



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

**Calidad de vida de los niños con labio y paladar fisurado.  
Revisión sistemática de la literatura 2015-2019.**

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: Moyano Ulloa, Manuel Martín  
DIRECTOR: Reinoso Quezada, Santiago, Od. Esp.

CUENCA  
2019

## DECLARACIÓN

Yo, **Manuel Martín Moyano Ulloa**, 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: Moyano Ulloa, Manuel Martín

C.C.: 0105502447

**CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo

**COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON LABIO Y PALADAR FISURADO. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA 2015-2019.**”, realizado por **MOYANO ULLOA MANUEL MARTÍN**, 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 Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, octubre de 2019

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

**COORDINADOR DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON LABIO Y PALADAR FISURADO. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA 2015-2019.**”, realizado por **MOYANO ULLOA MANUEL MARTÍN**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico y se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, octubre de 2019

.....

Tutor: Od. Esp. Santiago Reinoso Quezada.

## DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de titulación principalmente a mi madre Cumandá, y a mi padre Oswaldo Moyano, por apoyarme constantemente en estos años de formación profesional, y enseñarme a ser una persona llena de valores, y gracias a ellos he podido culminar esta etapa de vida.

A mi hermano José, quien en vida me enseñó a ser una persona alegre y dedicada en cada cosa que me disponga a hacer.

A mis tres hermanos Toño, Pedro y Pablo, de quienes he recibido todo el apoyo durante esta etapa de formación.

**EPÍGRAFE**

*Lo que caracteriza al hombre de ciencia no es la posesión del conocimiento, sino la búsqueda desinteresada de la verdad.*

Karl Popper

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco infinitamente a mi director de tesis, Od. Esp. Santiago Reinoso Quezada, por su apoyo en este trabajo, por dar pie a mis sugerencias, por su gran conocimiento y por ser un profesional lleno de perseverancia.

Por su orientación y atención a mis consultas sobre metodología, Dr. Ebingen Villavicencio Caparro quien me ha sabido guiar y formar en el campo de la investigación.

A mi padre y a mi madre, por apoyarme en este arduo camino, por no dejar que me rinda, y que gracias a ellos pude convertirme en una profesional. Gracias por todo, les quiero mucho.

**ABREVIATURAS**

<b>CV:</b>	Calidad de vida
<b>CVRS:</b>	Calidad de vida relacionada con la salud
<b>CIE-10:</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión décima
<b>FOF:</b>	Fisuras orofaciales
<b>LF:</b>	Labio Fisurado
<b>LPF:</b>	Labio y Paladar Fisurado
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PF:</b>	Paladar Fisurado
<b>RSL:</b>	Revisión Sistemática de la Literatura

## ÍNDICE

RESUMEN .....	14
ABSTRACT .....	15
INTRODUCCIÓN .....	16
CAPÍTULO I .....	19
PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	19
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
2.- JUSTIFICACIÓN.....	21
3.- OBJETIVOS.....	23
3.1.- Objetivo general .....	23
3.2.- Objetivos específicos .....	23
4.- MARCO TEÓRICO .....	23
4.1.- Labio y Paladar fisurado.....	23
4.1.1.- Definiciones.....	23
4.1.2.- Etiología del LPF .....	24
4.1.3.- Epidemiología de LPF .....	26
4.1.4.- Características odontológicas de los pacientes pediátricos con LPF .....	27
4.1.5.- Clasificación de las fisuras labio-palatinas.....	28
4.1.5.a.- Clasificación según Kernahan y Stark .....	29
4.1.5.b.- Clasificación según CIE-10.....	29
4.1.6.- Tratamiento .....	30
4.1.6.a.- Tratamientos odontológicos.....	32
4.1.7.- Calidad de Vida .....	34
4.1.8.- Factores afectados en la calidad de vida del niño con LPF .....	36
4.1.9.- Procedimientos que mejoran la calidad de vida del niño con LPF.....	37
4.1.10.- La calidad de vida relacionada con la salud bucal .....	38
4.2.- Antecedentes de la Investigación.....	39
5.- HIPÓTESIS.....	45

CAPÍTULO II .....	46
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	46
1.- MARCO METODOLÓGICO .....	47
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA .....	47
2.1.- Criterios de selección .....	47
2.1.1.- Criterios de inclusión .....	47
2.1.2.- Criterios de exclusión .....	48
3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	48
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	49
4.1.- Instrumentos documentales .....	49
4.2.- Instrumentos mecánicos .....	49
4.3.- Materiales .....	49
4.4.- Recursos .....	49
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS .....	49
5.1.- Ubicación espacial. ....	49
5.2.- Ubicación temporal.....	50
5.3.- Procedimiento de la toma de datos.....	50
5.3.a. - Método de examen utilizado por los examinadores. ....	52
5.3.b.- Criterios de registro de hallazgos. ....	52
6.- PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS DE DATOS. ....	52
7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....	52
CAPÍTULO III .....	53
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	53
1.- RESULTADOS.....	54
2.- DISCUSIÓN .....	69
3.- CONCLUSIONES .....	73
BIBLIOGRAFÍA .....	75
ANEXOS .....	85

ANEXO 1: Esquema de búsqueda en Google Scholar .....85

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<i>Figura 1.</i> Elementos etiológicos de las fisuras labiopalatinas <sup>(5)</sup> .....	25
<i>Figura 2.</i> Clasificación de Kernahan para fisuras labio palatinas <sup>(12)</sup> .....	28
<i>Figura 3.</i> Cronograma de atención integral multidisciplinaria para LPF en pacientes pediátricos.....	42
<i>Figura 4.</i> Diagrama de Flujo de la RSL.....	50
<i>Figura 5.</i> Resumen del proceso de búsqueda en la RSL .....	51
<i>Figura 6:</i> Distribución porcentual del riesgo de sesgo por dominios.....	68

**ÍNDICE DE CUADROS**

<i>Cuadro 1.</i> Clasificación de las fisuras labio-palatinas según CIE-10.....	29
<i>Cuadro 2.</i> Tratamientos odontopediátricos para niños con LPF.....	32
<i>Cuadro 3.</i> Tratamiento según edad y malformación (Ortodoncia).....	33
<i>Cuadro 4.</i> Características de los estudios seleccionados.....	55
<i>Cuadro 5:</i> Resumen del riesgo de sesgo por cada estudio según dominios.....	67

## RESUMEN

**Objetivo:** Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre la calidad de los pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado en el periodo 2015-2019 para establecer los puntos más vulnerables en estos pacientes. **Métodos:** Se revisó una base de 1.190 resultados de publicaciones divulgadas en Google Scholar, PubMed, MedlinePlus, SciELO, de las cuales 23 cumplieron con los criterios de selección. **Resultados:** Los tratamientos dependen de la severidad de la hendidura y la edad, no importando si la fisura es unilateral o bilateral; en cuanto más temprana sea la intervención mayor éxito tendrá el tratamiento y menores las complicaciones a futuro, así como una mejora en la calidad de vida. Las opciones ortopédicas prequirúrgicas son necesarias en caso de niños con PF para facilitar su alimentación y, posteriormente, todas las opciones son quirúrgicas para corregir estética y funcionalmente las malformaciones; la edad de inicio puede ser desde horas después de nacimiento hasta la adultez del paciente, donde pueden requerirse nuevas opciones quirúrgicas, odontológicas y ortodónticos para mejorar las partes afectadas. Las opciones odontopediátricas y de ortodoncia deben iniciar al momento del nacimiento para generar expectativas favorables en la salud dental e integral del niño. La técnica quirúrgica de elección es la queiloplastia al inicio del abordaje terapéutico, a posterior se tienen la palatoplastia, osteoplastia y nasoplastia. El éxito del tratamiento radicará en la conformación de un equipo profesional interdisciplinario para seguir la evolución de cada caso e identificar opciones que sean necesarias en las diferentes etapas de la vida del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, labio y paladar fisurado, tratamientos, pacientes pediátricos

## ABSTRACT

**Objective:** To carry out a systematic review of the literature on the quality of pediatric patients with cleft lip and palate in the 2015-2019 period to establish the most vulnerable points in these patients. **Methods:** A base of 1,190 results of publications published in Google Scholar, PubMed, MedlinePlus, SciELO, of which 23 met the selection criteria was reviewed. **Results:** The treatments depend on the severity of the cleft and age, regardless of whether the fissure is unilateral or bilateral; the earlier the intervention, the greater the success of the treatment and the lower the complications in the future, as well as an improvement in the quality of life. Pre-surgical orthopedic options are necessary in case of children with FP to facilitate their feeding and, subsequently, all options are surgical to aesthetically and functionally correct the malformations; the age of onset can be from hours after birth to the patient's adulthood, where new surgical, dental and orthodontic options may be required to improve the affected parts. The pediatric and orthodontic options must begin at birth to generate favorable expectations for the child's dental and integral health. The surgical technique of choice is cheiloplasty at the beginning of the therapeutic approach, afterwards there is palatoplasty, osteoplasty and nasoplasty. The success of the treatment will be in the creation of an interdisciplinary professional team to follow the evolution of each case and identify options that are necessary in the different stages of the patient's life.

**KEY WORDS:** Quality of life, cleft lip and palate, treatments, pediatric patients

## INTRODUCCIÓN.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el disfrute de bienestar en el área física, mental y social, y no solamente especificando la ausencia de enfermedades o dolencias<sup>(1)</sup>. Complementando esta definición es importante reconocer que la salud incide sobre la calidad de vida del ser humano. En tal sentido se puede definir la calidad de vida (CV) como las diversas condiciones en las cuales una persona vive y que hacen de su existencia una experiencia satisfactoria, agradable y merecedora de ser vivida dignamente o en sentido contrario sean causa de sufrimiento, lo cual hace de la CV un término muy subjetivo e inherente al entorno social donde la persona vive y se desarrolla<sup>(2)</sup>.

A este respecto, también ha surgido un importante concepto del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el cual fue definido en 1995 por investigadores como Shumaker y Naughtonn quienes indicaron que la evaluación poco objetiva del estado de salud actual, la higiene, y promover el buen estado físico y mental sobre la aptitud del individuo para obtener y conservar un completo nivel de funcionamiento que es vital para llevar a cabo aquellas actividades que son fundamentales para cada ser humano y que inciden en su estado de salud en general. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”<sup>(3)</sup>.

Esta concepción de CVRS solo se refirió originalmente a personas adultas, sin embargo, la comunidad científica inició investigaciones para tratar de adaptarla a la realidad infantil y del adolescente pues su realidad es muy diferente a la de adulto, en tal sentido, se logró definir la calidad de vida relacionada con la salud infantil como la estimación subjetiva que realiza el infante enfermo de su satisfacción con lo que está, que es en su totalidad individual, debido a que descifra factores objetivos relacionados con su vida, y lo manifiesta en su actitud general ante lo que vive y disfruta a diario, estrechamente relacionado con su ámbito sociocultural”<sup>(4)</sup>.

La salud infantil es una fuente de preocupación tanto para los padres, el grupo familiar y los especialistas del área, incluso desde antes del nacimiento, en otras palabras, en el periodo de gestación. Esta preocupación va de la mano de los diferentes diagnósticos en las etapas

previas al nacimiento y que pueden ser observados y evidenciados en las consultas de control en el período de gestación. Una de las inquietudes, además del estado de salud de la futura madre, es la del niño que se gesta en su vientre, por ello se han innovado técnicas de imagen para observar en resoluciones cada vez precisas y modernas las características de salud del feto.

Uno de los diagnósticos que puede adelantarse desde esta etapa temprana son las fisuras orofaciales (FOF), las cuales son las malformaciones craneofaciales usualmente más apreciables en el ser humano con una prevalencia global cercana a 1 por 700 individuos nacidos vivos<sup>(5)</sup>. Su etiología es de naturaleza múltiple como consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales<sup>(6)</sup>.

Estas anomalías craneofaciales forman parte de las patologías con una prevalencia alta en la edad pediátrica. Las craneales, representan un riesgo vital y un peligro para la vida del niño o bien pueden dejar consecuencias como el déficit intelectual. En otro sentido, las malformaciones faciales no constituyen un riesgo importante para la vida del niño; no obstante, marcan la vida de los niños y su grupo familiar para siempre. Gran parte de ellos, requerirán variadas y complicadas cirugías para tratar que la apariencia de su rostro alcance una normalidad lo más razonable y aceptablemente posible y el apoyo de múltiples disciplinas del área de la salud física y mental, así como de procesos educativos adecuados a su realidad<sup>(7,8)</sup>.

Se ha catalogado a través de Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión décima (CIE-10), tres categorías de FOF, las cuales son<sup>(9)</sup>: Q36, labio leporino, que corresponde a Labio Fisurado LF en la literatura internacional; Q37, fisura del paladar con labio fisurado, que corresponde a LPF; Q36 + Q37 (LF + LPF), la suma de ambas se denomina labio fisurado con o sin paladar fisurado.

Los neonatos, así como durante el desarrollo del niño con FOF, bien con una de sus manifestaciones clínicas como el LF, con o sin fisura de paladar, o solo con el paladar fisurado presentan dificultades para su alimentación, así como hablar con claridad, y pueden cursar con infecciones en el oído, igualmente pueden presentar problemas con la audición y con la dentición<sup>(10)</sup>.

Actualmente cualquier FOF puede ser detectada mediante estudios ecográficos alrededor de la semana 13 de la gestación. Posteriormente, en etapas de mayor desarrollo fetal, el diagnóstico puede ser más fácil y preciso, sin embargo, una fisura del paladar es más difícil, pero no imposible observarla mediante este tipo de estudios, por tanto, se recurre a efectuar un análisis del amniótico del útero materno (amniocentesis). Este análisis puede demostrar que el feto heredó un síndrome genético que puede además originar otros daños congénitos <sup>(11)</sup>.

El abordaje terapéutico y el tratamiento para niños con FOF pueden variar de acuerdo a la severidad de la hendidura, la edad y las necesidades del infante, la manifestación de otros síndromes u otros defectos de nacimiento asociados, o bien de ambos. Es totalmente multidisciplinario pues requerirá de especialistas de diversas disciplinas del área de la salud, desde cirujanos maxilofaciales infantiles, fonoaudiólogos, cirujanos plásticos, médicos pediatras, otorrinolaringólogos, terapeutas de lenguaje, odontopediatras, psicólogos, entre muchos otros, estos tratamientos duraran años e incluso llegarán en oportunidades a la adolescencia y a la vida adulta, su finalidad siempre devolver la funcionalidad del niño y favorecer su autoestima <sup>(10)</sup>.

A través de la presente investigación se ha planeado como objetivo fundamental determinar mediante una revisión sistemática de la literatura sobre el tratamiento y manejo terapéutico en pacientes pediátricos con LPF. La revisión comprendió las publicaciones sobre el tema de estudio divulgados en el periodo 2015-2019 en las siguientes bases de datos Google Scholar, PubMed, MedlinePlus, SciELO en las cuales se incluirán informes, estudios de casos, artículos de revisión. Los descriptores que apoyaron la búsqueda fueron: calidad de vida, labio y paladar fisurado, tratamientos para labio y paladar fisurado en pacientes pediátricos. Metodológicamente, la investigación seguirá las pautas de la Revisión Sistemática de la Literatura.

Se espera que los hallazgos puedan orientar al tratamiento más adecuado, acorde a cada una de las complicaciones que el paciente pediátrico con labio y paladar fisurado pueda presentar, y así evitar problemas de salud oral y dificultades de atención clínica, logrando concientizar al grupo familiar sobre la importancia de mantener cuidados prenatales oportunos durante la etapa de gestación.

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El nacimiento de un niño con malformaciones derivadas de FOF, constituye para el grupo familiar y al equipo médico de atención y apoyo una causa de preocupación y a la vez retos para su abordaje, desde el apoyo requerido emocionalmente por la familia del neonato, su grado de empoderamiento de los conocimientos necesarios para apoyar a este nuevo miembro del entorno familiar, como de la perspectiva del abordaje terapéutico del equipo de atención primaria.

El tratamiento requerido es altamente especializado y multidisciplinario e imprescindible para la rehabilitación y recuperación integral del paciente pediátrico en cuyo nacimiento se manifestó el LPF. Estos pacientes por la patología que presentan pueden presentar diversos problemas de “deglución, audición, articulación del lenguaje, respiración, masticación, anomalías dentales, apariencia física, del crecimiento del tercio medio de la cara, autoestima y problemas de socialización; los cuales afectan al desarrollo normal del ser humano” <sup>(12)</sup>.

La prevalencia de esta condición es sumamente alta, El LF con o sin PF se da en 1 por cada 1.000 nacidos. El PF sólo se observa en un 1 por 2.500 nacidos. En Latinoamérica, la tasa global es de 10,49 por cada 10.000 nacimientos, con una significativa frecuencia en primer lugar en Bolivia (23,7), Ecuador en segundo lugar con 14,96 y en Paraguay se ocupa el tercer lugar con 13,3 por cada 10.000 nacimientos, sin embargo en países como Venezuela se observan tasas bajas a este respecto con 7,92 por cada 10,000 nacimientos, Perú (8,74), Uruguay (9,37) y Brasil de 10,12 por cada 10.000 niños nacidos <sup>(13)</sup>. Esto constituye un reto para el personal de salud como para los padres de familia. Padecimientos como estos se consideran entre las perturbaciones congénitas más frecuentes que aquejan las estructuras de la cara. Involucran desde tejidos blandos hasta los óseos, desde el área labial hasta fisuras que comunican la cavidad oral con nasal, pudiendo generar daños en oídos y ojos. En presencia de fisuras palatinas, el niño presenta dificultades para ser alimentado así como en su respiración, posteriormente en su desarrollo presentará dificultades fonológicas, insuficiencia en el desarrollo de los procesos alveolares, problemáticas diversas de forma, cantidad y erupción dental afectando no únicamente la dentadura infantil, sino comprometiendo la dentadura del adulto <sup>(14)</sup>.

Los pacientes con FOF requieren atención especializada inmediata y tratamientos integrales para sobrevivir, pues desde su nacimiento su salud está comprometida y expuesta a diversas infecciones y dificultades que otros niños de su edad no padecen <sup>(15,16)</sup>. Por lo tanto, es imprescindible reducir, minimizar y evitar padecimientos bucales, así como el apropiado desarrollo de las arcadas dentales para obtener una oclusión que permita la funcionalidad adecuada del aparato estomatognático. Otro inconveniente que debe afrontar tanto el niño en el transcurso de su vida como su grupo familiar es su integración social <sup>(14)</sup>.

Aún se desconocen ciertamente las causas de las FOF, en virtud que su origen se atribuye a múltiples factores tanto genéticos como ambientales o a una combinación de estos con otros factores, inclusive se ha considerado que la ingesta de medicamentos durante el embarazo así como el abuso de alcohol, drogas, tabaco, el estrés, la exposición a radiaciones ionizantes, pesticidas y virus, así como la deficiencia de vitaminas puedan estar relacionadas con estas malformaciones de origen congénito <sup>(5)</sup>.

