraciones en la vida del individuo como es la dificultad de ingerir alimentos, infección a nivel auditivo e incluso pérdida de audición, complicaciones en la erupción dentaria, inconvenientes con el habla y por ultimo problemas sociales y emocionales.

Para lograr mejorar el tratamiento que requiere el niño y para su prevención se necesita conocer la prevalencia a nivel de cada ciudad, en este caso la investigación se llevó a cabo en la ciudad de Macas. Planteándonos esta pregunta: ¿Cuánto es la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años en el Hospital General Macas?

2. JUSTIFICACIÓN

Este estudio permite crear una base estadística para conocer la prevalencia de niños que nacen y asisten con esta patología en el “Hospital General Macas” durante el año 2017, analizando la edad, clasificación, sexo del niño con labio y paladar fisurado siendo de relevancia científica.

Mientras que la relevancia social va dirigido a la ciudad de Macas, en el Hospital mencionado anteriormente, teniendo importancia para otras ciudades del país con el fin de comparar prevalencias de dicha mal formación. La relevancia humana nos ayuda a identificar los factores que intervienen en esta anomalía de esta manera previniendo a futuros padres del país y el mundo.

El presente estudio tiene un grado de originalidad a nivel nacional ya que no hay estudios existentes. Para garantizar la factibilidad de esta investigación se ha conseguido la autorización tanto de la Universidad Católica de Cuenca, con la dirección de carrera de Odontología y las autoridades del Hospital General Macas.

El tema a realizar es de relevancia humana dado que se requiere para la titulación como Odontólogo. Este trabajo está dentro de las líneas de investigación de la Universidad Católica de Cuenca de la carrera de Odontología, teniendo concomitancia con las políticas institucionales de investigación.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Conocer la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años del Hospital General Macas, Macas Ecuador 2017.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años del Hospital General Macas según edad y sexo.
- Conocer la clasificación del niño que padece de labio y paladar fisurado. según el CIE- 10.
- Conocer la localización geográfica según según el sector de procedencia en niños de 0 a 5 años con labio y paladar fisurado del Hospital General Macas

4. MARCO TEÓRICO

4.1. BASES TEÓRICAS

4.1. a. Labio y Paladar Fisurado

El labio y paladar fisurado o LPF se lo denomina como una malformación congénita más comunes que se ve alterado el desarrollo de las estructuras bucodentales en la cual intervienen las siguientes partes:

- Labio superior
- Reborde alveolar
- Paladar duro
- Paladar blando.
- Úvula. ⁽³⁾

A causa de que no existe la fusión de estas estructuras anatómicas y traen dificultades para el recién nacido al momento de alimentarse, respirar, oír, hablar entre otros, ocasionado problemas tanto al niño como a su familia para tener un pleno desarrollo en la sociedad. ⁽⁴⁾

Esta malformación ocurre a partir de la cuarta semana de vida intrauterina hasta la décima semana, sin embargo en la sexta semana se corre un mayor riesgo, dado a que en esta semana a nivel oral se da la formación de los procesos mandibulares, maxilares y frontonasales, se inicia la formación de las piezas dentarias temporales, las proyecciones palatinas maxilares crecen verticalmente en una primera etapa ⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

4.1.a.1 Historia de LPF

La anomalía de labio y paladar fisurado se ha venido analizando con el paso de los años con el fin de conocer más acerca de esta patología y a su vez mejorar el manejo de dichos pacientes. Encontrando el primer caso de LPF gracias a un conjunto de arqueólogos que examinaron una escultura egipcia que tenía 2.000 años antes de Cristo siendo de gran relevancia ya que ha sido detallada y tratada de forma repetida. En el año 390 antes de Cristo un cirujano chino realizó con éxito la primera intervención para modificarla ⁽⁶⁾.

El romano Aulo Cornelio Celso detalló esta patología de forma científica y propuso tratar los márgenes de la fisura, mucosa a lo largo de la arcada alveolar y acercamiento de bordes y sutura ⁽⁶⁾.

Mientras que el Papa Inocencio III ordena que los procesos quirúrgicos y la pérdida de sangre atenta contra los principios cristianos originando un retroceso en la evolución de las cirugías de labio leporino que duró aproximadamente tres siglos ^{(6) (7)}.

A principios del siglo XIX se toma en consideración tanto la parte estética como funcional. Siendo uno de los últimos avances en la cirugía de labio leporino en 1957 que fue dado por Ralph Millard quien fue un cirujano de Miami que introdujo la técnica de rotación avance, siendo muy utilizada en la actualidad ⁽⁷⁾.

El labio y paladar fisurado en estos últimos años según la OMS lo denomina como un trastorno heterogéneos que se ve involucrado tanto los labios como la cavidad oral y representa el 70% es decir más uno de cada 1000 recién nacidos sufren de este trastorno en el mundo, encontrándose en el noveno puesto de las afecciones de salud buco dental ⁽⁸⁾.

4.1.a.2 Clasificación de LPF

A lo largo del tiempo se han ido desarrollando diversas formas para poder clasificar esta anomalía algunas son más usadas en la actualidad por diferentes motivos siendo estas las más destacadas:

a. Clasificación según Davis y Richie

En 1922 proponen una clasificación anatomoclínica para las H.L.P distribuyéndolas de la siguiente manera: ⁽⁹⁾.

Cuadro 1: Clasificación Davis y Richie

Grupo I: Hendiduras Pre – alveolares	Grupo II: Hendiduras Post – alveolares	Grupo III: Hendiduras alveolares	
Unilateral	Paladar blando	Unilateral	
Mediana	Paladar blando y duro mientras que el reborde alveolar no se ve afectado	Bilateral	
Bilateral	Hendidura submucosa del paladar	Hendiduras de labio, alveolo y paladar	Hendiduras de labio, alveolo con paladar intacto

Modificado de: Peñafiel M, 2019.

Fuente: Monserat E, et al, 2000.

b. Clasificación según Kernahan

Esta clasificación es muy utilizada en diferentes ámbitos en el mundo debido a su simplificada forma de llenar y su fácil interpretación, no obstante tiene restricciones al momento de detallar la severidad de afección de la estructura nasal, labial y palatina ⁽⁹⁾
(10).

Kernahan utilizó un esquema en figura de Y distribuyéndole de esta manera:

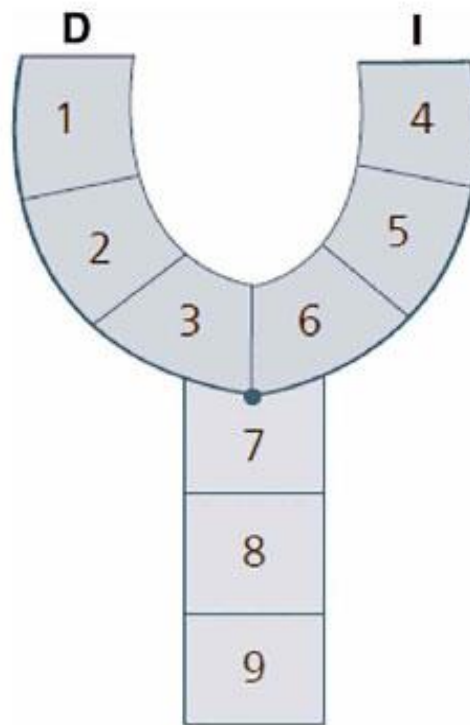
Cuadro 2: Clasificación de Karnahan

Letras	
D	Derecha
I	Izquierda
Números	
1- 4	Labios
2-5	Alveolos
3-6	Paladar duro anterior al formanen incisivo
7-9	Paladar duro posterior al formen incisivo
9	Paladar blando, velo del paladar

Modificado de: Peñafiel M, 2019.

