

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en niños atendidos
en el Hospital Roberto Gilbert (2019-2024).**

AUTORA:

Navarrete Sánchez, Amanda Isabel

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGA**

TUTOR:

Rumbea Garzón, María Isabel

Guayaquil, Ecuador

24 de febrero del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Navarrete Sánchez, Amanda Isabel**, como requerimiento para la obtención del título de **odontóloga**.

TUTOR (A)

f. _____
Rumbea Garzón, María Isabel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia

Guayaquil, a los 24 del mes de febrero del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Navarrete Sánchez, Amanda Isabel**

DECLARO QUE:

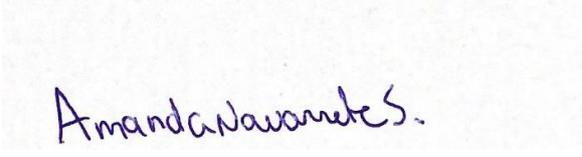
El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en niños atendidos en el Hospital Roberto Gilbert (2019-2024)** previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 24 del mes de febrero del año 2025

LA AUTORA

f.



Navarrete Sánchez, Amanda Isabel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

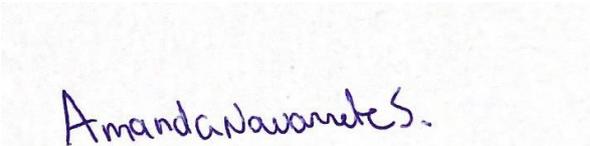
AUTORIZACIÓN

Yo, **Navarrete Sánchez, Amanda Isabel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en niños atendidos en el Hospital Roberto Gilbert (2019-2024)**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 del mes de febrero del año 2025

LA AUTORA:

f. 
Navarrete Sánchez, Amanda Isabel

REPORTE COMPILATIO



INFORME DE ANÁLISIS
magister

Amanda Isabel Navarrete
Sánchez

0%
Textos
sospechosos

< 1% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes
mencionadas
10% Idiomas no reconocidos
(ignorado)

Nombre del documento: Amanda Isabel Navarrete Sánchez.doc
ID del documento: 4ad64cf29973b3e8157cc35bab944fdce75d8c5
Tamaño del documento original: 1,38 MB
Autores: □

Depositante: Estefanía del Rocio Ocampo Poma
Fecha de depósito: 14/2/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 14/2/2025

Número de palabras: 6107
Número de caracteres: 40.997

f. _____
Rumbea Garzón, María Isabel

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mis padres, la Dra. Isabel Sánchez y al Ing. Luis Navarrete, por su amor y apoyo incondicional. Su sacrificio y dedicación han sido fundamentales para mi formación y éxito profesional.

A mi tutoras, Dra. Terreros, Dra. Rumba y a todos los docentes que me han guiado y enseñado durante todos estos años de carrera.

Al Dr. Julio Hidalgo, por permitirme realizar la tesis en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

A Dios por permitirme vivir este momento de ser una profesional y guiarme por el buen camino siempre.

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación va dedicado a mis padres, quienes me han brindado su amor incondicional y apoyo constante a lo largo de mi vida.

A mis hermanos, familia y amigos, quienes me han brindado su apoyo y me han acompañado durante esta trayectoria. Su presencia en mi vida han sido un regalo invaluable.

A mis abuelitas, quienes aunque ya no están conmigo físicamente, siempre estarán en mi corazón y mis recuerdos. Su legado y enseñanzas han sido fundamentales en mi vida.

A la Dra. Laura Contreras, por creer en mí, abrirme las puertas de su consultorio y darme consejos para ser una mejor profesional.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dra. Ocampo Poma, Estefanía del Rocío
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Terreros Caicedo, María Angélica
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

TUTOR (A)

f. _____

Dra. Rumbea Garzón, María Isabel

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en niños atendidos en el Hospital Roberto Gilbert (2019-2024)

RESUMEN (ABSTRACT)

Introducción: Las fisuras labiales y/o palatinas son el defecto congénito más frecuente que afecta las estructuras faciales cuya etiología es compleja multifactorial ya que involucra factores genéticos y ambientales causado por un desarrollo embrionario atípico resultando ser una mayor carga social y financiera para la persona afectada y familia. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de fisuras labiales y/o palatinas en niños atendidos en el Hospital Roberto Gilbert (2019-2024). **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal a 217 pacientes pediátricos atendidos en el Hospital. Se analizaron las variables de sexo, síndromes asociados, edad materna, nacimiento prematuro, ortopedia pre quirúrgica y los diferentes abordajes quirúrgicos. **Resultados:** Predominó el sexo femenino representando el 52,1%. Las FLP fueron la más frecuente con 47%. Las FP fueron más frecuentes en niñas (67,1%). La fisura del paladar duro y del paladar blando con fisura de labio unilateral (38,2%) fue el más frecuente en las FLP. 8,8% fueron sindrómicos ($p = 0,102$). 17,1% fueron prematuros predominando en FLP ($p = 0,621$). La edad materna tuvo un promedio de 27 años ($p = 0,046$). 35,5% evidenció intervención ortopédica ($p < 0,001$). 71,0% evidenció al menos un tipo de intervención quirúrgica, mayormente la Queiloplastia (29,4%) edad media de 6 meses y Palatoplastia (28,1%) edad media de 2 años. **Conclusión:** Las FLP fueron las fisuras más comunes en el paciente pediátrico mostrando una distribución diferencial del tipo de fisura según el sexo de los pacientes pediátricos analizados.

