



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0-5 años atendidos
en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, Cuenca 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTORA: Morales Santana, Thaily Stefanía

DIRECTOR: Palacios Vivar, Diego Esteban, Od. Esp.

CUENCA

2019

DECLARACIÓN:

Yo, **Morales Santana, Thaily Stefanía**, 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.

.....

Autora: Morales Santana, Thaily Stefanía

C.I: 131134953-2

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA DE ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0-5 años atendidos en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, Cuenca 2017”**, realizado por **Morales Santana, Thaily Stefanía**, 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.

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA DE ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ DE GUALACEO, CUENCA 2017”** realizado por **MORALES SANTANA, THAILY STEFANÍA**, 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, Septiembre 2019

.....

Tutor: Palacios Vivar Diego Esteban, Od. Esp.

DEDICATORIA

A mi amada ángel Magaly, quien con su luz y su amor me ha protegido y ha guiado mis pasos en este largo camino.

A mi querida hermana Karina porque sin ella no lo hubiese logrado, por su exigencia, apoyo, por enseñarme el verdadero significado de valorar las cosas y sobre todo su amor incondicional.

A mi hijo Emiliano y a Jordy, por ser pacientes, por confiar en mí y apoyarme en todo momento y aunque fue duro estos últimos años lo pudimos lograr juntos.

A mis tíos Soraya y William, que estuvieron en todo momento de este largo camino llenándome de fortaleza y sabiduría para seguir adelante.

EPÍGRAFE

“Sólo una cosa convierte en imposible un sueño: el miedo a fracasar”

-Paulo Coelho

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser el pilar más importante de esta meta tan soñada.

A mi padre que me dio el soporte fundamental desde el inicio de mi carrera.

A mis suegros por ser la esencia y el apoyo tan importante en mi vida.

A mi tutor por guiarme en cada paso de la tesis para así poder realizarla con éxito.

A todas aquellas personas que de una u otra manera estuvieron a mi lado en este largo
caminar.

LISTA DE ABREVIATURAS

LPF: Labio paladar fisurado

FP: Fisura palatina

LF: Labio fisurado

ÍNDICE

RESUMEN	- 13 -
ABSTRACT	- 14 -
INTRODUCCIÓN	- 15 -
CAPÍTULO I	- 16 -
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	- 16 -
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 17 -
2. JUSTIFICACIÓN	- 17 -
3. OBJETIVOS	- 18 -
4. MARCO TEÓRICO	- 19 -
4.1. DEFINICIÓN	- 19 -
4.1.1. ETIOLOGÍA	- 19 -
4.1.2. EPIDEMIOLOGÍA	- 20 -
4.1.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10	- 20 -
4.1.4. CLASIFICACIÓN DE LAS ANOMALÍAS FACIALES	- 21 -
4.1.5. COMPLICACIONES	- 22 -
4.1.6. FACTORES DE RIESGO	- 23 -
4.1.7. MANEJO INTEGRAL EN EL PACIENTE	- 23 -
4.1.8. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	- 23 -
4.1.9.a. CIRUGÍA DE LABIO Y PALADAR FISURADO	- 24 -
4.1.9.b. CIRUGÍA DE PALADAR	- 25 -
4.1.9.c. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	- 25 -
4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	- 25 -
5. HIPÓTESIS	- 27 -
CAPÍTULO II	- 28 -
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	- 28 -
1. MARCO METODOLÓGICO	- 29 -
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	- 29 -
2.1. Criterios de selección	- 29 -
2.1.a. Criterios de inclusión:	- 29 -
2.1.b. Criterios de exclusión:	- 29 -
2.2. Tipo de muestreo	- 29 -
2.3. Tamaño de la muestra	- 29 -

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	- 30 -
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	- 31 -
4.1. Instrumentos documentales	- 31 -
4.2. Instrumentos mecánicos	- 31 -
4.3. Materiales	- 31 -
4.4. Recursos	- 31 -
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	- 32 -
5.1. Ubicación espacial.	- 32 -
5.2. Ubicación temporal.	- 32 -
5.3. Procedimiento de la toma de datos.	- 32 -
6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	- 33 -
7. ASPECTOS BIOÉTICOS	- 33 -
CAPÍTULO III	- 34 -
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	- 34 -
1. RESULTADOS	- 35 -
2. DISCUSIÓN	- 42 -
3. CONCLUSIONES	- 44 -
4. BIBLIOGRAFÍA	- 45 -
ANEXOS	- 49 -

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Total de pacientes nacidos y atendidos en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, 2017.....	- 36 -
Tabla N°2. Total de pacientes nacidos con LPF.....	- 37 -
Tabla N°3. Total de pacientes atendidos con LPF	- 38 -
Tabla N°4. Edad de la madre	- 39 -
Tabla N°5. Familia con antecedentes de LPF.....	- 40 -
Tabla N°6. Tipo de labio y paladar fisurado	- 41 -

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Aprobación del estudio por el comité de ética de investigación en seres humanos	- 50 -
Anexo 2. Aprobación del Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo	- 52 -
ANEXO 3. Ficha socioeconómica INEC	- 53 -

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio determina la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo de la ciudad de Cuenca, en el año 2017. **Materiales y métodos:** El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal retrospectivo, consta de un total de 570 nacidos vivos con 2 casos de LPF y 1945 niños atendidos con 3 casos de labio y paladar fisurado. La interpretación estadística se realizó en el sistema de análisis estadístico Statistical Package for the Social Sciences. **Resultados:** Se estableció que la prevalencia en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo en el año 2017, es de 0,2%, en el cual se da 1 caso por cada 348 pacientes atendidos, en cuanto a la edad de la madre se puede mencionar que dos de las tres madres son jóvenes entre 16 y 20 años de edad, recordando que dicha edad es la que presenta mayor cantidad de embarazos. **Conclusión:** Los pacientes con labio y paladar fisurado que se encontraron en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, obtuvieron mayor prevalencia para el sexo masculino, teniendo como factor de riesgo las madres jóvenes, que presentan un nivel socioeconómico medio bajo.

PALABRAS CLAVES: Labio y paladar fisurado, paladar duro, anomalía, prevalencia.

