

**Estado nutricional en niños de 1 a 12 años con labio leporino y paladar, Cuenca 2018-2019**

**Nutritional status in children from 1 to 12 years old with cleft lip and palate, Cuenca 2018-2019**

**Estado nutricional em crianças de 1 a 12 anos com fissura labiopalatal, Cuenca 2018-2019**

Juan Fernando Lara González<sup>1</sup>  
Universidad de Cuenca  
juanaraxiel@hotmail.com



Oscar Andrés Mera Yunga<sup>2</sup>  
Instituto Superior Tecnológico Universitario San Isidro  
Universidad de Cuenca  
andres.mera@ucuenca.edu.ec



 DOI / URL: <https://doi.org/10.55813/gaea/ccri/v4/n2/136>

**Como citar:**

González, J. & Mera, O. (2023). Estado nutricional en niños de 1 a 12 años con labio leporino y paladar, Cuenca 2018-2019. *Código Científico Revista de Investigación*, 4(2), 642-657.

**Recibido:** 11/09/2023

**Aceptado:** 11/12/2023

**Publicado:** 31/12/2023

---

<sup>1</sup> Universidad de Cuenca.

<sup>2</sup> Instituto Superior Tecnológico Universitario San Isidro.

## **Resumen**

El estudio surge por la elevada prevalencia de casos en cuanto a malformaciones genéticas (Labio Leporino y Paladar Hendido) presentados a nivel sudamericano y sobre los problemas nutricionales que puede conllevar estas patologías. Debido a que existe información limitada a nivel nacional sobre el tema, se ha considerado importante realizar un estudio que aporte a la generación de datos empíricos, por lo cual el objetivo principal es determinar el estado nutricional en niños de 1 a 12 años con paladar hendido y labio en la ciudad de Cuenca 2018-2019, en los cuales los datos obtenidos se concluye que en la valoración del IMC; el 92,4% presenta bajo peso, seguido de peso normal y sobrepeso con un porcentaje de 3,8% cada uno.

**Palabras claves:** Labio leporino, paladar hendido, estado nutricional, enfermería.

## **Abstract**

The study arises from the high prevalence of cases in terms of genetic malformations (Cleft Lip and Cleft Palate) presented at the South American level and on the nutritional problems that these pathologies can entail. Because there is limited information at the national level on the subject, it has been considered important to carry out a study that contributes to the generation of empirical data, for which the main objective is to determine the nutritional status in children from 1 to 12 years of age with cleft palates. and lip in the city of Cuenca 2018-2019, in which the data obtained concludes that in the assessment of the BMI; 92.4% are underweight, followed by normal weight and overweight with a percentage of 3.8% each.

**Keywords:** Cleft lip, cleft palate, nutritional status, Nursing.

## **Resumo**

O estudo surge da alta prevalência de casos em termos de malformações genéticas (Fissuras Lábio-Palatinas) apresentadas a nível sul-americano e sobre os problemas nutricionais que essas patologias podem acarretar. Por haver poucas informações a nível nacional sobre o assunto, considerou-se importante a realização de um estudo que contribua para a geração de dados empíricos, cujo objetivo principal seja determinar o estado nutricional em crianças de 1 a 12 anos de idade com fenda palatina e lábio na cidade de Cuenca 2018-2019, em que os dados obtidos concluem que na avaliação do IMC; 92,4% estão abaixo do peso, seguidos de peso normal e sobrepeso com um percentual de 3,8% cada.

**Palavras-chave:** Fissura labial, fissura palatina, estado nutricional, enfermagem.

## **Introducción**

Las malformaciones congénitas se registran desde principios de la humanidad en grabados de civilizaciones que la poblaron, en ciertas culturas consideraban como seres de

impureza a aquellos niños que presentaban mal formaciones y por lo tanto eran sacrificados, mientras en otras culturas eran adorados (1).

La frecuencia de Labio Leporino (LL) en Sudamérica es heterogénea, presentando valores significativamente altos en la región de la Sierra en Ecuador y en el Altiplano Boliviano (5). En el año 2014 se realizó un estudio en la ciudad de Quito en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz, con 604 pacientes en el cuál la prevalencia de LL Y PH fue del 30,6% (2).