Fuente: Rosell P, 2006.

Ilustración 1: Clasificación Kernahan



Fuente: Fuentes J, et al, 2014

c. Clasificación según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición

En el 2018 la OMS dio a conocer los códigos alfanuméricos para reconocer las diversas enfermedades que puede presentar el ser humano de manera efectiva, ya que facilitara el registro sistemático con el fin de compendiar, analizar, interpretar y comparar datos iguales tanto de mortalidad como morbilidad dentro de la sociedad en diversas partes del mundo o periodos. ⁽¹¹⁾.

Los casos que presentan labio y paladar fisurado se utilizan los siguientes códigos:

Cuadro 3: Clasificación de CIE - 10, Q35

Paladar Fisurado: Q35	
Fisura de paladar duro	Q35.1
Fisura de paladar blando	Q35.3
Fisura de paladar duro y blando	Q35.5
Fisura de la úvula	Q35.7
Fisura del paladar sin otra especificación	Q35.9

Modificado de: Peñafiel M, 2019.

Fuente: Gómez A, 2015.

Ilustración 2: Fisura del Paladar



Fuente: Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo, 2012.

Cuadro 4: Clasificación de CIE-10, Q36

Labio Fisurado: Q36	
Fisura labial bilateral	Q36.0
Fisura labial media	Q36.1
Fisura labial unilateral	Q36.9

Modificado de: Peñafiel M, 2019.

Fuente: Gómez A, 2015.

Ilustración 3: Labio Fisurado



Labio fisurado

Fuente: Torres D, 2017.

Cuadro 5: Clasificación del CIE-10, Q37

Labio y Paladar fisurado:Q37	
Fisura de paladar duro con labio fisurado bilateral	Q37.0
Fisura de paladar duro con labio fisurado unilateral	Q37.1
Fisura de paladar blando con labio fisurado bilateral	Q37.2
Fisura de paladar blando con labio fisurado unilateral	Q37.3
Fisura de paladar duro y blando con labio fisurado bilateral	Q37.4
Fisura de paladar duro y blando con labio fisurado unilateral.	Q37.5
Fisura de paladar sin especificar con labio fisurado bilateral	Q37.8
Fisura de paladar sin especificar con labio fisurado unilateral	Q37.9

Modificado de: Peñafiel M, 2019.

Fuente: Gómez A, 2015.

Ilustración 4: Labio y Paladar Fisurado



Labio y paladar fisurado

Fuente: Méndez F, 2018.

4.1 a.3 Epidemiología de LPF

El labio y paladar fisurado es una anomalía de alta relevancia mundial ya que constituye una prevalencia de 1/1000 nacidos, dependiendo de la ubicación geográfica, etnia o raza. El labio fisurado ocurre en 1:1000 nacidos mientras que el paladar fisurado tiene una prevalencia aproximada de 1: 2500 nacidos ⁽¹²⁾.

El labio fisurado unilateral representa el 80% de los casos, el labio fisurado bilateral representa el 20% restante mientras que el Labio y Paladar fisurado sugiere el 25% de casos de recién nacidos y si el neonato se ve afectado de LPF unilateral se ve perjudicado la parte izquierda con el 70% ⁽¹²⁾.

Según estudios el sexo masculino tiene mayor prevalencia de esta anomalía que el sexo femenino teniendo una proporción de Labio Fisurado de 1.5 hombres por una mujer y de Labio y paladar fisurados dos hombres por una mujer ⁽¹²⁾.

En tanto a su etiología el 75% de los casos su causa se debe a diversos factores, el 25% se los conoce, en cuanto a un 20 – 25% tienen un historial familiar ⁽¹³⁾.

En la parte del norte de China se encuentra una prevalencia considerable de fisuras orales en el mundo 1,94:1000 nacidos mientras que al sur de China y los países nórdicos es más o menos sin embargo sigue siendo una prevalencia alta ⁽¹²⁾.

4.1.a.4 Etiología de LPF

a. Genética

- Herencia monogénica se define como la mutación de un solo gen, en varios casos se heredan con un patrón específico como son:
 - ✓ Autosómica dominante se da cuando proviene de alguno de los padres para recibir la enfermedad es decir que solo se necesita de un progenitor no necesariamente de los dos ⁽¹⁴⁾.
 - ✓ Autosómica recesiva es cuando la persona debe heredar dos replicas mutadas de un solo gen para adquirir la enfermedad aunque si la persona hereda una copia normal del gen y otra mutada tiene una gran probabilidad de ser el portador ⁽¹⁴⁾.
 - ✓ Recesiva ligada a X ⁽¹⁴⁾
 - ✓ Dominante ligada a X ⁽¹⁴⁾

- Herencia poligénica multifactorial ⁽¹⁴⁾
- Aberraciones cromosómicas ⁽¹⁴⁾

b. Ambiental

- Enfermedades infecciosas por parte de la madre en el primer trimestre de gestación ⁽¹⁵⁾.
- Radiaciones pueden influenciar dependiendo la potencia, tiempo y constancia de la exposición de la madre durante la gestación ⁽¹⁵⁾.
- Tabaquismo ⁽¹⁵⁾
- Sustancias tóxicas como el alcohol, drogas o toxinas ⁽¹⁵⁾.
- Los virus o químicos que están en contacto con la madre durante los primeros meses del embarazo ^{(15) (16)}.
- Consumo de medicamentos y contacto con sustancias químicas ⁽¹⁶⁾.
- Ausencia de una correcta atención prenatal ⁽¹⁶⁾.
- Diabetes gestacional no controlado. ⁽¹⁶⁾

c. Factores Nutricionales

Es la falta de vitaminas del grupo B conocido como Ácido Fólico que puede producir alteraciones al momento de la conformación de los órganos, siendo la causa de malformaciones ⁽¹⁷⁾.

4.1.a.5 Secuelas de LPF

- Dificultad para comer: El neonato no tiene la capacidad de succionar de forma correcta debido a que el paladar no está formado en su totalidad ⁽¹⁸⁾.