ABSTRACT

Objective: The present study determines the prevalence of cleft lip and palate in children from 0 to 5 years of age treated at the Moreno Vásquez de Gualaceo Hospital in the city of Cuenca, in 2017. **Materials and methods:** The study is quantitative, descriptive and cross-sectional, with a total of 570 born alive with 2 cases of LPF and 1945 children treated with 3 cases of cleft lip and palate. Statistical interpretation was performed in the Statistical Package for the Social Sciences statistical analysis system. **Results:** It was established that the prevalence in the Moreno Vásquez de Gualaceo Hospital in 2017 is 0.2%, in which 1 case is given for every 348 patients treated, in terms of the age of the mother can be mentioned that two of the three mothers are young people between 16 and 20 years old, remembering that said age is the one with the highest number of pregnancies. **Conclusion:** Patients with cleft lip and palate who were found at Moreno Vásquez de Gualaceo Hospital, obtained a higher prevalence for the male sex, having as a risk factor young mothers, who have a low average socioeconomic level.

KEY WORDS: Cleft lip and palate, hard palate, anomaly, prevalence.

INTRODUCCIÓN

El labio y paladar fisurado es una malformación congénita, producida por defectos primarios de los procesos craneofaciales, que forman al paladar duro y blando entre la 6^{ta} y 8^{va} semana de vida intrauterina.

La herencia multifactorial implica que la modificación de algún elemento del ambiente podría interferir con el desarrollo o incrementar la probabilidad de que un factor genético predisponente induzca su formación ⁽¹⁾.

La formación de la fisura puede interferir con el desarrollo apropiado de los dientes y los bordes alveolares al causar hipodoncia, malformación dental, defectos óseos del proceso alveolar del maxilar y maloclusiones ⁽¹⁾.

La principal causa se la relaciona con el tabaquismo materno y exposición al humo de tabaco de segunda mano, pero no con el tabaquismo paterno ⁽¹⁾.

La deficiencia materna de ácido fólico contribuye a los defectos por hendiduras, ya que este puede prevenir defectos del tubo neural como la espina bífida y las hendiduras orofaciales⁽¹⁾.

Es una de las anomalías más comunes, ya que la frecuencia y causa del labio y paladar fisurado se relacionan con el género del individuo y el tipo de anomalía implicada. Las mujeres con labio y paladar fisurado tienen el mayor número de factores genéticos y el as bajo de los factores ambientales ⁽¹⁾.

La tasa global tiene un promedio entre 1:500 y 1:700 nacimientos, en Ecuador se presenta un promedio aproximado de 14,96% en nacidos vivos ⁽²⁾.

El presente estudio se basa en la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0-5 años de edad, lo cual será evaluado con información proporcionada por el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El labio y paladar fisurado es un defecto congénito, la cual ocurre cuando el labio superior y el paladar no se desarrollan de una manera correcta, esto se da entre el primer y segundo trimestre de embarazo.

Esta anomalía ocurre ya que el tejido que forma el paladar y el labio no se unen de la manera correcta, provocando así una fisurada en el paladar, dando como resultado que el niño tenga problemas en la deglución y en el habla.

La interrogante principal de esta investigación fue: ¿Cuánto es la prevalencia en niños de 0-5 años con labio y paladar fisurado en el Hospital de Moreno Vásquez de Gualaceo en el año 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

Este tema de investigación está enfocado principalmente en niños de 0-5 años con labio y paladar fisurado. Mediante los datos de este proyecto de investigación se podrá saber la prevalencia de niños que presenten esta anomalía, en la muestra, lo cual se podrá hacer una inferencia estadística, lo que denota la relevancia científica. La relevancia social del presente estudio se evidencia porque se dirige al Hospital de Moreno Vásquez de Gualaceo a la que va dirigido este estudio en la ciudad de Cuenca, ya que tiene interés para otras comunidades del Ecuador debido a la similitud de sus características epidemiológicas. Dado que el presente estudio va dirigido a niños de 0-5 años, tiene relevancia humana al investigar en una población considerada como priorizada en el Sistema de salud. Este estudio se encuentra dentro de la línea de investigación 7 de la Facultad de Ciencias Médicas y de Salud de la Universidad Católica de Cuenca, “medicina preventiva, curativa y de la calidad de vida-epidemiología, servicios de salud”. El presente estudio tiene un nivel de originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes acerca del labio y paladar fisurado, lo cual beneficiará a los profesionales de la salud y a la comunidad en general.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

Determinar la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, Cuenca.

3.2. Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de labio y paladar fisurado en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo.
- Caracterizar la población estudiada por sexo.
- Caracterizar la población estudiada por edad de la madre.
- Determinar el nivel socioeconómico de la familia del niño con labio y paladar fisurado.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. DEFINICIÓN

El labio y paladar fisurado es una anomalía cráneo facial congénita, ya que resulta de la falta de unión de los procesos faciales durante los primeros meses del desarrollo embrionario.⁽¹⁾

Las fisuras del paladar primaria y de la cara, en la cual incluyen los procesos faciales, ocurren a partir de la sexta semana de vida intrauterina, mientras que las fisuras palatinas secundarias ocurren a partir de la octava semana de vida prenatal.⁽²⁾

El LF se define como una anomalía del desarrollo caracterizada por un defecto en forma de cuña que es resultado de la ausencia de fusión de las dos partes del labio en una sola estructura y el paladar fisurado como un defecto del desarrollo del paladar, en la cual, está caracterizado por la ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, causando una comunicación con la cavidad nasal.^(3,4)

En las FP es la falta de fusión de los procesos palatinos o la presencia de una fisura en el paladar secundario o en el techo de la cavidad oral. El paciente va a presentar dificultad en la alimentación, respiración, problemas foniatrícos, falta de desarrollo de los procesos alveolares, problemas de forma, número dentaria y en la erupción de los dientes tanto temporarios como permanentes.⁽⁵⁾

Existen diferentes formas para diferenciar esta anomalía cuando se refiere a las estructuras involucradas en el desarrollo, estas se clasifican como hendidura palatina completa con compromiso de labio, hendidura en el paladar anterior donde el labio puede estar involucrado, paladar hendido en la parte posterior y hendidura submucosa incluida úvula fisurada.⁽⁵⁾

4.1.1. ETIOLOGÍA

El LPF es la anomalía más frecuente que afecta el complejo maxilofacial, es multifactorial, por lo que las causas de las malformaciones congénitas son muy variadas, en la cual se distinguen dos grupos: genética y ambiental ⁽⁶⁾.

Dentro de las causas genéticas se consideran tres clases etiológicas:

1. Herencia monogenética, la cual presenta patrones de transmisión:
 - ✓ Autosómica dominante

- ✓ Autosómica recesiva
 - ✓ Recesiva ligada a X
 - ✓ Dominante ligada a X
 - ✓ Dominante ligada a Y
2. Herencia poligénica o multifactorial
 3. Errores cromosómicos ⁽⁶⁾.