Los defectos congénitos son un problema mundial, se calcula que cada año 7,9 millones de niños lo padecen, 3,3 millones de niños menores de cinco años mueren debido a ellos y 3,2 millones sobreviven con discapacidad (3). El LL y Paladar Hendido (PH) son malformaciones congénitas; es decir, que aparecen en el periodo intrauterino, estas patologías son de las más comunes ya que constituye el 2-3% de todas las anomalías congénitas y se estima que son las más habituales cuando se habla de anomalías craneofaciales (4).

En Estados Unidos de América 20 niños/as nacen con una hendidura orofacial en un día normal; es decir, aproximadamente 7500 por año, los niños que tienen esta patología demandan varios procedimientos quirúrgicos y complejos tratamientos médicos, el costo de vida estimado para cada niño es de \$100.000, que asciende a \$750 millones para todos los niños con hendidura orofacial que nacen cada año (5).

En el periodo de 2011-2014, se generó un perfil epidemiológico y clínico de la población con LL y PH atendida en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en Quito, en el cuál no se encontraba estandarizado el registro de datos en las Historias Clínicas, que buscaba mejorar el seguimiento y tratamiento a los pacientes (6).

Los defectos de cierre orofaciales son problemas usuales los cuales lleva a consumo de recursos ya sean sanitarios o económicos, a más del sufrimiento que padece el paciente y su familia incluida (7). Además, los niños afectados por esta anomalía, sufren diversas

enfermedades simultaneas que van a agravar el marco patológico ya existente; uno de estos es la problemática del retraso en desarrollo corporal (8).

Comúnmente, los niños/as con PH ya sea con LL o sólo con PH, succionan endeblemente y necesitan de un biberón y cuidado especial. Debido a esto es recomendable que los padres busquen ayuda de un terapeuta de la alimentación o nutricionista, un consejero en lactancia certificado o un profesional enfermero con experiencia para alimentar a niños con paladar hendido. Un niño/a que nazca con LL sin PH también puede necesitar ayuda extra para alimentarse (9). Por lo antes expuesto, esta investigación busca resolver la siguiente interrogante: ¿Cuál es el estado nutricional en niños de 1 a 12 años con labio leporino y paladar hendido en Cuenca 2018-2019? Con base en esto, los objetivos de la investigación consistieron en: determinar su estado nutricional, caracterizar a los según variables biosociodemográficas, identificar la malformación existente en los niños/as sea esta: labio leporino y paladar hendido o ambas e identificar el estado nutricional de acuerdo a las curvas de crecimiento, peso/edad, talla/edad e índice de masa corporal, y clasificación según Gómez.

## **Desarrollo**

Los defectos orofaciales son los que afectan los órganos encargados de las funciones de respiración, succión, deglución, habla y fonación (10). En el LL o PH, se pueden dar simultáneamente o puede acontecer de manera aislada (11), si definimos a LL sería una separación del labio superior por un crecimiento anormal o descompensado de los procesos nasales mediales y procesos maxilares que adquiere una apariencia similar al labio de una liebre (12) por otro lado, el PH sería una fisura o grieta que va a afectar de forma variable al paladar duro y al velo del paladar (13).

Se los puede clasificar anatómicamente de la siguiente manera: aquellos que afectan al paladar secundario ya sea paladar blando y duro que se los denomina paladar hendido o aislado

y por el contrario aquellos que afectan al paladar primario que tienen defectos de cierre de labio y puede estar o no dado el paladar hendido (14-16).

La incidencia anual varía entre 1/2.000 y 1/5.000 nacimientos y es dos veces más frecuente en niños. En 2017 un estudio el cuál abarco 305 historias clínicas de pacientes con LL Y PH encontraron mayor frecuencia en el sexo masculino con el 63.0%; y un porcentaje de 64.9% que oscilan desde 0 a 12 meses; el mayor porcentaje de pacientes se concentró en la provincia del Azuay con el 37.0% en relación con otras provincias del Ecuador (17).