- Infecciones del oído o pérdida auditiva: Se debe a generalmente a un alteración del tubo que conecta el oído medio y la faringe, provocando infecciones recurrentes que puede provocar hasta la pérdida de audición ⁽¹⁸⁾.
- Tardanza del habla y del lenguaje: Por motivo de la apertura de paladar y del labio, la función muscular es disminuida provocando que el habla se demore o sea anormal ^{(18) (19)}.
- Alteraciones dentales: Las piezas dentales no pueden salir de forma correcta ya que no cuentan con una estructura bien formada, aquí la ortodoncia es muy importante para el tratamiento ⁽¹⁹⁾.
- Problemas emocionales: Puede darse tanto al nivel del niño como de sus padres sino saben llevar de forma correcta esta anomalía ⁽²⁰⁾.

4.1.a.6 Tratamiento de LPF

Los pacientes son tratados desde que nacen, se necesita diversas especialidades para tratarlo como un cirujano especialista, cirujano plástico, otorrinolaringólogo, odontopediatra, ortodoncista, fonoaudiólogo y genetista es decir existe un trabajo multidisciplinario ⁽²¹⁾.

El diagnóstico es primordial para un buen tratamiento, se basa según la fisura labio palatina incluyendo ortopedia pre quirúrgica con placas o bandas de silicona y modelación nasal que comienza desde el primer mes de nacido, con el fin de incorporar y juntar segmento maxilares, alzar y formar de correcta manera el cartílago afectado y en casos de una fisura bilateral, elongar la columela ⁽²¹⁾.

Se debe habituar a los padres acerca de la alimentación del niño y dar información necesaria, el otorrinolaringólogo es muy importante para evaluar su audición ya que tienen una alteración en la trompa de Eustaquio, acumulando líquido en los oídos sino es tratado de forma rápida puede ocasionar la pérdida de audición de forma parcial o total del oído ⁽⁹⁾.

Posteriormente se debe informar sobre la prevención, manejo de la cavidad bucal y en casos que se debe usar ortopedia pre quirúrgica con placas, para iniciar desde una edad temprana el tratamiento, también es de gran importancia la fonoaudióloga que tiene que ayudar al niño y padres estrategias de estímulo pre lingüístico ⁽¹⁸⁾.

Con ayuda de la cirugía lograremos incorporar la función y estética, acomodando alteraciones anatómicas del labio y paladar. Las cirugías primarias se dan entre los 3 a 6 meses haciendo corrección tanto del labio como de la nariz, en fisuras aisladas del velo se realiza la plastia a los 6 meses mientras que en casos de fisuras completas de paladar a los 12 meses se efectúa el cierre de paladar óseo y del velo siendo programados para lograr un mejor resultado de la voz en las fisuras palatinas ⁽¹⁸⁾ ⁽¹⁹⁾.

Tenemos diferentes técnicas para corregir la mal formación labial cuando nos encontramos con una fisura unilateral se usa la técnica de Millard con sus modificaciones y las técnicas rectilíneas como Nakayima y Fisher cuya cicatriz se camufla con la cresta filtral. En la fisura bilateral el tratamiento es más complejo se realiza ortopedia pre quirúrgica con el fin de alinear los segmentos maxilares y modificar la nariz aquí la técnica utilizada es de Fisher Pre y Post Operación cirugía para reconstruir el labio y nariz uniendo los músculos, alargando de columela, reconstruyendo el filtrum y arco de cupido ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Existen diferentes estudios a nivel mundial que tienen relación con el nuestro, es por eso que debemos tener conocimiento de los mismos para tener una mejor visión de nuestro trabajo encontrado los siguientes antecedentes:

Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínica Félix Bulnes de Santiago de Chile, realizado por Sepúlveda G, Palomino H, Cortés A. Concretar la incidencia de fisuras labiopalatinas y la relación con factores de riesgo en los RNV beneficiarios del Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile entre enero del año 1998 junio del 2005, analizando las condiciones y exposición maternas a factores ambientales relacionados a labio y/o paladar fisurado, en cuanto a los resultados tenemos un total de 36, 041 RNV consecutivos, se registraron 51 casos de fisurados obteniendo una tasa de 1,42 x 1000 RNV, concluyendo que la edad de la madre menor a 20 años asociado con el primer embarazo, la etnia amerindia e historia familiar positiva para esta anomalía congénita, apoyándose en la teoría de herencia multifactorial de la susceptibilidad a las fisuras.

Otro estudio encontrado es el artículo de la Revista Mexicana de Pediatría llamado Prevalencia de labio hendido o sin paladar hendido en recién nacidos vivos, fue realizado por Navarrete E, Canún S, Valdés J, Eloy A. Tuvo como prioridad analizar prevalencia de recién nacidos vivos con labio fisurado con o sin paladar fisurado en México, a nivel estatal y municipal desde el 2008 y el 2014. Esta investigación fue descriptiva y retrospectiva donde se utilizaron datos de poblaciones identificadas en México para el periodo 2008- 2014, calculando porcentajes, razones y tasas de prevalencia, dando como resultado 14,842,105 nacimientos con una prevalencia total de 5.3 para labio fisurado, 2,6 para labio y paladar fisurado, de 2.7 por 10.000 nacidos. La correlación entre hombre y mujeres fue de 1:6:1 concluyendo que la prevalencia de Labio Fisurado y Labio y Paladar Fisurado en México son menores de lo reportado en otros países.

El estudio de Factores relacionados con la Prevalencia de Labio y Paladar Hendido en la Población atendida en el Hospital Infantil “Los Ángeles” Municipio de Pasto – Colombia 2003 – 2008 realizado por Chavarriaga J, Gonzáles M, Rocha A, Posada A, Agudelo A. determino la prevalencia de labio y paladar fisurado en pacientes que fueron

revisado en el Hospital Infantil Los Ángeles de la Ciudad de Pasto en Colombia y las causas que intervinieron, su estudio fue transversal con dato de 233 fichas clínicas de pacientes con labio y paladar fisurado durante el 2003 al 2008, teniendo como variables las estructuras afectadas, edad cuando comenzó el tratamiento, nivel socioeconómico, afiliación del Sistema de Seguridad Social en Salud, capacidad de pago. Análisis univariado y bivariado, relacionado con la probabilidad de una alta afección del labio y paladar y las manifestaciones clínicas bilateral a través de Odds Ratio con intervalos de confianza al 95% dando como resultados el 66,4 % de niños, iniciaron un tratamiento posteriormente de haber tenido su primer año de vida, el 95,1 % de los casos pertenecen a los estratos 1 y 2 y el 69,5% no pueden pagar. Los Hombres afiliados al régimen subsidiado presentaron mayor probabilidad de presentar dos estructuras comprometidas OR 3,09 IC95% 1,09- 8,79 mientras que los hombres de la costa pacífica tuvieron mayor frecuencia de manifestaciones clínicas bilaterales OR 4,61 IC95% 1,13-18,93