En este sentido se plantean interrogantes como ¿Cuál es el tratamiento y manejo terapéutico más adecuado para un paciente pediátrico con labio y paladar fisurado reconocido y divulgado en publicaciones en el periodo comprendido entre el año 2015 y el 2019 y cómo han incidido sobre la calidad de vida de los pacientes?

## **2.- JUSTIFICACIÓN**

Este tema de investigación tiene gran relevancia e impacto social, ya que se trata de una población muy vulnerable como son los niños con labio y paladar fisurado y su respectivo grupo familiar, que en oportunidades tienen limitación al acceso de servicios odontológicos tanto en el sector público como privado, por lo cual el tratamiento precoz de este tipo de pacientes se ve afectado.

En cuanto a la relevancia científica, existe gran cantidad de evidencia acerca del tratamiento y manejo terapéutico de labio y paladar fisurado, pero no se ha llegado a un consenso de lo que es mejor hasta la fecha, por lo que esta investigación podrá recolectar mediante la revisión sistemática de la literatura, los mejores tratamientos de acuerdo a cada necesidad del paciente y de acuerdo a su edad.

Actualmente, esto constituye un problema de salud pública, dado que en nuestra región la mayor parte de los pacientes que sufren con esta afección son de bajos recursos económicos y es difícil acceder a este tipo de tratamientos ya que es extenso y costoso. Es verdad que existen varias fundaciones que ayudan en aquellos problemas, pero muchas de las veces es delicado recurrir a estas por diversos motivos ya sea de los pacientes o de las mismas fundaciones por lo que este proyecto tiene gran valor humanitario ya que al tratarse de esta población tan vulnerable por factores tanto físicos como sociales, se creará una guía para que cada odontólogo que pueda llegar a tratar con este tipo de pacientes, y llevar consigo los mejores tratamientos posibles.

En investigación efectuada en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz y divulgado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se evidencia las provincias con mayor ocurrencia de fisura labial y palatina son, Cotopaxi, Chimborazo e Imbabura, con una significativa prevalencia en las jurisdicciones rurales <sup>(17)</sup>. En un estudio efectuado en la Ciudad de Cuenca, Ecuador, en el periodo comprendido entre Octubre 2011- Octubre 2016, la prevalencia de LPF de pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de 20,6 casos por 1000 pacientes. El grupo etario más usualmente atendido en la consulta externa fue el de niños con edades comprendidas entre los 2 y 6 meses de edad, siendo el sexo masculino el que tuvo más prevalencia. Los pacientes mayormente provenían del Azuay agrupaba con más del 50% de los pacientes objeto de estudio y fueron los años 2013 y 2014 donde se realizaron los mayores diagnósticos. El 23% de los pacientes fueron diagnosticados de Labio Hendido Unilateral + Paladar Hendido y acorde a la clasificación de Kernahan y Stark, el grupo III con afección unilateral, fue el diagnóstico más usual, por último los datos estudiados confirman que la malformación bilateral es la más frecuente y que el 13,2% de pacientes presentaron este cuadro <sup>(18)</sup>.

Para garantizar que el estudio fuera viable, se coordinó con las autoridades institucionales de la Universidad Católica de Cuenca y con la dirección de investigación de la carrera de Odontología para, de esa manera, realizar la recopilación de datos necesarios para realizar una revisión sistemática de evidencia científica.

### **3.- OBJETIVOS**

#### **3.1.- Objetivo general**

Realizar una revisión sistemática de la literatura (RSL) sobre la calidad de vida de los pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado (LPF) en el periodo 2015–2019 para establecer los puntos más vulnerables en estos pacientes.

#### **3.2.- Objetivos específicos**

- Caracterizar los diferentes aspectos de las malformaciones orofaciales asociadas al labio y paladar fisurado.
- Documentar en artículos científicos publicados en el periodo 2015-2019 los estudios sobre tratamientos y manejo terapéutico en pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado y su relación con la mejora calidad de vida del niño.
- Identificar los diferentes tratamientos que mejoran la calidad de vida en pacientes con labio y paladar fisurado.

### **4.- MARCO TEÓRICO**

#### **4.1.- Labio y Paladar fisurado**

##### **4.1.1.- Definiciones**

Las fisuras labiopalatales son malformaciones craneofaciales de origen congénito, originadas por trastornos embriológicos en la formación de la cara focalizadas en ciertas zonas del macizo facial, fundamentalmente en el labio superior, la premaxila, el paladar duro, el piso de las fosas nasales y cuyo padecimiento se presenta mediante síntomas particulares que vinculan y afectan a los mecanismos respiratorios, deglutorios, articulatorios, auditivos y la voz <sup>(17)</sup>.

Estas hendiduras labio palatinas constituyen uno de los tipos de malformaciones que más frecuentemente afectan a las diversas estructuras bucofaciales del ser humano,

conjuntamente se consideran biológico, social y psicológico puesto que aqueja a la zona del macizo facial del paciente y repercute emocionalmente en su núcleo familiar y en su capacidad de interacción e integración a su entorno social. Son malformaciones craneofaciales congénitas producto de defectos embriológicos que acontecen durante el desarrollo de formación de la cara del niño en la vida intrauterina <sup>(12)</sup>.

El LPF representan entonces la anomalía congénita craneofacial más común recién nacidos. Puede presentarse sólo la fisura labial o la hendidura palatina o una fusión de ambas. El labio fisurado se define como una perturbación del desarrollo, representado por un defecto en forma de cuña que es resultado de una omisión en la fusión de las dos partes del labio en una sola estructura y el PF se considera un defecto del desarrollo del paladar del niño determinado por la insuficiencia total de fusión de las dos crestas palatinas, ocasionando una comunicación con la cavidad nasal ausente <sup>(19)</sup>.

#### **4.1.2.- Etiología del LPF**

A efectos de explicar etiológicamente la manifestación del LPF o sus combinaciones, se han planteado supuestos teóricos que explican estas malformaciones como hereditarias, ambientales, hormonales, mecánicas y tóxico infecciosas <sup>(17)</sup>. A continuación, se presenta la Figura 1, donde etiológicamente se observan las combinaciones ambientales y genéticas como generadoras de las fisuras labiopalatinas.

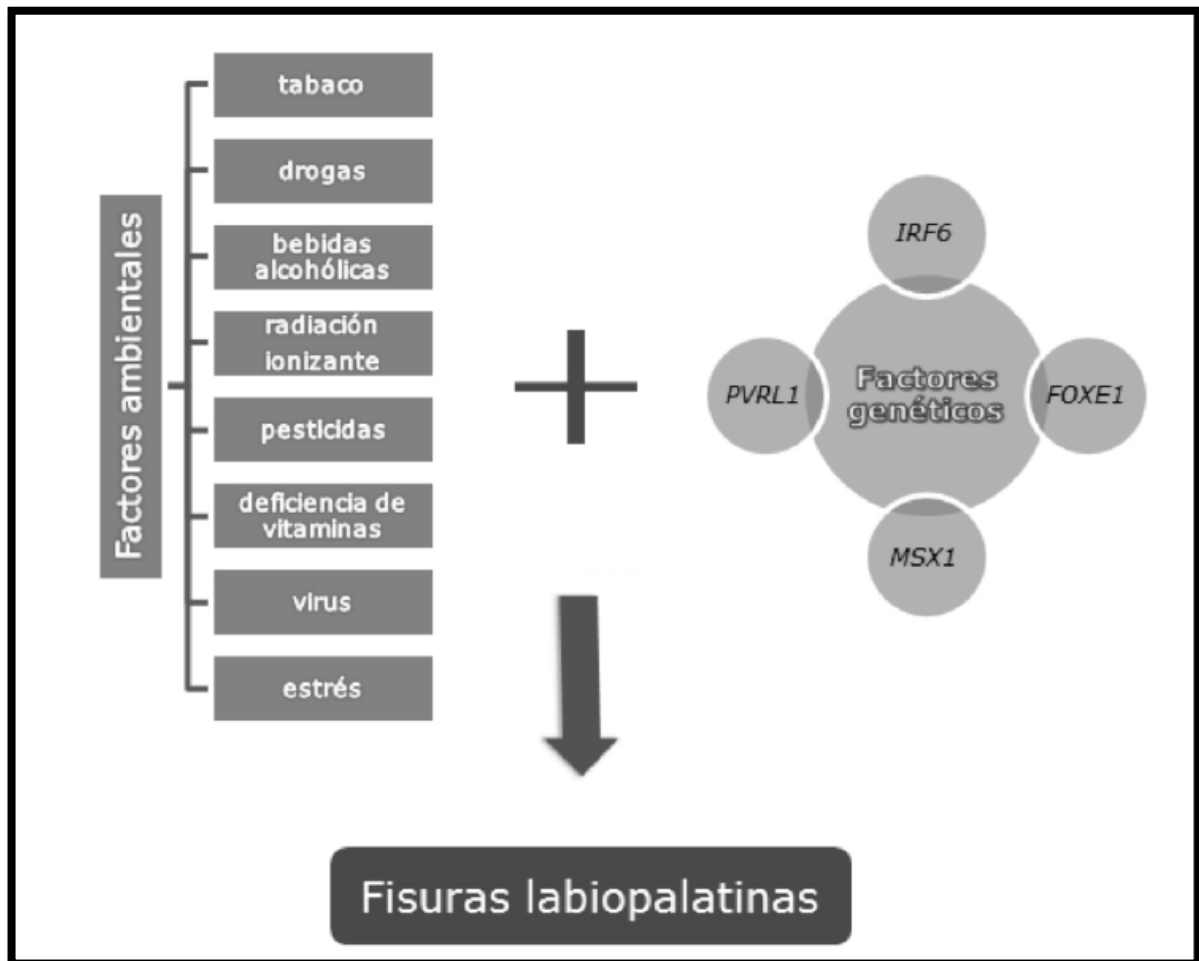


Figura 1. Elementos etiológicos de las fisuras labiopalatinas <sup>(5)</sup>

Las FOF tienen una prevalencia mundial estimada de 1 por 700 personas nacidas vivas. Su etiología se caracteriza por ser de naturaleza multifactorial proveniente de la interacción conjunta de factores genéticos y ambientales. Investigaciones relacionan factores genéticos con el desarrollo de fisuras orofaciales y determinan una prevalencia aproximada entre 60% y 70% de casos como aislados, sin combinación alguna con síndromes u otras malformaciones congénitas <sup>(5)</sup>.

El origen racial estas anomalías es variable, desde 1 en 500 nacimientos en la raza asiática, a 1 en 2.500 en raza negra y 1 en 1.000 entre caucásicos, hispánicos y latinos. Una significativa frecuencia de fisuras labio-palatinas es reportada en países de Sudamérica como Bolivia, Ecuador y Paraguay <sup>(20)</sup>.

A continuación, se refieren algunos factores etiológicos de las FOF:

- Hereditarios: Los cuales son establecidos en 3 subgrupos, la herencia mono genética, herencia poligénica o multifactorial y los errores cromosómicos<sup>(12)</sup>. El gen que presenta mayor relación con la ocurrencia de FOF no sindrómicas en aproximadamente el 12% de los casos identificado actualmente es el IRF6; además, participa enérgicamente en el desarrollo del síndrome de van der Woude y del Pterigeon Poplíteo<sup>(21)</sup>. Otros genes destacados en este sentido son el “FOXE1, implicado en el desarrollo embrionario; el PVRL1, decodificador de moléculas de adhesión celular, y el MSX1, que decodifica los factores de transcripción y, está involucrado en la etiología de las ausencias de piezas dentarias”<sup>(5)</sup>.
- Ambientales: Factores de riesgos conductuales como el tabaquismo, drogadicción, alcoholismo, deficiencias metabólicas originadas por malnutrición, exceso de vitamina A, insuficiencia de elementos nutricionales como riboflavina, ácido fólico, magnesio, ácido pantoténico y vitamina E; exposición a radiaciones que pueden originar mutación de cromosomas en la organogénesis; hipoxia con potencial generación de deficiencia vascular<sup>(17)</sup>. Uso de medicamentos, las mujeres que consumieron para el tratamiento de la epilepsia, el topiramato o ácido valproico, durante los primeros tres meses del embarazo tienen mayor riesgo de tener un niño con labio fisurado, con o sin fisura del paladar, comparadas con aquellas embarazadas que no ingirieron estos medicamentos<sup>(10)</sup>.
- Tóxicos: Infecciones virales (rubéola y el sarampión); infecciones parasitarias (toxoplasmosis).
- Hormonales: alteraciones pancreáticas y pacientes con adrenalectomía. Las mujeres que padecían diabetes antes del embarazo corren con más riesgo de dar a luz un hijo con el labio hendido, con o sin paladar hendido, con respecto a las que no presentan esta entidad clínica<sup>(22)</sup>.
- Mecánicos: El volumen irregular de líquido amniótico bien por hidramnios o por oligohidramnios pueden generar FOF<sup>(17)</sup>.

#### **4.1.3.- Epidemiología de LPF**

La prevalencia de LPF en diferentes poblaciones humanas en casos aislados no sindrómicos es del 70% involucrando al labio y paladar, y del 50% incluyendo solo el

paladar. A escala global la prevalencia más alta de Labio/paladar fisurado se evidencia en la raza asiática y en nativos americanos (1/500); la población caucásica presenta una prevalencia promedio (1/1000) y la más baja se ubica en la población africana (1/2500)<sup>(14)</sup>.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, reportó que las provincias con mayor incidencia de LPF son Cotopaxi, Chimborazo e Imbabura, manifestándose mayoritariamente en las zonas rurales<sup>(17)</sup>.

Aproximadamente las 2/3 partes de pacientes con estas malformaciones tienen LPF, le siguen en orden de importancia las fisuras aisladas de paladar y las fisuras aisladas de labio. La fisura labial unilateral predomina sobre la bilateral. La fisura de labio y paladar es más común en el sexo masculino, y en la fisura de paladar aislada predomina el sexo femenino<sup>(8)</sup>.

#### **4.1.4.- Características odontológicas de los pacientes pediátricos con LPF**

Estas malformaciones afectan de forma significativa a los dientes de los niños, especialmente al tamaño, forma y la posición de estos. Una vez nacido el niño y observada la FOF debe programarse una vista y consulta al odontopediatra a la mayor brevedad posible a fin de que el especialista evalúe la situación dental del niño y prosiga su evolución desde los primeros días o meses de su vida. Los niños con labio o paladar fisurado tienen mayor propensión a las caries dentales por la dificultad de implementar una adecuada higiene dental por la malposición de las piezas dentarias. También los dientes del niño con estas patologías poseen un esmalte mucho más débil y una saliva más densa, haciéndolos más vulnerables frente a las bacterias acumuladas en la cavidad bucal<sup>(23)</sup>.

Las malformaciones dentales en niños con LPF son más frecuentes que en la población normal, aquejando a ambas denticiones. Las anomalías que más se observan en los niños con estas patologías son la hipodoncia y la hiperdoncia<sup>(24)</sup> ubicadas comúnmente cerca del área fisurada (área del incisivo lateral). Conjuntamente, se observan cambios en la posición, variaciones en tamaño y forma de los dientes, debilidades del esmalte, demora en el desarrollo y erupción dental. La presencia de dientes supernumerarios es la segunda malformación más común en niños con LPF. Los dientes supernumerarios representan un incremento en el número de dientes, cotejado con la fórmula dental normal. Se sitúan

primordialmente en el maxilar en un 90-98%, con inclinación o propensión en el área de la premaxila <sup>(25)</sup>.

Se ha percibido una erupción retrasada y un desarrollo rezagado radicular en el lado fisurado, lo cual parece asociado a la presencia de un diente supernumerario con una forma afectada, escaso soporte óseo y la presencia de la fisura <sup>(26)</sup>. Algunos investigadores establecieron la relación entre la demora en la edad dental y lo severo de la fisura <sup>(24,26)</sup>.

Algunas problemáticas odontológicas muy frecuentes en niños con estas condiciones pueden resumirse de la siguiente manera: maloclusiones, agenesias dentarias, variaciones de color en los dientes cercanos o vecinos a la fisura, hipoplasias dentarias, microdoncias, dientes supernumerarios, retención dentaria, variaciones en la forma de los incisivos centrales o laterales comparados con su contralateral <sup>(27)</sup>.

#### 4.1.5.- Clasificación de las fisuras labio-palatinas

A efectos de clasificar estructuralmente a las fisuras labio-palatinas Stark y Kernahan formularon una fácil clasificación incluyendo la totalidad de los tipos de fisuras del paladar primario y secundario; para hacer amigable la clasificación presentaron como pauta un organizador con la figura de la letra 'Y' la cual puede observarse en la Figura 2 <sup>(12)</sup>.

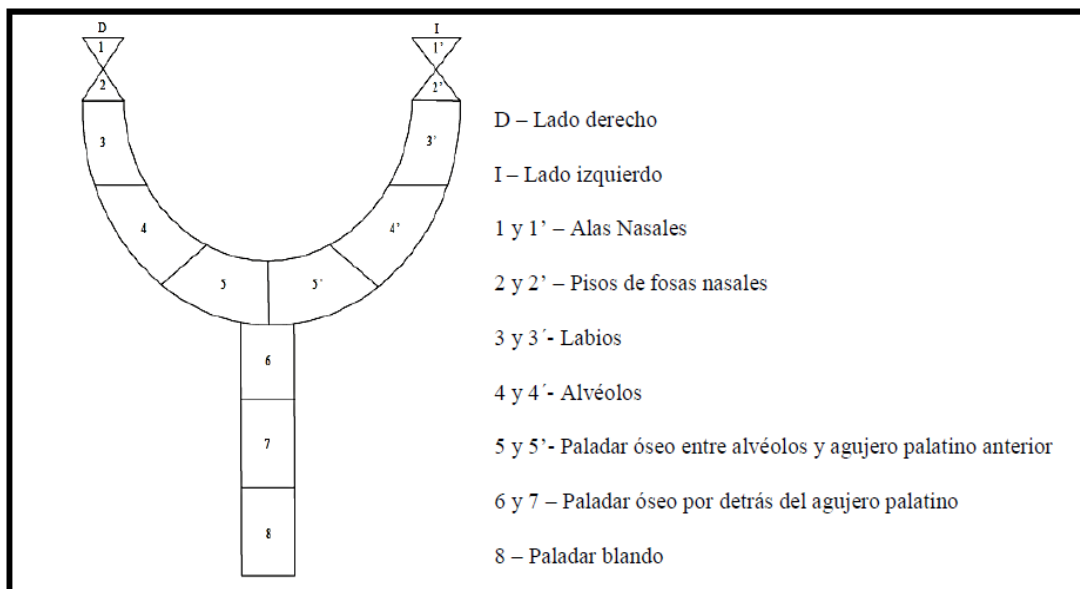


Figura 2. Clasificación de Kernahan para fisuras labio palatinas <sup>(12)</sup>.