Otro estudio realizado en Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, en el periodo del 2010 al 2015 indica que de 162 historias clínicas de neonatos con LL Y PH, da una incidencia mayor en el sexo masculino con un 56.2% (18).

En el periodo de noviembre 2013 a julio 2016 en la “Fundación Operación Sonrisa - Ecuador”, se realizó un estudio sobre la deficiencia de Zinc en el plasma, el cual demuestra que: las madres con esta deficiencia en comparación con las sanas, tienen niños/as con alguna malformación ya sea LL, PH o ambas (19), el uso de ciertos medicamentos que usan las mujeres durante su periodo de embarazo para el tratamiento de la epilepsia como por ejemplo: topiramato o ácido valproico durante el primer trimestre, conlleva a un mayor riesgo de tener un niño/a con LL o PH (20–22).

Acorde a un estudio Australiano en Melbourne las mujeres tienen el doble de riesgo de padecer (LL); sin embargo, los hombre tienen el doble de riesgo de padecer LL y PH (23).

En países Árabes, se realizó un estudio prospectivo de 5 años, en el cual dio una prevalencia de 2,4 por 1000 nacidos vivos en defectos orofaciales, en los cuales el LL y PH fue de 45% y los hombres predominaron en un 75%, además el 83% de casos tenía relación con consanguinidad y el 47 % tenía un relación con alguna enfermedad cardiaca congénita (40); en la capital de Arabia Saudita, se demostró una prevalencia de los defectos orofaciales de 0,3 por 1000 nacidos vivos (24).

Cuando se habla de tratamiento, la American Cleft Palate-Craniofacial Association (ACPA) recomienda insistentemente que los niños con LL y PH deben ser tratados por un equipo de paladar hendido/craneofacial que consiste en profesionales que se especializan en el cuidado de estos niños (25). Los equipos en su mayoría incluyen un cirujano maxilofacial, otorrinolaringólogo, audiólogo, genetista, neumólogo, psicólogo o trabajador social, enfermera entre otros.

Este equipo de gestión promueve el cuidado colaborativo, las mejores prácticas y el mejor cuidado al niño/a (26). El tratamiento quirúrgico primario, busca lograr un cierre óptimo, una perfecta función y al mismo tiempo obtener un buen resultado estético (8).

Los defectos orofaciales influyen de manera negativa en la calidad de vida de las personas que padecen alguna malformación ya sea LL o PH pueden padecer dolor, incomodidad, limitaciones en el habla, alimentación y problemas en la estética que afectan en la vida diaria y social, además de causar un impacto a nivel emocional (27), los problemas alimenticios ocurren en diferentes grados (28), rrealizar la educación correcta y los cuidados después del parto es recomendable, para cerciorarse que el niño/a se alimente y gane peso adecuadamente sin ningún problema (29).

En un estudio realizado en Centro de Cirugía Plástica de Miraflores de la ciudad de Guayaquil se evidenció problemas nutricionales en niños/as con LL Y PH desnutrición grado I, grado II y bajo peso llegan al 74%, trastornos en la talla un 75% (30).

Un ensayo realizado en Brasil, se evidenció una preocupación de los padres/cuidadores en el ámbito alimenticio y los cuidados pos operatorios en niños con fisura palatina, que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, en la Queiloplastia las dudas fueron acerca de la alimentación fue del 36%, higienización y cicatrización del 24% y dolor e infección fue 8% cada una, en la palatoplastia, las dudas estuvieron relacionadas con: la alimentación (48%), higienización (24%), dolor (16%), sangrado (8%) e infección (4%) (31).

El Índice de Masa Corporal, es la relación que existe entre el peso actual y la altura del individuo. Este índice es el primer paso para conocer el estado nutricional de cualquier persona. El valor que resulta, nos indica si la persona está debajo, dentro o excediendo el peso establecido como normal para su tamaño físico, su fórmula es:  $IMC = \text{Peso (Kg)}/\text{Talla (m}^2\text{)}$  (32).