Mientras que en el artículo 38 años de Vigilancia epidemiológica de labio y paladar fisurado en la maternidad del Hospital clínico de la universidad de Chile donde se evaluó la frecuencia de fisuras labio palatina desde 1971 – 2008 en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Se analizó los antecedentes demográficos de los infantes, tales como el peso, edad gestacional, edad de la madre, donde se encuentra la fisura, malformaciones relacionadas y el control de recién nacidos, la población analizada fue de 15, 635 nacimientos, nacieron vivos 15.506 y muertos 129 del total de nacidos se encontró 1376 con malformación congénita. De los 1376 nacidos fueron 24 varones y 20 mujeres donde 35 casos de labio fisurado y 11 con paladar fisurado mientras tanto la ubicación existían 11 bilaterales, 13 centrales y 11 izquierdos y el peso al nacer fue de 2674,67 gr con un rango de 345 gr y 4930 gr recién nacidos. El promedio de edad gestacional fue de 35,89 semanas con un aproximado de 24 a 40 semanas

Se realizó una investigación llamada “Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo” en Perú por Sacsquispe S, et al. El cual pretende analizar la prevalencia de Labio y Paladar Fisurado y factores que intervienen desde el 2001 – 2002 mediante la revisión de fichas clínicas de niños con Labio y Paladar Fisurado y también a sus progenitoras, existiendo 44 casos de 37 213 nacidos vivos, teniendo un 68% de incidencia de casos de Labio y Paladar Fisurado y siendo los hombres más vulnerables ya que tuvieron un 54, 55 % mientras que las mujeres es de 45, 5 %.

Otro estudio fue realizado en Brasil por Rodríguez K, et al siendo un país con una baja frecuencia de fisuras, llamado "Prevalence of orofacial clefts and social factors in Brazil", el cual se basó en las fisuras orofaciales en niños recién nacidos desde 1988 hasta el 2008 analizando los factores socioeconómicos en total fueron 5764 casos de fisuras orofaciales dando como resultado 0,36 por cada 1000 nacidos vivos con una mayor prevalencia en hombre que en mujeres igual a 1.6: 1, no presenta una relación de factores socioeconómicos, dándonos cuenta de que no existe relación, en cuanto a las anomalías asociadas crean condiciones para que haya un mayor contacto con los factores de riesgo.

Se realizó un estudio llamado "Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años" realizado por Duque A, et al. De tipo descriptivo entre 1996 – 2001 se obtuvieron los registros y se realizó entrevistas a las madres por vía telefónica, la población fue de 1992 niños, investigando los factores hereditarios, ambientales y de riesgo durante el primer trimestre dando como resultado 13,5% tenía otros síndromes asociados dando como resultado que labio paladar unilateral izquierdo fisurado se presentó con mayor prevalencia y siendo así los hombres los más afectados.

Otro estudio es "Labio y/o Paladar Hendido: Una revisión" realizado por Serrano C, et al, se presenta fisura labial, palatina o ambas que pueden estar correlacionada con una condición sindrómica esto puede variar según la zona geográfica y la población en donde se realiza el estudio, ya que en Colombia se encontró una frecuencia de 1:500 a 1:1000 siendo de importancia las causas, clasificación, epidemiología y sus características para lograr un buen tratamiento.

Por último tenemos un estudio realizado por Acuña G, et al, llamado "Caracterización epidemiológica del labio y o paladar hendido no sindrómico. Estudio en niños de 0-12 años de edad en Campeche e Hidalgo" tuvo un diseño transversal comparativo, aquí se estudió 216 niños que presentaron Labio y Paladar Fisurado dando como resultado un mayor grado de frecuencia el Labio y Paladar Fisurado unilateral izquierdo.

5. HIPÓTESIS

Este estudio no requiere hipótesis, dado que tiene un diseño descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

ENFOQUE: Cuantitativo ⁽²¹⁾.

DISEÑO: Descriptivo ⁽²¹⁾.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo ⁽²¹⁾.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- **AMBITO:** Descriptivo ⁽²¹⁾.
- **TÉCNICA:** Observacional ⁽²¹⁾.
- **TEMPORALIDAD:** Transversal, Retrospectivo ⁽²¹⁾.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población fue de 4290 fichas que corresponde a la totalidad de pacientes neonatos nacidos y atendidos en el “Hospital General de Macas” en el año 2017

2.1. Criterios de selección: Para la formalización de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1. a.- Criterios de inclusión: Se incluyeron en el presente estudio, todas las fichas de pacientes neonatos ingresados, nacidos o atendidos en el “Hospital General de Macas” en el año 2017 que tengan entre 0 a 5 años.

2.1.b.- Criterios de exclusión: Se excluyeron:

- Historia clínicas que se encuentren repetidas.
- Pacientes con otras mal formaciones del tubo neural.

2.2. Tamaño de muestra

No se requiere tamaño muestral porque realizaremos el estudio con la población completa.

Se calculó la prevalencia de la enfermedad utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia de la enfermedad: } \frac{\text{Número de enfermos}}{\text{Número de examinados}} \times 100$$

No se encontraron casos de LPF en niños nacidos solo en niños atendidos existiendo 6 casos.

Número total de:

Nacidos: 1336

Atendidos: 2934

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ⁽²¹⁾

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Prevalencia de LPF	Número de Historia Clínicas presente en el Hospital General de Macas con niños atendidos con labio y paladar fisurado	Cociente resultante de la división de pacientes con labio y paladar fisurado y pacientes sanos			Cuantitativa	Ordinal	Sano Enfermo	Fichas Clínicas
Sexo	Características genotípicas y fenotípicas de un ser humano	Características físicas exteriores			Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino	Fichas Clínicas
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años de vida registrados en la historia clínica			Cuantitativa	Ordinal	0 a 1 año 2 a 3 años 4 a 5 años	Fichas Clínicas
Clasificación de Fisuras según el CIE-10	Mal formación en la que los tejidos de cavidad bucal no se forman de manera correcta durante el desarrollo	Niños diagnosticados con labio y paladar fisurado			Cualitativo	Nominal	Fisura de paladar duro - Q35.1 Fisura de paladar blando - Q35.3 Fisura de paladar duro y blando - Q35.5 Fisura de la úvula - Q35.7 Fisura del paladar sin otra especificación - Q35.9 Fisura labial bilateral - Q36.0 Fisura labial media - Q36.1 Fisura labial unilateral - Q36.9 Fisura de paladar duro con labio fisurado bilateral - Q37.0	Fichas Clínicas

							Fisura de paladar duro con labio fisurado unilateral - Q37.1 Fisura de paladar blando con labio fisurado bilateral - Q37.2 Fisura de paladar blando con labio fisurado unilateral - Q37.3 Fisura de paladar duro y blando con labio fisurado bilateral - Q37.4 Fisura de paladar duro y blando con labio fisurado unilateral - Q37.5 Fisura de paladar sin especificar con labio fisurado bilateral - Q37.8 Fisura de paladar sin especificar con labio fisurado unilateral - Q37.9	
Procedencia	Lugar de nacimiento o de vivienda	Provincia Cantón Parroquia			Cualitativo	Nominal	Parroquias Urbanas Macas Parroquias Rurales <ul style="list-style-type: none"> • Alshi (Cab. en 9 de Octubre). • General Proaño. • San Isidro. • Sevilla Don Bosco. • Sinaí. • Cuchaentza. • Río Blanco. • Zuña (Zuñac). 	Fichas Clínicas

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Instrumentos Documentales

En este estudio se obtuvo la aprobación de manejo de fichas, precedente a la autorización del Dr. Marco Gallegos, Gerente del Hospital General de Macas, permitiéndome acceder al departamento de estadística obteniendo datos específicos que nos ayudara a realizar el trabajo de titulación.