#### 4.1.5.a.- Clasificación según Kernahan y Stark

A continuación, se presenta la clasificación planteada por Kernahan y Stark<sup>(17)</sup>:

Paladar primario: Estas fisuras se clasifican en unilateral, mediano o bilateral.

- Unilateral: afectan tanto al lado derecho como al izquierdo, bien completa o incompletamente.
- Mediano: afectación que puede ser completa e incompleta.
- Bilateral: afectación que puede ser completa o incompleta

Paladar secundario:

- Unilateral: afectación que puede llegar a ser completa o incompleta.
- Bilateral: afectación que puede llegar a ser completa o incompleta

#### 4.1.5.b.- Clasificación según CIE-10

No menos importante es la clasificación asumida por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para efectuar un diagnóstico de estas malformaciones, la cual se fundamenta en la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10)<sup>(19)</sup> que se presenta a continuación:

*Cuadro 1.* Clasificación de las fisuras labio-palatinas según CIE-10

<b>Q35 Paladar Fisurado</b>	
Q35.1	Fisura paladar dura
Q35.3	Fisura paladar blando
Q35.5	Fisura de paladar duro y blando
Q35.7	Fisura de úvula
Q35.9	Fisura de paladar sin especificar
<b>Q36 Labio Fisurado</b>	
Q36.0	Fisura labial bilateral
Q36.1	Fisura labial media
Q36.9	Fisura labial unilateral

---

### Q37 Labio y Paladar Fisurado

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

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10)<sup>(19)</sup>

#### 4.1.6.- Tratamiento

A este respecto se abordarán las opciones quirúrgicas normales y los tratamientos para las complicaciones. La opción quirúrgica para corregir el LPF se fundamenta en el caso particular de cada niño. Posterior a la cirugía inicial, el equipo médico puede sugerir opciones quirúrgicas de seguimiento para mejorar el habla o mejorar estéticamente el aspecto del labio y la nariz.

Habitualmente, las cirugías siguen el siguiente orden<sup>(11)</sup>:

- Reparación de LF en los primeros 3 y 6 meses de edad del niño.
- Reparación del PF a los 12 meses de edad o antes, si fuese posible de acuerdo con las circunstancias.
- Cirugías de seguimiento entre los 2 años de edad y la terminación de la adolescencia.

La cirugía de LPF se realiza en una unidad especializada en un hospital, bajo anestesia general y utilizando varias técnicas y procedimientos quirúrgicos para reparar estas malformaciones, reconstruir las áreas aquejadas y prevenir o tratar complicaciones conexas.

Usualmente, los procedimientos quirúrgicos pueden incluir<sup>(11)</sup>:

- Reparación de LF. Al cerrar la separación en el labio, el cirujano hace cortes en ambos lados de la hendidura y forma colgajos de tejido, estos se suturan juntos, incluyendo los músculos de los labios. La reparación debe generar un aspecto, estructura y función más estereotipados del labio. En caso de ser posible y necesaria, se efectúa conjuntamente y al mismo tiempo la reparación nasal inicial.
- Reparación del PF. Pueden emplearse varios procedimientos para cerrar la separación y reconstruir el paladar tanto el duro como el blanco, considerando la situación del niño. El cirujano hace cortes en ambos lados de la hendidura y coloca nuevamente el tejido y los músculos. Luego se cierra la reparación.
- Cirugía del tubo de ventilación del oído. Para pacientes con paladar hendido, pueden colocarse tubos de ventilación en los oídos para disminuir el riesgo de líquido crónico en los oídos, lo que conllevaría a perder el sentido del oído. La cirugía de tubo de ventilación del oído radica en instalar pequeños tubos en forma de bobina en el tímpano para generar una abertura que no permita la acumulación de líquido.
- Cirugía para reconstruir el aspecto. Pueden requerirse cirugías extras para mejorar el aspecto estético de la boca, los labios y la nariz.

Los tratamientos para las complicaciones, pueden contemplar las siguientes sugerencias del equipo médico tratante del caso del niño<sup>(11)</sup>:

- Estrategias de alimentación, requiriendo el uso de tetinas especializadas para estos casos;
- Terapia del habla para mejorar o corregir la dificultad del habla;
- Ajustes ortodónticos dentales y para las mordidas, como aparatos ortopédicos odontológicos;
- Supervisión por parte de odontopediatra del desarrollo dental y la salud bucal desde una temprana edad;
- Control y tratamiento para infecciones del oído, que pudieran contemplar la inclusión de tubos de ventilación en el oído;
- Audífonos u otros dispositivos de apoyo para un niño con pérdida de la audición;
- Terapia psicológica para asistir al niño en situaciones de estrés originadas por procedimientos médicos frecuentes u otras inquietudes del niño.

#### 4.1.6.a.- Tratamientos odontológicos

Los tratamientos odontológicos para niños con LPF dependerán de la edad y condiciones clínicas del paciente pediátrico, sin embargo, se presenta a continuación en el cuadro 2 el tratamiento por edades para este tipo de pacientes.

Cuadro 2. Tratamientos odontopediátricos para niños con LPF

De 0 a 3 años:	Orientar, Prevenir y Educar
Observar y Controlar 1. Presencia de dientes natales/neonatales. 2. Presencia de nódulos de Bohn. 3. Presencia de Pápulas de Epstein. 4. Quistes de la Lámina dental. 5. Micrognasias / macrognasias. 6. Lengua escrotal / L. pelada / L. geográfica. 7. Frenillo lingual. 8. Petequias bucales (púrpura). 9. Edema Angioneurótico (hereditario / no hereditario).	1. Alimentación/amamantamiento: De 0 a 6 meses: Sin restricción (materna exclusiva). De 6 meses a 2 años: No permitir el uso de agregados dulces a la mamadera. Iniciar la enseñanza de uso de vaso desde el año de edad. De 2 a 3 años: Uso de vaso. El consumo de leche debe ser a tempranas horas de la noche. 2. Caries tipo biberón: Concepto de ventana de infectividad (evitar el contacto de la boca de un adulto a la boca del niño). Se debe educar a la madre sobre las consecuencias que esto conlleva para eliminar malos hábitos, puesto que afecta a niños hasta el primer año de vida. Asesoría dietética (evitar el consumo de bebidas ricas en azúcar, o golosinas entre comidas y en horas de la noche). Control de acuerdo con el dolor. Tratamientos preventivos y curativos (uso de Flúor, en sus distintas presentaciones; ionómeros y sellantes; tratamiento pulpares y exodoncias según sintomatología; observación clínica). 3. Aseo y cepillado: Iniciar el hábito con la limpieza de rodets antes de la erupción de las piezas dentarias con algodón, pañal o gasa con agua tibia. El uso del cepillo se inicia al momento en que los molares comienzan a salir (sin pasta dental), aumentando la limpieza en piezas que están cerca de la fisura.
De 3 a 6 años:	Indicar y Tratar
Observar 1. Dentición temporaria completa (oclusión de 2os molares temporales). 2. Observar los primeros órganos molares permanentes cuando comienzan a salir y ubicarse en su lugar (llaves de oclusión). 3. Ausencias dentarias (agenesia), hiperdoncia (dientes supernumerarios). 4. Presencia de manchas blancas. 5. Presencia de poco esmalte en la pieza dental (hipoplasias). 6. Vigilancia y prevención de malos hábitos (succión de dedos y/u otros artículos, respiración bucal). 7. Arcadas dentarias ubicadas en el espacio en sus tres sentidos	1. Manejo de flúor en dientes temporales y mixtos. 2. Sellar surcos dudosos de 1os molares permanentes y de 1os y 2os molares temporarios. 3. Indicar higiene oral con técnica sencilla luego de cada comida (con supervisión de los padres o adultos responsables). 4. Asesoramiento dietético: evitar dulces (bebidas gaseosas, jugos azucarados) e hidratos de carbono entre las comidas. Indicar el consumo de frutas y verduras. 5. Tratamiento de restauración de dientes temporales cariados (con el objeto de obtener una oclusión favorable y al mismo tiempo prevenir pérdidas de espacios). 6. Desgaste de interferencias en caninos (para lograr mejor desarrollo de los maxilares)

continúa...

continuación

De 6 a 14 años:	Indicar y Tratar
Observar 1. Erupción de incisivos superiores e inferiores. 2. Erupción del sector lateral (caninos y premolares). 3. Relación de arcadas dentarias en los 3 sentidos del espacio.	1. Guía oclusal pasiva (series de extracciones controladas para mantener los espacios). 2. Referir a ortodoncista para obtener una guía oclusal (para llevar una vigilancia en los hábitos, la realización de ajustes oclusales). 3. Hacer uso de flúor con PH 7 diariamente. 4. Colocación de flúor con alta concentración PH 3,5 al 1% trimestral o semestralmente por un profesional y según el riesgo. 5. Aplica flúor en casa con PH 5,6 al 0,23% durante el periodo de 45 días para pacientes que se encuentren en riesgo. 6. Realizar el diagnóstico y tratamiento de las patologías periodontales.

Fuente: Tomado de Puebla & Cortés<sup>(27)</sup>

Igualmente, los tratamientos de Ortodoncia dependerán de la edad del niño y de la malformación, en este sentido en el cuadro 3 se presentan los diferentes tratamientos y procedimientos a seguir para cada caso.

Cuadro 3. Tratamiento según edad y malformación (Ortodoncia)

Malformación	Dentición Temporal	Dentición Mixta	Dentición Definitiva
Fisurado labio máxilo palatino operado. <b>ALTERACIONES</b>	Mordida cruzada unilateral del segmento menor, con agenesia del lateral y presencia de dientes supernumerarios. Resalte en el sector anterior y escalón cercano a lo normal o desviación de la línea media y mordida invertida	Mordida cruzada a nivel de molares temporales y primer molar permanente. A nivel anterior agenesia de laterales (relacionados o no c/fisura), presencia de supernumerarios y giroversión de ICS. Caninos con una ubicación muy alta.	Posición de caninos superiores muy altos y sin espacio. Pérdidas de piezas dentarias por caries. Tratamiento más complejo.
<b>TRATAMIENTO</b>	Devolver diámetro transversal y protruir grupo incisivo superior con aparato removible convencional con planos de altura, resortes y tornillos o máscara de Delaire.	Ubicar 1os molares en correcta oclusión, protruir el grupo incisivo, dejar o no espacio para el lateral. Con aparatos fijos o removibles, como el utility o Quad helix.	Aparatología fija para tratamiento combinado quirúrgico ortognático
Fisurado labio máxilo palatino bilateral operado	Maxilar triangular con compresión bilateral a nivel de caninos	Variará según la ubicación de la premaxila y de la cantidad y ubicación de sus dientes	Ídem anterior.
<b>TRATAMIENTO</b>	Expansión con aparato removible con tornillo en abanico.	Quad Helix, arco utilitario y luego aparatología fija	Aparatología fija para tratamiento combinado quirúrgico ortognático.

Fuente: Tomado de Puebla & Cortés<sup>(27)</sup>

#### 4.1.7.- Calidad de Vida

La calidad de vida de los niños es muy significativa bien si se considera como una inversión para el futuro de la humanidad o porque los niños representan un grupo importante de la sociedad por sí mismos y tienen el derecho a disfrutar de bienestar en la actualidad.

En tal sentido, la calidad de vida en los niños es un punto muy valioso y prioritario por muchas razones. Alrededor de 2.500 millones de personas o poco más o menos el 32% de la población del mundo tiene en promedio < 20 años<sup>(28)</sup>. La *United Nations Convention on the Rights of the Child* (UNCRC), (en español, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño) instituye que los niños como cualquier ser humano tienen derechos y libertades inalienables como una nutrición apropiada, asistencia médica y educación, al desarrollo de su personalidad, capacidad mental/física hasta su máximo potencial y ser libres de abusos, violencia y explotación. Así mismo el derecho tener una familia, el juego y la recreación, un nivel de vida adecuado. Los derechos del niño abarcan sus requerimientos de desarrollo apropiados para su edad que cambian con el tiempo a medida que el niño crece<sup>(29)</sup>.

A este respecto, los niños son considerados un grupo vulnerable, por cuanto no tienen la capacidad de identificar y satisfacer sus propias necesidades pues dependen de los adultos para la defensa de sus derechos, incluyendo el derecho a una vida de calidad. Por ello, el enfoque de calidad de vida está muy relacionado con la salud tanto en niños como en adultos, en este orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud instituyó una definición de salud como aquel estado de excelente bienestar corporal, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedades o dolor<sup>(30)</sup>, por tanto, desde este concepto se ha vinculado a la salud como un elemento importante de la calidad de vida.

Un amplio concepto de la calidad de vida fue planteado por la OMS en 1993, como la perspectiva de una persona de su posición ante la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores que comparte en la sociedad donde vive en correspondencia con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones, incluyendo como un sistema complejo la salud física, el estado psicológico, el nivel de autonomía del individuo, relaciones sociales, creencias individuales y su relación con características que sobresalen de su entorno<sup>(31)</sup>.

En consecuencia, el concepto de calidad de vida es objetivo y subjetivo, cada uno de estos aspectos es la suma de siete dominios: bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, comunidad y bienestar emocional. Los dominios objetivos abarcan medidas culturalmente apreciables de bienestar objetivo. Los dominios subjetivos incluyen la satisfacción del dominio ponderada por la importancia concedida por la persona <sup>(32)</sup>.

En algún momento de su infancia, los niños empiezan a comparar sus rasgos físicos y de personalidad con el resto de los niños. Por tanto, para considerar el concepto de calidad de vida en la vida de un niño, es preciso abordar su mundo de interacción social más relevante: la escuela. En este escenario, debe reconocerse el perfil multidimensional del LPF, considerar cómo interactúan los múltiples factores en la cotidianidad social de los niños en la etapa escolar y preparar al niño con LPF así como su grupo familiar y a sus docentes para su ingreso y posterior continuidad en el ámbito escolar, Por ello, el abordaje terapéutico múltiple y multidisciplinario debe involucrar esta realidad de la vida del niño <sup>(35)</sup>.

A este respecto, investigaciones efectuadas en niños/adolescentes con LPF señalan que la mayoría experimentan problemas psicosociales que incluyen ansiedad, depresión e alejamiento social, baja autoestima, desconocimiento sobre su apariencia, y problemas para la adecuada interacción social. Por tanto, cobra importancia estudiar la relación entre la percepción de calidad de vida en niños con LPF para mejorar la comunicación entre pacientes, padres y el equipo tratante, así como desarrollar la comprensión de la relación entre la salud oral y los estados anímicos de los niños y de la vida de sus familias <sup>(33)</sup>.

Un aspecto a considerar es que la apreciación de los niños sobre su estado de bienestar puede ser expresado por ellos en una edad comprendida entre 4 a 6 años, y aspectos sobre la satisfacción con la vida solo lo podrán expresar solo tan pronto a los 8 años de edad, por tanto, si se requiere estudiar la calidad de vida en niños deben ser contempladas todas las implicaciones que los afectan para poder evaluar su impacto en su experiencia de vida. En tal sentido se han elaborado múltiples instrumentos para hacerlo. Estos instrumentos permiten comparar entre diferentes grupos de niños con y sin enfermedad. Los más importantes en la actualidad son: 1) el perfil de salud y enfermedad infantil de Starfield *et al.*, del año 1995; 2) el Cuestionario de Salud Infantil de Landgraf, Abetz, & Ware, del año 1996); 3) el inventario de Calidad de vida pediátrica o PedsQL de Varni, Seid y

Rode, de 1999; 4) Calidad de vida juvenil de Edwards, Huebner, Connell y Patrick del 2002; v) el KIDSCREEN de autores como Ravens et al., del 2008 <sup>(32)</sup>.

La mayoría de los instrumentos ahondan únicamente sobre los aspectos negativos de vida, específicamente sobre problemas y ciertos comportamientos o experiencias en el último mes. También hay instrumentos para padres de niños entre 5 a 18 años y formularios de informe de padres de niños entre 2 a 18 años. El PedsQL ha sido considerablemente investigado, demostrando una excelente confiabilidad, validez y sensibilidad, en general y en poblaciones de pacientes jóvenes y niños. Certificando su amplia aplicabilidad, existen más de 75 traducciones internacionales.

Por tanto, uno de los aspectos más importantes que se consideran a este respecto es la evolución de las dinámicas diarias del niño acorde a su edad, de los cambios emocionales, de la apreciación de las relaciones y las destrezas para la comunicación. Estas variaciones en el progreso paulatino cognitivo, emocional, funcional y conductual tienen que ser valoradas para ser incluidas en los instrumentos para evaluar la percepción calidad de vida en los niños con respecto a su salud bucal.

#### **4.1.8.- Factores afectados en la calidad de vida del niño con LPF**

Los factores son múltiples, tanto físicos como sociales y emocionales. Uno de los primeros factores que afectan la calidad de vida del niño con LPF al momento de su nacimiento es el relacionado con su alimentación. La succión y deglución se ven afectadas por esta condición. La hora de amamantar a un recién nacido constituye una ocasión significativa para el niño y la madre pues se establecen importantes vínculos materno-filial. Este debería ser un momento de quietud para aportar al niño sentimientos de seguridad. Sin embargo, para el neonato con LPF pueden presentarse problemas mecánica para la succión por tanto requerirán de apoyo especializado al respecto e ir incrementando técnicas apropiadas para alimentar, bien desde el seno materno o por el uso de biberones diseñados para estas ocasiones. De acuerdo a las circunstancias, la presión para succionar puede ocasionar retorno de la leche por la vía nasal <sup>(34)</sup>.

Otro factor que incide en la calidad de vida del niño con LPF es que esta malformación trastorna la funcionalidad normal de la trompa de Eustaquio generando problemáticas para

el drenaje del oído, facilitando la propensión de la aparición de otitis. Esto se agravaría en caso de infecciones respiratorias del tracto superior.

Igualmente, la dentición en los niños se ve afectada por la presencia de LPF, en el área de la fisura los dientes pueden, en oportunidades, duplicarse, mal formarse, desplazarse o definitivamente no formarse. Esto puede darse tanto en dientes temporales como en los definitivos. Los dientes definitivos generalmente surgen a partir de los 6 o 7 años de edad y en la zona malformada pueden llegar a faltar, aun cuando los temporales estuviesen bien, o puede suceder lo contrario <sup>(34)</sup>.

Circunstancias como la fonética y el dominio del lenguaje afectan la calidad de vida del niño con LPF, lo mismo su apariencia física que, aun cuando reciba el apoyo necesario y especializado, la curiosidad innata del niño afectado al compararse con otros niños incidirá sobre su aspecto emotivo y podría afectar su autoestima personal.