Tabla 1  
Valores IMC

|                  |                    |               |
|------------------|--------------------|---------------|
| <b>Infrapeso</b> | Delgadez severa    | <16           |
|                  | Delgadez Moderada  | 16,00 - 16,99 |
|                  | Delgadez Aceptable | 17,00 - 18,49 |
| <b>Normal</b>    | Normal             | 18,50 - 24,99 |
| <b>Sobrepeso</b> | Sobrepeso          | $\geq 25$     |
|                  | Preobesidad        | 25,00 - 29,99 |
| <b>Obesidad</b>  | Obesidad Tipo I    | 30,00 - 34,99 |
|                  | Obesidad Tipo II   | 35,00 - 39,99 |
|                  | Obesidad Tipo III  | $\geq 40,00$  |

Fuente: OMS

Tabla 2  
Interpretación curvas de crecimiento longitud/talla para la edad niñas y niños de 0 a 5 años de edad.

| <b>Interpretación</b> | <b>Valores</b> |
|-----------------------|----------------|
| Talla Alta            | Mayor a +2     |
| Talla normal          | -1 y +2        |
| Riesgo de talla baja  | entre -1 y -2  |
| Baja Talla            | Entre -2 y -3  |
| Baja Talla severa     | Menor a -3     |

Fuente: MSP

Tabla 3  
Interpretación curvas de crecimiento peso para la edad niñas y niños de 0 a 5 años de edad

| <b>Interpretación</b> | <b>Valores</b> |
|-----------------------|----------------|
| Peso alto             | Mayor a +2     |
| Peso normal           | -1 y +2        |
| Riesgo de peso bajo   | entre -1 y -2  |
| Bajo peso             | Entre -2 y -3  |
| Bajo peso severo      | Menor a -3     |

Fuente: MSP

Tabla 4

Interpretación curvas de crecimiento IMC para la edad niñas y niños de 0 a 5 años de edad

| Interpretación                                   | Valores       |
|--|---------------|
| Obesidad   | Mayor a +3    |
| Sobrepeso  | -1 y +2       |
| Normal   | entre -1 y -2 |
| Emaciado (Desnutrición aguda)                    | Entre -2 y -3 |
| Severamente emaciado (Desnutrición aguda severa) | Menor a -3    |

Fuente: MSP

Tabla 5

Interpretación estado nutricional según Gómez

| Interpretación | Valores |
|----------------|---------|
| Normal         | 0-10%   |
| Grado 1        | 10-24%  |
| Grado 2        | 25-39%  |
| Grado 3        | +40%    |

Fuente: Nelson. Tratado de Pediatría. Ed 30

## Metodología

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo, diseño no experimental de corte transversal.

Se recolectaron y analizaron los datos de las historias clínicas de los/las niños de que fueron atendidos en la “Fundación Municipal de la Mujer y el Niño” 2018 – 2019 en Cuenca-Ecuador, con diagnóstico de PH, LL o ambos. El instrumento de investigación inicialmente fue validado a través de una prueba piloto aplicada a 6 padres de familia de niños con LL y PH menores de un año; quienes, no forman parte de la población incluida en la muestra. Esta prueba determinó que los datos solicitados en la encuesta estructurada eran claros y entendibles, no existiendo la necesidad de modificaciones.

Cómo instrumento para la recolección de datos, se aplicó una encuesta estructurada que permitió el acceso a datos sociodemográficos de los padres de familia o representantes legales de los/as niños/as como: edad, sexo, parentesco con el/la niño/a, procedencia, residencia, nivel

de estudios, estado civil y nivel socioeconómico. Además permitió, recolectar datos de la/el niña/o de la historia clínica como: diagnóstico, edad del niño y datos Antropométricos.

Los datos obtenidos fueron procesados en los programas estadísticos SPSS versión 25 y Microsoft Excel, y son presentados en tablas simples y analizadas con el apoyo de la estadística descriptiva.

## Resultados

Tabla 6

Residencia de los padres o representantes legales de los/as niños/as con LL y PH

|        |        | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--------|------------|------------|
| Válido | Rural  | 15         | 57,7%      |
|        | Urbano | 11         | 42,3%      |
|        | Total  | 26         | 100,0%     |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se observa que la residencia de las familias de los/as niños/as en estudio se encuentran en un 57,7% con una frecuencia de 15 es de la zona rural y el 42,3% con una frecuencia 11 es de zona urbana.

