



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

Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Loja-Ecuador 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTOR/A: Robles Hurtado, Caren Dayana

DIRECTOR: Palacios Vivar Diego Esteban, Od. Esp.

Cuenca

2019

DECLARACIÓN:

Yo, Robles Hurtado Caren Dayana, 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: Robles Hurtado, Caren Dayana.

C.I: 1900562958

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de titulación denominado “**Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Loja-Ecuador 2017**”, realizado por **Robles Hurtado, Caren Dayana**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, febrero 2019

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

Coordinador Departamento de Investigación

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN – CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Loja-Ecuador 2017.**” realizado por **Robles Hurtado Caren Dayana**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, febrero 2019

.....

Tutor/a: Dr. Diego Palacios, Od. Esp.

DEDICATORIA.

A DIOS

Por darme la oportunidad de tener salud, paciencia y perseverancia, por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y lograr este sueño tan anhelado.

A MI MADRE EDUBIX HURTADO

Por ser mi ejemplo de lucha, porque frente a las pruebas de sacrificio que hemos pasado su apoyo fue incondicional, por sus consejos y valores que me han formado como una persona de bien, pero sobre todo por su amor.

A MI PADRE VICENTE ROBLES

Por enseñarme que el verdadero rol para lograr esta meta se trata de constancia y no de velocidad.

A MIS HERMANOS

Por el apoyo que día a día me brindaron, por ser el pilar fundamental para no rendirme en el proceso de mi formación.

EPÍGRAFE

“El camino más largo es quedarse parado”

Liebano Sáenz.

AGRADECIMIENTOS

De manera especial a mi tutor de tesis, Dr. Esp. Diego Palacios, por haberme guiado en la elaboración de este trabajo de titulación, por su tiempo y paciencia para lograr dar este paso tan importante como lo es ser “Odontóloga” sueño hoy alcanzado.

A mis amigos y compañeros, que juntos recorrimos este largo, pero valioso camino, para hoy, compartir esta linda profesión.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

FLP: Fisuras Labio Palatinas

FL: Fisura Labial

TI: Tratamientos integrales

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
CAPÍTULO I.....	XVI
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	XVI
INTRODUCCIÓN.....	1
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	4
3.1 Objetivo general:.....	4
3.2 Objetivos Específicos:.....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	5
4.1. HISTORIA.....	5
4.2. DEFINICIÓN.....	6
4.3. CLASIFICACIÓN.....	7
4.3.1. CLASIFICACIÓN SEGÚN KERNAHAN.....	8
4.3.2. CLASIFICACIÓN SEGÚN OTTO KRIENS.....	9
4.3.3. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DÉCIMA REVISIÓN (CIE-10).....	9
4.4. EPIDEMIOLOGIA.....	11
4.5. ETIOLOGÍA.....	11
4.6. COMPLICACIONES.....	13
4.6.1. Inmediatas.....	13
4.6.2. Mediatas.....	13
4.6.3. Tardías.....	14
4.7. DIAGNÓSTICO.....	14

4.8. PROTOCOLO Y/O TRATAMIENTO SEGÚN LA EDAD DEL AFECTADO	15
4.9. TÉCNICAS PARA CORREGIR DEFORMIDADES.....	17
4.10. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
5. HIPÓTESIS	23
CAPÍTULO II.....	24
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	24
1. MARCO METODOLÓGICO.....	25
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	25
2.1. Criterios de selección.....	25
2.1.1.Criterios de inclusión.....	25
2.1.2.Criterios de exclusión.....	25
2.2. Tamaño de la muestra.	25
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	26
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS ..	27
4.1. Instrumentos documentales.....	27
4.2. Instrumentos mecánicos.	27
4.3. Materiales.....	27
4.4. Recursos.....	27
4.4.1.Recursos humanos:	27
4.4.2.Recursos institucionales	27
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	27
5.1. Ubicación espacial:	27
5.2. Ubicación temporal:	28
5.3. Procedimiento para la toma de datos:.....	28
6. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	28
CAPÍTULO III	29
RESULTADO, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	29

1. RESULTADOS.....	30
1.1. Datos adicionales de la madre.....	33
1.2. Datos adicionales del embarazo	34
2. DISCUSIÓN	37
3. CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	44
Anexo 1. SOLICITUD ENTREGADA EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS-LOJA, PARA EL ACCESO A ESTADÍSTICA E HISTORIAS CLÍNICAS.....	45
Anexo 2. CORREO RECIBIDO CON NÚMEROS DE HISTORIAS CLINICAS PARA LA BUSQUEDA DE LAS RESPECTIVAS CARPETAS CON INFORMACIÓN SOLICITADA.....	46
Anexo 3. AUTORIZACIÓN E INGRESO AL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E HISTORIAS CLINICAS.	47
Anexo 4. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación Internacional de enfermedades Décima Revisión (CIE-10).	10
Tabla 2. Protocolo y/o tratamiento según la edad.	15
Tabla 3. Operacionalización de Variables.	26
Tabla 4. Distribución de la población.	30
Tabla 5. Antecedentes familiares de FLP.	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de FLP según sexo.	30
Figura 2. Tipo de fisura según sexo.	31
Figura 3. Edad de la madre a tener hijos con FLP.	31
Figura 4. Predominio de FLP según sector de procedencia.	32
Figura 5. Ocupación de la madre	33
Figura 6. Nivel de Instrucción de la madre	33
Figura 7. Estado nutricional “IMC”	34
Figura 8. Consumo de ácido fólico y multivitamínicos	34
Figura 9. Semanas de gestación.	35
Figura 10. Controles prenatales	35
Figura 11. Tipo de parto	36

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Loja-Ecuador 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Es un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, el cual consta de una muestra de 826 niños, 3 de ellos presentan historias clínicas con alteración de fisura labio palatina, se utilizaron fichas registradas y aprobadas por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, de la Universidad San Francisco de Quito; se utilizó el programa Excel para ingresar los datos. **RESULTADOS:** Las fisuras labio palatinas son una malformación que afecta en mayor porcentaje al sexo masculino según la literatura, siendo en mi estudio el que obtuvo mayores casos comprometidos el sexo femenino. **CONCLUSIONES:** La prevalencia de FLP en niños de 0 a 5 años corresponde al 0.36% de afectados por cada 826 atendidos, de los cuales la afección que compromete labio y paladar es la que más predominó, seguida de la fisura palatina. La edad de la madre puede ser un factor de riesgo puesto que este estudio y según la literatura de otras investigaciones tienen relación en madres que están en edades comprendidas de 25 a 30 años, mismas que en su mayoría refieren ser del sector urbano, datos que pueden mostrar y tener relación a que nazcan hijos con fisuras labio palatinas.

PALABRAS CLAVE: Fisuras, labio, paladar, malformaciones.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to determine the prevalence of laboratory and physical palate in children from 0 to 5 years of age served in the Manuel Ygnacio Monteros Hospital of the Ecuadorian Social Security Institute, Loja-Ecuador 2017. **MATERIALS AND METHODS:** This is a descriptive, observational, cross-sectional study and retrospective, which consists of a sample of 826 children, 3 of them, histories of alteration of cleft palate lip, 2 female and 1 male, used cards of enrolled and approved by the Committee of Research Ethics in Human Beings, of the San Francisco University of Quito; the Excel program is used to enter the data. **RESULTS:** Palatal cleft lip is a malformation that affects a greater percentage of the male sex according to the literature, being in my study the one that obtained the highest number of committed cases in the female sex. **CONCLUSIONS:** The prevalence of FLP in children aged 0 to 5 years corresponds to 0.36% of affected persons per 826 attended, of which the condition that involves the lip and palate is the most prevalent, followed by cleft palate. The age of the mother can be a risk factor since this study and according to the literature of other researches are related to mothers who are between the ages of 25 and 30 years, which mostly refer to the urban sector, data that can show and have a relationship to birth children with cleft palate lip.

KEY WORDS: Fissures, lip, palate, malformations.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de labio y paladar fisurado se incluyen dentro de las afecciones congénitas más comunes que perjudican las estructuras de la cara, se originan por la falta de unión de los procesos faciales durante el periodo de formación embrionaria, su origen es multifactorial por lo que las causas pueden ser de diversa índole.

Es importante conocer que los pacientes que presentan este tipo de alteraciones son más propensos a contraer algún tipo de infecciones por lo que no se ha completado el cierre total de las zonas que lo conforman, entre ellos: labio, paladar, alveolos e incluso fosas nasales y permite que se de una vía directa a que gran variedad de microorganismos puedan ingresar a zonas susceptibles y comprometan aún más el estado de salud de la persona.

Este tipo de pacientes se enfrentan a múltiples problemas, como es su bajo estado nutricional por la dificultad de poder llevar una alimentación normal, pérdida de audición, problemas dentales, afección de habla y lenguaje. Las fisuras labio palatinas se las clasifica según la zona y extensión las mismas que pueden ser: uni laterales, bi laterales, completas e incompletas y dependiendo de la severidad se tomará en cuenta el mejor tratamiento integral (TI), mismo que puede durar toda su vida.

El estudio de prevalencia de fisuras labio palatinas permite conocer indicadores y factores que alteren el desarrollo normal en el proceso neonatal y que determinen el riesgo de tener niños con malformaciones, este estudio se lo realizó en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en la ciudad de Loja, tomando rangos de edades comprendidas entre de 0 a 5 años.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El problema que se investigó fue la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años, esta idea de investigación surge de la continua búsqueda de información de la línea basal para poder realizar otros estudios ya sean de factores asociados o de intervención comunitaria.

Esta alteración es considerada como un problema para la salud, razón por la cual este trabajo estuvo dirigido a responder la siguiente pregunta. ¿Cuánto es la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Loja-Ecuador 2017?.

2. JUSTIFICACIÓN

Mediante este tema de investigación se pretende conocer la prevalencia y sus determinantes en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS, Loja-Ecuador en el año 2017, sobre el número de niños de 0 a 5 años que presentan esta patología, mediante un estudio analítico de los determinantes sociales como: edad, sexo, antecedentes, sector de vivienda y determinar si estas variables influyen como un factor de riesgo para tener un hijo con labio y paladar fisurado.