Las causas ambientales pueden ser asociadas en tres categorías: teratógenos, exógenas y endógenas ⁽⁶⁾.

4.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

El labio fisurado presenta mayor incidencia en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino es frecuente en el paladar fisurado. La prevalencia de las fisuras ha sido relacionada con el número de embarazos, además, se ha relación con la edad materna mayores a 40 años y con antecedentes familiares ⁽⁷⁾.

El paladar fisurado en niños ocurre conjuntamente con anomalías congénitas o algún síndrome de malformación identificable ⁽⁷⁾.

El rango de prevalencia a nivel mundial es entre 0,43 a 2,45 por cada 1.000 nacimientos vivos y varían según el FLP sindrómico y no sindrómico, raza, sexo, etnia, tipo de fisura, zona geográfica y estado socioeconómico ⁽⁸⁾.

La incidencia global de labio y paladar fisurado es entre 1:500 y 1:700 nacidos vivos, en la cual llega a alcanzar una alta frecuencia en Ecuador de 14,96% ⁽⁸⁾.

4.1.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10 ⁽⁹⁾.

➤ Fisura del Paladar

- ❖ Fisura del paladar duro, bilateral Q35.0
- ❖ Fisura del paladar duro unilateral Q35.1
- ❖ Fisura del paladar blando bilateral Q35.2
- ❖ Fisura del paladar blando unilateral Q35.3
- ❖ Fisura del paladar duro y del paladar blando bilateral Q35.4
- ❖ Fisura del paladar duro y del paladar blando unilateral Q35.5
- ❖ Fisura del paladar, línea media Q35.6
- ❖ Fisura de la úvula Q35.7
- ❖ Fisura del paladar bilateral, sin otra especificación Q35.8

- ❖ Fisura del paladar unilateral sin otra especificación Q35.9.
- **Labio Leporino**
 - ❖ Labio leporino bilateral Q36.0
 - ❖ Labio leporino, línea media Q36.1
 - ❖ Labio leporino unilateral Q36.9.
- **Fisura del paladar con labio leporino**
 - ❖ Fisura del paladar duro con labio leporino bilateral Q37.0
 - ❖ Fisura del paladar con labio leporino
 - ❖ Fisura del paladar duro con labio leporino unilateral Q37.1
 - ❖ Fisura del paladar con labio leporino
 - ❖ Fisura del paladar blando con labio leporino bilateral Q37.2
 - ❖ Fisura del paladar blando con labio leporino unilateral Q37.3
 - ❖ Fisura del paladar duro y paladar blando con labio leporino bilateral Q37.4
 - ❖ Fisura del paladar duro y paladar blando con labio leporino unilateral Q37.5
 - ❖ Fisura del paladar con labio leporino bilateral sin otra especificación Q37.8
 - ❖ Fisura del paladar con labio leporino unilateral sin otra especificación Q37.9.

4.1.4. CLASIFICACIÓN DE LAS ANOMALÍAS FACIALES ⁽¹⁰⁾.

Anomalía del labio

- ❖ Labio fisurado completo: No hay fusión del proceso maxilar superior con el filtrum labial y el piso de la nariz no se ha desarrollado.
- ❖ Labio fisurado incompleto: Presenta fusión parcial del proceso maxilar con el filtrum labial, el piso de la nariz está encuentra cerrado, pero el músculo orbicular de los labios no está orientado en forma circular y aparece una fisura parcial del labio en su porción inferior.
- ❖ Labio fisurado cicatricial: Fusión completa del proceso maxilar con el filtrum labial, pero hay una pequeña fisura, en forma de cicatriz en el rollo rojo labial. Éstas anomalías pueden mostrarse unilaterales o bilaterales.
- ❖ Labio fisurado bilateral: No existe fusión del filtrum labial con los dos procesos maxilares superiores. Se encuentra una fisura completa si llega a existir compromiso

total del espesor del labio y del piso de la nariz o parcial cuando el piso nasal está sellado y el labio está parcialmente abierto.

Anomalía del paladar

- ❖ Tipo I: Fisura del paladar blando, en la cual, contiene la úvula.
- ❖ Tipo II: Fisura de paladar blando y duro, en la cual, complica sólo el paladar secundario, es decir, llegando sólo hasta el foramen incisal.
- ❖ Tipo III: Fisura completa unilateral, que va desde la úvula pasa por el agujero incisivo y llega hasta uno de los lados de la premaxila, se acompaña de fisura unilateral del labio del mismo lado.
- ❖ Tipo IV: Fisura completa bilateral, va desde la úvula, pasa por el foramen incisal y alcanza a ambos lados de la premaxila. Se relaciona con el labio completo bilateral.

4.1.5. COMPLICACIONES

Dificultad en la alimentación: Debido a la complicación para succionar, por anomalías del paladar fisurado, se estipula un retraso en el peso o talla, en la cual llega a la desnutrición⁽¹¹⁾.

Broncoaspiración: Por la comunicación entre el paladar y narinas, esto se da por el mal manejo de secreciones nasofaríngeas, leche o ambas ⁽¹¹⁾.

Alteración auditiva: Se puede provocar infecciones o hipoacusia, ya que puede estar asociado a una disfunción y horizontalización de las trompas de Eustaquio, en la cual, conecta el oído medio con la faringe ⁽¹¹⁾.

Alteración del lenguaje: Se da deficiencia en el lenguaje, en la cual, es por una mala implantación de los músculos del paladar lo que reduce la función de audición ⁽¹¹⁾.

Complicaciones odontológicas: Puede presentar mal posición dentaria ⁽¹¹⁾.

Los dientes supernumerarios son la segunda anomalía más común en niños con LPF por lo general en la dentición temporal, en la cual, se da por la fragmentación de la lámina dental durante la formación de la fisura, en cambio la hipodoncia e hiperdoncia se da en la dentición permanente ⁽¹²⁾.

Problemas emocionales: El impacto que causa en los padres un hijo con labio y paladar fisurado provoca culpabilidad o rechazo, ya que esto se vuelve un retardo tanto psicoemocional como en el manejo terapéutico. De igual manera ocurre en el paciente al

inscribirse a la escuela o entre otros familiares estableciendo falta de aceptación o bullying⁽¹²⁾.

4.1.6. FACTORES DE RIESGO

El labio y paladar fisurado es de naturaleza multifactorial. Fogh-Anderson, en el año 1942, fue el primero en asociar los factores genéticos con las fisuras orofaciales ⁽¹³⁾.