Tabla 7

Nivel Socioeconómico de los padres o representantes legales de los/as niños/as con LL y PH

|        |       | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------|------------|------------|
| Válido | Bajo  | 9          | 34,6%      |
|        | Medio | 17         | 65,4%      |
|        | Total | 26         | 100,0%     |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se observa que en el nivel socioeconómico de las familias de los/as niños/as en estudio en un 34,6% con una frecuencia de 9 tienen ingresos de nivel bajo y el 65,4% con una frecuencia 17 tienen ingresos de nivel medio.

Tabla 8  
Diagnóstico primario de los/as niños/as en estudio

|        |                                  | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|----------------------------------|------------|------------|
| Válido | Labio Leporino                   | 2          | 7,7%       |
|        | Labio Leporino y Paladar Hendido | 17         | 65,4%      |
|        | Paladar Hendido                  | 7          | 26,9%      |
|        | Total                            | 26         | 100,0%     |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nos demuestra que el Diagnóstico de los Pacientes encuestados con un 7,7% de la muestra pertenece a la variante de “Labio leporino” su frecuencia es de 2 pacientes. En su mayoría con un 65,4% del universo pertenece a la variable de “Labio leporino y Paladar Hendido” esto corresponde a 17 pacientes, finalmente con un 26,9% recae hacia la variable “Paladar Hendido” con su frecuencia de 7 pacientes.

Tabla 9  
Frecuencia y porcentaje según el sexo de los/as niños/as con LL y PH

|        |           | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------|-----------|------------|------------|
| Válido | Femenino  | 14         | 53,8%      |
|        | Masculino | 12         | 46,2%      |
|        | Total     | 26         | 100,0%     |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La frecuencia en la muestra total del estudio es del sexo femenino con un porcentaje del 53,8% y el 46,2% es de sexo masculino, por lo que se presume que existe un leve porcentaje de superioridad por parte de pacientes de sexo femenino.

Tabla 10  
Frecuencia y porcentaje según edad de los/as niños/as con LL y PH.

| Edad en años                       | Frecuencia | Porcentaje  |
|------------------------------------|------------|-------------|
| Lactante Mayor: 12 meses-2 años    | 6          | 23,1%       |
| Preescolar 3 años-5 años           | 7          | 26,9%       |
| Escolar 6 años-10 años             | 8          | 27%         |
| Pre Adolescencia: 10 años-12 años. | 5          | 23%         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>26</b>  | <b>100%</b> |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Según se puede interpretar que los lactantes mayores ocupan un porcentaje de 23,1% con una frecuencia de 6, en edad preescolar se ocupa un porcentaje de 26,9% con una frecuencia de 7, en edad escolar se ocupa un 27% con una frecuencia de 7 y finalmente en pre adolescencia se ocupa un 23% con una frecuencia de 5.

Tabla 11  
Estado nutricional de los/as niños/as con LL y PH, según valoración de IMC

| IMC                              |                    |                | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|--------------------|----------------|------------|------------|
| <b>Infrapeso o<br/>Peso Bajo</b> | Delgadez severa    | <16            | 15         | 57,7%      |
|                                  | Delgadez Moderada  | <16,00 - 16,99 | 3          | 11,6%      |
|                                  | Delgadez Aceptable | 17,00 - 18,49  | 6          | 23,1%      |
| <b>Normal</b>                    | Normal             | 18,50 - 24,99  | 1          | 3,8%       |
| <b>Sobrepeso</b>                 | Sobrepeso          | >=25           | 0          | 0          |
|                                  | Pre obesidad       | 25,00 - 29,99  | 1          | 3,8%       |
| <b>Obesidad</b>                  | Obesidad Tipo I    | 30,00 - 34,99  | 0          | 0          |
|                                  | Obesidad Tipo II   | 35,00 - 39,99  | 0          | 0          |
|                                  | Obesidad Tipo III  | >=40,00        | 0          | 0          |
| <b>TOTAL</b>                     |                    |                | 26         | 100%       |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Encontramos que delgadez severa lidera el porcentaje con 57,7% y una frecuencia de 15, seguido delgadez aceptable con 23,1% con una frecuencia de 6 y delgadez moderada con 11,6% y una frecuencia de 3. Por otro lado, se observa que sobrepeso y peso normal ocupan un 3% con una frecuencia de 1 niño/a cada uno.