Esta investigación tiene un alto grado de importancia ya que en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS, Loja-Ecuador no existe un estudio sobre la prevalencia de niños de 0 a 5 años con labio y paladar fisurado, siendo así una gran aportación y el inicio de futuras investigaciones, además tiene una originalidad local pues forma parte de una macro investigación que está llevando a cabo la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca desde el año 2018.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

3.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Determinar la prevalencia de FLP en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de IESS según sexo.
- ✓ Determinar la prevalencia de labio fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IESS según sexo.
- ✓ Determinar la prevalencia de paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IESS según sexo.
- ✓ Determinar la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IESS según sexo.
- ✓ Identificar la edad de la madre con mayor prevalencia a tener niños con FLP.
- ✓ Establecer el predominio de FLP según el sector de procedencia.
- ✓ Conocer los antecedentes familiares en los que se hayan presentado FLP.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. HISTORIA

Existen pruebas que, desde los tiempos muy prehistóricos, las afecciones congénitas y sobre todo las de labio y/o paladar fisurado son conocidas en varios lados del mundo ⁽¹⁾. Estas deformidades se aprecian desde el inicio de la humanidad, así como lo evidencian las ilustraciones y esculturas de antiguas comunidades, descubiertas en varias partes de la tierra, se cree que estas malformaciones empezaron 2000 años a.n.e. ⁽²⁾.

Al nacer un niño con malformaciones, constantemente provocaba incertidumbre y su significado ha venido cambiando con el pasar del tiempo según la idea mágico-religiosa y la filosofía. Se piensa que, en algunas tribus y religiones, cuando un niño nacía con deformidades era juzgado como un ser impuro, mancha del pecado que no merecía vivir y procedían a matarlo, a diferencia de otras que los idolatraban y veneraban, también existe información de creencias en las que consideraban a estas alteraciones como resultado por disputas de los dioses ⁽²⁾.

El primer expediente de la historia de labio y paladar fisurado se encuentra en una momia de 2000 años a.C. seguida por el Museo Arqueológico de Corinto, en el que mantienen una obra escultórica griega de terracota del siglo IV a.C, en el que se puede diferenciar claramente los rasgos de malformación, pero no se distingue si son congénitas o adquiridas y ya para principios del siglo XIX se empiezan investigaciones a fondo con varios estudios dando resultados positivos para diferenciar entre estas dos alteraciones. Corresponde a CELSO el primer concepto científico sobre fisuras ⁽³⁾.

El labio, así como el paladar hendido son una malformación tan antigua como la especie humana y su historia debe manejarse por separado ⁽⁴⁾. En el año de 1954 la Organización mundial de la salud (OMS) consideró a las fisuras labio palatinas como un inconveniente para la salud, la cual se encuentra ocupando el noveno puesto de las afecciones congénitas más comunes, las mismas que son: deformidad de los pies, hidrocele, hipospadias, mongolismo, criptorquidia, cardiopatías, polidactilia, hemangioma, fisuras labio palatinas e hidrocefalia. Además, esta alteración ocupa el primer puesto dentro de las malformaciones que perjudican cabeza y cuello siendo la única que se puede ver, oír y palpar ⁽⁵⁾.

La palabra labio leporino proviene del latín "lepus" que significa liebre, varios años atrás se utilizaba este término para aquellas personas que padecían de esta alteración por asemejarse a las características bucofaciales de una liebre ⁽⁵⁾.

4.2. DEFINICIÓN

Las fisuras labio palatina denominas así con las siglas (FLP) son malformaciones congénitas por falta de integración entre los procesos frontonasal y maxilar. Se cree que es multifactorial debido a que puede estar asociada a factores genéticos o ambientales, estos últimos también llamados teratógenos como: el alcohol, tabaco, bajos niveles de vitaminas entre ellos el ácido fólico, además agentes infecciosos tales como la sífilis, rubeola y toxoplasmosis ⁽⁶⁾. A todo este conjunto también se integra un factor muy importante que es la edad de la madre, demostrando que existe una elevada prevalencia por encima de los 35 años ⁽⁷⁾.

La fisura labio palatina se origina a partir de la sexta y décima semana de formación embrionaria ⁽⁷⁾. Es la segunda malformación del proceso craneofacial que se ve al momento del nacimiento, siendo la primera el Síndrome de Down ⁽⁸⁾. Esta alteración se debe a la poca fusión de los procesos nasales medios y laterales con los procesos maxilares, como es el caso del labio fisurado y la falta de fusión de los procesos palatinos laterales entre sí o con el tabique nasal y a su vez con el paladar primario, esto para el caso del paladar fisurado. Se pueden manifestar juntas o a su vez por separado, siendo unilaterales o bilaterales ⁽⁹⁾.

La FLP puede comprometer la alteración de 5 zonas diferentes:

- a) Labio,
- b) Proceso alveolar,
- c) Paladar duro
- d) Paladar blando
- e) Úvula

En diferentes países de Europa, la incidencia del labio y paladar fisurado alcanzada, varía de 1.45 a 1.57 en cada 1.000 personas, perjudicando principalmente la parte izquierda que a la derecha y al género masculino en relación al femenino, además que se muestran con más frecuencia en los caucásicos (raza blanca). En México se estimada una incidencia de 1.39 casos por cada 1.000 nacimientos vivos ⁽⁹⁾.

Estos niños y/o niñas frecuentemente presentan numerosas complicaciones médicas, psicológicas y sociales, así como problemas para su alimentación, carencia nutricional, alteración del lenguaje, compromiso auditivo, defectos dentales y del desarrollo ⁽⁷⁾.

4.3. CLASIFICACIÓN

Las FLP se clasifican de acuerdo a las estructuras comprometidas: labio, encía, paladar óseo, velo. Pueden ser uni o bilaterales, completas o incompletas, simétricas o asimétricas, de una parte, o de todo el paladar ⁽¹⁰⁾.

➤ Localización

Esta clasificación se determina en relación al lugar anatómico afectado:

- a) Fisura labial aislada: Sólo presenta alteración del labio.
- b) Fisura palatina aislada: En este tipo de alteración se toma como punto de partida el agujero incisivo.
 - Los defectos previos al agujero incisivo que engloban labio y proceso alveolar se llaman afecciones del paladar fisurado primario.
 - Los defectos situados por detrás del agujero incisivo que comprenden la falta de fusión de las crestas palatinas, velo y úvula se denominan paladar fisurado secundario.
- c) Fisura labiopalatina: Afectación mixta del labio y paladar.
 - Los defectos que se forman por la combinación tanto anterior como posterior al agujero incisivo se denominan como tercera categoría.

➤ Lado

Utilizamos esta división cuando pretendemos observar si la afección se ubica de un lado o de ambos empleando como guía una línea imaginaria trazada en la parte facial media de la persona dividiendo su rostro en dos partes. Por tal razón cuando la fisura está en un solo lado se denomina fisura unilateral pudiendo ser derecha o izquierda y cuando la afección se encuentra en ambos lados se denomina fisura bilateral ⁽¹¹⁾.

➤ Extensión

Dependiendo del tamaño de la fisura, se divide en:

- Completa: Si perjudica los 3/3 del total de la hendidura.
- Incompleta: Si perjudica 1/3 o 2/3 del total de la hendidura.

4.3.1. CLASIFICACIÓN SEGÚN KERNAHAN

Dividió a estas fisuras utilizando un esquema en forma de Y, como se muestra en la ilustración 1, es la más fácil y utilizada e incluso dentro del área clínica y se la interpreta de la siguiente forma: ⁽¹⁰⁾.

✓ Letras

D: Derecha

I: Izquierda

✓ Números

1-4: Labios

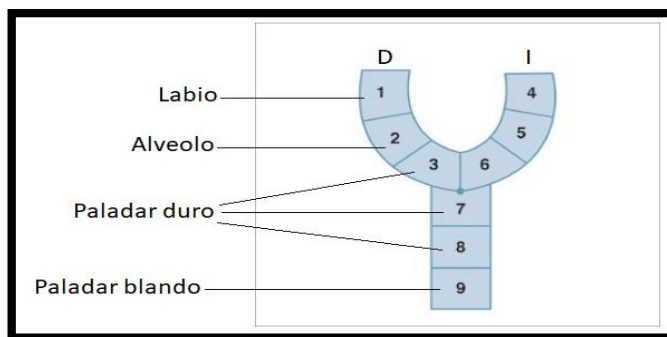
2-5: Alveolos

3-6: Paladar duro anterior al foramen incisivo

7-8: Paladar duro posterior al foramen incisivo

9: Paladar blando, velo del paladar

Ilustración 1. Clasificación según Kernahan



Fuente: Dr Monasterio Luis et al, 2016.

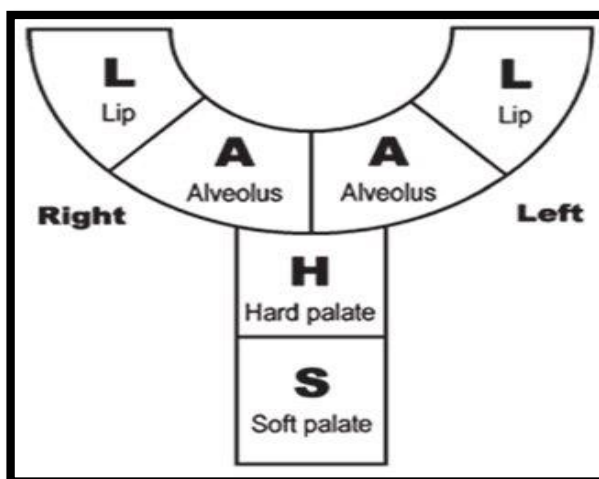
4.3.2. CLASIFICACIÓN SEGÚN OTTO KRIENS

Presentó una división tipo acrónimo para las fisuras labio palatinas con las siglas L.A.H.S.H.A.L que hace referencia bilateral de esta alteración ⁽¹²⁾.

- L: Labios
- A: Alveolos
- H: Paladar duro
- S: Paladar blando

Las letras en minúsculas significan una fisura incompleta de la estructura, un punto supone que no hay presencia de fisura y siempre se interpreta de derecha a izquierda, como lo muestra la ilustración 2.

Ilustración 2. Clasificación según Otto Kriens



Fuente: Serrano P Camilo Andrés et al, 2009.

4.3.3. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DÉCIMA REVISIÓN (CIE-10).

Autoriza el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas, para ello se transforma los términos de diagnóstico a códigos alfanuméricos, como se muestra en la tabla 1 ⁽¹²⁾.

Esta referencia para los casos de FLP se determina de la siguiente forma:

- Q35: Paladar fisurado
- Q36: Labio fisurado
- Q37: Labio y paladar fisurado

Tabla 1. Clasificación Internacional de enfermedades Décima Revisión (CIE-10).

Q35 Paladar Fisurado	
Q35.1	Fisura paladar duro
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
Q36 Labio Fisurado	
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

Elaboración: Robles C, 2019.

Fuente: Serrano P Camilo Andrés et al, 2009.

4.4. EPIDEMIOLOGIA

Las fisuras labio palatinas son consideradas como las malformaciones más reportadas en niños recién nacidos. En el entorno mundial, se ha registrado una prevalencia en personas de raza blanca que va de 0,91 a 2,69 por 1000 nacidos vivos ⁽¹³⁾.