La administración durante el primer trimestre de embarazo de ácido fólico y de vitamina B6 en mujeres que han tenido hijos con la LPF, ha manifestado que es un factor protector ⁽¹⁴⁾.

Los agentes teratogénicos durante el periodo de gestación son un elemento de riesgo alto, de los cuales se consideran los siguientes: la cortisona, anticonvulsivantes (fenitoína), carbamacepina y valproato de sodio, salicilatos, vitamina A, solventes orgánicos alcohol durante la gestación, drogas antiepilépticas (fenitoína y ácido valproico), pesticidas, ácido retinoico y radiación ⁽¹⁵⁾.

Las enfermedades virales como la rubeola, la influenza y la diabetes en mujeres embarazadas aumentan el riesgo de labio y paladar fisurado en el feto ⁽¹⁶⁾.

Las infecciones de vías urinarias en el primer trimestre de embarazo puede ser una causa atribuible en el feto, además el consumo de tabaco durante el embarazo es un factor de riesgo importante para que él bebe nazca con LPF ⁽¹⁷⁾.

4.1.7. MANEJO INTEGRAL EN EL PACIENTE

Se procura un manejo interdisciplinario en donde se intervengan áreas quirúrgicas (cirugía maxilofacial, cirugía plástica y anestesia) y no quirúrgicas (estomatología, odontopediatría, otorrinolaringología, audiología, foniatría, genética, pediatría y psicología) ⁽¹⁸⁾.

Se requiere que para un tratamiento quirúrgico primario se refiera al paciente a la unidad especializada desde los primeros días de vida, ya que se busca un cierre óptimo, perfecta función en la alimentación y en el lenguaje, lo cual se logre con éxito el resultado estético⁽¹⁹⁾.

4.1.8. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Durante el primer mes de vida el paciente pediátrico debe ser evaluado en forma exhaustiva por los diferentes especialistas (enfermera, cirujano plástico, otorrinolaringólogo, odontopediatría, ortodontista, fonoaudiólogo y genetista). Este procedimiento se realiza con

el fin de entregar información temprana y orientar a los padres, para así poder disminuir el nivel de angustia e incertidumbre ⁽²⁰⁾

El equipo de trabajo debe de abordar en forma temprana, de acuerdo a un cronograma establecido del tratamiento para cada tipo de fisura labio palatino ⁽²¹⁾.

Se orienta las diferentes intervenciones quirúrgicas de la siguiente manera:

- 2 a 3 meses se realiza la cirugía de labio fisurado (queiloplastia)
- 6 a 12 meses se cierra el paladar fisurado (palatoplastia).
- Alrededor de los 6 años los pacientes con LPF deben de ser reevaluados, con el fin de ver los primeros resultados y dar una opción de una nueva cirugía o no ⁽²¹⁾.

El manejo de labio y paladar fisurado incluye el tratamiento con ortopedia pre quirúrgica, en la cual se utilizan las placas o bandas de silicona y modelación nasal iniciada en el primer mes de vida. Se realiza este procedimiento con el fin de alinear y aproximar los segmentos maxilares levantar y modelar el cartílago afectado y en los casos bilaterales, elongar la columela ⁽²²⁾.

El tratamiento de ortopedia empieza desde el primer año de edad, hasta que todos los dientes erupcionan y se extiende hasta la adolescencia ⁽²³⁾.

Se recomienda numerosos tratamientos quirúrgicos, para corregir el labio y el paladar fisurado ⁽²³⁾.

La ortopedia temprana se realiza en tres dimensiones: vertical, sagital y transversal. El modelador nasal se debe insertar a una placa obturadora, en la cual va a estimular los procesos palatinos y los aproxima por la presencia del acrílico y las fuerzas musculares, con esto se va a obtener la conformación de la nariz, reduciendo la deformación de la pared nasal ya que estimula y reposiciona los tejidos blandos y a los cartílagos nasales ⁽²⁴⁾.

Una vez que se unen los procesos palatinos, va a mejorar la forma del arco, se posicionará la lengua, se equilibra la presión intrabucal y se facilita la modificación de los tejidos nasales para mejorar los resultados en el cierre primario de labio quirúrgico ⁽²⁵⁾.

4.1.9.a. CIRUGÍA DE LABIO Y PALADAR FISURADO

El objetivo del este tratamiento es restaurar la función y la estética, en la cual se corrige las variaciones anatómicas de labio y paladar para permitir una integración social del niño por medio de la reposición de un aspecto nasal y labial natural y respiración normal ⁽²⁶⁾.

Las cirugías que se realizan a primera instancia son las del labio, nariz y la del paladar, esto se recomienda que se realice entre los 3 y 6 meses, en la cual se hace la corrección primaria del labio y nariz fisuradas aisladas del velo, se efectúa la plastia del velo a los 6 meses. En fisuras completas de paladar, a los 12 meses se hace el cierre de paladar óseo y del velo⁽²⁷⁾.

4.1.9.b. CIRUGÍA DE PALADAR

El principal objetivo para los cirujanos es mejorar la voz y permitir un crecimiento maxilar normal. Los principales factores para la fonación además de la experticia y experiencia del médico tratante son: la gravedad de la fisura, edad quirúrgica, función auditiva, rehabilitación fonoaudiológica y la técnica empleada⁽²⁸⁾.

4.1.9.c. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Se recomienda un tratamiento de prevención desde recién nacido hasta los 6 meses de edad, lo cual se requiere controles regulares con la odontopediatra. En etapas tempranas se inicia el tratamiento de rehabilitación oral y en algunos casos se realiza la cirugía ortognática en la adolescencia⁽²⁹⁾.

4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- En un artículo de “Paladar fisurado diagnóstico prenatal por imágenes”, los investigadores Pinargote A, Rivera F, Villigua G, Steínzappir M, realizaron esta investigación, porque los niños con paladar y labio fisurado tienen problemas en la alimentación y el habla, además, presentan con frecuencia infecciones de oído, trastornos auditivos y dentales. Esta malformación se presenta 1 de cada 700 nacidos vivos, con mayor frecuencia en asiáticos y en grupos indio americanos, en el cual afecta al sexo masculino. El tratamiento depende del tipo de fisura, edad y requerimiento del niño, así como de las patologías asociadas⁽¹⁾.
- En un artículo de “Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina”, Salas J, Murzi M, Lobo C, Ciccale A, Barrios Z, Salas A, mencionan que los pacientes con la hendidura labio palatina presentan múltiples alteraciones anatómicas, estéticas y funcionales. Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal, en la cual la población que se escogió en este estudio, está constituida por 48 historias clínicas de pacientes con hendidura labio palatina desde el año 2008 hasta el 2015. Existió un predominio por la hendidura labio palatina unilateral izquierda con 27 casos que representan el 56,30%⁽²⁾.