Tabla 12  
Valoración de la talla de los/as niños/as con LL y PH, según curvas de crecimiento de la OMS

|        |                       | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-----------------------|------------|------------|
| Válido | Riesgo de talla baja. | 7          | 26,9%      |
|        | Talla Baja Severa.    | 6          | 23,1%      |
|        | Talla Baja.           | 7          | 26,9%      |
|        | Talla Normal          | 6          | 23,1%      |
|        | Total                 | 26         | 100,0%     |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 26,69% de la población encuestada tiene una frecuencia de 7 con respecto a “Riesgo de talla baja”, el 23,1% de la población encuestada tiene una frecuencia de 6 con respecto a “Talla Baja Severa”, otro 26,9% de la población encuestada tiene una frecuencia de 7 con respecto a “Talla Baja” finalmente el 23,1% de la población restante tiene una frecuencia de 6 con respecto a la Talla Normal.

Tabla 13  
Frecuencia y porcentaje según valoración peso de los/as niños/as con LL y PH.

|        |                     | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|---------------------|------------|------------|
| Válido | Bajo peso severo    | 5          | 19,2%      |
|        | Peso Bajo           | 4          | 15,4%      |
|        | Peso Normal         | 11         | 42,4%      |
|        | Riesgo de Peso bajo | 5          | 19,2%      |
|        | Sobrepeso           | 1          | 3,8%       |
|        | Total               | 26         | 100,0%     |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Con un 19,2% y una frecuencia de 5 se presume que tienen Bajo peso severo, 15,4% con una frecuencia de 4 Peso bajo, 42,4% con una frecuencia de 11 Peso normal, 19,2% con una frecuencia de 5 Riesgo de Peso bajo, finalmente con el porcentaje más bajo que corresponde al 3,8% y una frecuencia de 1 sobrepeso.

Tabla 14  
Valoración del IMC de los/as niños/as con LL y PH, según curvas de crecimiento de la OMS

|        |  | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|------------|------------|
| Válido | Emaciado (Desnutrición Aguda).                   | 3          | 11,5%      |
|        | Severamente Emaciado (Desnutrición Aguda Severa) | 3          | 11,5%      |
|        | Peso Bajo  | 3          | 11,5%      |
|        | Peso normal                                      | 16         | 61,5%      |
|        | Sobrepeso  | 1          | 3,8%       |
|        | Total  | 26         | 100,0%     |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El valor percentil de Índice de Masa Corporal con una mayoría notable del 61,5% lo que corresponde a 16 pacientes tienen un peso normal, seguido por 11,5% con un peso bajo y su frecuencia correspondiente de 3 personas de la muestra tomada, por otro lado con una frecuencia de 3 pacientes de Emaciado (Desnutrición Aguda), su porcentaje es de 11,5% , mientras que un 11,5% del universo se encuentra en Severamente Emaciado (Desnutrición Aguda Severa) lo que quiere decir que a esta variable le corresponde una frecuencia de 3 pacientes y finalmente con la variable de sobrepeso tan solo un paciente que corresponde el 3,8% del total.

Tabla 15

Valoración del estado nutricional según Gómez de los/as niños/as con LL y PH

|        |         | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|---------|------------|------------|
| Válido | Grado 1 | 12         | 46,2%      |
|        | Grado 2 | 3          | 11,5%      |
|        | Grado 3 | 3          | 11,5%      |
|        | Normal  | 8          | 30,7%      |
|        | Total   | 26         | 100,0%     |

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se observa que la variable Grado 1 le pertenece un 46,2% de la muestra, siendo 12 la frecuencia de la misma, con un 11,5% del Grado 2 correspondiente a 3 pacientes. Por consiguiente, al Grado 3 le corresponde una frecuencia de 3 pacientes con un porcentaje de 11,5% finalmente en la variable “normal” se obtuvo un 30,7% de la muestra total y su frecuencia es de 8 personas.