Esta alteración en su desarrollo no sindrómico refleja el 70% de malformaciones, a diferencia del sindrómico que refleja el 30% y se encuentra enlazado a otras alteraciones estructurales ⁽¹²⁾.

El número de casos de labio fisurado se presenta con mayor incidencia en varones mientras que el paladar fisurado que es más común en las mujeres, la frecuencia es de 21% de labio fisurado, 33% fisura palatina y 46% combinadas, un dato muy importante a considerar es que, el labio fisurado unilateral izquierdo es el más común ⁽¹⁴⁾.

La disposición epidemiológica de las afectaciones presenta porcentajes, valores y cifras muy variadas en las diferentes regiones del mundo. En la raza caucásica se da aproximadamente una incidencia de 1:700 nacimientos vivos, número que desciende en otras comunidades, siendo la menos perjudicada la raza negra ⁽¹⁵⁾. Es inmensa la huella que puede producir la atención de pacientes con esta malformación, aun cuando los programas de prevención han sido muy notables y de gran importancia basta un solo caso para que comprometa varios factores dentro de la vida de ese ser humano afectado ⁽¹⁶⁾.

4.5. ETIOLOGÍA

La etiología de estas malformaciones no se establece claramente, se pretende dar a conocer mediante el modelo multifactorial, estableciéndose que es resultado de la intervención de productos como ⁽¹⁷⁾:

- Genéticos y
- Ambientales.

Dentro de los factores de naturaleza genética podemos clasificar en 2 categorías:

- a) Herencia mendeliana monogenética con patrones de transmisión
 - Autosómica dominante

- Autosómica recesiva
- Recesiva ligada al cromosoma X
- Dominante ligada al cromosoma X
- Dominante ligada al cromosoma Y

b) Herencia poligénica o multifactorial.

En cuanto a las causas genéticas, las FLP sindrómicas presentan patrones de transmisión mendeliana, los genes causantes originan no solo el defecto orofacial sino además otras afecciones. Por otro lado, las FLP no sindrómicas presentan patrones de transmisión poligénicos directamente relacionados con talla, peso, raza, color, forma y metabolismo ⁽¹⁸⁾.

Dentro de los genes que intervienen en la morfogénesis craneofacial y por lo mismo necesarios en la etiología de las fisuras cuando se ven alterados son: 6q, 8q,9q,10q, 12q. 17q, 18q, 4p. En el trayecto de la literatura se ha considerado indefinidamente las afecciones en dichos genes y su influencia en la manifestación de estas alteraciones por lo que repercute en la etiología de las modificaciones en el gen IRF6 (factor regulador de interferón 6) ⁽¹⁹⁾.

Un detalle importante a considerar es la edad de los padres, la edad paterna de 40 o más años tiene un 58% mayor de riesgo de tener un hijo con alteraciones orales que el grupo de padres entre 20 a 39 años y las madres de 40 años o más presentan 1,56 veces mayor peligro de tener un hijo con fisura de labio y paladar comparado con madres en edades entre 20 y 29 años ⁽²⁰⁾.

En relación a los factores de tipo ambiental o llamados teratógenos podemos clasificarlas en 3 categorías:

- Físicas:** Dentro de estas tenemos las radiaciones, las mismas que pueden producir malformaciones tomando a consideración la intensidad, duración y frecuencia con la que se expone la mujer embarazada ⁽¹¹⁾.
- Químicas:** En cuanto a este grupo resaltan medicamentos ingeridos por la mujer embarazada como anticonvulsionantes, salicilatos, corticoides, elevadas dosis de vitamina A, benzodiacepinas y anfetaminas, dentro de este grupo se incluyen factores como el tabaco y el alcohol ⁽¹¹⁾.

- c) **Biológicas:** Dentro de este grupo se encuentran las bacterias y virus, los mismos que pueden modificar con su presencia el equilibrio en el desarrollo embrionario por medio de su viriasis incluyendo gripe, rubeola e infecciones bacterianas en el embarazo ⁽¹¹⁾.

Procesos generales de participación de los agentes teratógenos ⁽²¹⁾.

- Intervienen en la mitosis, además en la capacidad reproductiva de las células.
- Dificulta la migración celular.
- Causan falta de precursores, sustratos y coenzimas para la biosíntesis.
- Impide el aporte energético.
- Inhiben enzimas específicas imprescindibles para la iniciación del desarrollo.
- Ocasiona compresión física e insuficiencia vascular.

El reconocimiento de las causas de riesgo vinculados con la etiología de fisuras orales conforma el principal avance hacia su prevención, la misma que compromete la variación en el estilo de vida materna y paterna como en la alimentación, limitación y cuidados en la administración de drogas y medicamentos ⁽²²⁾.

4.6. COMPLICACIONES

4.6.1. Inmediatas

- a) Impedimento en la alimentación: A causa del problema para la succión por alteraciones del paladar fisurado, se impide una correcta alimentación perjudicando la talla y peso, dando como resultado una desnutrición ⁽²²⁾.
- b) Broncoaspiración: Por la comunicación existente entre el paladar y narinas se pueden atravesar líquidos o alimentos, la misma que puede quedar acumulada en la cavidad bucal y ser llevada hacia los bronquios al momento de aspirar ocasionando obstrucción en las vías respiratorias ⁽²²⁾.

4.6.2. Mediatas

- a) Alteraciones auditivas: Infecciones o hipoacusia debido a un trastorno en las trompas de Eustaquio, que enlaza el oído medio con la faringe ⁽²²⁾.

4.6.3. Tardías

- a) Alteraciones del lenguaje: Poca capacidad o entorpecimiento en el habla, puesto a una mala inserción de los músculos del paladar lo cual disminuye o modifica la función de audición ⁽¹⁴⁾.
- b) Problemas odontológicos: Pueden presentar afecciones en la cavidad oral específicamente en el tamaño, número y posición de las piezas dentales, interrupciones en la anatomía de la arcada dentaria y en la dimensión transversal del paladar, retardo en la erupción dentaria, maloclusiones, hipotonía y hábitos bucales no fisiológicos ⁽²³⁾.
- c) Problemas emocionales: El golpe que recae sobre los padres tener un hijo con malformaciones conlleva culpabilidad y/o rechazo; la misma que se entiende como un retardo tanto psicoemocional y debe ser establecido con el manejo terapéutico. De tal forma pasa con el afectado, al ser parte de la sociedad, dentro del escuela o con sus familiares son expuestos a no ser aceptados por su condición y llegar a ser objeto de bullying ⁽²⁴⁾.

4.7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es claro en el nacimiento por el fácil reconocimiento y no necesita cirugía reparativa urgente. Hoy en día, la ecografía prenatal y la tridimensional se lleva a cabo en la mayor parte de las mujeres embarazadas y mediante este indicio puede determinar gran número de defectos en el macizo facial ⁽¹¹⁾.

Además, existe la ultrasonografía, esta se proyecta a nivel mento-nasal y consigue identificar afecciones orofaciales a partir de las 16 semanas de embarazo. En esta época más del 50% de los que asisten a preconsultas se realizan diagnóstico prenatal y ayuda a que los padres pregunten anticipadamente para instruirse de la malformación y puedan ser guiados para afrontarla ⁽¹⁰⁾.

Cabe mencionar que después de nacer esta valoración se lleva a cabo por el ginecoobstetra por medio de una revisión clínica de cara y boca, por ello resulta fundamental la correcta iluminación, así mismo la intervención de instrumentos como el espejo bucal para que las afecciones palatinas aisladas no eviten ser pasadas por desapercibidas ⁽⁵⁾.

4.8. PROTOCOLO Y/O TRATAMIENTO SEGÚN LA EDAD DEL AFECTADO

Según Gonzalo Gonzales Landa et al, 2011, manifiesta que los pasos a seguir para tratar pacientes con FLP deben ser de acuerdo a la edad del paciente, como se los describen en la tabla 2 ⁽²⁵⁾.

Tabla 2. Protocolo y/o tratamiento según la edad.

<u>EDAD</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
Prenatal	Ecografía prenatal
	Remitir al paciente al Equipo de Profesionales de fisurados labio palatinos
	Diagnóstico clínico y asesoramiento genético
	Evaluar dificultades psicosociales
	Facilitar una capacitación adecuada de alimentación
<u>EDAD</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
Recién nacido	Remitir al paciente al Equipo de Profesionales de fisurados labio palatinos
	Diagnóstico clínico y asesoramiento genético
	Evaluar dificultades psicosociales
	Facilitar una capacitación adecuada de alimentación y controlar el crecimiento
<u>EDAD</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
1 – 4 meses	Cirugía primaria de FLP
	Descubrir si existe presencia de sordera
	Ortopedia, ortodoncia y/o modelado nasolabial en caso de necesitar
	Facilitar una capacitación adecuada de alimentación y controlar el crecimiento
<u>EDAD</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
5 – 15 meses	Examinar audición y tener presente drenajes timpánicos de ser necesarios
	Cirugía primaria de FLP
	Capacitar a los padres acerca del aseo bucal
	Controlar alimentación y desarrollo
<u>EDAD</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>

16 – 24 meses	Estudio auditivo
	Examinar el habla
	Controlar desarrollo
	Inspeccionar adaptación escolar y psicosocial
<u>EDAD</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
2 – 5 años	Examinar el habla
	Intervenir la insuficiencia velar
	Estudio auditivo
	Pensar en una cirugía secundaria de labio y nariz antes de la etapa escolar
	Evaluar estado psicosocial
<u>EDAD</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
6 – 11 años	Examinar el habla
	Intervenir la insuficiencia velar
	Tratamiento Ortodóncico
	Alveoloplastia e injerto óseo
	Inspeccionar adaptación escolar y psicosocial
<u>EDAD</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
12 – 20 años	Tratamiento Ortodóncico e implantes en caso de necesitar
	Cirugía ortognática y/o rinoplastia en caso de necesitar
	Asesoramiento genético al adolescente
	Inspeccionar adaptación escolar y psicosocial

Elaboración: Robles C, 2019.

Fuente: Gonzalo Gonzales Landa et al, 2011.

Según Bajaj dentro de los principios más importantes en las fisuras labiopalatinas debemos considerar ⁽⁷⁾:

- Diseño adecuado del colgajo.
- Amplia exposición.
- Reconstrucción del suelo nasal.
- Cierre de la fistula oronasal.
- Relleno del defecto óseo con hueso esponjoso.
- Cobertura del injerto óseo con colgajos mucoperiosticos gingivales.