- En un artículo de la revista “Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel”, Pons A, Pons L, Hidalgo S, Sosa C, señalaron que el labio y paladar fisurado se presenta de manera aislada en el 70% de los casos, y asociada a un síndrome en el 30% restante. A nivel mundial, la incidencia más alta se presenta en la raza asiática y en los nativos americanos 1 de cada 500 casos, la población caucásica tiene una prevalencia media de 1 de cada 1.000 casos, y la más baja es frecuente en la población africana 1 de cada 2.500 casos ⁽⁵⁾.
- En un artículo de “Labio y/o paladar hendido: una revisión”, Serrano C, Ruiz J, Quiceno L, Rodríguez M, en la cual se enfoca que los datos epidemiológicos indican variaciones de acuerdo con la zona geográfica y las poblaciones evaluadas. A nivel mundial el LPH afecta a 1 de cada 600 recién nacidos en Colombia, la prevalencia de esta anomalía es de 1 en 500, a 1 en 1000 de acuerdo con la zona geográfica. Los bajos niveles socioeconómicos han sido asociados con la presencia de hendiduras faciales debido a que predisponen un ambiente para que la alteración se desarrolle en la mayoría de los casos se encuentra asociado al consumo de agentes nocivos durante la gestación y a la falta de educación en la salud ⁽⁷⁾.
- En un artículo de revista sobre las “Las anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina” Salas M, Barrios Z, Yanet S, mencionan que las fisuras labio palatinas son malformaciones craneofaciales congénitas producidas por defectos embriológicos localizados en zonas del macizo facial. Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, en la cual está constituida por niños con fisura labio palatina en edades de 3 a 12 años. De todas las anomalías dentarias, el mayor porcentaje se encuentra en las anomalías de posición con 83% y 60% en mesoversión, se puede concluir que existe mayor porcentaje en la población con fisura labio palatina, en la cual, puede presentar algún tipo de anomalías dentarias ⁽¹⁶⁾.
- En un artículo de “Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos”, Mejía A, Suárez D, señalan que la calidad de vida de los pacientes con labio leporino o paladar hendido ha mejorado con tratamientos y manejo multidisciplinario. En este estudio se realizó una investigación de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. La muestra fue de 39 pacientes con diagnóstico de labio y paladar hendido, el 64,1% fue del sexo masculino,

la mayoría de las madres fueron multigestas con un rango de edad entre los 18 y 35 años, por lo tanto, se toma en consideración que los antecedentes maternos son determinantes para la presentación de labio y paladar hendido ⁽¹⁷⁾.

- En un artículo de las “Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario”, Monasterio L, Ford A, Tastets M, mencionan que la incidencia en Chile es de aproximadamente 1 en 550 recién nacidos vivos. Las fisuras pueden afectar el labio a uno o ambos lados, el paladar o ambos. La genética es importante para descartar casos sindrómicos, siendo estos frecuentes en las fisuras de paladar. Se recomienda que lo más importante para el tratamiento exitoso del LPF, es el manejo multidisciplinario por un equipo de trabajo de especialistas, que estén profundamente capacitados en el tema con una gran interacción en la toma de decisiones ⁽²¹⁾.

5. HIPÓTESIS

El presente estudio no precisó de hipótesis por ser de tipo descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo.

Diseño de Investigación: Transversal retrospectivo ⁽³⁰⁾.

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** Documental
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Transversal, Retrospectivo

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y la muestra de estudio correspondió a la totalidad de pacientes de 0-5 años ingresados en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, en el año 2017.

2.1. Criterios de selección

Para establecer el tipo de pacientes que se van a incluir en el presente estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

2.1.a. Criterios de inclusión:

Todos los pacientes de 0-5 años ingresados en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo cuyas fichas se encuentran almacenadas en el área de estadística, que tengan labio y paladar fisurado.

2.2.b. Criterios de exclusión:

- ✓ Historias clínicas con información incompleta.
- ✓ Pacientes con otras malformaciones del tubo neural.
- ✓ Pacientes que no firmaron consentimiento informado.

2.2. Tipo de muestreo

La muestra proviene de una población de 570 nacidos vivos y 1945 pacientes atendidos en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, de los cuales 3 pacientes presentaron labio y paladar fisurado.

2.3. Tamaño de la muestra

$$Prevalencia = \frac{\text{Total de pacientes con labio y paladar fisurado}}{\text{Total de pacientes nacidos}} \times 100$$

$$Prevalencia = \frac{\text{Total de pacientes con labio y paladar fisurado}}{\text{Total de pacientes ingresados}} \times 100$$

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO
Edad	Periodos de crecimiento y desarrollo humano	Tiempo de vida del paciente hasta el momento de la consulta	Datos otorgados por la historia clínica	Ordinal	0 meses -5 años
Sexo	Características genotípicas de la persona	Características externas que diferencian al hombre de la mujer	Datos otorgados por la historia clínica	Nominal	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de nacimiento o de vivienda	Provincia Cantones Parroquias Ciudad	Datos otorgados por la historia clínica	Ordinal	Parroquias Rurales 1.Quinara 2.Yangana 3.Vilcabamba 4.San Pedro de Vilcabamba 5.Malacatos 6.Gualel 7.Taquil 8.Jimbilla 9.Chuquiribamba 10.Santiago 11.San Lucas 12.El Cisne 13.Chantaco Parroquias Urbanas 1.El Sagrario 2.Sucre 3.El Valle 4.San Sebastián 5.Punzara 6.Carigan

Clasificación de fisuras según cie-10.	Malformación en la que los tejidos de la cavidad bucal (labios y paladar) que no se forman correctamente durante el desarrollo	Tipo de fisura que va a presentar el paciente	Cualitativo	Nominal	Q35.0 Q35.1 Q35.2 Q35.3 Q35.4 Q35.5 Q35.6 Q35.7 Q35.8 Q35.9 Q36.0 Q36.1 Q36.9 Q37.0 Q37.1 Q37.2 Q37.3 Q37.4 Q37.5 Q37.6 Q37.7 Q37.8 Q37.9
Síndrome asociado	Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de un cuadro patológico determinado	Conjunto de signos y síntomas que presenta el paciente	Cualitativo	Nominal	Ninguno Q91.3 Q90.9 Q73.8 Q87.8 Q87.0 Q38.0

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

4.1. Instrumentos documentales

Se utilizará fichas de recolección de información, para registrar datos que constan en las fichas epidemiológicas del Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo.