## Conclusiones

Estos datos indican que el 53,8% de pacientes corresponde al sexo femenino mientras que el sexo masculino representa el 46,2%, en cuanto a la edad de los/as niños/as, se obtuvo que el 23,1% es lactante mayor (12 – 24 meses), un 26,9% se halla en edad preescolar (3 – 5 años), un 27% se encuentra en edad escolar (6 – 10 años) y un 23% son pre adolescentes (10 –

12 años) entre niños de 10 a 12 años. Con respecto al estado nutricional en la valoración de los pacientes se encontró que; el 92,4% presenta bajo peso, seguido de peso normal y sobrepeso con un porcentaje de 3,8% cada uno.

El 76,9% de los niños con relación a la talla tienen algún trastorno, con respecto a un 23,1% que se mantiene en los valores normales. En cuanto al peso el 19,2% se presume que tienen bajo peso severo, 15,4% peso bajo, 19,2% riesgo de peso bajo, 3,8% sobrepeso, finalmente 42,4% peso normal. En relación a las valoraciones según “Nelson y Gómez” el 46,2% de los pacientes presenta “Desnutrición Grado 1”, el 11,5% presenta “Desnutrición Grado 2”, el 11,5% presenta “Desnutrición Grado 3”, el 30,7% presenta una clasificación “Normal”.

Del total de los 26 pacientes que fueron parte del estudio el 7.7% presentaron diagnóstico de “Labio Leporino”, por otra parte, los pacientes diagnosticados con “Paladar Hendido” se reflejó con un 26,9%, mientras que los pacientes que presentaron ambos diagnósticos “Labio Leporino y Paladar Hendido” presentaron el 65,4% del total de pacientes.

### Referencias bibliográficas

American Academy of Pediatrics. El cuidado de bebés nacidos con labio leporino y paladar hendido: explicación del informe de la AAP [Internet]. HealthyChildren.org. [citado 7 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/Cleft-Craniofacial/Paginas/cleft-lip-and-palate-parent-faqs.aspx>

American Cleft Palate-Craniofacial Association. Standards of Approval for Team Care [Internet]. ACPA. [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <http://acpa-cpf.org/team-care/standardscat/standards-of-approval-for-team-care/>

Aqrabawi HE. Facial cleft and associated anomalies: incidence among infants at a Jordanian medical centre. East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit. 2008;14(2):356-9.

Arévalo Martínez MAA, Sánchez León M de los Á. Frecuencia de fisura labiopalatal en pacientes del hospital Vicente Corral Moscoso enero 2010 -diciembre 2015. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27475/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