#### **4.1.9.- Procedimientos que mejoran la calidad de vida del niño con LPF**

Algunos procedimientos que desde muy temprana edad pueden ayudar al niño y su grupo familiar a enfrentar esta malformación se mencionan a continuación acorde a lo sugerido por Mayo Clinic <sup>(35)</sup>:

- Pericias y tácticas de alimentación, como usar un biberón especial o alimentador, o en su caso, estrategias para mejorar la succión del seno materno;
- Terapia del lenguaje para mejorar aquellas dificultades del habla;
- Tratamientos ortodónticos en los dientes comprometidos en el área fisurada así como para las mordidas;
- Control de un odontopediatra para garantizar un adecuado desarrollo y salud bucodental desde edades muy tempranas;
- Vigilancia y tratamiento para infecciones de oído por parte de un especialista en ORL pediátrica lo cual puede contemplar el uso de tubos de ventilación;
- Adaptación de audífonos u otros mecanismos asistenciales para un niño con LPF que presente pérdida auditiva.

- Psicoterapias con especialistas infantiles para apoyar al niño con LPF a combatir el estrés de múltiples y diversos procedimientos médicos continuos u otras inquietudes asociadas con el manejo de su autoestima.

#### **4.1.10.- La calidad de vida relacionada con la salud bucal**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud bucal como la ausencia de dolores, afecciones o enfermedades que afectan la cavidad bucal y dientes, como el cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos (labio fisurado o paladar fisurado) padecimientos periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, así como también otros factores que incidan negativamente en el bienestar bucal <sup>(36)</sup>.

La salud bucal es integrante de la salud general, por tanto, las patologías orales inciden en el desarrollo general del niño afectando desfavorablemente su calidad de vida. En el momento del nacimiento la presencia de FOF, así como durante la infancia se presentan diversas afectaciones bucales tales como la enfermedad gingival, traumatismos dentales y caries prematuras de la infancia, que impactan la cotidianidad de los niños y la de sus padres. Muchas de estas dolencias causan problemas para la alimentación adecuada de los recién nacidos, igualmente generan dolor, problemas para masticar, limitaciones de carácter funcional, para conciliar el sueño, problemas en el comportamiento y cambios de humor, insatisfacción con la apariencia personal, lo cual en oportunidades desemboca en bajo rendimiento académico deteriorando la calidad de vida del niño.

Los problemas de salud oral además de las consecuencias de salud en el ámbito orgánico y funcional, también tienen impactos en la economía del hogar, en el área social y en la psicológica que requieren atención especializada desde cada una de estas vertientes.

La calidad de vida relacionada con salud bucal es una concepción comparativamente nueva que toma en cuenta la autopercepción de la persona sobre su salud e involucra aspectos socioemocionales y funcionales, implicando al ser humano integralmente y no solo considerando circunstancias como el dolor o la modificación funcional <sup>(37)</sup>.

A efectos de medir la calidad de vida relacionada con la salud oral/bucal se han elaborado instrumentos para valorar estas condiciones tales como el *Early Childhood Oral Health*

*Impact Scale* (ECOHIS), el cual evalúa a los niños hasta la edad de 7 años incluyendo en su contenido una unidad de Impacto en el niño, que considera: sintomatología, funcionalidad, psicología y autoimagen, dominios de interrelación social, así como un apartado de Impacto en el grupo familiar <sup>(38)</sup>.

De la misma manera se han elaborado otros instrumentos para evaluar la calidad de vida en el infante relacionada con su salud bucal como el Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14), que valorar la incidencia de los problemas de salud bucal considerando particularidades como síntomas orales, restricciones funcionales y el bienestar social y emocional. Para adolescentes de 11 a 14 años de edad se ha creado el Parental- Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), a ser respondido por los padres o quienes tengan a su cuidado a los pacientes, a este respecto, la opinión de los padres constituye la base fundamental para la toma de decisiones respecto a la salud de sus hijos y su apreciación influye significativamente en el abordaje terapéutico a seguir <sup>(36)</sup>.

#### **4.2.- Antecedentes de la Investigación**

Lombardo-Aburto <sup>(20)</sup>, en su investigación titulada “La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido” sostiene que en virtud de lo complicado de la de la deformidad maxilofacial producto de una FOF, se demanda de un manejo terapéutico multidisciplinario donde participen diferentes disciplinas. Entre estas contempla áreas quirúrgicas y no quirúrgicas. Entre las quirúrgicas contempla la participación de la cirugía maxilofacial, cirugía plástica y anestesia, y entre las no quirúrgicas considera que deben intervenir la estomatología, audiología, foniatría, odontopediatría, otorrinolaringología, genética, pediatría y psicología.

El abordaje quirúrgico en primera instancia procura un cierre adecuadamente óptimo, una excelente función y un importante resultado estético, por lo tanto, es preciso que el neonato sea referido a la unidad especializada desde los primeros días después de su nacimiento. Se estiman mínimamente 4 eventos quirúrgicos por caso. “El primero a los tres meses de edad para cierre de labio y plastia de punta nasal; el segundo entre los 12 y 18 meses de edad para el cierre del paladar y faringoplastia; el tercero entre los 6 y 8 años de edad con injerto óseo alveolar; el cuarto se efectúa después de los 14 años y es la cirugía estética facial (rinoseptumplastia, mentoplastia, etc.)” <sup>(20)</sup>.

La misma fuente sostiene que existen tres etapas preventivas: I) prevención primaria, la cual va dirigida a la futura madre en la etapa previa a la prenatal (3 meses antes del embarazo) que incluye la ingesta diaria de 400 mcg/día o 0.4 mg, de ácido fólico, hasta la semana 12 del embarazo; la eliminación temprana de factores de riesgo, concienciar a la mujer embarazada sobre la importancia de la oportuna y temprana asistencia a las visitas de control obstétrico, por lo menos en cinco oportunidades acorde a lo sugerido por la OMS; II) prevención secundaria, orientada al diagnóstico en etapas tempranas del embarazo y tratamiento oportuno al momento del nacimiento acorde a las circunstancias del caso; III) prevención terciaria, destinada a la rehabilitación y gestión de las complicaciones del caso <sup>(20)</sup>.

Martínez-Pérez, *et al.* <sup>(39)</sup>, en su estudio titulado “Combinación de la técnica funcional con Ortodoncia en el tratamiento de pacientes fisurados labio-palatinos” manifiestan que en un universo de 44 pacientes, el grupo de edad que predominó significativamente fue el de 0-3 años de edad de origen rural siendo el sexo masculino el más afectado en cuanto a fisuras labiales del lado izquierdo, en el sexo femenino las fisuras palatinas fueron las de mayor frecuencia. Un porcentaje mayoritario de los niños no fueron diagnosticados por ultrasonido antes del nacimiento.

La investigación comprobó que el cierre conjunto del labio y el paladar blando, en un solo tiempo, fue el abordaje quirúrgico más utilizado en la totalidad de los pacientes con fisuras labiales y palatinas, en unos casos varió porque el estado general del paciente no permitió la aplicación de anestesia general y por tanto el procedimiento se retrasó. El cierre del paladar blando aislado, se efectuó generalmente entre los 3 y 8 meses de edad, mientras que el del paladar duro, se practicó mayormente entre los 13 y los 18 meses de edad. Las primordiales técnicas quirúrgicas empleadas para la corrección de las fisuras bucales, especialmente para el cierre del labio fue la técnica de Millard en casi la mayoría de los pacientes, sin resultados primarios favorables, siendo nuevamente muchos de ellos intervenidos. Desde el año 2015 se asume el uso de la técnica funcional de Delaire y los colgajos triangulares, combinándola con otras como la Tecnison Randal para el abordaje de fisuras complejas, alcanzando buenos resultados estéticos, funcionales y mayor agrado y bienestar de los pacientes y su grupo familiar <sup>(39)</sup>.

A efectos del cierre del paladar blando fue utilizada la Estafilorrafia, con modificaciones que llevan las incisiones hacia la pared anterior de la faringe, logrando paladares más amplios y funcionales. La Palatorrafia fue usada con la metodología de “*push back*” en todos los pacientes, alcanzando óptimos resultados. La relación entre pacientes estudiados y el uso de la terapéutica ortodóncica evidenció que la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento ortodóncico posterior a la intervención quirúrgica, con el fin de obtener expansión ósea y alineación dentaria. Los resultados de la combinación de la técnica funcional con la ortodoncia, concluyeron que a pesar de que el tratamiento de estas patologías es complicado, la mayoría de los pacientes han obtenido resultados favorables. La restauración protésica fue usada en algunos niños con falta de dientes incluidos en las fisuras del reborde alveolar, formando parte integral del sistema multidisciplinario al paciente <sup>(39)</sup>.

Sigler <sup>(40)</sup> en su investigación sobre “Protocolos para la planificación quirúrgica en las clínicas de labio y paladar hendidos en la zona noroeste de la República Mexicana” cuyo objetivo fue estandarizar el abordaje quirúrgico de las fisuras de labio y paladar hendido en los pacientes atendidos en las clínicas ubicadas en Tijuana y Ensenada, Mexicali y Hermosillo, ciudades que se ubican al noroeste de México. De la misma manera contemplan la conformación de un grupo de apoyo de profesionales en Cirugía Plástica, Odontología Pediátrica, Ortodoncia, Otorrinolaringología, Terapia de Lenguaje, Terapia Familiar, Psicología Pediátrica y otras disciplinas, logrando seguir el tratamiento multidisciplinario hasta por 10 años. Los beneficios estéticos y funcionales son favorables cuando la cirugía reconstructiva se complementa con estas otras disciplinas.

Las fisuras de labio y paladar hendidos han de ser atendidas desde el mismo momento del nacimiento, asistiendo psicológicamente a los padres y resto del grupo familiar cercano, enseñándolos sobre la alimentación y cuidados especiales del paciente, alistando al niño para su primera intervención quirúrgica que en la mayoría de los casos es la queiloplastia, y para la segunda, la palatoplastia, y resaltando el apoyo por la Odontopediatría y Ortodoncia para favorecer el desarrollo de la salud de los órganos dentales y moldeamiento de los cartílagos alares y de los segmentos maxilares. De la misma forma, suministrar la terapia del lenguaje cuando el niño comience a coordinar su habla. La evaluación audiológica es necesaria desde el nacimiento y la instalación de tubos de ventilación impedirá problemas de auditivos y del habla siempre que haya sido indicada <sup>(40)</sup>.

Esta misma fuente señala que durante toda la infancia y hasta la edad adulta, los pacientes pueden demandar arreglos labiales y nasales, implantación de injertos óseos alveolares, faringoplastias, colgajos faríngeos, distracción maxilar y por último la cirugía ortognática para las dificultades y complicaciones con la oclusión o de aumento del tamaño facial. Antes de adelantar cualquier intervención quirúrgica, es preciso la valoración conjunta del equipo multidisciplinario para alcanzar resultados óptimos <sup>(40)</sup>. Esta autora presenta un cuadro que contempla todo el tratamiento que requieren los pacientes pediátricos con LPF, el escenario es desde el nacimiento hasta la edad adulta (Ver Figura 3).

	MESES												AÑOS																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	30			
NUTRICIÓN, MOLDEAMIENTO NASOALVEOLAR, PSICOLOGÍA A LOS PADRES	■	■	■																																
QUEILOPLASTIA			■	■	■	■																													
INSTRUCCIÓN DE HIGIENE DENTAL							■	■	■	■	■	■	■	■	■																				
TUBOS DE VENTILACIÓN						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
PALATOPLASTIA												■																							
TERAPIA DE LENGUAJE Y ORTOPEDIA MAXILAR													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
CIRUGÍA PARA CERRAR PALADAR ANTERIOR																■	■																		
CORRECCIONES DE NARIZ Y LABIO				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
COLGAJO FARINGEO O FARINGOPLASTIA																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
PSICOLOGÍA AL PACIENTE																																			
INJERTO ÓSEO ALVEOLAR																																			
ORTODONCIA																																			
SEPTOPLASTIA																																			
CIRUGÍA MAXILOFACIAL																																			

Figura 3. Cronograma de atención integral multidisciplinaria para LPF en pacientes pediátricos.

Fuente: Sigler <sup>(40)</sup>.

Respecto al estudio de la calidad de vida, en el año 2018, López-Ramos <sup>(41)</sup> realizó una investigación acerca de la relación entre el tratamiento de las fisuras labiopalatinas y calidad de vida en niños menores de 24 meses de edad que tuvieron intervención quirúrgica primaria en un instituto de salud en Lima, cuyo objetivo principal fue determinar dicha relación, para lo cual se aplicó el cuestionario *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS), se llevó a cabo un análisis de una variable, luego bivariado para realizar un

contraste con significancia estadística del 95%; los resultados obtenidos indicaron que la frecuencia de fisura labiopatlatina ocupó el 75,27% y que luego de los tratamientos a los que se procedió, las medidas del cuestionario ECOHIS descendieron en global y en el apartado del impacto para el niño y su familia, por lo que es un resultado positivo en la calidad de vida de los pacientes investigados.

Salas y Garzón <sup>(42)</sup>, publicaron en 2013 un artículo llamado “La noción de calidad de vida y su medición” cuyo objetivo general fue la revisión bibliográfica de la definición de calidad de vida y como medirla, considerando su etiología, desarrollo modelos y enfoques. Esta revisión se orientó a la describir los conceptos que algunos autores toman en consideración desde diferentes puntos de vista del conocimiento en relación con la formación de la calidad de vida. Los resultados obtenidos con dicha revisión fueron que las diferentes perspectivas de la calidad de vida se dan desde lo subjetivo, lo objetivo, lo cuantitativo, lo cualitativo, lo biológico y lo sociológico, pasando de estudiar el bienestar, al nivel de vida, condiciones de vida y calidad de vida, la cual mantiene desde sus inicios la visión economicista y de mercadeo que dio origen al término desde las teorías desarrollistas; su medición está estrechamente vinculada con percepciones y expectativas del individuo en su contexto social, económico y cultural.

Benítez <sup>(43)</sup>, en su artículo “La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros” tuvo como objetivo principal trazar los retos metodológicos que afectan al estudio de la calidad de vida actualmente, la metodología fue la realización de un breve esquema descriptivo del desarrollo y evolución en concordancia con las diferentes esferas de la percepción de calidad de vida, los progresos actuales y la previsión de una futura guía o modelo a nivel nacional e internacional, se concluye que hay extensa literatura de este tema, sin embargo, por no tener estudios específicos, se recomienda que además de la existencia de retos puramente metodológicos, la futura indagación además tiene que dar respuesta a las necesidades sustantivas. En este ámbito se incluyen las indagaciones cuya finalidad sea promover la Calidad de Vida en pacientes con condiciones de salud concretas, el bienestar subjetivo en niños y adolescentes, e investigaciones vinculadas con conductas ecológicas, o con características personales como lo son los apegos y el sentido de pertenencia a una sociedad o al lugar donde vive.

En el año 1993, Bousoño *et al.* <sup>(44)</sup>, realizaron un estudio acerca de la relación entre la salud y la calidad de vida en el que el objetivo principal fue la revisión de la literatura relacionada con la salud y con la calidad de vida, se tomaron en consideración los síntomas, psicosociales para enfermedades crónicas y psiquiátricas, en el que se concluyó que cuando de salud mental se trata, es importante el uso de los fármacos que coadyuven con la percepción de bienestar; para las enfermedades crónicas es fundamental que se utilicen tratamientos con tecnología avanzada, ya que esto pone manifiesto lo esencial que significa la calidad de vida para las personas, y tal vez, de hecho sea lo único indispensable desde la perspectiva del paciente y/o de la familia.

Segura y De La Hoz <sup>(45)</sup> en 2017, realizaron una publicación que trataba de la revisión sistemática de los instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con pacientes con periodontitis durante los últimos cinco años, para dicha revisión se accedió a diferentes bases de datos y se identificó que el instrumento mayormente utilizado es el *Oral Health Impact Profile* seguido por las otras escalas; se mostró en dichos estudios que la periodontitis puede causar un impacto negativo en la calidad de vida, sin embargo, esta percepción cambiaría de manera significativa cuando se lleva a cabo un tratamiento idóneo para la enfermedad; se concluyó que es importante que motive a los investigadores a implementar mayor rigurosidad metodológica y estandarización de técnicas para obtener resultados confiables de los instrumentos utilizados, así como también la mejora o creación de nuevos instrumentos que puedan dar a conocer mayor detalle en el impacto de la calidad de vida para pacientes con periodontitis.

Vásquez Olmedo LB, *et al.* <sup>(46)</sup> en 2014, realizaron una revisión sistemática de los instrumentos que han sido más utilizados para realizar la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral como lo son el *Oral Health Impact Profile* (OHIP), el *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) y el *General Oral Health Assessment Index* (GOHAI), su organización, valoración, validación y aplicación en investigaciones llevadas a cabo en adultos mayores mexicanos, con este análisis se concluyó que la percepción de calidad de vida en los adultos mayores es fundamental y por lo tanto su medición es importante, ya que esto ayuda a que sea viable el estudio de los efectos de un tratamiento o enfermedad, que bien puede ser el estado de ánimo, las expectativas del paciente y su manera de sentirlo, medirlo y comunicarlo de acuerdo con su entorno, se recomienda la práctica de la consciencia de la calidad de vida, específicamente la del adulto mayor, para

de esta manera llevar a cabo proyectos que mejoren la atención no solo a este tipo de paciente, sino también a toda la población, para dar una mayor expectativa de vida y bienestar biopsicosocial.

## **5.- HIPÓTESIS**

No se precisa el planteamiento de hipótesis por ser un estudio de revisiones sistemáticas descriptivas.

**CAPÍTULO II**  
**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## **1.- MARCO METODOLÓGICO.**

<b>Enfoque:</b>	El enfoque de la investigación es cuantitativo
<b>Diseño de Investigación:</b>	Descriptivo
<b>Nivel de la Investigación:</b>	Descriptivo
<b>Tipo de Investigación:</b>	Observacional – Metaanálisis
<b>Por el ámbito:</b>	Documental
<b>Por la técnica:</b>	Observacional
<b>Por la temporalidad:</b>	Retrospectivo

Se realizó una investigación documental bajo el enfoque cuantitativo y concebida como una Revisión Sistemática de la Literatura (RSL) para determinar el estado del arte en el tema indagado.

## **2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.**

Se consideraron aquellas publicaciones en el idioma español o el inglés. Al consultar bases de datos se ubicaron 1.190 publicaciones (ver Anexo 1), de los cuales se escogieron a aquellos que presentaron solamente resultados que relacionaron la mejora de la calidad de vida con tratamientos en pacientes pediátricos en las edades comprendidas entre los primeros días de nacidos hasta los diecisiete años de edad atados y que fueron abordados terapéuticamente a edad temprana, con el objetivo de poder comprobar la eficacia en la aplicación de los tratamientos. Fueron seleccionados 23 estudios publicados pues cumplieron con los parámetros de investigación.