El poder identificar el padecimiento desde una etapa intrauterina es de gran importancia para el personal interdisciplinario, para que puedan reducir las complicaciones al momento de nacer y planear todos los procedimientos sobre todo los quirúrgicos y a su vez poder preparar psicológicamente a los padres ⁽²⁶⁾.

4.9. TÉCNICAS PARA CORREGIR DEFORMIDADES

Es importante utilizar tratamientos ortopédicos nasales y alveolares mismo que nos permite modificar estructuras malformadas durante el proceso del recién nacido debido a que en este periodo el niño aun presenta elasticidad y plasticidad lo que facilita poder reducir la gravedad de la fisura y así poder intervenir con la cirugía primaria ⁽²⁶⁾.

Existen varias técnicas de intervención quirúrgica que se efectúa sobre estructuras anormales del cuerpo causadas por problemas genéticos, del desarrollo, crecimiento, etc ⁽²⁷⁾. Dentro de las técnicas una de las más usadas para corregir la FL (fisura labial) es la técnica de Millard la misma que presenta algunas pautas que la hacen limitarse, como es el caso de FL unilateral con segmento labial lateral corto, lo que ha motivado al desarrollo de varias modificaciones en esta técnica ⁽²⁶⁾.

Dentro de este grupo de modificaciones tenemos la denominada técnica Reichert Millard la misma que se usa solo para casos de deformidad con segmento lateral de carencia leve o normal. Lo negativo de utilizar esta técnica en otras fisuras es ⁽²⁸⁾:

- Descenso más evidente del ala nasal en el lado intervenido.
- Mayor elevación de labio en el lado intervenido.

Intervención con la técnica rectilínea denominada Nakajima y Fisher, esta es otra modificación de la técnica de Millard para tratar a las FLP y su participación ayuda a que la huella se encubra con la anatomía normal del paciente ⁽²⁹⁾.

Lo importante de considerar la mejor técnica a utilizar dependerá del caso para que las intervenciones den resultados semejantes a la anatomía propia del paciente sin dejar marcas que evidencien estas malformaciones ⁽³⁰⁾.

4.10. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- En el artículo de investigación “Estudio clínico – epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel” los investigadores Alicia Pons, Leticia Pons, Sandra Hidalgo y Carlos Sosa realizaron esta investigación con el propósito de generar el perfil epidemiológico y clínico de la población con LPH atendida en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara de la Secretaría de Salud del estado de Querétaro, México, en el periodo de 2011- 2014, a través de la Clínica de Labio Paladar Hendido, para brindar tratamientos interdisciplinarios a los pacientes con esta afección con base en la información de los expedientes registrados en el periodo mencionado. Para el desarrollo de este estudio los métodos utilizados fueron observacional, transversal, retrospectivo usando análisis univariado con frecuencias para las variables cualitativas, y estadísticas centrales y de dispersión para variables cuantitativas y perfil clínico. Se revisaron 100 expedientes; se descartaron 15 por tratarse de casos sindrómicos, Las variables estudiadas fueron socio- demográficas, epidemiológicas y clínicas.
- En el artículo de revista “Caracterización de pacientes con fisuras labio- palatinas atendidos en el hospital pediátrico de Centro Habana. Enero 2008- Diciembre 2013” los investigadores Diana Valdés, Susana Hernández y Maricel Gallano realizaron esta investigación con el propósito de caracterizar las fisuras labio-palatinas en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el mismo hospital, para ello utilizaron un diseño metodológico en el que se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en un universo de 36 pacientes. El sexo masculino representó el 54.3% y los pacientes de piel blanca el 65.2% del total de fisurados. De los pacientes con malformaciones asociadas, el 66.7% son de sexo masculino y el 91.7% de piel blanca. Las oligodoncias afectaron al 50% de los pacientes. Las madres entre 21-26 años constituyeron el 36.1%, y los padres entre 33-38 el 33.3% del total. El 86.1% de las madres presentó algún factor de riesgo. El patrón hereditario estuvo presente en el 38.7% de las madres. Conclusiones: Los pacientes masculinos de piel blanca fueron los más afectados, predominando en ellos las malformaciones asociadas. Las oligodoncias afectaron a la mitad de los pacientes fisurados. No se encontraron diferencias significativas en las edades de los progenitores. La mayor parte de las madres estuvo sometida a algún factor de riesgo, destacándose el patrón hereditario.

- En el artículo de investigación “Panorama epidemiológico de labio y paladar hendido en México” los investigadores Dr. Edgar García, Dr. José Arévalo y Dr. Hidemí Aguilar realizaron ese trabajo con el objetivo de determinar la frecuencia de casos de labio y paladar hendido en México reportados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud mediante un canal endémico para posicionar los registros durante los meses en 2015. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en la revisión de los casos de fisura de labio en México, reportados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de 2008 a 2015. Se registraron 799 nuevos casos en el género masculino (60%), mientras que en el femenino se evidenciaron 529 casos correspondientes a 40%. Los meses con mayores eventos reportados fueron marzo y julio, los eventos esperados se posicionaron en zona de alerta. Concluimos que la mayoría ocurren en el género masculino y que los meses con mayores eventos registrados correspondieron a marzo y julio.
- En el artículo de investigación “Epidemiología descriptiva de hendiduras labiopalatinas en la Clínica de Labio y Paladar Hendidos de Morelia, Michoacán, México (1989-2012) y su comparación con algunas poblaciones internacionales” los investigadores José Mena, Iván González, Thania Venegas, Verónica González y Samuel Medina realizaron este estudio con el objetivo de conocer la distribución y frecuencia de las malformaciones atendidas en una institución de salud pública mexicana y su comparación con otras poblaciones internacionales. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, evaluando el total de expedientes clínicos de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Reconstructiva Pediátrica de Morelia, Michoacán, México, durante el periodo 1989-2012. Realizamos la investigación bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, LILACS y SciELO. Como resultados se obtuvo un total de 800 expedientes clínicos, 460 (57.5%) de pacientes masculinos y 340 (42.5%) femeninos. La afectación de mayor frecuencia fue la hendidura labiopalatina, presente en 448 casos (56%). Esta situación se asemeja a estudios previos sobre el tema hechos en Bolivia, y México (54%). No fue posible determinar una incidencia poblacional total, ya que la institución donde realizamos el estudio atiende solo a población pediátrica. Como conclusiones, la recolección de datos en nuestra institución mostró un predominio de presencia de hendidura labiopalatina en el sexo masculino, con presentación labiopalatina unilateral y del lado izquierdo. En base a ello podemos afirmar que la distribución epidemiológica de las hendiduras labiopalatinas encontrada en la Clínica de

Labio y Paladar Hendidos de Morelia, Michoacán, México, se coloca en una posición intermedia al compararla con otras poblaciones internacionales.

- En el artículo de investigación “Caracterización clínicoepidemiológica de pacientes con malformaciones labiopalatinas” los investigadores MsC. Grethel Domínguez, MsC. Betania Castellanos, Dr. Lázaro Romero y Dra. Carmen Cisneros realizaron este estudio con el método observacional, descriptivo y transversal de 98 pacientes con malformaciones labiopalatinas, atendidos por el equipo multidisciplinario del Hospital Infantil Sur de Santiago de Cuba, desde enero del 2000 hasta igual mes del 2009, a fin de caracterizarles según variables clínicoepidemiológicas de interés para la investigación. Se utilizaron la desviación estándar y el porcentaje para el cálculo de variables cualitativas y cuantitativas, así como la prueba de Ji al cuadrado de independencia para identificar la asociación estadísticamente significativa entre los criterios de interés. En la serie predominaron las malformaciones congénitas labioalveolopalatinas (58,1 %), el sexo femenino (55,1 %), las enfermedades de la madre durante el embarazo (18,4 %) como el factor de riesgo más frecuente y el municipio de Santiago de Cuba como el de mayor incidencia.
- En el artículo de revista “Educación comunitaria, impacto familiar y social en la aparición de labio leporino y paladar hendido” los investigadores Rogelio Cordero, María Silva y Tiffany Botero señalan que la educación comunitaria constituye una herramienta fundamental en la prevención de enfermedades, porque potencia los diferentes esfuerzos, saberes, experiencias y voluntades de un grupo de personas que persiguen un mismo fin: la solución de la problemática que afecta al enfermo, a la familia y a la comunidad. En este trabajo se consideran estudios que avalan el hecho de que la patología de labio leporino puede ser impactada de manera positiva con este tipo de aproximación. Se decidió realizar: primero, un estudio del tipo revisión bibliográfica como base teórica y luego, un estudio descriptivo de carácter exploratorio de los expedientes de los pacientes que asisten al servicio de la “Fundación niños que ríen”. Se focalizaron los esfuerzos de educación y se determinaron las áreas de mayor incidencia para dirigir los esfuerzos hacia esos lugares en busca de disminuir los factores predisponentes.
- En el artículo de revista “Características fenotípicas en padres y su asociación con fisura labio palatina no sindrómica en su descendencia en familias de Bogotá y Pasto” los investigadores Nathaly López, María Rodríguez, Andrés Salas, Farith González, Nancy

Rojas, Salomón Yezioro y Liliana Otero realizaron este estudio con el objetivo de identificar cuáles características fenotípicas craneofaciales presentes en padres pueden estar asociadas a la presencia de FLPNS en su descendencia. El método utilizado para esta investigación fue aprobado por el comité de ética de la facultad de odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. En este estudio de casos y controles fueron evaluadas fotografías faciales de frente y perfil y radiografías postero anteriores de una muestra total de 237 padres provenientes de Bogotá y Pasto. El Grupo caso estuvo representado por 130 padres de niños con FLPNS y un grupo control de 107 padres y madres de niños sin historia de FLPNS en la familia. El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva, análisis bivariado, multivariado y análisis de correlación. Chi cuadrado de Pearson donde $p < 0,05$ se definió como estadísticamente significativo, con intervalo de confianza de 95% y OR $> 1,5$ como riesgo para desarrollo de FLPNS. Resultados. Los padres del grupo caso y del grupo control presentaron mayor frecuencia de asimetría fluctuante en la población procedente de Pasto ($p < 0,024$). Al comparar casos y controles entre las dos ciudades se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de FLPNS en los hijos y un tercio medio facial aumentado en sus padres en las fotografías y las radiografías ($p < 0,021$ OR=2,95; $p < 0,013$ OR=1,7 respectivamente). Dentro de las conclusiones, algunas características fenotípicas faciales y esqueléticas presentes en padres pueden aumentar la susceptibilidad de presentar FLPNS en su descendencia.