- BarrezuetaChiluiza LE. Valoración nutricional en niños de 3 a 5 años con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido que acuden al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores, octubre 2016 - febrero 2017. [Internet]. [Guayaquil]: UCSG; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7559/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-221.pdf>
- Bedón Rodríguez M, Villota González G. Labio Y Paladar Hendido: Tendencias actuales en el manejo exitoso. *Rev Arch Med.* 2012;12(1):14.
- Campaña H, López Camelo JS. Epidemiología del labio leporino en Sudamérica. *Rev Argent Antropol Biológica.* 2001;3(2):1.
- Cantín M, Suazo Galdames I. Labio leporino en la terminología biomédica. *Rev Médica Chile.* 2011;139(2):274-5.
- Carmona RH. The global challenges of birth defects and disabilities. *The Lancet.* 2005;366(9492):1142-4.
- Corbo Rodríguez MT, Marimón Torres ME. Labio y paladar fisurados: Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. *Rev Cuba Med Gen Integral.* agosto de 2001;17(4):379-85.
- Correa A, Gilboa SM, Besser LM, Botto LD, Moore CA, Hobbs CA, et al. Diabetes mellitus and birth defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(3):237.e1-237.e9.
- Díaz Casado GH, Díaz Grávalos GJ. Defectos de cierre orofaciales: paladar hendido y labio leporino. Una revisión bibliográfica. *SEMERGEN - Med Fam.* julio de 2013;39(5):267-71.
- Ferguson MW. Palate development. *Dev Camb Engl.* 1988;103 Suppl:41-60.
- Harville EW, Wilcox AJ, Lie RT, Åbyholm F, Vindenes H. Epidemiology of cleft palate alone and cleft palate with accompanying defects. *Eur J Epidemiol.* 1 de junio de 2007;22(6):389-95.
- Harville EW, Wilcox AJ, Lie RT, Vindenes H, Åbyholm F. Cleft Lip and Palate versus Cleft Lip Only: Are They Distinct Defects? *Am J Epidemiol.* 2005;162(5):448-53.
- Jara-Palacios MÁ, Cornejo AC, Narváez-Caicedo C, Moreano G, Vásquez KP, Moreno-Izquierdo C, et al. Plasma zinc levels in Ecuadorian mothers of infants with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate: A case series. *Birth Defects Res.* 2018;110(6):495-501.
- Jugessur A, Farlie PG, Kilpatrick N. The genetics of isolated orofacial clefts: from genotypes to subphenotypes. *Oral Dis.* 2009;15(7):437-53.
- Kumar P, Hussain MT, Cardoso E, Hawary MB, Hassanain J. Facial clefts in Saudi Arabia: an epidemiologic analysis in 179 patients. *Plast Reconstr Surg.* 1991;88(6):955-8.
- Kummer AW. A Pediatrician's Guide to Communication Disorders Secondary to Cleft Lip/Palate. *Pediatr Clin North Am.* febrero de 2018;65(1):31-46.

- Margulis AV, Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, Mittleman MA, Glynn RJ, et al. Use of topiramate in pregnancy and risk of oral clefts. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207(5):405.e1-405.e7.
- Matsunaka E, Ueki S, Makimoto K. Impact of breastfeeding or bottle-feeding on surgical wound dehiscence after cleft lip repair in infants: a systematic review protocol. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* octubre de 2015;13(10):3.
- Miller C. Feeding Issues and Interventions in Infants and Children with Clefts and Craniofacial Syndromes. *Semin Speech Lang.* 2011;32(02):115-26.
- Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ortiz Sánchez J. Estudio de incidencia en pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido e indicadores de riesgo materno, en el hospital gineco-obstetrico isidro ayora de la ciudad de quito, en el periodo 2010-2015 [Internet]. [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20136/1/TESIS%20APA.pdf>
- Padilla Yanez DA. Prevalencia de Fisura Labio Palatina en niños atendidos en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz en el periodo de Enero a Diciembre del 2014, [Tesis]. [Quito]: UDLA; 2014.
- Pons-Bonals A, Pons-Bonals L, Hidalgo-Martínez SM, Sosa-Ferreira CF. Estudio Clínico-Epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. *Bol Méd Hosp Infant México.* 2017;74(2):107-21.
- Searle A, Neville P, Ryan S, Waylen A. The Role of the Clinical Nurse Specialist From the Perspective of Parents of Children Born With Cleft Lip and/or Palate in the United Kingdom: A Qualitative Study. *Clin Nurse Spec.* 2018;32(3):121-8.
- Strong EB, Buckmiller LM. Management of the cleft palate. *Facial Plast Surg Clin N Am.* 2001;9(1):15-25, vii.
- Tolarova M. Pediatric Cleft Lip and Palate. *Medscape drugs, disease and procedures.* 2009; 1-12.
- Trettene A dos S, Razera APR, Maximiano T de O, Luiz AG, Dalben G da S, Gomide MR. Doubts of caregivers of children with cleft lip and palate on postoperative care after cheiloplasty and palatoplasty. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(6):993-8.
- Werler MM, Ahrens KA, Bosco JLF, Mitchell AA, Anderka MT, Gilboa SM, et al. Use of Antiepileptic Medications in Pregnancy in Relation to Risks of Birth Defects. *Ann Epidemiol.* 2011;21(11):842-50.
- Zamora DCE. Estado nutricional de niños afectados por fisuras labiopalatinas. *Rev Cuba Pediatría.* 2013;85(3):6.