### **2.1.- Criterios de selección**

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

#### **2.1.1.- Criterios de inclusión**

- Los artículos y otras publicaciones que consideraron la mejora de la calidad de vida producto de tratamientos efectuados en pacientes pediátricos con labio y paladar

fisurado durante los años 2015 al 2019 y palabras claves como calidad de vida, labio y paladar fisurado, tratamientos, pacientes pediátricos.

### **2.1.2.- Criterios de exclusión**

- Artículos publicados no relacionados con el tema objeto de estudio, presentación solo de resúmenes o trabajos incompletos, y/o artículos publicados antes del año 2015.

### **3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Las variables consideradas para el análisis fueron:

- Número de artículos científicos por año sobre el tema abordado; a este respecto fueron considerados los publicados en el periodo comprendido entre 2015-2019.
- Número de artículos por año; esta variable consideró la cantidad de artículos subdividiéndolos por año de publicación.
- Fuentes de información; fueron consideradas publicaciones científicas, informes, estudios de casos, artículos de revisión tesis de pregrado y posgrado, ubicadas en los siguientes recursos virtuales para investigadores: Google Scholar, PubMed, MedlinePlus, SciELO.
- Diseño de investigación de las investigaciones consultadas; estudios con diseños descriptivos, revisiones documentales, observacionales, no experimentales, transversales, analíticos, estudios de casos, prospectivos, revisiones sistemáticas de literatura, metaanálisis, trabajos de grado a nivel de pregrado y posgrado.
- Variables resultantes de tratamientos para pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado; se ubicaron mayoritariamente estudios con pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado que fueron tratados por los diferentes abordajes especializados de ambos sexos para observar la mejora de la calidad de vida derivada de los tratamientos previamente realizados.

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

### **4.1.- Instrumentos documentales**

Se utilizó la técnica de la ficha de contenidos y el registro de páginas web de origen de los artículos y tesis.

### **4.2.- Instrumentos mecánicos**

Para la captura de información se utilizó una computadora de escritorio.

### **4.3.- Materiales**

Solo se empleó el uso de material de escritorio.

### **4.4.- Recursos**

Los recursos que se utilizaron fueron:

- Recursos institucionales: Biblioteca de la Carrera de Odontología
- Recursos humanos: Examinadores y Tutores)
- Recursos financieros (Autofinanciado)

## **5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS**

### **5.1.- Ubicación espacial.**

La biblioteca de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, está ubicada en la parroquia Bella Vista del cantón Cuenca; delimitada por la prolongación Norte de la Avenida del Chofer hasta la intercepción con la vereda occidental de la Avenida Miraflores.

## 5.2.- Ubicación temporal.

El estudio se llevó a cabo durante el periodo junio–septiembre de 2019, con la recolección de la información que refleja la relación entre los tratamientos en pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado y los cambios en su calidad de vida.

## 5.3.- Procedimiento de la toma de datos.

La investigación se desarrolló en las instalaciones de la Universidad Católica de Cuenca, efectuando la revisión sistemática de estudios publicados en repositorios digitales. La RSL comprendió el análisis de las publicaciones sobre el tema de estudio, divulgados en el periodo 2015-2019 en las siguientes bases de datos: Google Scholar, PubMed, MedlinePlus y SciELO; incluyendo informes, estudios de casos, artículos de revisión, trabajos de grado, tanto de pregrado como de posgrado, de prestigiosas universidades nacionales e internacionales. Los descriptores o palabras clave que apoyaran la búsqueda son: calidad de vida, tratamiento y manejo terapéutico de pacientes pediátricos con LPF. A continuación, se muestra el diagrama de flujo del proceso:

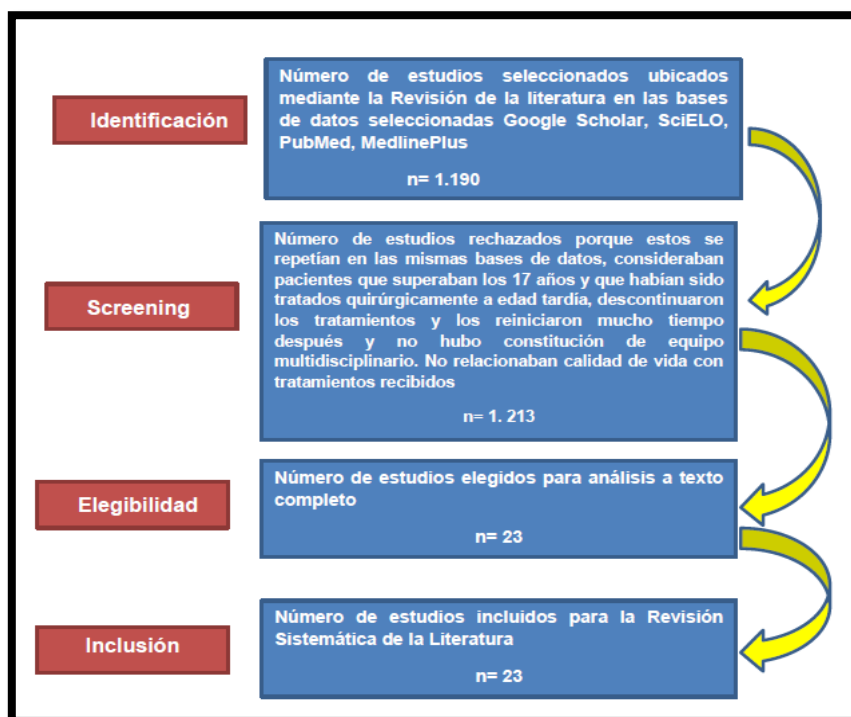


Figura 4. Diagrama de Flujo de la RSL

Elaboración: Autor de la investigación

Así mismo, se presenta el resumen de las búsquedas en cada fuente:

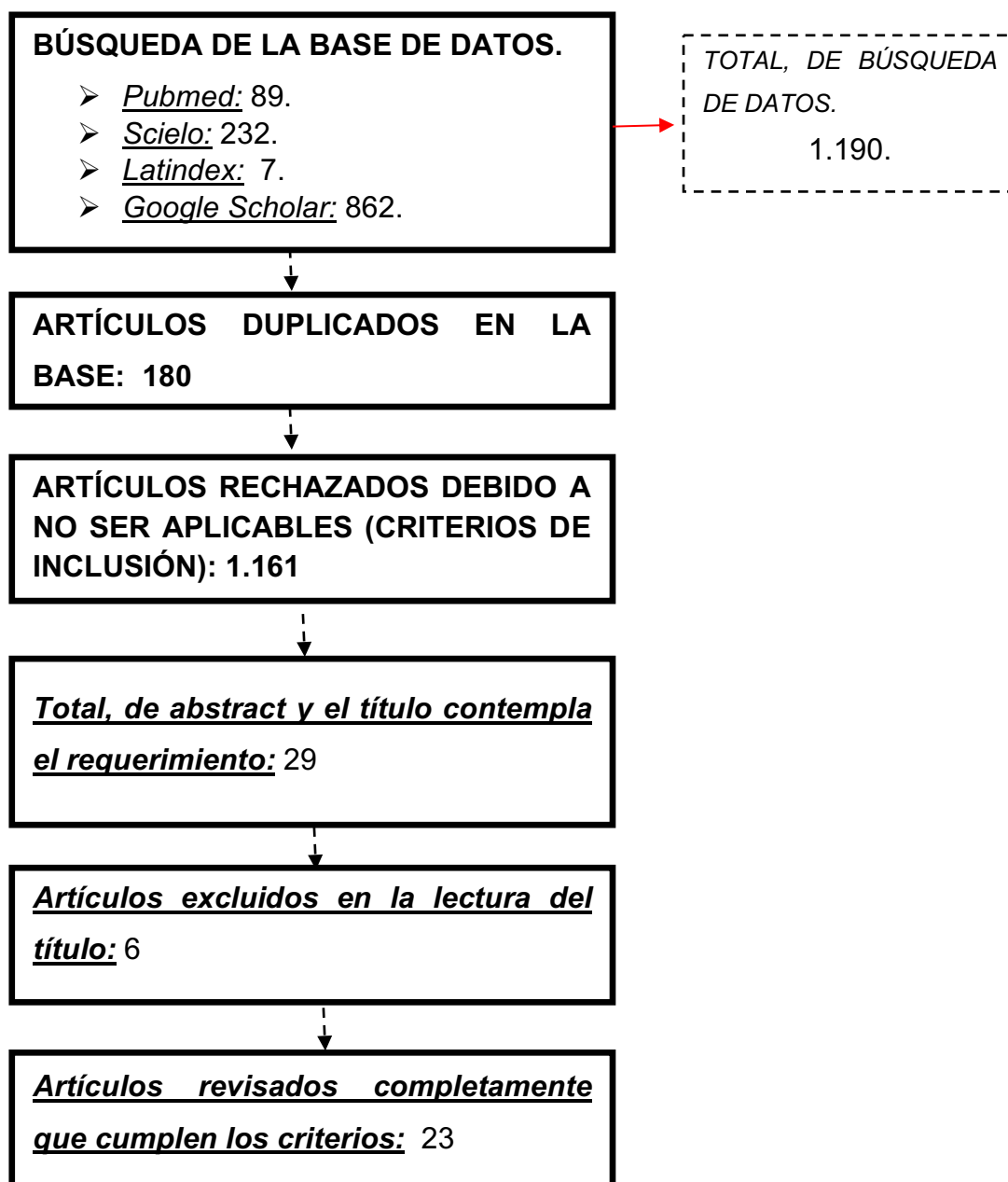


Figura 5. Resumen del proceso de búsqueda en la RSL

Elaboración: Autor de la investigación

En la figura 5, se puede apreciar que Google Scholar arrojó la mayor cantidad de documentos de investigación relacionados con la RSL.

### **5.3.a. - Método de examen utilizado por los examinadores.**

Se revisaron varios estudios de calidad de vida relacionados con los tratamientos empleados en pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado y su relación con los cambios en su calidad de vida después de dichos tratamientos.

### **5.3.b.- Criterios de registro de hallazgos.**

Se procedió a revisar el resumen de cada estudio; luego, se procedió a evaluar el contenido de la metodología y los resultados presentados. Posteriormente, se realizó el registro de las variables de cada estudio en una tabla; por último, se analizaron los hallazgos más destacados y las respectivas conclusiones.

## **6.- PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS DE DATOS.**

Se realizó una revisión sistemática en un total de 23 estudios relacionados con tratamientos en pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado y los cambios en su calidad de vida; el objetivo esencial de los meta-análisis es ofrecer el análisis y descripción del estado actual del conocimiento, de los diversos estudios desarrollados sobre el tema, lo que permite encontrar elementos coincidentes y divergentes.

Luego, se realizó el análisis de riesgos de sesgo recomendado por La Colaboración Cochrane, según el cual se valoran siete fuentes de sesgo denominadas 'dominios' sobre cada estudio y obteniéndose, también, un resumen de toda la valoración.

## **7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.**

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que se trabajó con investigaciones publicadas en repositorios de revistas científicas y académicas especializadas; todos los estudios consultados cumplen con las respectivas autorizaciones bioéticas.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## **1.- RESULTADOS:**

A continuación, se presentan los resultados, los cuales se presentan mayoritariamente en investigaciones efectuadas en el continente americano, solo 3 de los estudios considerados fueron de continentes distintos; sin embargo, por lo novedoso de las técnicas y sus resultados fueron incluidos en los resultados (ver Cuadro 4).

Los resultados consideran aspectos como autores, título del estudio, país, métodos y resultados. Además, se presenta el análisis de riesgo de sesgo, de acuerdo con la metodología del manual de La Colaboración Cochrane<sup>(47)</sup>, planteado en función de siete dominios.

Cuadro 4. Características de los estudios seleccionados

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
1	Zeraatkar M, Ajami S, Nadjmi N, Faghihi S A y Golkari A.	2019	Irán	<p>“A qualitative study of children’s quality of life in the context of living with cleft lip and palate”<sup>(48)</sup>.</p> <p>(Traducción: Un estudio cualitativo de la calidad de vida de los niños en el contexto de vivir con labio leporino y paladar hendido.)</p>	<p>Diseño cualitativo, sobre una muestra de 18 cuidadores de niños de 4 a 6 años de edad con antecedentes de labio y paladar hendidos unilaterales tratados.</p> <p>Se aplicaron entrevistas de profundidad sobre las experiencias de los niños con diferentes problemas que afectan su vida diaria.</p>	<p>Los problemas derivados de las experiencias de los participantes fueron el insuficiente bienestar funcional y socioemocional que contribuyó a la reducción de la calidad de vida entre estos niños.</p> <p>Se requieren estrategias de intervención multidisciplinarias a largo plazo, como los programas de apoyo psicosocial, para mejorar la calidad de vida de estos niños.</p>
2	Portero Herrera CR	2019	Ecuador	<p>“Cefalometría esquelética e inclinación dental: comparación entre personas labio y paladar hendido e individuos sin fisuras faciales”<sup>(49)</sup>.</p>	<p>Estudio no experimental; de tipo observacional, descriptivo, correlacional y transversal.</p> <p>Se realizó una comparación de la clase esquelética e inclinación dental a través de un grupo de estudio y de control.</p> <p>Se realizaron los análisis cefalométricos de Jacobson y Steiner para obtener las mediciones de la clase esquelética e inclinación dental, con la aplicación de la técnica manual sobre Cephalometric Tracing Acetate 033 de 8x10.</p> <p>Se analizó una población de 40 radiografías laterales de cráneo, de las cuales 20 pertenecen a personas con labio y paladar hendido y 20 corresponden a individuos sin fisuras faciales.</p>	<p>La fisura facial con mayor prevalencia corresponde al labio y paladar hendido unilateral tanto para hombres como para mujeres. Diagnosticar adecuadamente permite abordar terapéuticamente y mejorar la relacionada a la salud bucal (CVRSB).</p> <p>El rango promedio de la Discrepancia Ósea Maxilar (mm) fue de 30,05 en el grupo control y de 10,95 en el grupo de estudio; además, se determinó que hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Por otro lado, no hubo diferencias estadísticamente significativas en entre los grupos de control y de estudio respecto al grado de inclinación del incisivo inferior y tampoco para el superior.</p>
3	Escalante Candia, E	2018	Perú	<p>“Tratamiento ortodóntico en pacientes con labio paladar fisurado”<sup>(50)</sup>.</p>	<p>Estudio de tipo descriptivo a partir de una revisión de literatura sobre el tratamiento dirigido por</p>	<p>La literatura refiere que la etiología por factores genéticos representa el 25% de los casos, mientras que</p>

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
					<p>el cirujano plástico, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad.</p> <p>Se analiza la intervención ortopédica prequirúrgica a cargo del ortodoncista en los días posteriores al nacimiento en coordinación con el cirujano plástico.</p> <p>Se hizo toma de impresión, diseño, confección, instalación y activación del moldeador naso-alveolar palatino, durante un período de 3 a 4 meses.</p>	<p>el 75% restante se distribuyen entre factores ambientales y consumo de fármacos, alcohol y tabaco por parte de la madre.</p> <p>Los tratamientos ortodónticos y quirúrgicos contribuyen en la mejora de la calidad de vida de los niños, en especial en el habla, la audición y la apariencia.</p>
4	López-Ramos, R P	2018	Perú	<p>“Relación entre el tratamiento de las fisuras labiopalatinas y calidad de vida en niños menores de 24 meses de edad atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2017”<sup>(41)</sup>.</p>	<p>Estudio de diseño cuasiexperimental, sobre una muestra de 93 niños con fisura labiopalatina, quienes fueron intervenidos quirúrgicamente.</p> <p>Se utilizó cuestionario para medir la CVRSB: <i>Early Childhood Oral Health Impact Scale</i> (ECOHIS) antes y después de la intervención, el cual fue respondido por padres o responsables respecto al cuidado de los niños.</p> <p>Se realizó análisis univariado y bivariado, con aplicación de pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov, así como la determinación de diferencias y su significancia estadística con un nivel de confianza del 95% antes y después del tratamiento.</p>	<p>La frecuencia observada de FLP fue 75,27%.</p> <p>Los valores medios de los puntajes del ECOHIS, tanto en pre como en post-tratamiento se redujeron de manera significativa, con valor p menor que 0,05.</p> <p>El tratamiento de las FLP tuvo un impacto positivo en relación con la calidad de vida, con base en la salud bucal de todos los paciente (CVRSB).</p>

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
5	Ciarmatori, N y Alberc M L	2018	Argentina	"Atención integral en pacientes con fisura labioalveolopalatina: presentación de un caso clínico" <sup>(51)</sup> .	<p>El estudio corresponde a un caso clínico.</p> <p>Características: paciente de género femenino, con fisura unilateral derecha con inicio de tratamiento odontológico a los dos meses de vida con la confección de una placa obturatriz con el fin de direccionar el crecimiento de los procesos maxilares, separar la cavidad bucal de la nasal, elevar el ala de la nariz a través del tutor nasal, elongar la columela promoviendo un mejor campo quirúrgico para las futuras operaciones.</p>	<p>Después de la queiloplastia y palatoplastia la paciente regresó a los 5 años de edad.</p> <p>En la revisión clínica se destaca la disminución del diámetro transversal superior y la presencia únicamente de un canino en el maxilar superior.</p> <p>Se establece la colocación de una prótesis parcial removible, hecha con acrílico y un tornillo de expansión en la parte media para coadyuvar en el desarrollo y estimular transversalmente el maxilar superior, produciéndose una mejora sustancial de la estética, funcionalidad y adaptación.</p> <p>Se valora una mejora de la calidad de vida de la paciente, a través del trabajo interdisciplinario de diferentes especialidades: odontología, pediatría, neonatología, fonoaudiología, cirugía y psicología.</p>
6	Pons-Bonals, Pons-Bonals, Hidalgo-Martínez y Sosa-Ferreyra	2017	México	"Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel" <sup>(52)</sup> .	<p>Estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo a través del análisis de una variante con frecuencias para variables cualitativas, y, además, estadísticas centrales y de dispersión para variables de tipo cuantitativas. Se revisaron 85 casos a partir de una selección de 100 expedientes, de los cuales 15 no cumplieron con los criterios de inclusión.</p>	<p>La afectación de labio completo tiene la mayor prevalencia con el 59,0%, seguido por el siendo el lado izquierdo con una prevalencia del 25,0%</p> <p>En el sexo masculino se reportó un 46% y en el femenino el 21%.</p> <p>En el tipo de cirugía se obtuvo en primer lugar la Nasoqueiloplastia con una prevalencia del 56%, seguido por Palatoplastia con el 14% y la Queiloplastia con 13%, finalmente seguidas por otras</p>