4.2. Instrumentos mecánicos

Para la toma de datos se utilizó una computadora portátil y Microsoft Excel y SPSS.

4.3. Materiales

Para el presente estudio se utilizarán hojas A4 y esferos.

4.4. Recursos

Para llevar a cabo el estudio se necesitarán recursos instituciones (UCACUE, ZONAL 6 de Educación), recursos humanos (Examinadores y Tutores) y recursos financieros (autofinancieros).

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación espacial.

El Hospital Moreno Vásquez, se encuentra ubicada en la provincia del Azuay, cantón Gualaceo, en la calle 9 de octubre y Abelardo J. Andrade. Pertenece al establecimiento de salud del distrito 01D04 Chordeleg-Gualaceo, primer nivel en la zona 6. Es una institución de nivel 2 que ofrece atención médica general, preventiva y servicio de hospitalización, da asistencia a los cantones de Gualaceo y Chordeleg que suman una cantidad aproximada de 60.000 de habitantes.

5.2. Ubicación temporal.

La investigación se realizará entre los meses de noviembre y febrero del año 2019, recolectando datos de fichas epidemiológicas que reflejan la situación epidemiológica del año en curso. Dichas fichas fueron tomadas entre los meses de diciembre y enero del 2017.

5.3. Procedimiento de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomarán en cuenta las fichas del Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, las cuales reflejan información epidemiológica que fue registrada con las siguientes características:

- ❖ Número total de nacimientos (solo la información del número)
- ❖ Número de pacientes que han nacido en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo con el diagnóstico de labio y paladar fisurado.
- ❖ Número total de pacientes atendidos.

5.1.a. Método para la recolección de datos.

En las fichas para el estudio se analizará el expediente, obteniendo datos específicos como:

- ❖ Edad de la madre
- ❖ Peso del niño al nacer
- ❖ Número de partos previos
- ❖ Posibles enfermedades de la madre e historia clínica completa.

En caso de ser posible se realizará una entrevista estructurada a la madre para tener información netamente socioeconómica, luego los datos cuantitativos serán tabulados, analizados, contrastados y organizados con los datos obtenidos en las otras unidades de

estudio, teniendo así un reporte final de los hospitales más representativos de cada provincia del Ecuador.

5.1.b. Criterios de registro de hallazgos.

Cuando se realiza el análisis, los datos se consignan en las casillas correspondientes, anotando el número correspondiente que representa el criterio de clasificación o denominación del hallazgo clínico.

6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó una tabla de presentación de la muestra de acuerdo a la edad y el sexo. Luego se elaboraron tablas descriptivas de frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas y se halló el promedio y desviación estándar de las variables cuantitativas.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que no existe contacto con el paciente, en el cual se le ofrecerá tratamiento completo y gratuito tanto en cirugías como tratamiento ortodóntico, dental, quirúrgico y en todos los aspectos que involucre el manejo integral y multidisciplinario de un niño con Labio y Paladar Fisurado. La información no va a ser revelada ya que en nuestro estudio solo necesitamos datos cuantitativos, no se conocerá nombres ni datos específicos de la madre y el niño. En caso de obtener la información completa de los pacientes en los hospitales nos comunicaremos con la madre del paciente para obtener información adicional de tipo socioeconómica, se informará al paciente de los beneficios de esta investigación y los mismos que obtendrá con ella, también se les hará firmar la autorización del consentimiento informado por cada uno de los participantes.

Este proyecto fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Universidad San Francisco de Quito con el código de aprobación: 2018-232T.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

1. RESULTADOS

En el presente capítulo se presenta los resultados del estudio de prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0-5 años atendidos en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, Cuenca 2017

Tabla N°1. Total de pacientes nacidos y atendidos en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, 2017.

PACIENTES NACIDOS			PACIENTES ATENDIDOS		
	N°	%		N°	%
CON LPF	2	0,4	CON LPF	3	0,2
SIN LPF	568	99,6	SIN LPF	1942	99,8
TOTAL	570	100	TOTAL	1945	100

Interpretación: El total de nacidos en el año 2017 es de 570 nacidos, de los cuales 0,4% son pacientes con LPF y 99,6% sin LPF, además, el total de atendidos en el mismo año corresponde a 1945, de los cuales el 0,2% son enfermos y el 99,8% son sanos. Podemos destacar que en el total de nacidos y atendidos predomina los pacientes sin LPF.

Tabla N°2. Total de pacientes nacidos con LPF

HOMBRES NACIDOS			MUJERES NACIDAS		
	N°	%		N°	%
CON LPF	2	0,6	SIN LPF	244	100
SIN LPF	324	99,4	CONLPF	0	0
TOTAL	326	100	TOTAL	244	100

Interpretación: El total de nacidos hombres es de 326, de los cuales 0,6% son pacientes con LPF y 99,4% sin LPF. En el sexo femenino se encontraron 244 pacientes sin presencia de labio y paladar fisurado

Tabla N°3.Total de pacientes atendidos con LPF

HOMBRES ATENDIDOS			MUJERES ATENDIDAS		
	N°	%		N°	%
CON LPF	3	0,2	SIN LPF	665	100
SIN LPF	1277	99,8	CON LPF	0	0
TOTAL	1280	100	TOTAL	665	100

Interpretación: El total de pacientes atendidos hombres es de 1280, de los cuales 0,2% son pacientes con LPF y 99,8% sin LPF. En el sexo femenino se encontraron 665 pacientes sin presencia de labio y paladar fisurado.

Tabla N°4. Edad de la madre

	N°	%
<20	2	66,6
>20	1	33,3
TOTAL	3	100

Interpretación: El total de las edades de las madres fueron 3, en la cual, se puede observar que se obtuvo edades dispersas.

Tabla N°5. Familia con antecedentes de LPF

	N°	%
CON ANTECEDENTES DE LPF	0	0
SIN ANTECEDENTES DE LPF	3	100
TOTAL	3	100

Interpretación: Se puede observar que no existe antecedentes familiares con FLP

Tabla N°6. Tipo de labio y paladar fisurado

	N°	%
PALADAR DURO IZQUIERDO	2	66,7
LABIO Y PALADAR DERECHO	1	33,3
TOTAL	3	100

Interpretación: Se observa que dentro de la clasificación de CIE 10 la que mayor predominio se obtuvo fue el paladar duro del lado izquierdo con 66,7%.