4.2. Instrumentos Mecánicos

Para la toma de datos se utilizó una computadora portátil.

4.3. Materiales

- Hojas A4
- Esferos
- Computadoras portátiles
- Historias Clínicas
- Los datos se tabularán en Excel
- Transporte

4.4. Recursos

4.4.1. Recursos Humanos

- Tutor

4.4.2. Recursos Institucionales

- Universidad San Francisco de Quito.

- Universidad Católica de Cuenca
- Hospital General Macas

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.

5.1. Ubicación espacial

La ciudad de Macas conforma parte del Ecuador, es del Cantón de Morona Santiago y capital de la Provincia de Morona Santiago, se localiza al Centro – Sur de la Región Amazónica del Ecuador, en los flancos externos de la cordillera Oriental de los Andes entre los ríos Upano y Jurumbaino a una altitud de 1030 msnm y con un clima lluvioso Tropical de 19°C en promedio ⁽²²⁾ ⁽²³⁾.

Ilustración 5: Mapa del Ecuador



Fuente: Méndez Y, 2017.

5.2. Ubicación temporal.

Esta investigación se realizó desde Septiembre del 2018 hasta Junio del 2019, recolectado datos de historias clínicas del año 2017.

5.3. Procedimientos de la toma de datos.

Este estudio formó parte de un macro proyecto el cual consiste en determinar la prevalencia de labio y paladar fisurado en el año 2017 en el Ecuador, definiendo la situación actual y real del problema de nuestro país para esto inicialmente se solicitó el permiso de bioética hacia el “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito” siendo admitida para proceder a la realización del mismo. (Anexo 1)

Posteriormente se realizó un sorteo en el cual se determinó las plazas para poder realizar nuestro estudio asignandome la ciudad de Macas en el “Hospital General de Macas”.

Después de un tiempo se elaboró una solicitud por la Lcda. María Isabel Calderón para solicitar permiso y acceso en fichas estadísticas del “Hospital General de Macas” la cual fue autorizado por el Od. Esp. Santiago Reinoso, Director de Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca.

Posteriormente se entregó la solicitud al Dr. Marco Villegas Gerente del Hospital General de Macas, dando paso a dialogar con la Dra. Marcia autorizando el permiso para acceder al departamento de estadística siendo la Ing. Lilibeth Castillo quien se encuentra acargo del mismo. (Anexo 2).

Por último accedimos a los datos de los pacientes mediante el programa que se utiliza dentro del hospital logrando recolectar para realizar el analisis de datos del estudio.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.

Se logró separar de acuerdo al sexo, clasificación de Labio y Paladar Fisurado, edad, elaborando tablas mediante tabulaciones. Se calculó la prevalencia de Labio y Paladar Fisurado de Niños de 0 a 5 años en el año del 2017 utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia de la enfermedad: } \frac{\text{Número de enfermos}}{\text{Número de examinados}} \times 100$$

7. ASPECTOS BIOÉTICOS.

El presente estudio se realizó criterios para la selección de los participantes siendo seleccionados los pacientes con Labio y Paladar Fisurado, se excluyeron del estudio pacientes que tengan otras mal formaciones congénitas del tubo neural, en cuanto al riesgo, no existió ninguno ya que no hubo contacto con el paciente. Se ofreció beneficios para los participantes como tratamientos completos y gratuitos tanto como tratamiento ortodóntico, dental, quirúrgico y en los aspectos que involucren el manejo integral y multidisciplinario de un niño con Labio y Paladar Fisurado. La Universidad Católica de Cuenca cuenta con un convenio con la Municipalidad de Cuenca y el Club Rotario para el tratamiento del paciente desde su nacimiento hasta la adultez. Las ventajas para la sociedad fueron conocer más acerca de esta anomalía de esta manera se informó a la sociedad para prevenirla, los derechos y opciones de los participantes del estudio fueron retirarse del estudio en caso de que no quiera que ninguno de sus datos sea publicado. La seguridad y confidencia de los datos no va ser relevado ya que nuestro estudio se necesitó solo datos cuantitativos, no se conoció nombre ni datos específicos de la madre y el niño. Se utilizó un consentimiento informado en casos que tuvimos que comunicarnos con la madre del paciente para obtener información adicional.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

1. RESULTADOS

En tanto a los resultados de la investigación “Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años en el Hospital General Macas, Macas Ecuador 2017” se logro llevar a cabo los objetivos presentados, obteniendo los siguientes datos:

Tabla 1. Distribución de Población

POBLACIÓN	N
Sanos	2934
LPF	6

Interpretación: En la tabla N° 1 se puede observar la distribución total de los niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital General Macas existiendo 2928 niños sanos y 6 casos de niños de labio y paladar fisurado dandonos un total de 2934 infantes.

Tabla 2. Prevalencia de LPF

$$\frac{6}{2934} \times 100 = 0,02\%$$

Interpretación: En tanto para llegar a obtener el resultado de nuestro objetivo general el cual fue conocer la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años en el Hospital General Macas, Macas Ecuador 2017, se debe tener en cuenta el número total de niños sanos que fueron atendidos y el número de niños que tienen labio y paladar fisurado (tabla 1) obteniendo la prevelancia de 0,02%

Tabla 3. Prevalencia de LPF según el sexo

SEXO	N	%
Masculino	4	67%
Femenino	2	33%
TOTAL	6	100%

Interpretación: Mediante la tabla N° 3 se obtiene los resultados del objetivo específico el cual fue conocer la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años del Hospital General Macas existiendo mayor cantidad de sexo masculino en la muestra con una proporción 2:1 respecto al sexo femenino.

Tabla 4. Prevalencia de LPF según la edad

EDAD	F	M	TOTAL	%
0 – 1	2	3	5	83%
2 - 3	0	1	1	17%
4 – 5	0	0	0	0%
TOTAL	2	4	6	100%

Interpretación: En la tabla N° 4 se puede presenciar la prevalencia según la edad de los niños observando que hay 5 casos de niños con labio y paladar fisurado atendidos en la edad de 0 a 1 año mientras que 1 caso en la edad de 2 a 3 años.

Tabla 5. Prevalencia de LPF según la clasificación del CIE 10

CIE 10	F	M	TOTAL	%
Q35 Paladar Fisurado				
Q35.3	1	0	1	16%
Q36 Labio Fisurado				
Q36.1	0	1	1	16%
Q37 Labio y Paldar Fisurado				
Q37.1	1	1	2	36%
Q37.2	1	0	1	16%
Q37.4	1	0	1	16%
TOTAL	2	4	6	100%

Interpretación: En la tabla N° 6 se puede analizar la clasificación de labio y paladar fisurado según el CIE 10 dividiendo en tres grupos con el Q35 encontramos 1 caso con Q35.3 pertenece a fisura del paladar blando, el Q36 tenemos 1 caso con Q36.1 corresponde a fisura labial media labio fisurado y el Q37 se encuentra la gran parte de casos en el Q37.1 que es fisura de paladar duro con labio fisurado unilateral encontramos 2 casos, en Q37.2 encontramos 1 caso con fisura de paladar duro con labio fisurado bilateral y por último tenemos Q37.4 con Fisura de paladar duro y blando con labio fisurado bilateral.