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
						<p>intervenciones con menor prevalencia.</p> <p>El tratamiento en niños mediante cirugías propicia una mejor alimentación, disminuye complicaciones de salud; permite la adaptación de las estructuras involucradas, ayuda al desarrollo de la dentición, para luego dar tratamiento ortopédico y dental; mejora el aspecto del recién nacido; reduce el impacto psicológico de los padres</p>
7	Rodríguez C	2017	Colombia	<p>“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”<sup>(53)</sup>.</p>	<p>Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en el período comprendido entre los años 2010 a 2016.</p> <p>Se realizó un control clínico y socio demográfico del tratamiento de 111 pacientes con labio y paladar hendido de 0 a 3 años, atendidos en la clínica de “LPH bebés”, del Servicio de Salud Oral, de la Fundación Hospital de la Misericordia, en la ciudad de Bogotá.</p>	<p>Predominancia del sexo masculino, el diagnóstico más frecuente fue LPHUC en 51 casos (46%), el lado más afectado fue el izquierdo. En el 16% de los pacientes con la condición presentaron asociación con un síndrome o secuencia.</p> <p>En pacientes con hendiduras labiales o palatinas unilaterales o bilateral completas o incompletas, se dificultan óptimos resultados en la queilorrafia y palatorrafia. Por ello con la ortopedia prequirúrgica el labio y los segmentos maxilares se pueden aproximar, la premaxila retraer y la hendidura palatina disminuir de tamaño.</p> <p>Ambos tratamientos mejoraron la calidad de vida de los pacientes y de su grupo familiar</p>
8	Vargas M	2017	Ecuador	<p>“Resultados anatómicos y fonoaudiológicos con técnica “push back” en pacientes con paladar hendido en el hospital del niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante” 2011–2015”<sup>(54)</sup>.</p>	<p>Estudio de diseño no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo, correlacional.</p> <p>Se realizó el análisis de 120 historias clínicas y registros de</p>	<p>La técnica utilizada fue Push Back en el 85% de los pacientes.</p> <p>Las complicaciones fueron apertura de sutura en el 4,2% de los pacientes y fistulas en el 12,5%. Con respecto al lenguaje, se obtuvo normal en pruebas</p>

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
					<p>control fotográfico de pacientes intervenidos.</p> <p>Se estableció el porcentaje de complicaciones en la muestra conformada por 120 pacientes.</p>	<p>fonoaudiológicas en el 89.2%, Rinolalia en el 4,2% de los pacientes y dislalia en el 6%. Las mejoras del lenguaje aumentaron notablemente en el desarrollo de su habilidad para comunicarse</p>
9	Estacio K y Velásquez K.	2017	Ecuador	"Deglución y su relación en la alimentación de los niños que presentan labio y/ o paladar fisurado" <sup>(55)</sup> .	<p>El estudio fue de diseño no experimental, de tipo cuantitativa-descriptiva.</p> <p>Asimismo, se realizó el análisis bibliográfico con técnica documental sobre los aspectos conceptuales del problema de investigación.</p> <p>El enfoque consistió en dar a conocer la importancia de la intervención precoz en niños a través de la terapia miofuncional.</p> <p>Se aplicó una encuesta sobre una muestra de 15 pacientes con fisura labiopalatina uni o bilateral con palatoglosia.</p>	<p>Se elaboró una propuesta basada en ejercicios para mejorar aspectos de lenguaje, deglución y alimentación.</p> <p>Los resultados obtenidos por el pre-test y post-test, indicaron logros paulatinos en los niños tras la aplicación de propuesta.</p>
10	Leiva; Bravo; Nieto & Cazenave	2017	Chile	"Tratamiento integral de fisura palatina con injerto de lengua. Reporte de caso" <sup>(56)</sup> .	<p>Estudio de caso paciente de sexo masculino de 16 años de edad, con fístula buconasal de 2,1 cm de diámetro mayor en sentido transversal, como secuela de FLP unilateral derecha. Ha sido tratado con anterioridad, refiere problemas en la alimentación, traspaso de fluidos a la cavidad nasal, complicaciones en el habla debido a insuficiencia velo faríngea (IVF), conflictos en sus</p>	<p>Se colocó un injerto de lengua en fístula buconasal, llevándose a cabo también ortodoncia y rehabilitación oral, lo cual conllevó a una mejoría estética y funcional.</p> <p>El éxito del tratamiento integral ayudó a corregir al paciente su ámbito social puesto que su autoestima se elevó.</p>

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
11	Chávez O y Álvarez Y	2017	Cuba	"Fisura labio-palatina. Nuestra experiencia en 14 casos" <sup>(57)</sup> .	<p>relaciones interpersonales y autoestima con deficiencia.</p> <p>Se realiza estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal con una muestra de 14 pacientes con diagnóstico clínico de fisura labiopalatina en el hospital general de Malange Angola en mayo 2014 a julio 2015.</p> <p>Se excluyeron historias médicas que no cumplían con los criterios de diagnósticos e historias incompletas.</p>	<p>La mayor morbilidad se presentó en pacientes de edades comprendidas entre 0 y 5 años con una prevalencia del 35,8 %, ambos sexos fueron afectados por igual, de acuerdo con clasificación de la OMS se encontraron 8 pacientes con fisura labial unilateral, los cuales ocuparon el 57,2 % 4 pacientes con fisura labial unilateral asociada a fisura palatina completa siendo el 28,6 % y un paciente con fisura labial bilateral asociada a fisura palatina completa (7,2 %).</p> <p>La técnica quirúrgica de Millard se usó en 12 pacientes (85,7 %) y solo dos por la técnica de Tennyson-Randall (14,3 %)</p> <p>Rehabilitados estética, funcional y psicosocialmente el 57,2 % y solo parcialmente el 35,8 % por no disponer del instrumental adecuado para la corrección de la fisura palatina.</p>
12	Pang-Yun C; Hallac, Rami R.; Ajiwe, Tochi; Xian-Jin X; Yu-Fang L; Alex K; Yong-Jong P	2017	USA	<p>"The role of Nasoalveolar molding: A 3D Prospective analysis" <sup>(58)</sup>.</p> <p>(Traducción: El papel de la moldura nasoalveolar: un análisis prospectivo 3D).</p>	<p>Estudio que evalúa progresión periódica del moldeado nasoalveolar de 20 pacientes con hendidura unilateral completa labio y paladar de 1 a 8 semanas de vida Se aplicó un protocolo de tratamiento de moldeo nasoalveolar de 2 etapas.</p> <p>La primera etapa involucró el ajuste de los segmentos alveolares (edad promedio 15.6 días), mientras que la etapa 2 agregó stents nasales y</p>	<p>El análisis 3D en serie basado en muestreos densos proporciona una metodología precisa para la evaluación del tratamiento de moldeado nasoalveolar. Se podría esperar un logro temprano en el cambio morfológico con la terapia de moldeado nasoalveolar, la cual ha logrado significativa mejora en las medidas de la anchura de la clave y la forma nasal en todos los pacientes, independientemente de la edad inicial del tratamiento, mejorando</p>

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
					comenzó el promedio 43 días después de la etapa 1 se obtuvieron imágenes en 3D (n = 241) antes del inicio de moldeo nasoalveolar y semanalmente hasta el final del tratamiento.	su calidad de vida para alimentación y evita futuras complicaciones.
13	Mena-Olalde J, González-Díaz I, Venegas-Gómez T, González-Díaz V, Medina-Aguilar S	2017	México	“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” <sup>(59)</sup> .	Estudio no experimental, descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo.  Se evaluó la totalidad de historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Reconstructiva Pediátrica de Morelia, Michoacán, México, durante el periodo 1989-2012 (n: 800).  Investigación en bases de datos.	El 57,5% correspondía a pacientes masculinos y 42,5% a femeninos. La mayor frecuencia de afectación fue la hendidura labiopalatina, presente en el 56% de los casos. La mayoría fueron abordados desde diferentes técnicas logrando su recuperación en el periodo bajo estudio
14	Robles-Rivera G	2016	Perú	“Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 8 a 10 años de edad que asisten a la I.E. 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata - Huánuco en el año 2016” <sup>(60)</sup> .	Estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo.  El muestreo fue no probabilístico con selección a conveniencia, por 110 escolares.	Los resultados mostraron que el mayor porcentaje fueron niños de 9 años representaron el 49,1%. La percepción de salud bien y muy bien la tuvo más de la mitad de los niños.
15	Vargas Roque, R	2016	Ecuador	“Uso del colgajo Vomeriano: beneficios en los resultados de la cirugía de labio y paladar hendido en el hospital del niño "Dr. Francisco de Ycaza Bustamante" julio 2011 - junio 2015” <sup>(61)</sup> .	Investigación no experimental descriptiva con diseño longitudinal, retrospectivo. Muestra integrada por 89 pacientes, 34 mujeres (38,20%) y 55 varones (61,80%), con rango de edad de 3 meses y 10 años. Se empleó tratamiento quirúrgico utilizando la técnica de Millard, Tennison-Randall modificado y de Viales-Ortiz Monasterio para la corregir el	Resultados favorables en más del 80% de los casos Resultados normales en un 55% en la variable del ala nasal Las fistulas en el paladar primario presente formó el 34,25% y se le dio solución en la intervención quirúrgica del paladar secundario El colgajo Vomeriano representa un factor poco agresivo e influye de manera positiva en el incremento y desarrollo del tercio medio facial,

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
					labio hendido utilizando la técnica de colgajo Vomeriano en 73 casos (82.02%).  Se aplicó muestreo no probabilístico.	disminuye en gran medida las secuelas y promueve la reparación del paladar secundario fácilmente.
16	Lopera N y Hernández J	2016	México	"Ortopedia Prequirúrgica en pacientes recién nacidos con labio y paladar hendido" <sup>(62)</sup> .	Estudio de dos casos.  En principio se utilizó una placa estimuladora de Friedman para afrontar los procesos alveolares a menos de 5 mm para luego continuar posteriormente con la alineación de las alas nasales deprimidas.	Las fisuras alveolares fueron obturadas por completo, el tratamiento pre quirúrgico a edad temprana garantiza el éxito en el cierre de la fisura labio alveolo palatina, siempre y cuando se cuente con el trabajo del equipo multidisciplinario y el apoyo de los padres y el entorno familiar.
17	Flores-Méndez MS y Medina-Flores GA	2016	México	"Jornadas humanitarias de labio y paladar hendidos en el sureste de la República Mexicana: 17 años de experiencia y 40 jornadas" <sup>(63)</sup> .	Evaluación cronológica de la evolución de 2.079 pacientes en 40 jornadas quirúrgicas de labio y paladar hendidos.  Estas jornadas se llevaron a cabo con un equipo multidisciplinario para realizar los tratamientos completos.	Éxito en pacientes operados de queiloplastia a partir de los 3 meses de edad y la plastia nasal. Los pacientes operados de palatoplastia y que necesitaron procedimiento de revisión de cicatriz labial y/o nasal, se les realizó en el mismo tiempo quirúrgico. Agregando la queiloplastia y/o la palatoplastia, de ser necesario, se practica plastia palpebral, de poliotias, de macrostoma y/o de hoyuelos en los labios (Síndrome de Van Der Woude). Todos los pacientes tuvieron mejoría estéticamente y en materia de salud bucal. Se mejora la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.
18	Chinchilla-Soto G y Dobles-Jiménez AL	2016	Costa Rica	"Evolución de la ortopedia prequirúrgica en pacientes con labio	Revisión bibliográfica en las principales bases de datos del área de salud y revistas de	La ortopedia prequirúrgica es introducida en 1954 por Mc Neil, quien considera mover los

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
				y/o paladar fisurado: revisión de literatura” (64).	ortodoncia y ortopedia dentofacial	segmentos maxilares previo a la erupción dental y que junto a Kjellgren efectúa los primeros alineamientos pre quirúrgicos tratando de obtener el alineamiento temprano de los segmentos maxilares con el objeto de desarrollar de la mejor manera posible hasta nuestros días en donde el manejo actual incluye la ortopedia pre quirúrgica con placas o bandas de silicón, modelado nasopalveolar que inicia preferiblemente, antes de las 72 horas de nacido hasta la cirugía del labio, paladar. El mayor avance del tratamiento se obtiene por el trabajo de un equipo multidisciplinario. El cual busca garantizar buenos resultados mediante el análisis de soluciones desde diferentes perspectivas.
19	Loa Urbina ML	2015	México	“Ortopedia prequirúrgica en una recién nacida con labio y paladar hendidos unilaterales derechos completos. Reporte de un caso clínico” (65).	Caso clínico de recién nacida de género femenino con labio y paladar hendidos unilaterales atendida en el “Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México”. Se realizó tratamiento con ortopedia prequirúrgica, con el uso de una placa obturadora la cual fue removida y sustituida cada seis semanas en el Servicio de Odontopediatría. Tratamiento con equipo multidisciplinario.	La ortopedia prequirúrgica resulta eficaz en el tratamiento, ya que logró cierre parcial significativo de la fisura; con ello se facilita y obtiene un mejor resultado quirúrgico, lo cual resulta de máxima relevancia para el bebé y su familia.
20	Vélez, Hernández, Pérez, Rivera y Soto	2015	México	“Atención de secuelas de labio paladar hendido bilateral con colapso maxilar. Caso clínico” (66).	Caso clínico. Niña de 11 años de edad, con labio y paladar hendido bilateral en el lado	Se logró una oclusión funcional, mejoró la estética dental y facial, elevándose así su calidad de vida y

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
					<p>izquierdo e incompleto de lado derecho, agenesia de incisivos laterales superiores e hipoplasia del esmalte en el diente 21.</p> <p>Se llevó a cabo un procedimiento ortodóncico con aparatología Roth ranura .022, realizándose la extracción de primeros premolares inferiores, y además de los dientes temporales que ya estaban presentes.</p> <p>Los elásticos verticales cortos se usaron para asentar mordida y a los 16 años de edad se remitió al Departamento de Prótesis donde se le realizó una prótesis transicional que se podía remover, para volver a habilitar el área en el que debían encontrarse los incisivos laterales ausentes y posteriormente se hizo la restauración del diente número 21. El Departamento de Cirugía estaba encargado de la colocación de un injerto óseo autólogo en la zona de los dientes de 12 y 22 para luego realizar los implantes dentales una vez que haya cesado su crecimiento.</p> <p>Se utilizó un retenedor superior estético en forma de circunferencia y retención fija inferior.</p>	<p>promoviendo el aumento de su autoestima.</p>
21	Bermúdez I	2015	Ecuador	"Ortopedia en pacientes con labio leporino" <sup>(67)</sup> .	<p>Diseño no experimental de tipo descriptivo y documental.</p> <p>Se estudió el tratamiento de ortopedia como variable</p>	<p>El diagnóstico se puede indicar en el período prenatal con la realización de una ecografía. La ortopedia maxilar se indica para el tratamiento de las</p>

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
					dependiente y el labio leporino como variable independiente.	irregularidades de los maxilares y se apoya con aparatología removible para guiar el crecimiento maxilar Cuando se realiza el tratamiento constante de ortopedia a la edad correcta responsablemente, ayuda a mejorar la calidad de vida desde edades tempranas. Esta ayuda se visualiza tanto pre quirúrgicamente como post quirúrgicamente.
22	Schönmeyr B, Wendby L, Sharma, M; Jacobson, L; Restrepo, C y Campbell, A	2015	India	<p>“Speech and Speech-Related Quality of Life After Late Palate Repair: A Patient’s Perspective”<sup>(68)</sup>.</p> <p>(Traducción: La calidad de vida relacionada con el habla y el habla después de la reparación tardía del paladar: la perspectiva de un paciente).</p>	<p>Se utilizaron cuestionarios para evaluar la percepción del habla y la calidad de vida de los pacientes antes y después de la reparación del paladar primario. Todos los pacientes fueron operados en un centro de hendidura en el noreste de la India y tenían un paladar hendido con un labio normal o con un labio leporino que había sido reparado anteriormente.</p> <p>Un total de 134 pacientes (7–35 años) fueron entrevistados antes de la operación y 46 pacientes (7–32 años) fueron evaluados en la encuesta postoperatoria.</p>	78% de los pacientes estaban satisfechos con la cirugía y todos los pacientes informaron que su autoconfianza había mejorado después de la operación, la calidad de vida relacionada con el habla y no mejoró de acuerdo con la encuesta basada en el índice de discapacidad del habla para pacientes adultos pero en niños mejoró notablemente
23	Gkantidis N, Papamanou DA, Karamolegkou M y Dorotheou D	2015	Grecia	<p>“Esthetic, Functional, and Everyday Life Assessment of Individuals with Cleft Lip and/or Palate”<sup>(69)</sup>.</p> <p>(Traducción: Evaluación estética, funcional y de la vida cotidiana de individuos con labio leporino y/o paladar hendido).</p>	<p>La muestra fue de 33 pacientes (7 con paladar hendido, 20 con labio leporino y/o paladar hendido unilaterales y 6 bilaterales) y 30 padres, que respondieron a un cuestionario en una sesión guiada por la entrevista.</p> <p>Todos los participantes recibieron su tratamiento de</p>	<p>La edad media: 17,1 con un rango de 9,0 a 33,1 años</p> <p>Los pacientes y sus padres estaban bastante satisfechos con la estética y la función. Los pacientes con labio leporino y / o paladar hendido unilaterales estaban preocupados por la estética de la nariz, los que lo padecían de manera bilateral sobre la estética de los labios y los que</p>

N°	AUTOR	AÑO	PAIS	TITULO DEL ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
					ortodoncia en el Departamento de Ortodoncia de la Universidad de Atenas.	tenían solo el paladar hendido, sobre el habla). El aumento de la satisfacción se asoció con una disminución de la influencia de la hendidura en la vida cotidiana ( $0,35 < \rho < 0,64$ , $P < 0,05$ ). Los padres informaron una influencia significativa de la hendidura en la vida familiar, mientras que los pacientes no lo hicieron.