- En el artículo de investigación “Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina” los investigadores Jeanette Salas, Carmine Lobo, Ana Ciccale, Zayda Barrios y Alba Salas realizaron esta investigación con el objetivo de describir las alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de los pacientes con HLP atendidos en el Módulo de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal. La población de estudio estuvo constituida por 48 historias clínicas de pacientes con HLP desde 2008 hasta el 2015. Los datos obtenidos fueron edad, género, procedencia, tipo de hendidura, anomalías dentarias, maloclusión y hábitos bucales. Se realizó el análisis estadístico utilizando el programa SPSS versión 19. El 58,30% corresponden al sexo masculino, con una edad promedio de $7,27 \pm 2,10$ años, el 18,80% provienen del Municipio Libertador del Estado Mérida, la Hendidura Labio Palatina Unilateral Izquierda predominó en un 56,30%, dientes con giroversión en un

47,30%, ausencias congénitas en un 52,60%, dientes supernumerarios en un 15,80%, dentición primaria Tipo I y Tipo II en un 20,80%, Clase I molar en un 39,60%, mordidas cruzadas anteriores en un 56% y respiración bucal en un 70,80%.

- En el artículo de revista “Asociación entre labio y/o paladar hendido no sindrómico y el estado nutricional” los investigadores Wilmer Capacho, Federico Arenas, Doris Quintero, Ethman Torres y Martha Rodríguez realizaron este trabajo con el objetivo de poder determinar la posible asociación entre el labio y/o el paladar hendido no sindrómico (LPH) con el estado nutricional de los niños que lo padecen. Sujetos y Método: se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal que comparó el estado nutricional de 83 niños con LPH y 96 que no lo presentaban. Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y antropométricas que fueron analizadas mediante un análisis bivariado y una regresión logística con su respectiva corrección de los OR. Resultados: la presencia de labio y paladar hendido se asoció con la talla ($p=0,015$), el peso ($p=0,030$) y el estado nutricional ($p=0,043$); sin embargo, en el modelo final ajustado el estado nutricional solo se asoció estadísticamente con la variable sexo ($p=0,031$). Conclusiones: no se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre el estado nutricional de los infantes con labio y/o paladar hendido comparado con el de los niños que no presentaban hendiduras.
- En el artículo de investigación “Influencia de la cirugía plástica reconstructiva en niños y niñas con labio y/o paladar hendido” los investigadores Juan Oliveira, Kenny Moreira, Evelyn Tovar y Allan Bohórquez realizaron este estudio con el objetivo de caracterizar la influencia de la cirugía plástica reconstructiva en el comportamiento de niños y niñas con labio y/o paladar hendido. La metodología fue de tipo descriptiva y de campo, para ello se utilizó una lista de cotejo que a través de la técnica de la encuesta se obtuvieron los datos del estudio. El análisis de la información o datos se realizó a través del Paquete Estadístico SPSS, versión 23. La población la constituyeron 120 pacientes operados en el Hospital León Becerra, en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. En la que se pudo apreciar, en el 45% de los pacientes, poseían una conducta que difiere de la de un niño propio de su edad, concluyendo que posterior a su operación han mejorado pasando de ser un niño introvertido y de autoestima bajo con una tendencia a ser extrovertidos.

5. HIPÓTESIS

La presente investigación no requiere de hipótesis, al ser un estudio de tipo descriptivo.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo ⁽³¹⁾

Diseño de Investigación: Descriptivo ⁽³¹⁾

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Retrospectivo

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio fue de “826” fichas del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IESS-LOJA que corresponde al total de pacientes registrados con edades de 0 a 5 años para el respectivo estudio de prevalencia de labio y paladar fisurado en el año 2017.

2.1. Criterios de selección.

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

2.1.1. Criterios de inclusión

Todas las fichas de pacientes de 0 a 5 años que fueron atendidos o ingresados en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros IESS, Loja- Ecuador 2017

2.1.2. Criterios de exclusión.

- Historias clínicas que se encuentren repetidas.
- Historias clínicas con edades que no están dentro del rango.

2.2. Tamaño de la muestra.

Se calculó la prevalencia de la enfermedad utilizando la siguiente fórmula ⁽³¹⁾:

$$n = \frac{\text{\# casos afectados}}{\text{\# total de pacientes}} \times 100$$

n= Total de atendidos 826.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ⁽³²⁾

Tabla 3. Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATO
Edad	Desde su nacimiento hasta edad actual	Años de vida	Cuantitativa	Continuas	0 meses – 5 años
Sexo	Característica genotípica de la persona.	Características que diferencian como hombre y mujer.	Cualitativa categóricas	Dicotómica	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de nacimiento o de vivienda	Provincia Cantón Parroquia	Cualitativo nominal	Policotómica	Parroquias Rurales 1.Quinara 2.Yangana 3.Vilcabamba 4.San Pedro de Vilcabamba 5.Malacatos 6.Gualel 7.Taquil 8.Jimbilla 9.Chuquiribamba 10.Santiago 11.San Lucas 12.El Cisne 13.Chantaco Parroquias Urbanas 1.El Sagrario 2.Sucre 3.El Valle 4.San Sebastián 5.Punzara 6.Carigan
Clasificación de fisura labio palatina	Malformación de tejidos de la cavidad bucal que no se forman correctamente durante el desarrollo	Niño(a) diagnosticado con labio paladar fisurado	Cualitativo ordinal	Ordinal	*Sano *Labio fisurado *Paladar fisurado *Labio y paladar fisurado

Elaboración: Robles C, 2019.

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

4.1. Instrumentos documentales.

- Se realizó la toma de datos mediante una ficha de recolección, la misma que tiene registrado datos generales y clínicos del paciente.

4.2. Instrumentos mecánicos.

- Para la toma y recolección de los datos no se utilizaron instrumentos mecánicos.

4.3. Materiales.

- Entre los materiales que se emplearon están, los materiales de escritorio.

4.4. Recursos.

4.4.1. Recursos humanos:

- Tutor

4.4.2. Recursos institucionales

- Hospital
- Departamento de estadísticas
- Universidad San Francisco de Quito
- Universidad Católica de Cuenca

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación espacial:

La Provincia de Loja, ubicada entre las latitudes Sur: 03°19'49" y 04°45'00", constituye la provincia más austral del Ecuador. Tiene una superficie aproximada de 10.790 km² equivalente al 4% de la superficie del país. El 45% del territorio lojano es de topografía accidentada. Sus principales ciudades se interconectan con capitales de las provincias aledañas, vale decir, Azuay, El Oro y Zamora-Chinchipec⁽³³⁾.

5.2. Ubicación temporal:

La investigación se realizó entre los meses de enero 2017 y diciembre 2017. Recolectando datos de historias clínicas.

5.3. Procedimiento para la toma de datos:

Primeramente, se desarrolló la solicitud dirigida al Sr. Doctor David Zúñiga Director Médico del “Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IESS-Loja” misma que fue entregada el día 12 de enero del 2018 a las 11:30am, en la cual se solicitó que se diera el permiso y acceso a fichas y estadísticas para la recolección de datos necesarios para el estudio. (Anexo 1)

Se esperó una semana y tras varias llamadas y algunas visitas al Hospital buscando una respuesta a la solicitud entregada, se recibió un correo en el que facilitaron los códigos de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el año 2017 con FLP. (Anexo 2)

Posterior a ello se autorizó el acceso al departamento estadístico para buscar las fichas pertinentes y recopilar la información necesaria, misma que se ve plasmada en la elaboración de esta investigación. (Anexo 3)

Finalmente utilizamos nuestra ficha de recolección de datos con parámetros que nos pudieran ser útiles para recabar información. (Anexo 4)

6. ASPECTOS BIOÉTICOS.

En el presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido que se realizó un acuerdo de confidencialidad de la información de cada paciente, en el cual solo se utilizaran los datos estadísticos.

CAPÍTULO III

RESULTADO, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

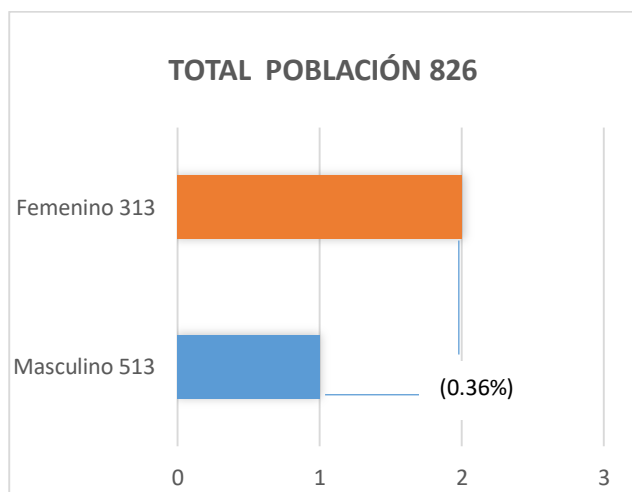
De acuerdo a la investigación “Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IESS, Loja-Ecuador 2017”, se cumplió con los objetivos planteados, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 4. Distribución de la población.

	N	%
Masculino	513	62%
Femenino	313	38%
Total	826	100%

Interpretación: El total de la población fue de 826 niños atendidos, de los cuales 513 corresponde al sexo masculino que equivale al 62% y 313 de sexo femenino que equivale al 38%.

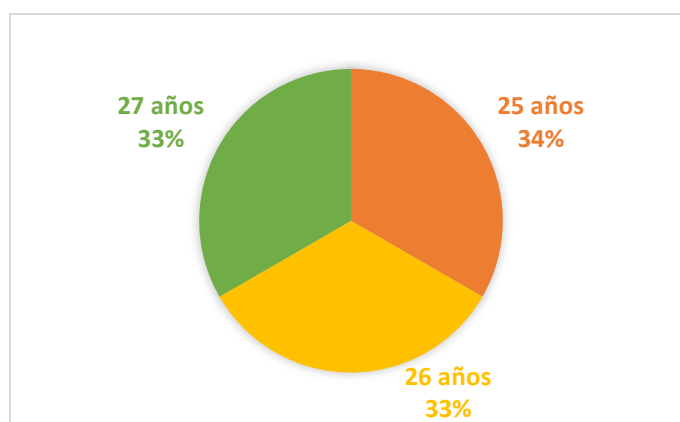
Figura 1. Prevalencia de FLP según sexo.