2. DISCUSIÓN

El labio y paladar fisurado es una anomalía que se puede dar por múltiples factores, como el consumo de alcohol, tabaco, carga genética y aumenta el riesgo en las madres con malnutrición o deficiencia de multivitamínicos ⁽¹⁾.

El presente estudio fue realizado en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo, siendo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal retrospectivo, se utilizó la fórmula para obtener la prevalencia de niños nacidos con LPF.

Se analizó un total de 570 niños nacidos en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo en el año 2017, observando una prevalencia de 0.4% de pacientes con LPF. En un estudio realizado en la ciudad de México por Mejía A, se encontraron 39 niños con labio y paladar hendido, de un total de 11,142 nacidos, el cual se obtuvo una prevalencia del 3,5%, los resultados obtenidos en los dos estudios proporcionan que existe una prevalencia de LPF en un porcentaje bajo, de acuerdo al total de historias clínicas observadas en este estudio⁽¹⁷⁾.

Los resultados de la población examinada presentan, 2 hombres nacidos vivos con LPF al contrario de las mujeres que se obtuvo un valor de 0, teniendo 100% de pacientes hombres y 0% de pacientes mujeres, coincidiendo con Figueroa N, que en su estudio señala un mayor predominio del sexo masculino con el 54,5%, el cual respalda los resultados obtenidos, y en el estudio de Viguera O, se presenta 42% de pacientes del sexo femenino, discrepando con el resultado del presente estudio ⁽³⁾.

De acuerdo a la presencia de anomalía de LPF con respecto al género Viguera O, presenta en su estudio 58% de pacientes atendidos hombres, lo expuesto guarda relación con el estudio realizado. En el presente estudio el número de pacientes atendidos de 0-5 años en el año 2017 fue de un total de 1945 y se registraron 3 casos del sexo masculino, y 0 pacientes del sexo femenino con LPF, teniendo 100% de hombres y 0% mujeres, y a diferencia del estudio de Restrepo N, en la cual señala tener 33% de pacientes mujeres con LPF, estos estudios indican una predisposición del sexo masculino levemente mayor al 50%⁽¹²⁾.

Debido a que es un hospital de segundo nivel, se recuerda que el tamaño de la muestra es pequeña, por lo cual no se puede realizar una comparación apropiada del sexo, debido a la ausencia de casos del sexo femenino.

Pons A, encontró mayor predominio para las madres menores de 30 años, este estudio coincide con las historias clínicas revisadas, estas mencionan que dos de las tres madres son jóvenes entre 16 y 20 años de edad, recordando que dicha edad es la que presenta mayor cantidad de embarazos ⁽⁵⁾.

La manifestación más prevalente del estudio es la fisura del paladar duro del lado izquierdo obteniendo 66.7% de pacientes, discrepando con la literatura de Arias L, que menciona en su investigación la presencia de pacientes con FLP del lado izquierdo en un porcentaje de 55.3% ⁽²⁸⁾.

Observando que la muestra es diferente con la literatura Latinoamérica, es una información que va a alimentar la estadística nacional, pero no se puede tomar como realidad debido a la pequeña muestra y la ausencia de casos del sexo femenino.

3. CONCLUSIONES

- En el estudio realizado en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo en el año 2017, se observó en la historia clínica un número de 570 nacidos vivos con 2 casos de LPF y 1945 niños atendidos, presentándose 3 casos de labio y paladar fisurado. Obteniendo como prevalencia 0,2%, en la cual se da 1 caso por cada 348 pacientes atendidos, siendo el sexo masculino el único presente.
- Los pacientes con labio y paladar fisurado presentan la prevalencia de 0,4% de nacidos vivos, alcanzando mayor porcentaje en el sexo masculino.
- El mayor número de casos de anomalías de LPF se presentaron en dos madres jóvenes de edad 16 y 20 años por un porcentaje de 66,7% y otra mujer de edad de 42 años con 33,3%, en el cual, no presentaron familiares con LPF.
- El nivel socioeconómico de las 3 familias de los pacientes que presentaron labio y paladar fisurado en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo es medio bajo

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Pinargote A, Rivera F, Villigua G, Steínzappir M. Paladar Fisurado diagnóstico prenatal por imágenes Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. [Internet]. 2018 [citado 22 may 2018]; 2(2): 541-557. Disponible en: <http://www.reciamuc.com/index.php/es/article/view/157/pdf#>
2. Salas J, Murzi M, Lobo C, Pachano A, Barrios Z, Salas A. Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina. Revista odontológica de los andes [Internet]. 2017 [citado ene-jun 2017]; 12(1): 12-21. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/viewFile/8237/8180>
3. Figueroa N, Meraz H, Navarro M, Serafín N, Beltrán E. Evaluación de factores de riesgo maternos y ambientales asociados a labio y paladar hendidos durante el primer trimestre de embarazo. Rev. Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial [Internet]. 2016 [citado sep-dic 2016]; 12(3): 93-98. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2016/cb163d.pdf>
4. Salas M, Barrios Z, Simancas Y, et al. Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina. Revista Odontológica de los Andes [Internet]. 2015 [citado jul-dic]; 10(2): 4-9. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/6914>
5. Pons A, Pons I, Hidalgo S, Sosa C. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2017 [citado 11 dic 2018]; 74(2): 107-121. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v74n2/1665-1146-bmim-74-02-00107.pdf>
6. Corbo M, Marimón M. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001; 17(4): 379-385. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi11401.pdf
7. Serrano C, Ruiz J, Quinceno L, Rodríguez M. Labio y/o paladar hendido: una revisión. Rev. Ustasalud [Internet]. 2009 [citado 3 jul 2009]; 8: 44-52. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260290042_Labio_yo_paladar_hendido_una_revision