Tabla 6. Distribución de la Procedencia

PROCEDENCIA	N	%
Urbano	4	67%
Rural	2	33%
TOTAL	6	100%

Interpretación: En la tabla N° 7 se puede observar la procedencia de los niños con labio y paladar fisurado el cual el 67% pertenece al área urbana y el 33% al área rural.

2. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó en el Hospital General Macas en la ciudad de Macas ubicada en la provincia de Morona Santiago con el fin de conocer la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años de edad en el año 2017, en este año nacieron 1336 y fueron atendidos 2934 dando un total de 4270 niños sin embargo no hubieron casos de ni niños nacidos con Labio y Paladar Fisurado.

Se reviso que existe un total de 2934 niños atendidos como lo mencionamos anteriormente y 6 casos de niños con labio y paladar fisurado teniendo como resultado una prevalencia de 2 cada 1000 niños atendidos. En la investigación realizada en el 2017 por Cárdenas L, en la ciudad de Machala en el Hospital Teófilo Dávila encontramos una prevalencia de 0,62 por cada 1000 niños atendidos. Otro estudio realizado por Robles C, en la ciudad de Loja en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros encontramos una prevalencia que corresponde al 0.36% de afectados por cada 826 atendidos, estos estudios difieren con los autores mencionados anteriormente ya que tienen una prevalencia menor a la de este estudio mientras que en el estudio realizado en 2015 por Ortiz J en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora en la Ciudad de Quito encontramos que existe un total de 5371 niños nacidos y 12 casos de niños con labio y paladar fisurado prevalencia de un 2,2 por 1000 por lo que hay una similitud en cuanto a la prevalencia teniendo en cuenta que la ciudad de Quito es mucho mas grande que la ciudad de Macas por lo que existe un menor número de niños atendidos en el Hospital Macas.

En cuanto a los 6 casos presentados con labio y paladar fisurado en el Hospital Macas se dio como resultado una mayor cantidad en el sexo masculino con 67% y al sexo femenino con 33%. Otro estudio realizado por Robles C, no concuerdan con nuestro estudio teniendo un porcentaje del 63% en sexo femenino y el 37% en sexo masculino. Por otro lado estos resultados se asemejan con el estudio de Charry I, et al. En el año 2010 con la investigación Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el Hospital Infantil Universitario de Manizales en Colombia en el que su estudio presento el 55,1% en sexo masculino y un 44,9 % en sexo femenino al igual que el estudio en el 2007 por Nazer J, et al. En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile donde el sexo masculino corresponde el 60% y el sexo femenino es del 40% de igual manera el estudio realizado en el 2017 por Mena J, et al . realizado en México tuvo mayor prevalencia en pacientes masculinos con el 57.5% y 42.5%

femeninos. siendo de mayor prevalencia en el sexo masculino que el femenino coincidiendo los anteriores estudios con esta investigación.

En esta investigación la prevalencia según la edad de los niños fueron atendidos en la edad de 0 a 1 año en su mayoría mientras que 1 caso en la edad de 2 a 3 años concordando con el estudio de Arévalo A y Sánchez M en su investigación de en el Hospital Vicente Corral Moscoso en cual 198 casos se atendieron durante el primer año de vida mientras que 74 casos hasta los 3 años de vida y por último 33 casos hasta los 5 años de vida.

3. CONCLUSIONES

Para finalizar esta investigación podemos decir que hemos cumplido los objetivos propuestos, primeramente se pudo conocer la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años en el Hospital General Macas teniendo como resultado que cada 1000 niños se presenta 2 niños con labio y paladar fisurado.

Mientras que los niños con labio y paladar fisurado de 0 a 5 años del Hospital General Macas según el sexo es más frecuente en hombre que en mujeres teniendo una proporción de 2:1 y según la edad son atendidos antes de cumplir el primer año lo cual es muy oportuno para la salud y vida del niño.

En cuanto a la clasificación según el CIE- 10 del niño que padece de labio y paladar fisurado pudimos encontrar casos de Q37.1 que es fisura de paladar duro con labio fisurado unilateral encontramos con mayor frecuencia, Q37.2 con fisura de paladar duro con labio fisurado bilateral Q37.4 con Fisura de paladar duro y blando con labio fisurado bilateral posteriormente se observa Q35.3 pertenece a fisura del paladar blando y Q36.1 corresponde a fisura labial media labio fisurado.

Por último pudimos conocer la localización geográfica según según el sector de procedencia en niños de 0 a 5 años con labio y paladar fisurado del Hospital General Macas, el cual el 67% pertenece al área urbana y el 33% al área rural.

III. BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano C, et al. Labio y/o paladar hendido: una revisión. Rev. UstaSalud. 2009. 8: 44 - 52. Disponible en :
http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/artic/e/viewFile/1180/973
2. Corbo M, Marimón M. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med. 2001. 17(4):23-30. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n4/mgi11401.pdf>
3. García E, et al. Panorama epidemiológico de labio y paladar hendido en México. Rev Medigraph. 2017. 27 (1): 10-15. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2017/cp171c.pdf>
4. León O. Estudio de caso control para determinar la relación entre paladar hendido y el consumo de cigarrillo en el periodo preconcepcional y periconcepcional, en el hospital del niño león becerra guayaquil – ecuador. Periodo enero 2013 – marzo 2014. . Revista de la sociedad ecuatoriana de cirugía. 2014. Disponible en:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/2142/1/T-UCSG-PRE-MED-193.pdf>
5. Kurzer A. Aspectos Historicos del Paladar y Labio Hendido. Rev. Medica UPB.1985.4(2):91-96. Disponible en:
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/6996/6397>.
6. Trigos I. Resumen histórico de la atención de labio y paladar hendidos en México. Rev. Medigraph. 2012. 22(2). 104-116. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2012/cp122h.pdf>.
7. Barrios Z, et al. Prevalencia, experiencia y necesidades de tratamiento de caries de la infancia temprana en niños con labio y paladar hendido. Rev Odontológica de los Andes. 2014. 9(1): 23-31. Disponible en:
<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/viewFile/6998/6861>.

8. Organización Mundial de la Salud.OMS. 2018. Consultado 1 Abril 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

9. Monserat E, et al. Labio y Paladar Hendido. Rev Acta Odontológica Venezolana. 2000. 38(3): 20 – 34. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/labio_paladar_hendidos.a.sp.