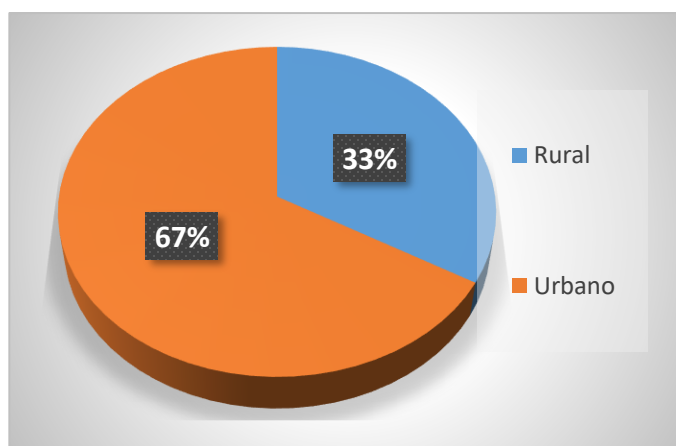
Interpretación: Total de la población fue de 826 atendidos, de los cuales 513 son del sexo masculino con 1 caso de FLP y de 313 que corresponden al sexo femenino con 2 casos de FLP dando un total de 3 historias clínicas que reportan malformaciones lo que representaría al 0.36% por cada 826 casos de niños atendidos.

Figura 2. Tipo de fisura según sexo.

Interpretación: Del total de 513 niños 1 caso (0.19%) presenta fisura que compromete labio y paladar, mientras que de las 313 niñas 2 casos (0.63%) presentan malformación siendo fisura que compromete labio y paladar, y fisura solo de paladar.

Figura 3. Edad de la madre a tener hijos con FLP.

Interpretación: De los 3 casos de niños con FLP, la primera madre refiere tener 25 años, la segunda 26 años y la tercera 27 años con un porcentaje del 33.33% para cada una dando el total del 100%, mostrando que en la segunda década de vida se muestra mayor frecuencia a tener hijos con malformaciones.

Figura 4. Predominio de FLP según sector de procedencia.

Interpretación: De los 3 casos de niños con FLP, 2 refieren ser del sector urbano dando un total del 67% y un caso del sector rural con un porcentaje del 33%.

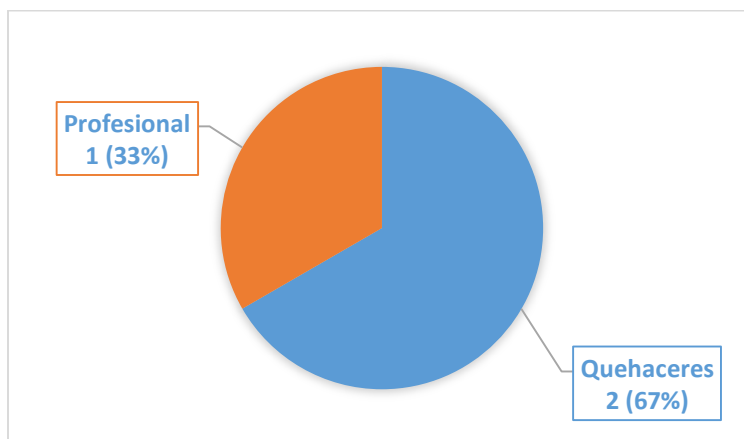
Tabla 5. Antecedentes familiares de FLP.

	N	%
Papá	0	0
Mamá	0	0
Hermanos	0	0
Otro Familiar	0	0
Total	0	0

Interpretación: Madre refiere que niño/a no cuenta con familiares maternos ni paternos que presenten FLP.

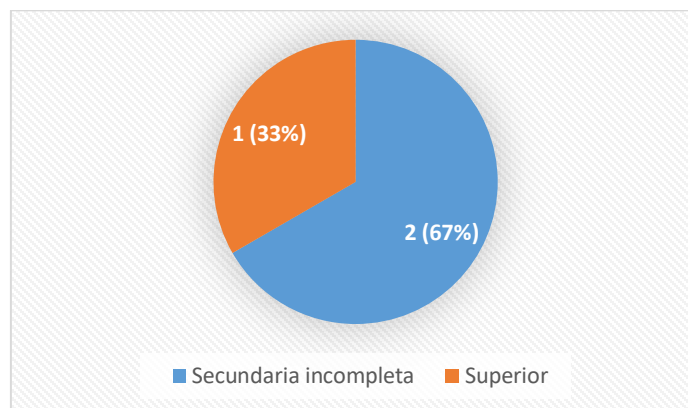
1.1. Datos adicionales de la madre.

Figura 5. Ocupación de la madre



Interpretación: Del total de los casos analizados 2 manifestaron trabajar en quehaceres domésticos que equivale al 67% y solo 1 caso refiere ser profesional dando un porcentaje de 33%.

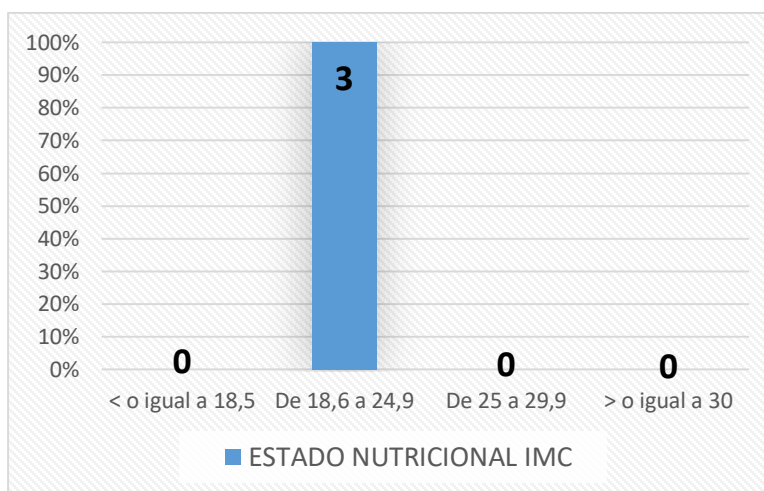
Figura 6. Nivel de Instrucción de la madre



Interpretación: Lo reportado en las fichas analizadas de las madres 2 casos refieren cumplir una secundaria incompleta dando un porcentaje de 67% y 1 caso manifiesta haber cumplido un nivel superior con un total del 33%.

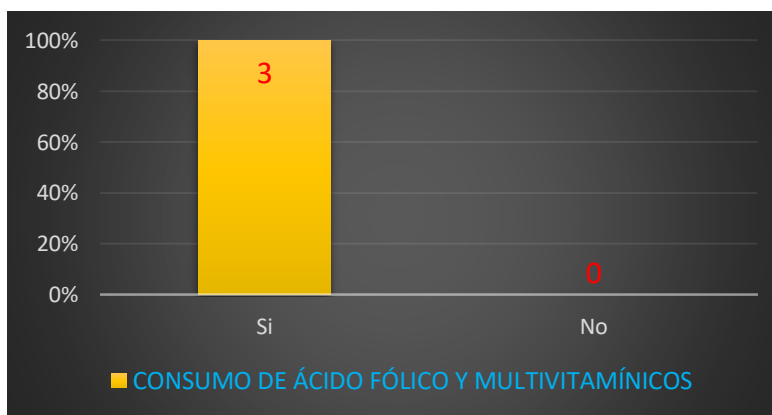
1.2. Datos adicionales del embarazo

Figura 7. Estado nutricional "IMC"

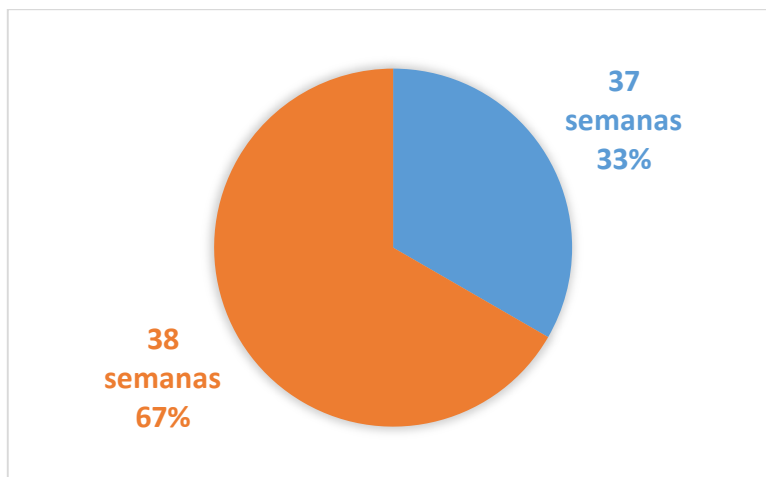


Interpretación: Lo reportado en las fichas analizadas de las madres refieren los tres casos estar dentro de un rango de 18,6 a 24,9 lo que indica que está dentro de los valores normales dando un total de 100%.

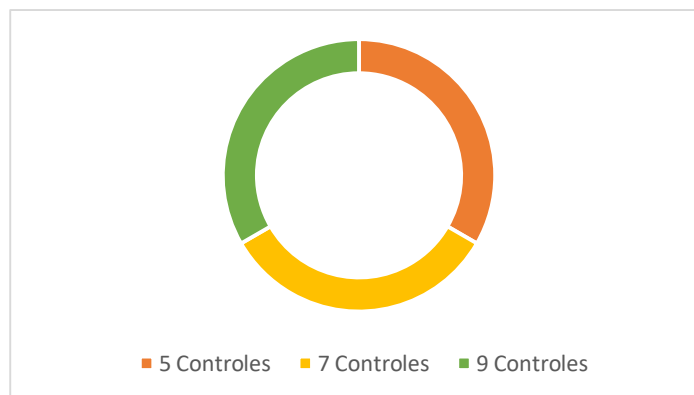
Figura 8. Consumo de ácido fólico y multivitamínicos



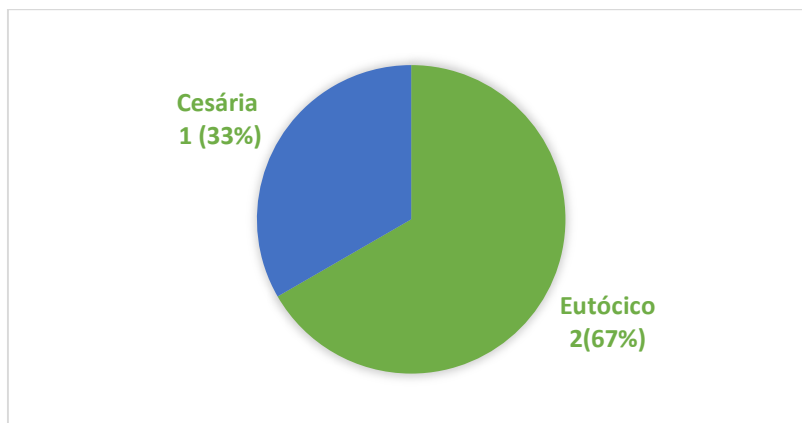
Interpretación: Los 3 casos señalan que las madres consumieron ácido fólico y multivitamínicos antes y durante el proceso de gestación dando un porcentaje del 100%.

Figura 9. Semanas de gestación.