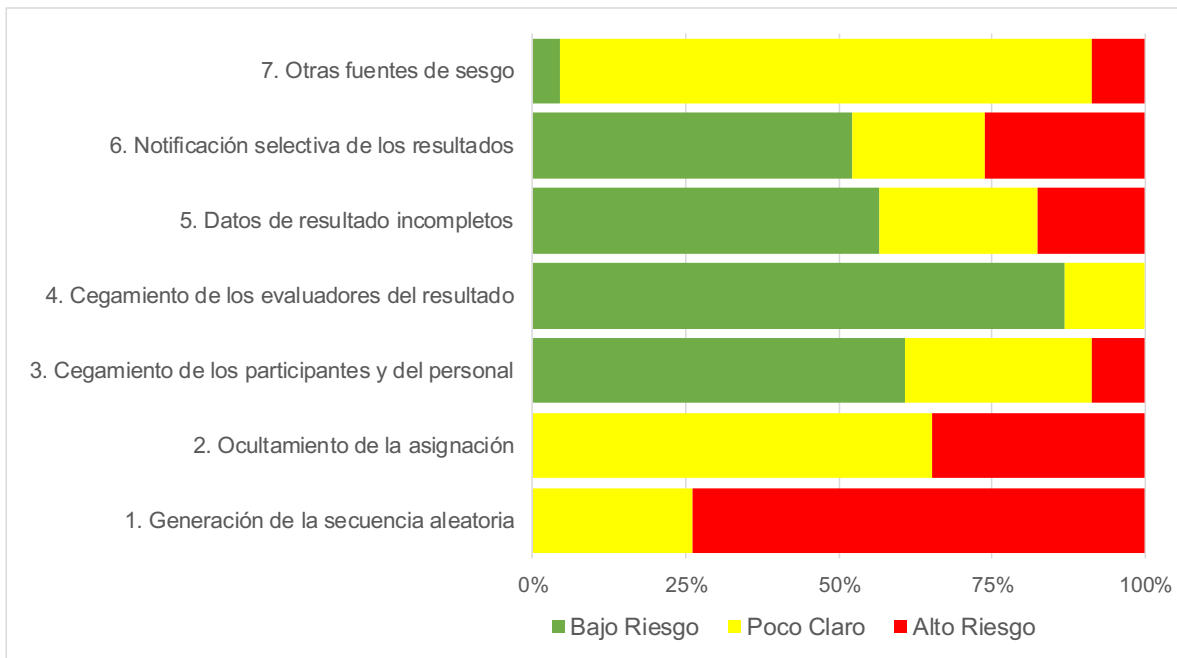
*Elaboración:* propia del autor de la investigación.

Cuadro 5: Resumen del riesgo de sesgo por cada estudio según dominios

#	Estudio	1. Generación de la secuencia aleatoria	2. Ocultamiento de la asignación	3. Cegamiento de los participantes y del personal	4. Cegamiento de los evaluadores del resultado	5. Datos de resultado incompletos	6. Notificación selectiva de los resultados	7. Otras fuentes de sesgo
1	Zeraatkar y cols. (2019)	X	?	✓	✓	✓	X	✓
2	Portero Herrera (2019)	?	?	✓	✓	✓	✓	?
3	Escalante Candia (2018)	X	X	?	?	?	?	?
4	López-Ramos (2018)	?	?	✓	✓	✓	?	?
5	Ciarmatori y Alberc (2018)	X	X	✓	✓	✓	✓	?
6	Pons-Bonals y cols. (2017)	?	?	X	✓	✓	✓	?
7	Rodríguez (2017)	X	?	?	✓	✓	✓	?
8	Vargas (2017)	?	?	?	✓	?	?	?
9	Estacio y Velásquez (2017)	?	?	✓	✓	X	X	?
10	Leiva y cols. (2017)	X	X	✓	✓	✓	✓	?
11	Chávez y Álvarez (2017)	X	?	?	✓	X	X	X
12	Pang-Yun y cols. (2017)	X	?	✓	✓	?	✓	?
13	Mena-Olalde y cols. (2017)	?	?	X	✓	X	X	?
14	Robles-Rivera (2016)	X	?	✓	✓	✓	✓	?
15	Vargas Roque (2016)	X	?	?	✓	✓	✓	?
16	Lopera y Hernández (2016)	X	X	✓	✓	✓	✓	?
17	Flores y Medina (2016)	X	?	✓	✓	?	X	?
18	Chinchilla y Dobles (2016)	X	X	?	?	?	✓	?
19	Loa Urbina (2015)	X	X	✓	✓	✓	?	?
20	Vélez y cols. (2015)	X	X	✓	✓	✓	✓	?
21	Bermúdez (2015)	X	X	?	?	?	?	?
22	Schönmeyr y cols. (2015)	X	?	✓	✓	X	X	X
23	Gkantidis y cols. (2015)	X	?	✓	✓	✓	✓	?

Elaboración: propia del autor de la investigación.

En el cuadro 5, se puede apreciar que, en general, no existió secuenciación aleatoria en los estudios considerados en la revisión sistemática, generando un alto riesgo de sesgo en esta dimensión del análisis; en las subsiguientes dimensiones el riesgo disminuye.



*Figura 6:* Distribución porcentual del riesgo de sesgo por dominios

*Elaboración:* propia del autor de la investigación.

En la figura 6, se observa que la generación de secuencia aleatoria es la dimensión que describe la mayor fuente de riesgo de sesgo, seguido por ocultamiento de la asignación. Por otra parte, la menor fuente de sesgo es el cegamiento de los evaluadores del resultado.

## 2.- DISCUSIÓN:

El presente estudio tuvo como objetivo central la revisión sistemática de literatura en relación con la calidad de vida de los niños con labio y paladar fisurado, lo cual se realizó sobre un total de 23 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

En la mayoría de los estudios considerados se evidencian diversos tratamientos para el abordaje quirúrgico de pacientes pediátricos con labio y paladar fisurado. Los tratamientos dependen de la severidad de la malformación, la edad del paciente y sus condiciones de salud al momento del nacimiento.

Los tratamientos con mayor prevalencia en los estudios son:

- Tratamientos ortodónticos prequirúrgicos para preparar al niño para su primera intervención quirúrgica y para favorecer la alimentación, tales como:
  - la instalación y activación de un moldeador naso-alveolar palatino, durante 3 a 4 meses previos al abordaje quirúrgico;
  - confección de una placa obturatriz para direccionar el crecimiento de los procesos maxilares
  - placa estimuladora de Friedman para afrontar los procesos alveolares
  - placas o bandas de silicón, modelado nasoalveolar que inicia preferiblemente, antes de las 72 horas de nacido hasta la cirugía del labio, paladar
  - placa obturadora que se cambió cada seis semanas antes del proceso quirúrgico
  - tratamiento ortodóntico, utilizando la aparatología Roth con ranura .022, que consiste en extraer los primeros premolares inferiores y de ser necesario, los dientes temporales que estaban presentes. Se utilizaron elásticos verticales cortos para asentar mordida
  - utilización de placas nasoalveolares de material acrílico

Todos estos tratamientos en promedio fueron realizados entre el momento del nacimiento hasta la edad de 3 años, la mayoría de los estudios a este respecto concuerdan con los estudios adelantados por Lombardo-Aburto <sup>(20)</sup> quien considera que es preciso que el

neonato sea referido a la unidad especializada desde los primeros días después de su nacimiento para comenzar desde abordajes ortodónticos hasta intervenciones quirúrgicas según sea el caso, pero que solo se podrá tener éxito en la mejora de la calidad de vida del paciente si desde el momento del nacimiento se inicia la valoración para asumir el tratamiento de elección.

También coinciden con la opinión de Sigler <sup>(40)</sup> en cuyos estudios considera que el moldeamiento nasopaladar debe iniciarse a más tardar antes de cumplir el primer mes de vida del paciente a fin de apoyarlo en su proceso nutricional.

En los estudios considerados como parte de los resultados de la presente investigación la prevalencia de estas malformaciones se dan el sexo masculino, lo cual es consistente con resultados de estudios previos a nivel global como los planteados por Martínez-Pérez, *et al.* <sup>(39)</sup>, quien en un estudio observó la prevalencia en el grupo de edad entre 0–3 años de pacientes del sexo masculino con fisuras labiales.

Los tratamientos, procedimientos y técnicas quirúrgicas de mayor implementación en los estudios considerados como parte de los resultados de la presente investigación fueron:

- Queiloplastia
- Palatoplastia
- La técnica de Push Back
- Nasoplastia
- La técnica de Millard,
- Tennison-Randall modificado
- Técnica de Viales-Ortiz Monasterio
- Técnica de colgajo Vomeriano
- Injerto de lengua en fístula buconasal

Al igual que los tratamientos ortodónticos prequirúrgicos, las cirugías para abordar quirúrgicamente estas malformaciones deben iniciar su planteamiento y ejecución desde el mismo día del nacimiento del niño con la finalidad de minimizar complicaciones a futuro. Estos resultados coinciden con los estudios de Sigler <sup>(40)</sup>, quien sostiene en sus investigaciones que las fisuras de labio y paladar hendidos han de ser atendidas desde el mismo momento del nacimiento, asistiendo psicológicamente a los padres y resto del grupo

familiar cercano, enseñándolos sobre la alimentación y cuidados especiales del paciente, alistando al niño para su primera intervención quirúrgica que en la mayoría de los casos es la queiloplastia, y para la segunda, la palatoplastia, y resaltando el apoyo por la Odontopediatría y Ortodoncia.

De la misma forma, los hallazgos de estos resultados son similares a los presentados Martínez-Pérez, *et al.* <sup>(39)</sup>, quienes indican en sus estudios que las primordiales técnicas quirúrgicas empleadas para la corrección de las fisuras bucales, especialmente para el cierre del labio fue la técnica de Millard en casi la mayoría de los pacientes, sin resultados primarios favorables y que desde el año 2015 se asume el uso de la técnica funcional Tecnison Randal para el abordaje de fisuras complejas, alcanzando buenos resultados estéticos, funcionales y mayor agrado y bienestar de los pacientes y su grupo familiar <sup>(39)</sup>. Igualmente concuerdan que a efectos del cierre del paladar blando la Palatorrafia fue usada con la metodología de *Push Back* en todos los pacientes, alcanzando óptimos resultados.

Todos los estudios consultados concluyen que los tratamientos quirúrgicos deben ser acompañados por un equipo multidisciplinario para alcanzar el éxito esperado y de esta manera aumentar la calidad de vida del paciente y de su familia. Estos hallazgos son importantes pues las malformaciones tienen consecuencias múltiples, por ello el abordaje complementario permitirá no solo la continuidad de los tratamientos, sino la mejora en diferentes aspectos de la vida del niño, desde su mejora para el proceso de alimentación, hasta la mejora del habla, la apariencia física, la autoestima y la interacción social. Dese el pediatra, el odontopediatra, el ortodoncista, el psicólogo, el foniatra, los cirujanos plásticos, médicos otorrinos, el terapeuta del lenguaje, el terapeuta ocupacional, el terapeuta familiar, el fonoaudiólogo, donde cada especialidad jugará un papel importante en la vida del niño en su tránsito de vida hasta la etapa adulta, tal como también concuerdan investigadores como Lombardo-Aburto <sup>(20)</sup>; Martínez-Pérez, *et al.* <sup>(39)</sup>; Sigler <sup>(40)</sup>.

La mayor fuente de riesgo de sesgo del estudio fue la generación de secuencia aleatoria es la dimensión, lo cual puede estar relacionado con la baja prevalencia de pacientes con labio y paladar fisurado, así como también, que en la mayor parte de las investigaciones seleccionadas con muestras los investigadores seleccionaban a los pacientes de acuerdo con la disponibilidad de los mismos o de la información en las historias clínicas, en tanto que en los estudios de casos no se aleatoriza la selección. La menor fuente de riesgo de

sesgo fue representada por el cegamiento de los evaluadores del resultado, lo cual se puede relacionar con que cada uno de estos estudios se realizó con base en la necesidad de describir y explicar los efectos de los tratamientos sobre la calidad de vida, encontrándose los evaluadores siempre presentes e informados de los hallazgos de cada estudio.

### 3.- CONCLUSIONES:

Los niños con malformaciones FOF tales como labio y paladar hendidos que hayan sido o no diagnosticados previo a su nacimiento, deben ser abordados por un equipo de apoyo multidisciplinario desde el mismo momento del parto, esto es porque las FOF tienen múltiples características que van a requerir múltiples tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos desde los primeros días de su vida hasta el tránsito a su vida adulta, pasando por etapas claves como la infancia, la adolescencia en las cuales la interacción social es crucial para su sano desarrollo biopsicosocial.

Un abordaje desde el mismo momento del nacimiento requiere de distintas disciplinas que al actuar mancomunada y oportunamente permitirán al niño una adaptación que favorecerá un mejor pronóstico de su calidad de vida y la de su entorno familiar más cercano. Esto a su vez requiere del apoyo de los padres de un amanaera responsable para que las diferentes fases de los tratamientos puedan cumplirse a cabalidad, lo cual evitará a futuro complicaciones de diversas índoles, incluyendo las psicológicas.

Actualmente el portafolio de opciones prequirúrgicas como posteriormente las quirúrgicas, constituyen un valioso aporte de la ciencia para minimizar los efectos de salud y aún los estéticos de las FOF. Su inicio a edad temprana representa una ventana abierta para el logro exitoso de futuras intervenciones de carácter médico y odontológico, como aquellas desde el punto de vista de la funcionalidad del habla y la interacción social que esta conlleva.

Todos los tratamientos que en la actualidad se implementan en este sentido, tienen como única finalidad de favorecer la integración del niño de una manera exitosa a todas las actividades propias de la cotidianidad de un infante, lo cual representa un avance en su gestión de proyecto de vida en un marco de seguridad, salud, confianza y desarrollo integral. Esto es en realidad un progreso para la mejora de la calidad de vida de estos pequeños pacientes.

Conceder soluciones desde la odontología a partir una perspectiva práctica y estable para estas problemáticas de la salud del niño, debe constituir la prioridad para la planeación del tratamiento de los niños afectados de modo que sus expectativas de vida sean adecuadas

y positivas tanto para la mejora de la funcionalidad del infante como del resto de su grupo familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Organización Mundial de la salud - Preguntas mas frecuentes - ¿Cómo define la OMS la salud? [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 18. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
2. DeConceptos.com. DeConceptos.com - Concepto de calidad de vida. [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 18. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/calidad-de-vida>.
3. Vinaccia Alpi , Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>. Psychol. av. discip. 2012 Enero-Junio; Vol. 6(N° 1).
4. Quiñones Varela I. Modelo de atención psicológica al niño y el adolescente con retinosis pigmentaria [Tesis doctoral] Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas; 2009.
5. Tovani-Palone MR, Saldias-Vargas VP. Factores genéticos y fisuras orofaciales no sindrómicas. Rev. Fac. Med.DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.53551>. 2016; Vol. 64 (No. 2).
6. Farronato G, Cannalire P, Martinelli , Tubertini , Giannini L. Cleft lip and/or palate: review. Minerva Stomatol. 2014 April; Vol. 6(N° 4).
7. Sorolla JP. Anomalías Craneofaciales. Rev. Med. Clin. Condes. 2010; Vol. 21(N° 1).
8. Monasterios L, Ford A, Tastets ME. Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario. Rev. Med. Clin. Condes. 2016; 27(1).
9. Navarrete-Hernández , Canún-Serrano , Valdés-Hernández , Reyes-Pablo AE. Prevalencia de labio hendido con o sin paladar hendido en recién nacidos vivos. México, 2008-2014. Revista Mexicana de Pediatría. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp173d.pdf>. 2017 Mayo-Junio; Vol. 84( No. 3 ).
10. CDC - Center for disease control. Información sobre el labio hendido y el paladar hendido. [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 18. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/cleftlip.html>.

11. MayoClinic. Labio leporino y hendidura del paladar. [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 18]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cleft-palate/diagnosis-treatment/drc-20370990>.
12. Jara-Pereira GB. Estado nutricional en pacientes con paladar y labio fisurado. Fundación operación sonrisa, 2018. Riobamba;; 2019.
13. Caraguay M. NA. Prevalencia y predisposición genética de labio leporino y paladar hendido en pacientes pediátricos: Estudio a realizar en el Hhospital Francisco Hcaza Bustamante durante el período de enero del 2015 a enero del 2017. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2018.
14. Pons-Bonals , Pons-Bonals , Hidalgo-Martínez SM, Sosa-Ferreyra CF. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. Bol Med Hosp Infant Mex. 2017; 74(2).
15. Elzen M, Versnel S, Duivenvoorden H, Mathijse I. Assessing nonacceptance of the facial appearance in adult patients after complete treatment of their rare facial cleft. Aesthetic Plast Surg. 2012;(36).
16. Quesada Espinosa M, Tamayo Perdomo G, Gil Obando L. Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del municipio de Neiva 2009-2011. Caldas: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
17. Arévalo Martínez MA, Sánchez León MdlA. Frecuencia de Fisura Labiopalatal en Pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso Enero 2010 - Diciembre 2015. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017.
18. García Vidal DC. Prevalencia De Labio y/o Paladar Hendido en pacientes de consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período octubre 2011- octubre 2016. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca , Unidad Académica de Salud y Bienestar; 2017.
19. Serrano P., CA, Ruiz R. JM, Quiceno B. LF, Rodríguez G. MJ. Labio y/o paladar hendido: Una revisión. Revista UstaSalud. 2009; 8.
20. Lombardo-Aburto E. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. Acta Pediatr Mex. 2017 Julio; 38(4).
21. Butali A, Mossey P, Adeyemo W, Eshete M, Gaines L, Even D. Novel IRF6 mutations in families with Van Der Woude syndrome and popliteal pterygium syndrome from sub-Saharan Africa. Mol. Genet. Genomic. Med.. 2014; 2(3).

22. Correa A, Gilboa S, Besser L, Botto L, Moore C, Hobbs C, et al. Diabetes mellitus and birth defects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008; 199(3).
23. Malagón I. Labio leporino y paladar hendido ¿cómo afectan a los dientes? [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 19. Available from: <https://www.ivanmalagonclinic.com/noticias/labio-leporino-y-paladar-hendido-como-afectan-a-los-dientes/>.
24. Hansen K, Mehdinia M. Isolated soft tissue cleft lip: the influence on the nasal cavity and supernumerary laterals. *Cleft Palate Craniofac journal*. 2002; 39(3 ): p. 322-326.
25. Viguera Gómez , Fernández Villavicencio MÁ, Villanueva Vilchis MdC. Prevalencia de dientes supernumerarios en niños con labio y/o paladar fisurado. *Revista Odontológica Mexicana*. 2015 Abril-Junio; 19(2): p. 81-88.
26. Lourenço L, Teixeira L, Costa B, Ribeiro M. Dental development of permanent lateral incisor in complete unilateral cleft lip and palate. *The Cleft Palate Craniofac Journal*. 2002; 39(2): p. 193-196.
27. Puebla MD, Cortés. Intervención Odontopediátrica en niños fisurados. *Revista Dental de Chile*. 2004; 95(2): p. 34-39.
28. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. [Online].; 2015 [cited 2019 Septiembre 17. Available from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>.
29. Children's Rights Alliance. What are Children's Rights? [Online].; 2016 [cited 2019 Septiembre 17. Available from: <https://www.childrensrights.ie/childrens-rights-ireland/childrens-rights-ireland>.
30. OMS. ¿Cómo define la OMS la salud? [Online].; 2019 [cited 2019 Septiembre 17. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
31. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 1993 April; 2(2): p. 153–159.
32. Wallander JL, Koot HM. Quality of life in children: A critical examination of concepts, approaches, issues, and future directions. *Clinical Psychology Review*. . 2016 April; 45: p. 131-143.