8. García E, Jiménez M, Aguilar H, Frías T. prevalencia de labio y paladar hendido en un hospital pediátrico de tabasco. Rev. Mex Odont [Internet]. 2015; 25(3):141-149. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2015/cp153d.pdf>
9. Caraguay N. Prevalencia y predisposición genética de labio leporino y paladar hendido en pacientes pediátricos estudio a realizar en el Hospital Francisco Icaza Bustamante durante el período de enero del 2015 a enero del 2017. [Tesis]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018
10. Hoyos C. Labio y paladar hendidos: Orientaciones para su diagnóstico y manejo. Rev Med Risaralda [Internet]. 2001 [citado 21 nov 2001]; 7(1): 32-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5030441>
11. Lombardo A. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2017 [citado 15 mar 2017]; 38(4): 267-273. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm174f.pdf>
12. Viguera O, Fernández M, Villanueva M. Prevalencia de dientes supernumerarios en niños con labio y/o paladar fisurado. Revista Odontológica Mexicana [Internet]. 2015 [citado abr-jun]; 19(2): 81-88. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2015/uo152c.pdf>
13. Tirado L, Madera M, González F. Interacciones genéticas y epigenéticas relacionadas con fisuras de labio y paladar no sindrómico. Avances en Odontoestomatología [Internet]. 2016 [citado ene-feb]; 32(1): 21-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852016000100003
14. Cruz Y, Pérez M, León N, Suárez F, Llanes M. Antecedentes de empleo de medicamentos durante el embarazo en madres de pacientes con fisuras de labio y/o paladar. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2009 [citado ene-mar]; 46(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100002
15. Barrera C, Mezarobba. Maternal risk factors associated with cleft lip with or without cleft palate. A review. Int. J. Odontostomat [Internet]. 2016; 10(2): 359-368. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-381X2016000200025&lng=es&nrm=iso
16. Santos M, Campaña H, Jurado L, Saka C, Muzzio M, Lòpez J, et al. Nat2 and oral clefts: evaluation of genetic risk and the relative importance of embryo and maternal genotypes. Revista Argentina de Antropología biológica [Internet]. 2019 [ene-jun];

- 21(1): 1-7. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/71874/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Mejía A, Suárez D. factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. Rev. Mex Odon [Internet]. 2012 [may-agos]; 4(2): 55-62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi122a.pdf>
18. Rachely M. Fisura labial y palatina: Intervención enfermera en los procesos y técnicas de alimentación. Revisión bibliográfica. Revista Científica de la Universidad de Barcelona [Internet]. 2017 [citado 20 dic 2016]; 2(1): 105-124. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.6>
19. Vélez E, Hernández N, Pérez G, Rivera F, Soto T. Treatment of bilateral cleft lip and palate with maxillary collapse sequelae. Case report. Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. 2015 [citado abr-jun]; 3(2): 112-119. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516000350>
20. DeLong L, Burkhart N. Patología oral y general en odontología. Ed 2^{da}. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2013.
21. Monasterio I, Ford A, Tastets M. Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2016 [citado 04 ene 2016]; 27(1): 14-21. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0716864016000043/1-s2.0-S0716864016000043-main.pdf?_tid=7f673872-21bf-42f2-8005-cbfbdb0d06a37&acdnat=1544587193_27de5998efeb8d4e708b856b343c0525
22. Ramos R, Ramírez D, Romo A, Trelles J. Ortopedia pre-quirúrgica en pacientes con labio y/o paladar fisurado: Revisión de literatura. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2019 [citado 31 ene 2019]; 3(1): 1261-1283. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/416>
23. Durón D, Granados A, Canceco J, Cuairàn V, Canseco J. Ortopedia pre quirúrgica en pacientes de labio y paladar hendido unilateral: presentación de casos clínicos. Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. 2017 [citado abr-jun]; 5(2): 89-99. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71879>
24. Rosado N, Gonzaga K, Uchuari D, Quispillo L, Cueva M, Granja G. Ortopedia pre quirúrgica en pacientes con labio y/o paladar fisurado. Revista Científica Mundo de

- la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2019; 3(1): 1448-1463. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/426>
25. Restrepo N, Hernández J, Gomez J. Efficacy of the nasal molding in patients with unilateral cleft lip and palate in newborn to 6-month-old patients. Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. 2016 [citado oct-dic]; 4(4): 238-243. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=68643>
 26. Rodríguez D, Medina B, Salazar L, Vázquez M, Moreno E, Benítez J. Rehabilitación protésica oral en paciente con labio y paladar hendido, Caso clínico. Rev Mex Med Forense [Internet]. 2019; 4(1): 13-15. Disponible en: <http://revmedforense.uv.mx/index.php/RevINMEFO/article/download/2621/4538>
 27. Bravo L, Muñoz D, Torrez F, Fierro C, Pérez A. Ortopedia pre quirúrgica en niños fisurados. Reporte de caso clínico. Rev. Odontoestomatología [Internet]. 2015 [citado 27 ene 2015]; 17 (25): 53-59. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v17n25/en_v17n25a07.pdf
 28. Arias L, Briceño I, Martínez J, Collins A, Uricoechea D. Aspectos clínicos asociados a fisuras orofaciales en una población colombiana. Rev. Colombia Medica [Internet]. 2015 [citado oct-dic]; 46 (4): 162-167. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1712/2727>
 29. Ribeiro A, Merighi M, Santos A, Niquerito A. Study of Burden Among Caregivers of Children with Cleft Lip and Palate. Paidéia (Ribeirão Preto) [Internet]. 2017[citado sep-dic]; 27(68): 247-254. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2017000300247
 30. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Palacios D, Alvarado A. Diseños de estudios clínicos en odontología. Revista OACTIVA UC Cuenca [Internet]. 2016 [citado may-agost]; 1(2): 81-84. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/163/293>

ANEXOS

Anexo 1. Aprobación del estudio por el comité de ética de investigación en seres humanos



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-VGVS-2016-0244-O, 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 USFQ
cc. Archivo general, Archivo protocolo

Anexo 2. Aprobación del Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo

**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

OFICIO N°0016-2019 UACO -UCACUE
Cuenca, 12 de febrero del 2019

**SEÑOR. DOCTOR.
DANILO ENCALADA MORENO
DIRECTOR DEL HOSPITAL BASICO DE GUALACEO MORENO VAZQUEZ.
CUENCA**


Su despacho



Con un atento y cordial saludo me dirijo a Usted para desearle éxitos en sus tan importantes funciones y a la vez me permito solicitar permiso y acceso en fichas y estadísticas para el estudiante de noveno ciclo la Srta. Thaily Stefania Morales Santana con CI: 1311349532 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 BASICO DE GUALACEO MORENO VAZQUEZ”**, solicitando una autorización para la recopilación de información de los niños ingresados y nacidos en el hospital que presenten esta alteración.

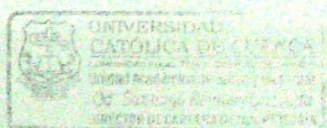
Esperando una acogida de su parte, anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO


OD. ESP. SANTIAGO REINOSO
DIRECTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

**HOSPITAL MORENO VÁSQUEZ**
RECIBIDO
13 FEB 2019 16:11
TRÁMITE No. _____ No. DE FOLIO _____
REVISADO POR: 
SECRETARIA

**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
DIRECTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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

WWW.UCACUE.EDU.EC

ANEXO 3. Ficha socioeconómica INEC



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales), identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