10. Rosell P. Nueva clasificación de severidad de Fisuras Labiopalatinas del Programa Outreach Surgical Center Lima – Perú. Rev Scielo. 2006. 23(2): 59-66. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a03.pdf>

11. Gómez A. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. Rev. Investigación de Salud. 2015. 7: 66-73. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

12. Navarrete E. et al. Prevalencia de labio hendido con o sin paladar hendido en recién nacidos vivos. México, 2008-2014. Rev. Medigraph. 2017. 84(3): 101-110. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2017/sp173d.pdf>

13. Bedón M, Villota L. Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. Rev. Redalyc. 2012. 12(1): 107-119. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273824148010.pdf>

14. Rodriguez C. et al. Epidemiología de las fisuras labiales y palatinas durante los años 1990-2004 en Asturias. Rev. An Pediatr. 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v24n2/v24n2a03.pdf>

15. Rodriguez C. Caracterización de pacientes con labio y/o paladar hendido de 0 a 3 años de edad, atendidos en el servicio de salud oral del “HOMI” entre los

años 2010 a 2016. Rev Colombia. 2017. Disponible en:
<http://bdigital.unal.edu.co/57563/1/10324495862017.pdf>

16. Muñoz, E. Asociación de labio y/o paladar hendido con variables de posición socioeconómica: un estudio de casos y controles. Rev. Bras Saúde Matern Infant. 2010. 1(5):3-9. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/actas_clm2006.pdf

17. Molina N, Castro I. Factores sociodemográficos como factor de riesgo para labio y/o paladar hendido. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás. 2003. Disponible:
http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/articloe/viewFile/1180/973

18. Chavarriaga J, et al. Labio Fisurado y Paladar Hendido. Rev. CES Odont. 2011. 24 (2):33-41. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v24n2/v24n2a03.pdf>

19. Morris, A. A powerful approach to sub-phenotype analysis in population-based genetic association studies. Genet Epidemiol. 2010. 335-343. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20039379>

20. Orellana, S.Exploración sobre los conocimientos del ácido fólico y sus beneficios en la salud reproductiva en una población universitaria colombiana. . Rev Colomb Obstet Ginecol. 2006.1-8. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a06.pdf>

21. Villavicencio E, et al. Diseños de estudios clinicos en Odontología. Rev. OACTIVA UC. 1(2). 2016. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/315678526_DISENOS_DE_ESTUDIOS_CLINICOS_EN_ODONTOLOGIA

22. Aemendáriz Y, Beltrán Y. “Plan estratégico para fomentar el desarrollo turístico de la ciudad de Macas - provincia de Morona Santiago para generar desarrollo local y el aumento de los flujos de turistas”. (Tesis de Turismo). Universidad

Católica de Guayaquil. Guayaquil. Disponible en:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/2309/1/T-UCSG-PRE-ESP-AETH-176.pdf>

23. Alcaldía de Morona. Plan Cantonal de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. [en línea]. Actualizado: 09 Febrero 2010. [Fecha de consulta: 20 Junio 2014]. Disponible en: <http://www.macas.gob.ec/home/>
24. Nazer J, Ramírez M. 38 años de vigilancia epidemiológica de labio leporino y paladar hendido en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, O. Rev Med Chile 2010. 1(38):567-572. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500006.
25. Lizmar V. Prevalencia de Hendidura Palatina (HLP) en niños Nacidos Vivos en el Hospital Universitario Luis Razetti de Barcelona-Anzoategui Periodo 2005-2009. Trabajo de grado para optar al Título de Especialista de Especialista en Odontopediatria. UCV. 2010. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/6145/1/TESIS.pdf>
26. Gregg T, Leonard A, Hayden C. Birth prevalence of cleft lip and palate in Northern Ireland (1981 to 2000). Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2008. 45(2):141-147. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18333643>
27. Ortiz G. “Estudio de incidencia en pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido e indicadores de riesgo materno, en el hospital gineco-obstetrico isidro ayora de la ciudad de quito, en el periodo 2010-2015”.2015 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5385/1/T-UCE-0015-229.pdf> . Acceso el 23 de Agosto del 2019
28. Charry I. Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el Hospital Infantil Universitario de Manizales (Colombia),

2010. 2012.12(2): 190-197. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390005.pdf>

29. Árevalo A, Sánchez M. Frecuencia de fisura labiopalatal en pacientes del hospital Vicente Corral Moscoso enero 2010 - diciembre 2015. 2017 Disponible en:


<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27475/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>. Acceso el 25 de Agosto del 2019

30. Mena-Olalde José, González-Díaz Iván, Venegas-Gómez Thania, González-Díaz Verónica, Medina-Aguilar Samuel. Epidemiología descriptiva de hendiduras labiopalatinas en la Clínica de Labio y Paladar Hendididos de Morelia, Michoacán, México (1989-2012) y su comparación con algunas poblaciones internacionales. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Feb 26] ; 43(1): 41-45. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037678922017000100006&lng=es

ANEXOS

Anexo 1. Aprobación de bioética

Código: 2018-232T



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Título de la Investigación		
Macro estudio estadístico de Labio y Paladar fisurado Ecuador 2017		
Investigador Principal <small>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</small>		
Joe Eduardo Rojas Auquilla		
Afiliación institucional: Estudiante de último año de la Universidad Católica de Guayaquil Facultad de Odontología		
Correo Electrónico: jerojas50@est.ucacue.edu.ec / joerojas@hotmail.com		
Co-investigadores <small>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica. Apoyador si no lo hubiera</small>		
1.	Dr. Santiago José Reinoso Quezada	Docente sreinoso@ucacue.edu.ec
2.	Dr. Diego Esteban Palacios Vivar	Docente dpalaciosv@ucacue.edu.ec
3.	Michelle Estefanía Reinoso Parra	Estudiante mreinosop02@est.ucacue.edu.ec
4.	Luis Miguel Cárdenas Torres	Estudiante lmcardenas6@est.ucacue.edu.ec
5.	Manuel Martín Moyano Ulloa	Estudiante mmoyanos47@est.ucacue.edu.ec
6.	Adriana Tatiana Amendaño Yungas C.	Estudiante atamendanov21@est.ucacue.edu.ec
7.	Caren Dayana Robles Hurtado	Estudiante cdrobles15@est.ucacue.edu.ec
8.	Xavier Emanuel Ortega Tapia	Estudiante xeortega49@est.ucacue.edu.ec
9.	David Andrés Garnica Tacuri	Estudiante dagarnicat23@est.ucacue.edu.ec
10.	Maria Belén López Mejía	Estudiante mblopez2m6@est.ucacue.edu.ec
11.	Pedro Andrés Camacho Presantez	Estudiante pacamachop71@est.ucacue.edu.ec
12.	Josue Matias Jeton Ulloa	Estudiante jmjeton30@est.ucacue.edu.ec
13.	Diego Fernando Arevalo Torres	Estudiante dfervalot27@est.ucacue.edu.ec
14.	Cristian Leonardo Rios Arriagos	Estudiante criosca03@est.ucacue.edu.ec
15.	Jonathan José Durán Espinoza	Estudiante jduran72@est.ucacue.edu.ec
16.	Maria Belén Robles Cárdenas	Estudiante mbroblesca0@est.ucacue.edu.ec
17.	Thaiby Estefanía Morales Santana	Estudiante tmorales32@est.ucacue.edu.ec
18.	Amanda Ximena Guzmán Guerrero	Estudiante axguzman6@est.ucacue.edu.ec
19.	Carlos Abdul Sarmiento Carmona	Estudiante csarmientos24@est.ucacue.edu.ec
20.	Mateo Sebastián García Shwin	Estudiante msgarcia09@est.ucacue.edu.ec
21.	Dayanna Nicole Tello Lariva	Estudiante dtello048@est.ucacue.edu.ec
22.	Maria Insa Peñafiel Sarmiento	Estudiante mpeñafiel08@est.ucacue.edu.ec
23.	Tiffany Nicole Moya Miranda	Estudiante tmoyamiranda71@est.ucacue.edu.ec
Persona de contacto <small>Nombre y dirección de contacto de manera presencial. Dirección y correo electrónico</small>		