33. González MC, Téllez-Merchán M, Canchano F, Rojas Y, Trujillo I. Calidad de vida y salud oral en una población colombiana con labio y/o paladar fisurado. *Universitas Odontológica*. 2011 unio 20; 30(64).
34. Gobierno de Navarra. Labio leporino y fisura palatina. Guía para padres. Guía. Navarra-España: Gobierno de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2011.
35. MayoClinic. Labio leporino y hendidura del paladar. [Online].; 2019 [cited 2019 Septiembre 17. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cleft-palate/diagnosis-treatment/drc-20370990>.
36. Rojas-Soto EN. Calidad de vida relacionada a la salud bucal, según la percepción de los adolescentes de 11-14 años y la percepción por parte de sus padres en la institución educativa 0146 Su Santidad Juan Pablo II del Distrito de San Juan De Lurigancho en el año 2017. Lima - Perú: Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
37. Rojas-Riveros MP. Relación entre calidad de vida relacionada a la salud bucal. Edición Unica ed. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2018.
38. Silva AC, Olegário IC, Rampazzo , Pettorossi JC. Calidad de vida relacionada con la salud oral, características socioeconómicas y de comportamiento de los pacientes fisurados menores de 7 años. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2017; 8(1).
39. Martínez Pérez , Imbert Fuentes , Simons Preval SJ, Herrera Martínez , Nápoles Tabera. Combinación de la técnica funcional con Ortodoncia en el tratamiento de pacientes fisurados labio-palatinos. *Revista Información Científica*. 2018 Marzo-Abril; 97(2 Supl.).
40. Sigler A. Protocolo para la planificación quirúrgica en las clínicas de labio y paladar hendidos en la zona noroeste de la República Mexicana. *Revista Cirugía plástica Ibero-Latinoamericana*. 2017 Julio-Septiembre; 43(3).
41. López Ramos RP. Relación entre el tratamiento de las fisuras labiopalatinas y calidad de vida en niños menores de 24 meses de edad atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2017. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología; 2018.
42. Salas C, Garzón M. La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*. 2013;(4): p. 36-46.

43. Benítez I. La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles del Psicólogo*. 2016; 37(1): p. 69-73.
44. Bousoño M, González P, Pedregal J, Bobes J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Psiquiatría*. 1993; V(6): p. 12-17.
45. Segura A, De la Hoz R. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. *Salud Uninorte*. 2017; 33(3): p. 504-516.
46. Velázquez-Olmedo L, Ortíz-Barrios L, Cervantes-Velazquez A, Cárdenas-Bahena A, García-Peña C, Sánchez-García S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 52(4): p. 448-56.
47. Higgins JPT, Green S. (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions; Version 5.1.0 [updated March 2011]. Manual*. The Cochrane Collaboration; 2011.
48. Zeraatkar , Ajami , Nasser N, Aliakbar , Golkari. A qualitative study of children's quality of life in the context of living with cleft lip and palate. *Pediatric Health Med Ther*. 2019; 10: p. 13–20.
49. Portero-Herrera CR. *Cefalometría esquelética e inclinación dental: Comparación entre personas labio y paladar hendido e individuos sin fisuras faciales*. Riobamba-Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2019.
50. Escalante Candia E. *Tratamiento ortodóntico en pacientes con labio paladar fisurado*. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.
51. Ciarmatori , Alberc ML. Atención integral en pacientes con fisura labioalveolopalatina: Presentación de un caso clínico. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2018; 8(Supl): p. pp. 1-385.
52. Pons-Bonals , Pons-Bonal , Hidalgo-Martínez SM, Sosa-Ferreyra CF. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2017; 74(2): p. 107-121.
53. Rodríguez-Delgado CA. *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*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología; 2017.

54. Vargas. Resultados anatómicos y fonoaudiológicos con técnica “push back” en pacientes con paladar hendido en el hospital del niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”2011 – 2015”. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
55. Estacio K, Velásquez. Deglución y su relación en la alimentación de los niños que presentan labio y/ o paladar fisurado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2017.
56. Leiva , Bravo , Nieto E, Cazenave. Tratamiento integral de fisura palatina con injerto de lengua. Reporte de caso. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Santiago dic.<http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072017000300163>. 2017 Diciembre; 10(3): p. pp. 163-165.
57. Chávez , Álvarez YE. Fisura labio-palatina. Nuestra experiencia en 14 casos. Multimed. Revista Médica. Granma, 21(3), MAYO-JUNIO. 2017;; p. pp. 273-280.
58. Chou PY, Hallac RR, Ajiwe , Xie XJ, Liao YF, Kane AA, et al. The role of Nasoalveolar molding: A 3D Prospective analysis. Scientific Reports volume 7, Article number: 9901. 2017;; p. pp. 1-8.
59. Mena , González I, Venegas T, González V, Medina S. 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.-Vol. 43 - Nº 1. Enero - Febrero - Marzo. 2017;; p. pp. 41-45.
60. Robles-Rivera GK. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 8 a 10 años de edad que asisten a la I.E. 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata - Huánuco en el año 2016. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
61. Vargas-Roque RD. Uso del colgajo vomeriano: beneficios en los resultados de la cirugía de labio y paladar hendido en el hospital del niño "Dr. Francisco de Ycaza Bustamante" Julio 2011 - Junio 2015. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
62. Lopera N, Hernández J. Ortopedia Prequirúrgica en pacientes recién nacidos con labio y paladar hendido. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2016 enero-marzo; 4(1): p. pp. 43-48.

63. Flores-Méndez MS, Medina-Flores GA. Jornadas humanitarias de labio y paladar hendidos en el sureste de la República Mexicana: 17 años de experiencia y 40 jornadas. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2016 octubre-diciembre; 42(4): p. 399-405.
64. Chinchilla-Soto , Dobles-Jiménez A. Evolución de la ortopedia prequirúrgica en pacientes con labio y/o paladar fisurado: revisión de literatura. *Revista Científica Odontológica.* 2016 enero-julio; 12(1): p. 50-56.
65. Loa-Urbina ML. Ortopedia prequirúrgica en una recién nacida con labio y paladar hendidos unilaterales derechos completos. Reporte de un caso clínico. *Archivos de investigación materno infantil.* 2015 septiembre-diciembre; VII(3): p. pp. 99-103.
66. Vélez-Noriega ES. Atención de secuelas de labio paladar hendido bilateral con colapso maxilar. Caso clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia.* 2015; 3(2): p. pp 112-119.
67. Bermúdez-Gilces IL. Ortopedia en pacientes con labio leporino Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.
68. Schönmeyr B, Wendby L, Sharma M, Jacobson L, Restrepo C, Campbell A. Speech and Speech-Related Quality of Life After Late Palate Repair: A Patient's Perspective. *Journal of Craniofacial Surgery*, July 2015 - Volume 26 - Issue 5, doi: 10.1097/SCS.0000000000001811. 2015;; p. pp. 1513–1516.
69. Gkantidis N, Papamanou DA, Karamolegkou , Dorotheou. Esthetic, Functional, and Everyday Life Assessment of Individuals with Cleft Lip and/or Palate. *BioMed Research International* Volume 2015, Article ID 510395. 2015;; p. pp. 1-8.
70. Montero J, Grau L, Denis J. *Revista Cubana de Estomatología* pp.250-264, Rev en línea <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v50n3/est03313.pdf>. 2013 Julio-Septiembre; 50(6).
71. Hernández Rodríguez JM, Machado Martínez , Véliz Concepción OL, Riveras Truyt , Ortega Romero. Efecto del activador abierto elástico de Klammt III modificado en pacientes con fisuras labiopalatinas. *Medicentro Electrónica.* Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432015000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000300003). 2015 Julio-Septiembre; Vol. 19(N° 3 ).
72. Matthews Zúñiga , Gatica , Cartes-Velásquez. Técnicas de injerto óseo alveolar en fisura labio alveolo palatina. Revisión de la literatura. En línea <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2015/me155h.pdf>. 2015.
73. Bravo Rivera L, Muñoz-Tobar , Torres Chianale F, Fierro Monti C, Pérez Flores A. Ortopedia prequirúrgica en niños fisurados. Reporte de caso clínico. *Rev.*

Odontoestomatología Recuperado de:  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v17n25/v17n25a07.pdf>. 2015 Mayo; Vol. XVII(Nº 25 ).

74. Durón Rivas , , Granados Morales , Canseco López , Cuairán Ruidíaz , Canseco Jiménez JF. Ortopedia prequirúrgica en pacientes de labio y paladar hendido unilateral: presentación de casos clínicos. Revista Mexicana de Ortodoncia. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-pdf-S2395921517300582>. 2017; Vol. 5(Nº 2).
75. Ortega Lara J. Tratamiento quirúrgico de la hendidura labial en las primeras 24 horas del nacimiento. Rev Obstet Ginecol Venez. 2015; Vol. 75(Nº 4 ).
76. Donkor P, Adu E. Management of Cleft Lip and Palate: A Five Year Review. Arch Otolaryngol Rhinol. DOI: 10.17352/2455-1759.000038. 2017; Vol. 3(Nº 1).
77. Kato , Watanabe , Watanabe , Utsunomiya , Yokoyama , Ogishima. Cleft Lip and Palate Repair Using a Surgical Microscope. Arch Plast Surg.doi: 10.5999/aps.2017.01060. 2017 November; Vol. 44(Nº 6).
78. Perillo , d'Apuzzo , Eslami S, Jamilian. Cleft Lip and Palate Patients: Diagnosis and Treatments: Diagnosis and Treatment, Designing Strategies for Cleft Lip and Palate Care. Mazen Ahmad Almasri, IntechOpenINTECH. <http://dx.doi.org/10.5772/67328>. 2017 March; Available from: <https://www.intechopen.com/books/designing-strategies-for-cleft-lip-and-palate-care/cleft-lip-and-palate-patients-diagnosis-and-treatment>.
79. Shaye D, Carrie Liu , Tollefson TT. Cleft Lip and Palate An Evidence-Based Review. Facial Plast Surg Clin N Am. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2015.04.008>. 2015;(23).
80. Vásconez , Bravo , Villavicencio. Factores asociados a los trastornos temporomandibulares en adultos de Cuenca, Ecuador. Rev Estomatol Herediana.. 2017 Enero-Marzo; 27(1).
81. IntraMed. Trastornos temporomandibulares. Revista en Línea <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=89800>. 2019 Marzo.
82. Suárez AF, Gamarra MA, Sánchez OL, Morales IF. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares y factores asociados más comunes presentados en las clínicas de la Universidad Santo Tomás en el segundo periodo del año 2016. Revista Estomatología. 2017 Junio ; 25(1).

83. Ramírez M, Carbajal L, Ros M, Reyna B, Feliu D. Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. *Multimed. Revista Médica. Granma*. 2018 Julio-Agosto; 22(4).
84. Sandoval , Ibarra , Flores , Marinkovic , Díaz W, Romo. Prevalencia de trastornos temporomandibulares según los CDI/TTM, en un grupo de adultos mayores de Santiago, Chile. *Int. J. Odontostomat.*. 2015; 9(1).
85. Patil SR, Yadav N, Mousa MA, Alzwiri A, Kassab M, Sahu R, et al. Role of female reproductive hormones estrogen and progesterone in temporomandibular disorder in female patients. *Journal of Oral Research and Review*, 7. 2015;: p. pp. 41-43.
86. Valdés J, Suárez L, Alfonso de la Luz A, Pérez F. Trastornos Temporomandibulares en la mujer climatérica de edad mediana.Consultorio 1 Policlínico "Luis Galván" 2013. XXV Forum Nacional. La habana - Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"; 2013 Julio-Septiembre.
87. Moposita F. Trastornos temporomandibulares en pacientes con clase I y II de Kennedy que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en el año 2018. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2019.
88. Pérez E, Aldana E, Ruelas M, Díaz R. Frecuencia de trastornos temporomandibulares en mujeres climatéricas en el Instituto Nacional de Perinatología. *Revista ADM*. 2005 Mayo-Junio; LXII(3).
89. Ponce de León R, Rodriguez S, Soler S, Martínez J. Morfovirtual 2018 - Trastornos temporomandibulares. Retos para la APS. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 20. Available from: <http://www.morfovvirtual2018.sld.cu/index.php/morfovvirtual/2018/paper/view/188/310>.
90. Guerrero L, Coronado , Maulén , Meeder W, Lovera M. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en la población adulta beneficiaria de Atención Primaria en Salud del Servicio de Salud Valparaíso, San Antonio. *Avances en Odontoestomatología*. 2017 Febrero; 33(3).
91. Gómez-Piedras DA. Factores asociados a la severidad de labio y/o paladar hendido en la fundación. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2019.

92. Hunder R. Frecuencia de trastornos temporomandibulares en mujeres en etapa de climaterio de la Clínica San Juan de Dios Arequipa 2017. Arequipa, Perú: Universidad Alas Peruanas; 2017.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Esquema de búsqueda en Google Scholar

**Consulta de:** calidad de vida de niños tratados por paladar *hendido*

**Aproximadamente 1.190 resultados (0,05 s)**

[PDF] [scielo.org.mx](https://scielo.org.mx) Full View

[Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar \*\*hendido\*\* en un hospital de segundo nivel](#)

A Pons-Bonals, L Pons-Bonals... - Boletín médico del ..., 2017 - scielo.org.mx

... Este programa cuenta, entre otras, con la clínica de LPH donde, **por** la complejidad de las lesiones, es necesaria la participación de un ... el plan de tratamiento acorde con la etapa del desarrollo, restaurar la adecuada funcionalidad y mejorar la **calidad de vida** del paciente ...

[Citado por 4 Artículos relacionados Las 4 versiones](#)

[PDF] [ces.edu.co](https://ces.edu.co)

[Relación de \*\*calidad de vida\*\* y salud oral en la población adolescente.](#)

XAC Bastidas - CES Odontología, 2018 - revistas.ces.edu.co

... 29. Moreno X, Vera C, Cartes R. Impacto de la salud bucal en la **calidad de vida** de escolares de 11 a 14 años, ~ Licantén, 2013 ... 32. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinosaa P. Bruxismo de sueño en **niños** y adolescentes. Rev. chil. pediatr ...

[Citado por 4 Artículos relacionados Las 5 versiones](#)

[PDF] [medigraphic.com](https://medigraphic.com)

[Servicio comunitario de atención altruista del labio y paladar \*\*hendid\*\*os en México](#)

I Trigos Micoló, M Domínguez - Cirugía Plástica, 2015 - medigraphic.com

... nacido con labio/paladar **hendido**, en cualquier parte del mundo, tenga la oportunidad de vivir una **vida** plena y ... es colaborar y ayudar a facultar a profesionales médicos para proporcionar tratamiento de LPH seguro, de **calidad**, oportuno y gratuito para los **niños** de escasos ...

[Citado por 1 Artículos relacionados](#)

[PDF] [isciii.es](https://isciii.es)

[PDF] [La cirugía plástica y su labor humanitaria en México](#)

A Vallarta-Rodríguez, JM Morales-Olivera... - Cirugía Plástica Ibero ..., 2015 - SciELO Espana

... De los 15 millones y medio de **niños** que inician la educación primaria, solamente un poco más del 20% logrará pisar una institución de educación superior, pero sin asegurar la conclusión de sus estudios ... nada a la educación, **calidad de vida** o salud, entre otros ob ...

[Citado por 2 Artículos relacionados Las 6 versiones](#)

[PDF] [ucacue.edu.ec](https://ucacue.edu.ec)

[Prevalencia de labio y/o paladar \*\*hendido\*\* en pacientes de consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo octubre 2011-octubre 2016](#)

DC García Vidal - 2017 - dspace.ucacue.edu.ec

... complicaciones. Page 18. 14 Los pacientes deben ser **tratados** a lo largo de su **vida** integralmente para mejorar su **calidad de vida** y puedan desenvolverse en su medio (1,24,26). No se puede decir que existe un único tratamiento para el LPH puesto que ...

[Citado por 1 Artículos relacionados](#)

[HTML] [isciii.es](#)

[HTML] [Protocolo para la planificación quirúrgica en las clínicas de labio y paladar hendidos en la zona noroeste de la República Mexicana](#)

A Sigler - Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, 2017 - SciELO Espana

... Californias en Tijuana, Baja California, México, se reestructuró desde el 2007 y fue patrocinada **por** la Fundación para los **Niños** de las ... a la vez que es necesario brindarles apoyo psicológico para que puedan integrarse a la sociedad y tener una buena **calidad de vida**.( 17 ...

[Citado por 1 Artículos relacionados Las 6 versiones](#)

[PDF] [ciise.es](#)

[PDF] [Aspectos psicológicos de los padres de niños con labios leporinos](#)

IMR Rodríguez, TG López, JA Martín... - ... DE INVESTIGACIÓN EN ..., 2018 - ciise.es

... **Calidad de vida** en familias con **niños** menores de dos años afectados **por** malformaciones congénitas. Perspectiva del cuidador principal ... Orientación inicial, **calidad** de consejería y forma de alimentación en **niños** fisurados. Odontostomatología, 15 (21), 12-19 ...

[Artículos relacionados Las 3 versiones](#)

[HTML] [isciii.es](#)

[HTML] [Jornadas humanitarias de labio y paladar hendidos en el sureste de la República Mexicana: 17 años de experiencia y 40 jornadas](#)

MS Flores-Méndez... - Cirugía Plástica Ibero ..., 2016 - SciELO Espana

... Con cirugías realizadas en el momento adecuado de la **vida** de estos **niños**, mejoramos el pronóstico de su **calidad de vida** y también de su adaptación en el núcleo familiar; en la edad adulta se integrarán a su entorno biopsicosocial como cualquier otra persona ...

[Artículos relacionados Las 8 versiones](#)

[PDF] [pediatria.gob.mx](#)

[Uso de conformador nasal como alternativa a la aloplastia de McComb en el tratamiento de niños con labio y paladar hendido unilateral en el Instituto Nacional de ...](#)

LA Delgado Ortuño - 2019 - repositorio.pediatria.gob.mx

... está en desarrollo y puede ser sujeto a reposicionamiento en los primeros 6 años de **vida** ... En un estudio se limitó a 12 **niños** de 3 meses de edad, Chinos, con LPHUC ... Pueden beneficiarse de ver a pacientes previamente **tratados** y **por** compartir experiencias con otras familias ...

[Artículos relacionados Las 2 versiones](#)

[PDF] [redalyc.org](#)

[PDF] [Evolución de la ortopedia prequirúrgica en pacientes con labio y/o paladar fisurado: revisión de literatura](#)

G Chinchilla-Soto, AL Dobles-Jiménez - Revista Científica ..., 2016 - redalyc.org

... actualmente, todas con el objetivo de obtener mejores resultados para dar mayor **calidad de vida** ... la línea media alrededor de la oc- tava a la doceava semana de **vida** intrauterina (garfnkle ... santiago y barry (2009) encontraron que los **niños** que utilizaron OP seguían un orden ...

[Artículos relacionados Las 2 versiones](#)

Quizás quiso buscar: [calidad de vida de niños tratados por paladar \*\*hendido\*\*](#)

[12345678910Siguiente](#)