Palabras Clave: *fisuras labiales, fisuras palatinas, malformaciones craneofaciales, defecto congénito, labio leporino, paladar hendido.*

Abstract

Introduction: Cleft lips and/or palates are the most frequent congenital defect affecting facial structures. The etiology of these defects is complex and multifactorial, since they involve genetic and environmental factors caused by atypical embryonic development, resulting in a greater social and financial burden for the affected person and their family. **Objective:** To determine the prevalence of cleft lips and/or palates in children treated at the Roberto Gilbert Hospital (2019-2024). **Methodology:** A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out on 217 pediatric patients treated at the Hospital. The variables of sex, associated syndromes, maternal age, premature birth, pre-surgical orthopedics and the different surgical approaches were analyzed. **Results:** The female sex predominated, representing 52.1%. The most frequent were the FLP with 47%. The FP were more frequent in girls (67.1%). Cleft of the hard palate and soft palate with unilateral cleft lip (38.2%) were the most frequent in FLP. 8.8% were syndromic ($p = 0.102$). 17.1% were premature, with a predominance of FLP ($p = 0.621$). The maternal age had an average of 27 years ($p = 0.046$). 35.5% showed orthopedic intervention ($p < 0.001$). 71.0% showed at least one type of surgical intervention, mostly Cheiloplasty (29.4%) mean age of 6 months and Palatoplasty (28.1%) mean age of 2 years. **Conclusion:** FLP were the most common clefts in pediatric patients, showing a differential distribution of the type of cleft according to the sex of the pediatric patients analyzed.

Keywords: cleft lip, cleft palate, craniofacial malformations, congenital defect

INTRODUCCIÓN

Las fisuras labiales (FL), palatinas (FP) y labio/palatinas (FLP) son el defecto congénito más frecuente que afecta las estructuras faciales cuya etiología es compleja multifactorial ya que involucra factores genéticos y ambientales¹⁻¹⁴ siendo el más común, representando el 75% de las malformaciones craneofaciales causado por un desarrollo embrionario atípico¹⁵⁻¹⁸ resultando ser una mayor carga social y financiera para el paciente y la familia^{1,19}.

Este defecto se manifiesta con mayor tasa de frecuencia a nivel mundial, 1 de cada 1000 recién nacidos presentan esta alteración¹⁰. Por otro lado, tienen una mayor tasa de 1:500 nacidos vivos en Europa y Asia^{3,4,11,12,20,21} y de 1:1000 en Estados Unidos y Colombia³. Bolivia, Ecuador y Paraguay son los Países Latinoamericanos con las tasas más altas de prevalencia^{2,10}. En Ecuador se estima una prevalencia de estas malformaciones en un 2.9% a un 3.7% con una frecuencia de 14.97 por cada 10000 nacidos vivos, predominando en varones²².

Estas hendiduras se clasifican como sindrómicas y no sindrómicas, se afirma que el 70% no se relaciona a síndromes y el 20 a 30% si^{1,10}. Se han reportado que más de 300 síndromes genéticos pueden acompañar estas malformaciones orofaciales^{1,10,17,23}. Síndromes como Pierre Robin, Treacher Collins, Down, entre otros pueden estar presentes en las FLP¹⁵.

La ortopedia pre quirúrgica es importante debido a la propia malformación, estos pacientes no poseen una buena calidad de vida ni buena alimentación. Esto estimula y remodela los segmentos nasal, alveolar y palatino²⁴. Por otro lado, estos niños presentan anomalías dentales^{6,10}, maloclusiones graves y mordida cruzada¹⁶.

La edad materna avanzada incrementa el riesgo de niños nacidos con FLP debido a las distintas complicaciones que pueden afectar al desarrollo del feto^{17,25}. A mayor edad los óvulos presentan más mutaciones acumuladas y están más expuestos a más factores de riesgo ambientales¹⁷.

Los niños fisurados tienen riesgo de nacimiento prematuro, la asociación entre prematuridad y fisuras están vinculadas tanto a factores genéticos como a condiciones maternas y ambientales que pueden afectar negativo al desarrollo fetal^{12,13,26}.