Version No. 11 Page 1



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito**

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ**

Aprobación MSP, Oficio No. MSP-VGV5-2016-0244-Q, 26 de Abril de 2016

Quito, 05 de noviembre de 2018

Señor

Joe Eduardo Rojas Auquilla,
Investigador Principal
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Ciudad

De mi mejor consideración:

Por medio de la presente, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito se complace en informarle que su solicitud de revisión y aprobación del estudio de investigación "Macro estudio estadístico de Labio y Paladar fisurado Ecuador 2017" ha sido aprobada el día de hoy como un estudio exento, debido a que la investigación va a tomar datos personales pero el investigador asegura que serán codificados para el análisis y presentación de los resultados y una vez concluido el estudio cualquier dato que pudiese identificar al participante será borrado.

El CEISH - USFQ aprueba el estudio ya que cumple con los siguientes parámetros:

- El proyecto de investigación muestra metas y/o objetivos de significancia científica con una justificación y referencias.
- El protocolo de investigación cuenta con los procedimientos para minimizar sus riesgos de sus participantes y/o los riesgos son razonables en relación a los beneficios anticipados del estudio.
- El protocolo cuenta con provisiones para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes del estudio en sus procesos de recolección, manejo y almacenamiento de datos.
- El protocolo detalla las responsabilidades del investigador.

Además el investigador principal de este estudio ha dado contestación a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado en varias revisiones. Los documentos que se aprueban y que sustentan este estudio es la versión # 2 de noviembre 05, 2018 que incluyen:

- Solicitud de revisión y aprobación de estudio de investigación, 18 páginas.
- Solicitud de NO aplicación al consentimiento informado por escrito, 1 páginas.
- Hoja de vida del investigador principal.

2018-232T

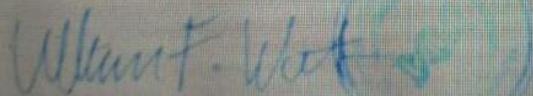
Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación: 2018-232T. El Comité estará dispuesto a lo largo de la implementación del estudio a responder cualquier inquietud que pudiese surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Favor tomar nota de los siguientes puntos relacionados con las responsabilidades del investigador para este Comité:

1. El Comité no se responsabiliza por los datos que hayan sido recolectados antes de la fecha de esta carta; los datos recolectados antes de la fecha de esta carta no podrán ser publicados o incluidos en los resultados.
2. El Comité ha otorgado la presente aprobación en base a la información entregada por los solicitantes, quienes al presentarla asumen la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, los solicitantes de la aprobación son los responsables por la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Deseándole los mejores éxitos en su investigación, se solicita a los investigadores que notifiquen al Comité la fecha de terminación del estudio.

Atentamente,



William F. Waters, PhD
Presidente Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (OSFO)
cc. Archivo general, Archivo protocolo

Anexo 2 Solicitud Aprobada

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

OFICIO N° 00357 – 2018 UACO - UCACUE
 Cuenca, 18 de Diciembre del 2018

Señor. Doctor
 Marco Villegas
GERENTE
HOSPITAL GENERAL MACAS.

Su despacho

Con un atento y cordial saludo me dirijo a Usted para desearte éxitos en sus tan importantes funciones y a la vez me permito solicitar permiso y acceso en fichas y estadísticas para que el estudiante de noveno ciclo la Srta. Maria Elisa Peñafiel Sarmiento con CI: 0106046998 de la carrera de Odontología realice parte de la investigación con el tema **"PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL MACAS"**, solicitando una autorización para la recopilación de los niños ingresados y nacidos en el hospital que presenten esta alteración.

Esperando una acogida de su parte, anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,
DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

*Director
 Peñafiel
 Maria Elisa
 Sarmiento
 Peñafiel*

Favor atender pedido Admisiones

*2018-XII-26
 15:00h*

Od. Esp. Santiago Reinoso
DIRECTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Elaborado por	Ma Isabel Calderón	X
Autorizado por	Santiago Reinoso	X

Cuenca: Av. Las Américas y Tarquí. Telf.: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Gran (frente al Terminal Terrestre). Telf.: 2241613, 2243444, 2245205 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf.:2235268, 2235870 Pablo de La Troncal: Cdl. Universitaria Km 72 Quinceava Este y Primera Sur. Telf.: 2424110 Macas: Av. Cap. Villanueva s/n 2700392, 2700393

WWW.UCACUE.EDU.EC

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL

Yo, Maria Elba Pineda Sarmiento..... En calidad de
autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación
" PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISSURADO EN NIÑOS DE 0 A
2 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, MACAS, ECUADOR
2017.....
....." de conformidad a lo
establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los
Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad
Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el
uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo;
autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de
titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el
artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de Octubre del 2019

F: [Firma]
de cédula 0106046998

PLAGIO

by Eli Penafiel

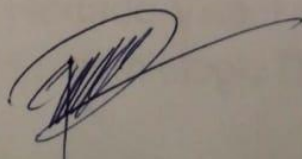
Submission date: 14-Oct-2019 11:07AM (UTC-0500)

Submission ID: 1192609568

File name: PLAGIO.docx (37.59K)

Word count: 3897

Character count: 21403

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Eli Penafiel', is written over the bottom of the document.

PLAGIO

ORIGINALITY REPORT

10%
SIMILARITY INDEX

8%
INTERNET SOURCES

4%
PUBLICATIONS

5%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.aulavirtualusmp.pe Internet Source	1%
2	revista.fder.edu.uy Internet Source	<1%
3	tede2.pucsp.br Internet Source	<1%
4	repositorio.unillanos.edu.co Internet Source	<1%
5	www.dge.gob.pe Internet Source	<1%
6	Samuel Taylor-Alexander. "Ethics in Numbers: Auditing Cleft Treatment in Mexico and Beyond", <i>Medical Anthropology Quarterly</i> , 2017 Publication	<1%
7	uvadoc.uva.es Internet Source	<1%
8	K. Sarmiento, S. Valencia, G. Gracia, P. Hurtado-Villa, I. Zarante. "Clinical and Epidemiologic Description of Orofacial Clefts in	<1%