Interpretación: Los valores registrados son, 2 madres de 38 semanas de gestación que equivale al 67% y 1 madre de 37semanas con un porcentaje del 33%.

Figura 10. Controles prenatales

Interpretación: De los 3 casos registrados, el primer caso refiere que la madre se ha realizado 5 controles, el segundo caso registra 7 controles y el tercer caso refiere haber cumplido con los 9 controles prenatales. Datos que no reflejan relación.

Figura 11. Tipo de parto

Interpretación: De los 3 casos registrados, 2 refieren haber sido partos eutócicos con un porcentaje del 67% y 1 por cesárea con el 33%.

2. DISCUSIÓN

Este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal, se tomó el total de niños atendidos en edades comprendidas de 0 a 5 años, la fórmula utilizada para este estudio fue de prevalencia, misma que se utilizó para obtener resultados. En esta investigación la muestra estuvo conformada por 313 niñas (38%) y 513 niños (62%).

Dentro de prevalencia de fisuras labio palatinas según sexo se muestra que, de los 513 niños 1 presenta malformación (33%) y de 313 niñas 2 presentan malformación (67%) según resultados de esta investigación dando mayor frecuencia de malformaciones al sexo femenino. Estos resultados coinciden con los de MsC. Grethel Domínguez y col en los que predominaron mayor cantidad de afecciones en el sexo femenino (58,1%), mientras que en el sexo masculino fue de 55.1% ⁽⁵⁾. Datos que no coinciden con otros artículos, puesto que en el resto de estudios todos se relacionan en afecciones que se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino como lo manifiesta el Dr. Edgar Rojas y col. según resultados de su estudio en el que el 60% fue para el sexo masculino y 40% para el femenino ⁽¹⁶⁾. De igual manera que expresa José Mena y col. en sus resultados de 460 casos del sexo masculino con un total de 57.5% y para el sexo femenino se presentó de 340 casos el 42.5% ⁽¹⁵⁾.

En cuanto al tipo de malformación que comprometen a las diferentes estructuras faciales se obtuvo con mayor frecuencia la fisura de labio que involucra paladar, de los 3 casos 2 manifestaron en las historias clínicas presentar este tipo de afección, seguida por 1 caso de fisura palatina (úvula). Resultados coinciden con los de Alicia Pons y col. que manifiesta en su estudio mayor número de situaciones que incluyen combinación de labio y paladar, siendo así, en el total de sus 800 expedientes un número de 448 casos de este tipo, lo que correspondería a un mayor porcentaje de casos afectados para la misma ⁽²⁶⁾. Según el estudio de Diana Valdés y col. con su total de pacientes que fue de 36 opina lo contrario, los resultados de su trabajo muestran con mayor frecuencia la presencia de fisura palatina de los cuales 25 casos fueron del sexo masculino (23.9%), seguida de la afección labio- alveolo- palatina que de 21 casos (19.6%) correspondía al sexo femenino, pero en todos continúa siendo prevalente las malformaciones para el sexo masculino ⁽¹⁾.

En relación a datos importante de la madre tenemos, la edad en los 3 casos están dentro de un rango de 25 a 27 años dando un porcentaje del 33.33% para cada una, siendo las de mayor predominio aquellas que trabajan en quehaceres domésticos dando 2 casos (67%) y 1 caso manifiesta ser profesional (33%), con un nivel de preparación en mayor porcentaje a las que

refieren presentar secundaria incompleta 2 casos (67%) y 1 caso refiere estudios de nivel superior, además se menciona el lugar de procedencia que es mayor para el sector urbano siendo 2 casos (67%) y 1 caso para el sector rural (33%), dato que coincide con el estudio de Alicia Pons y col. que la mayoría de las madres están entre 26 y 30 años de edad (27%), sobresaliendo amas de casa (58%) con un grado de escolaridad primaria y secundaria (11% para cada una%)⁽²⁶⁾.

Se determinó que en los tres casos las mamás ingirieron ácido fólico y multivitámicos antes y durante el embarazo lo que según estudios de Wilmer Capacho y col. estos medicamentos ayudan a prevenir que se desarrollen fisuras labio palatinas por lo que no se puede relacionar que el consumo de los mismos sea un factor de riesgo y se necesitaría profundizar con estudios que demuestren si son benéficos o perjudiciales⁽¹³⁾.

En relación a las semanas de gestación previo al parto, 2 madres refieren haber estado en la semana 38 dando un 67% y una madre en la semana 37 dando un 33%, resultados que coinciden con los de Ana Mejía y col. que en su estudio obtiene resultados de madres en semanas de gestación que van de 36.4 a 42.1 datos que están en relación con los de este estudio⁽¹¹⁾.

3. CONCLUSIONES

- La prevalencia de FLP en niños de 0 a 5 años corresponde al 0.36% de afectados por cada 826 atendidos.
- La prevalencia de FLP en niños de 0 a 5 años es más frecuente en el sexo masculino según revisión de varios artículos en los que la mayoría llegan a esta conclusión, siendo el resultado de mi estudio el de mayor prevalencia el sexo femenino con un total de 2 casos y en el sexo masculino 1 caso.
- La malformación de labio y paladar fisurado fue la que más predominó, dando 1 caso para ambos sexos, seguida de la afección de paladar con 1 caso para el sexo femenino y 0 afecciones de labio para ambos sexos.
- Dentro de la edad de la madre a presentar hijos con FLP, mi estudio obtuvo los mismos resultados que otras investigaciones en los que las edades comprometidas van de 25 a 30 años demostrando que la edad puede ser un factor de riesgo.
- Con respecto al lugar de procedencia de las madres, mayor número mostro ser del sector urbano y en menor cantidad del sector rural, pudiendo ser un factor de riesgo la zona en la que viven e incluso el tipo de alimentación que se da en estos dos sectores.
- No se pudo relacionar en mi estudio si los antecedentes familiares intervienen como un factor de riesgo para tener hijos con FLP, porque los 3 casos refieren ser los primeros en presentar esta malformación, pero en cuanto a la literatura la genética del padre es un factor directo a que sus hijos nazcan con FLP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdés D, Hernández S, Galiano M. Caracterización de pacientes con fisuras labio-palatinas atendidos en el Hospital pediátrico de Centro Habana. Enero 2008- Diciembre 2013. Revista 16 de Abril.2015; 54(258): 33-44. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15258e.pdf>
2. Teresa M, Marimón M. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Revista Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4): 379-85. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi11401.htm
3. Tresserra L. Gonzales E. Labio leporino y fisura palatina. Revista Esp Ortod.2008; 38:73-7. Disponible en:<https://www.raco.cat/index.php/RevistaRAMB/article/viewFile/71297/91054>
4. Kurzer A. Aspectos históricos del labio y el paladar hendido. Medicina U.P.B[S.I.],v.4,n.2,p.91-96,ene.2017. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/6996>
5. Cisneros G, Castellanos B, Romero L, Cisneros C. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con malformaciones labiopalatinas. MEDISAN [Internet]. 2013 Jul [citado 2019 Feb 25] ; 17(7): 1039-1046. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700002&lng=es
6. Cordero R, Silva M, Botero T. Educación comunitaria, impacto familiar y social en al aparición de labio leporino y paladar hendido. AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales, [S.I.], july 2018. ISSN 2636-2236. Disponible en: <<http://revistas.unphu.edu.do/index.php/aula/article/view/78>>. Fecha de acceso: 26 feb. 2019 doi:<https://doi.org/10.33413/aulahcs.2017.0i0.78>
7. Matthews F, Gatica J, Cartes R. Técnicas de injerto óseo alveolar en fisuras labio alveolo palatina. 2015 Septiembre; Vol.37: p. 488-501. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282292739_Tecnicas_de_injerto_oseo_alveolar_en_fisura_labio_alveolo_palatina_Revision_de_la_literatura
8. López N, Rodríguez M, Salas A, Gonzáles F, Rojas N, Yezioro S, Otero L. Caracterización fenotípicas en padres y su asociación con fisura labio palatina no sindrómica en su descendencia en familias de Bogotá y Pasto. Revista Colombiana de Investigación en Odontología 2015; 6(17): 106-114. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/325772299_caracteristicas_fenotipicas_en_padres_y_su_asociacion_con_fisura_labio_palatina_no_sindromica_en_su_descendencia_en_familias_de_bogota_y_pasto
9. Viguera Gómez Olimpia, Fernández Villavicencio Miguel Ángel, Villanueva Vilchis María del Carmen. Prevalencia de dientes supernumerarios en niños con labio y/o paladar fisurado. Rev. Odont. Mex [revista en la Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Feb 25] ; 19(2): 81-88. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2015000200003&lng=es