El manejo de estos casos implica un tratamiento integral interdisciplinario abarcando distintos especialistas^{4,11}. La reconstrucción quirúrgica del paladar, labio o ambos requiere de técnicas y constantes actualizaciones por parte del especialista²⁷.

Revisada la evidencia, es propósito de la presente investigación determinar la prevalencia de las fisuras labiales y/o palatinas en niños atendidos en el Hospital Roberto Gilbert, analizando la relación de los factores como síndromes asociados, edad materna, nacimiento prematuro, ortopedia pre quirúrgica y las técnicas de abordaje quirúrgico para el tratamiento de esta condición.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal en el Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde. El universo consistió en 217 pacientes pediátricos atendidos en el área de hospitalización de dicho Hospital durante el periodo 2019- 2024.

Se revisó las historias clínicas correspondientes a los códigos CIE-10 de los distintos tipos de fisuras labiales y/o palatinas dando un total de 217 pacientes atendidos que cumplieron los criterios de inclusión: pacientes cuyo diagnóstico esté registrado en la historia clínica según CIE-10 (Q35: Fisura del paladar, Q36: Fisura del labio, Q37: Fisura del paladar y labio), pacientes pediátricos menores de 18 años de ambos sexos, historias clínicas con información detallada sobre antecedentes, diagnóstico, tratamientos recibidos y seguimiento del paciente hasta el 2024 y pacientes que acuden para su primer diagnóstico de la fisura labio y/o palatina. Se excluyeron aquellas historias clínicas que no tengan un diagnóstico claro o específico de fisuras labiales y/o palatinas conforme al CIE -10 Q35, Q36 o Q37, pacientes mayores de 18 años e historias clínicas repetidas.

El estudio siguió los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 para la investigación médica en pacientes manteniendo la confidencialidad de la información registrada.

Los datos fueron recolectados en una hoja de cálculo de Excel y luego tabulados para la realización del análisis estadístico respectivo utilizando el programa SPSS versión 29, con un nivel de significancia del 5% y las distintas pruebas estadísticas.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 217 niños(as) atendidos en el Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde durante el período 2019-2024, con diagnóstico de fisuras. La FLP fue la más frecuente con un 47%, seguida por las FP con un 39,2% y, en menor proporción, las FL con un 13,8%. Las características demográficas evidenciaron edad materna en promedio de 27 años, mayoría de pacientes del sexo femenino con un 52,1%, y lugar provincia de procedencia el Guayas con un 65%.

En el análisis de la relación entre el sexo y el tipo de fisura (palatina, labial y labial/palatina) en niños(as), se observó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,002$). Indicando que la distribución del tipo de fisura difiere según el sexo. Este hallazgo sugiere posibles diferencias biológicas o ambientales que influyen en la manifestación de estas malformaciones congénitas.

Además, se identificó una distribución diferencial del tipo de fisura según el sexo de los pacientes pediátricos analizados. Las FP fueron más frecuentes en niñas, representando el 67,1%. Por el contrario, las FL y las FLP mostraron una mayor incidencia en niños, con prevalencias del 60,0% y 56,9%, respectivamente.

Los dos tipos de FP más frecuente fueron la del paladar blando (43,5%) y fisura del paladar duro y blando (31,8%). En las FL: Fisura labial unilateral (73,3%). Y en las FLP: Fisura del paladar duro y blando con fisura de labio unilateral (38.2%), Fisura del paladar duro y blando con fisura de labio bilateral (18.6%) y Fisura del paladar con fisura de labio unilateral (11,8%) (Tabla 1).

Tabla 1 *Distribución del tipo de fisura congénita*

Edad materna en años, media (desviación estándar)	27,2 (6,3)
Sexo del paciente	N (%)
Masculino	104 (47,9%)
Femenino	113 (52,1)
Provincia de procedencia	N (%)
Guayas	141 (65,0)

Los Ríos	17 (7,8)
Manabí	15 (6,9)
Santa Elena	12 (5,5)
El Oro	11 (5,1)
Otra	21 (9,7)
Fisuras Palatinas	
	N (%)
Fisura de la úvula	10 (11,8)
Fisura del paladar blando	37 (43,5)
Fisura del paladar duro	6 (7,1)
Fisura del paladar duro y del paladar blando	27 (31,8)
Fisura del paladar, sin otra especificación	5 (5,9)
Total	85 (100)
Fisuras labiales	
	N (%)
Fisura labial bilateral	5 (16,7)
Fisura labial unilateral	22 (73,3)
Fisura labial, línea media	3 (10,0)
Total	30 (100,0)
Labiales/Palatinas	
	N (%)
Fisura del paladar blando con fisura labial bilateral	6 (5,9)
Fisura del paladar blando con fisura labial unilateral	8 (7,8)
Fisura del paladar con fisura labial bilateral, sin otra especificación	6 (5,9)
Fisura del paladar con fisura labial unilateral	12 (11,8)
Fisura del paladar duro con fisura labial bilateral	3 (2,9)
Fisura del paladar duro con fisura labial unilateral	9 (8,8)
Fisura del paladar duro y del paladar blando con fisura labial unilateral	39 (38,2)
Fisura del paladar duro y paladar blando con fisura labial bilateral	19 (18,6)
Total	102 (100,0)