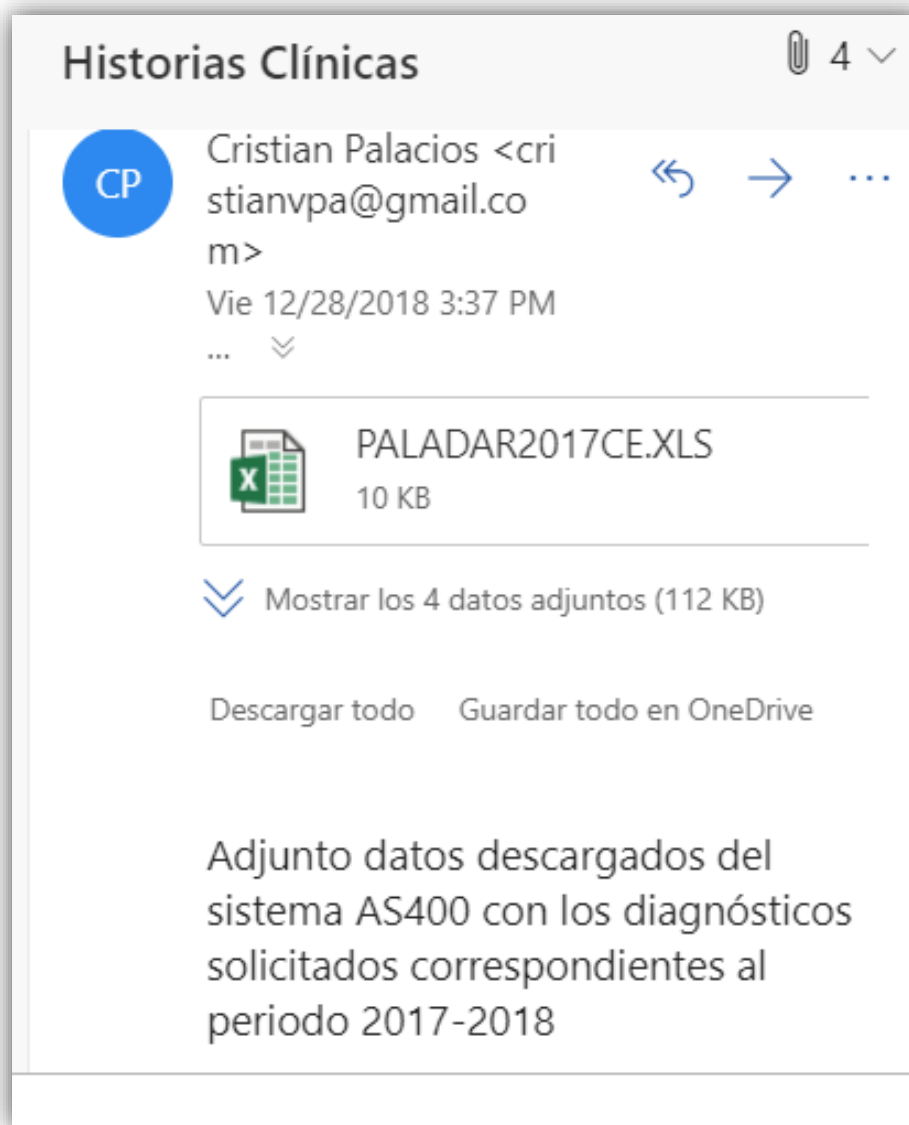
10. Monasterio L, Ford A, Tastets M. Tratamiento interdisciplinario de las fisuras labio palatinas. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. 2009 Marzo [citado 2019 Feb 26] ; 35(1): 91-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000100017&lng=es
11. Mejía A, Suaárez D. Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. Vol. IV, No.2. Mayo- Agosto 2012, p. 55-62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=37142>
12. Serrano C, Ruiz J, Quiceno L, Rodríguez M. Labio y/o paladar hendido; una revisión. *Revista Ustasalud* 2009; 8: 44-52. Disponible en: http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/view/1180
13. CapachoW, Arenas F, Quintero D, Torres E, Rodríguez M. Asociación entre el labio y/o paladar hendido no sindrómico y el estado nutricional. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Feb 26] ; 42(4): 351-356. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182015000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000400005>
14. Aburto L. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. *Acta Pediatr Mex.* 2017 jul; 38(4): 267-273. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm174f.pdf>
15. Mena-Olalde José, González-Díaz Iván, Venegas-Gómez Thania, González-Díaz Verónica, Medina-Aguilar Samuel. Epidemiología descriptiva de hendiduras labiopalatinas en la Clínica de Labio y Paladar Hendididos de Morelia, Michoacán, México (1989-2012) y su comparación con algunas poblaciones internacionales. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Feb 26] ; 43(1): 41-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000100006&lng=es
16. García R, Arévalo J, Aguilar H. Panorama epidemiológico de labio y paladar hendido en Mexico. *Cirugía Plástica* 2017; 27(1): 10-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2017/cp171c.pdf>
17. Madera A, Moneriz P, Suárez C. Implicaciones, moleculares del factor de crecimiento transformante beta (TGF-B) en el desarrollo de las fisuras labiopalatinas. *Av. Odontoestomatol* 2016; 32(5): Vol.32- No 5-2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v32n5/original2.pdf>
18. Tirado L, Madera A, González F. Interacciones genéticas y epigenéticas relacionadas con fisuras de labio y paladar no sindrómicas. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2016 Feb [citado 2019 Feb 26]; 32(1): 21-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852016000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S021312852016000100003>
19. Wattanawong K, Rattanasiri S, McEvoy M, Attia J, Thakkinstian A. Asociación entre polimorfismos IRF6 y 8q24 y labio leporino no sindrómico con o sin paladar hendido:

- revisión sistemática y metanálisis. Defectos de nacimiento Res A Clin Mol Teratol . 2016; 106 (9): 773-88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5095821>
20. Fuentes Jorge, Silva Mónica, Cantín Mario, Llermaly Stefano. Acercamiento de los Procesos Alveolares Mediante Ortopedia Prequirúrgica en Pacientes con Labio y Paladar Fisurado. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Feb 26] ; 8(1): 119-124. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2014000100016&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000100016>
 21. Cisneros Domínguez Grethel, Bosch Núñez Ana Ibis. Alcohol, tabaco y malformaciones congénitas labioalveolopalatinas. MEDISAN [Internet]. 2014 Sep [citado 2019 Feb 26] ; 18(9): 1293-1297. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000900015&lng=es
 22. Ortega-Miller J, Yezioro-Rubinsky S, Benavides-Pinto B, Báez-Quintero LC. Efectos teratogénicos de insecticidas organofosforados en la etiología de labio y paladar hendido: revisión de literatura. OD [Internet]. 6feb.2017 [citado 26feb.2019];13(24). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1658>
 23. Salas, Jeanette, María Murzi, Carmine Lobo Vielma, Ana Teresa Cicalá de Pachano, Zayda C. Barrios G., & Alba Salas Paredes. "Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina. Revista Odontológica de Los Andes [En línea], 12.1 (2017): 12-21. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/8237>
 24. Fierro Monti Claudia, Salazar Salazar Engel, Bravo Rivera Lorena, Pérez Flores Ma. Antonieta. Orientación inicial, calidad de consejería y forma de alimentación en niños fisurados. Odontostomatología [Internet]. 2013 Mayo [citado 2019 Feb 26] ; 15(21): 12-19. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168893392013000100003&lng=es
 25. Gonzáles G, Prado C. Guía de fisurados labiopalatinas una patología crónica. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Noviembre 2011. Disponible en: <http://www.aficaval.com/documentos/guiaaspanif.pdf>
 26. Pons-Bonals Alicia, Pons-Bonals Leticia, Hidalgo-Martínez Sandra Margarita, Sosa-Ferreira Carlos Francisco. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Feb 26] ; 74(2): 107-121. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462017000200107&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2016.11.008>
 27. Oliveira J, Moreira K, Tovar E, Bohórquez A. Influencia de la cirugía plástica reconstructiva en niños y niñas con labio y/o paladar hendido. Pol. Con. Edición No. 25, Vol. 3, No. 9. Septiembre 2018, p. 24-33. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/704>

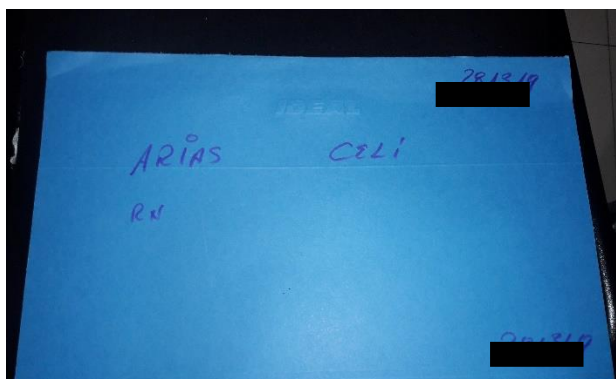
28. Rossell-Perry, Contrina Omar. Técnica quirúrgica para el tratamiento de fisuras labiales unilaterales con segmento lateral corto. *Acta Médica Peruana*, vol. 23, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 59-66 Colegio Médico del Perú Lima, Perú. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a03>
29. Ford A, Tastets M, Cáceres A. Tratamiento de la fisura labio palatina. *Revista Médica. Clin. Condes-* 2010; 21(1) 16-25. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705010>
30. Enoki E, Herrera M. Consideraciones estéticas en la rehabilitación oral de un paciente con labio y paladar fisurado. *Revista Salud y Vida*. Vol.2, No2. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/206>
31. Villavicencio Carpio E. El tamaño Muestral para la Tesis. ¿ Cuántas personas debo encuestar? *Odontol Act Rev Científica* [Internet]. 2018; 2(1):59. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>
32. Villavicencio Ebingen. ¿Cómo plantear las variables de una investigación?: Operacionalización de variables. *Odontol Act Rev Científica* [Internet]. 2019; Vol 4(1). Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/289>
33. Aguirre Mendoza Zhofre, Aguirre Mendoza Nikolay, Muñoz Ch Johana. Biodiversidad de la provincia de Loja, Ecuador. *Arnaldoa* [Internet]. 2017 Jul [citado 2019 Feb 26]; 24(2): 523-542. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S241332992017000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/http://doi.org/10.22497/arnaldoa.242.24206>

ANEXOS

Anexo 2. CORREO RECIBIDO CON NÚMEROS DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA LA BUSQUEDA DE LAS RESPECTIVAS CARPETAS CON INFORMACIÓN SOLICITADA.




Anexo 3. AUTORIZACIÓN E INGRESO AL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E HISTORIAS CLINICAS.



Anexo 4. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Código: 2018-232T



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Ficha de Recolección de datos.

Institución donde se toman los datos	
Nombre de la madre	
Edad de la madre en años	
Lugar de Residencia de la madre dirección	
Número de teléfono:	
Lugar de residencia	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Tipo de parto	Eutócico <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>
Semanas de gestación al momento del parto	
Ocupación de la madre	1. QDD 2. Agricultura 3. Administración 4. Comercio 5. Profesional 6. Otro
Nivel de Hemoglobina Previo al parto	
Estado Nutricional de la madre IMC	1. Menor o igual a 18,5 <input type="checkbox"/> 2. De 18,6 a 24,9 <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 29,9 <input type="checkbox"/> 4. Mayor o igual a 30 <input type="checkbox"/>
Nivel de instrucción de la madre	1. <input type="checkbox"/> analfabeto 2. <input type="checkbox"/> primaria incompleta 3. <input type="checkbox"/> primaria completa 4. <input type="checkbox"/> secundaria incompleta 5. <input type="checkbox"/> secundaria completa 6. <input type="checkbox"/> Superior 7. <input type="checkbox"/> No se especifica
Nombre del Recién nacido	
Peso y talla del recién nacido en kg y cm	Peso Kg Talla Cm
Recién Nacido con presencia de LPH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo de Deformidad LABIAL	1 Labio fisurado DERECHO <input type="checkbox"/> 2 Labio fisurado IZQUIERDO <input type="checkbox"/> 3 LABIO FISURADO BILATERAL <input type="checkbox"/>

Versión No. (1) Page 1

Código: 2018-232T

PALADAR HENDIDO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nivel de hemoglobina del RN	
Apgar del Recién Nacido	
Familia con antecedente de LPH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Consumo de ácido fólico durante el embarazo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Número de controles prenatales	
Consumo de Multivitámicos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Semanas de gestación previos al parto	
Número de partos previos	
Otro hijo con Labio fisurado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Etnia de origen. Si fuere el caso	
Consumo de OTRA MEDICACION	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de ser si que medicamento es:
.....

Versión No. (1) Page 2