Fuente: Base de datos de historias clínicas del Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde 2019-2024

El análisis de la relación entre la presencia de síndromes y el tipo de fisura congénita no mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,102$). Es decir, la distribución de los tipos de fisuras no varía significativamente en función de la presencia de algún síndrome, sugiriendo que estos factores no están asociados en la población estudiada. Solo 19 de los 217 casos analizados presentaron algún síndrome asociado, siendo el 8,8%. La mayoría correspondió a FP, seguidos por FLP y un único caso de FL. Esto pone de manifiesto que la presencia de síndromes es más común en niños con FP aunque la frecuencia general de síndromes asociados es baja.

Dentro de las FP, se identificaron principalmente el síndrome de Pierre Robin (50%) y Displasia Diastrófica (17%), los síndromes de Apert, Disostosis Cleidocraneal, Down y Pallister-Killian estuvieron presentes en proporciones iguales. En las FL, el único caso fue el síndrome de Moebius. En las FLP presentaron una mayor diversidad de síndromes asociados. Cada uno de los casos estuvo vinculado a un síndrome diferente, entre Goldenhar, Displasia frontonasal, Noonan, Patau, Velocardiofacial y Wolf (Tabla 2).

Estos resultados refuerzan la relevancia de considerar el tipo de fisura al evaluar la posible presencia de síndromes en los niños afectados, ya que ciertos síndromes, como Pierre Robin, parecen estar estrechamente asociados a las FP.

Tabla 2 Nombre del síndrome y el tipo de fisura presente en los niños(as)

Tipo de fisura	Síndrome	N (%)
Palatinas	APERT	1 (8,0)
	Displasia diastrófica	2 (17,0)
	Disostosis cleidocraneal	1 (8,0)
	DOWN	1 (8,0)
	Pallister-Killian	1 (8,0)
	PIERE ROBIN	6 (50%)
	Total	12 (100,0)
Labiales	MOEBIUS	1 (100,0)
	GOLDENHAR	1 (17,0)
	Displasia frontonasal	1 (17,0)
	NOONAN	1 (17,0)
	PATAU	1 (17,0)
	VELOCARDIOFACIAL	1 (17,0)
	WOLF	1 (17,0)
Total	6 (100,0)	

Fuente: Base de datos de historias clínicas del Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde 2019-2024

El análisis de la relación entre nacimiento prematuro y el tipo de fisura no mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,621$). Indicando que la distribución de los diferentes tipos de fisuras no varía en función del nacimiento prematuro, no están relacionados en la población estudiada. Además, se observó que, solo 37 niños de 217 fueron prematuros, representando el 17,1% del total (Tabla 3).

Tabla 3 Asociación de nacimiento prematuro y el tipo de fisura presente en los niños(as)

Prematuro	Tipo de fisura			Total n (%)	P-valor
	Palatinas n (%)	Labiales n (%)	Labiales/Palatinas n (%)		
Si	12 (14,1)	5 (16,7)	20 (19,6)	37 (17,1)	
No	73 (85,9)	25 (83,3)	82 (80,4)	180 (82,9)	0,621
Total	85 (100,0)	30 (100,0)	102 (100,0)	217 (100,0)	

Fuente: Base de datos de historias clínicas del Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde 2019-2024. Nivel de significancia 5%. Prueba de asociación Chi-Cuadrado. El porcentaje es por tipo de fisura.

Al analizar estos casos por tipo de fisura, se observó que la mayoría correspondió a FLP, seguidos por FP y FL. Poniendo en manifiesto la presencia de niños prematuros más común en niños con FLP.

El análisis de la relación entre la edad materna y el tipo de fisura congénita mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,046$). Indicando la distribución de las distintas fisuras en función de la edad materna, sugiriendo la relación de las mismas.

De las pruebas de comparaciones múltiples se observaron diferencias en la edad materna promedio fueron en los niños con FP y FLP (p -valor = 0,022), para el resto de comparaciones no se observaron diferencias (Tabla 4).

Tabla 4 Asociación de edad materna y el tipo de fisura presente en los niños(as)

Tipo de fisura	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo	P-valor
----------------	---	-------	------------	--------	--------	---------

estándar					
Palatinas	29	25,72	5,243	17	39
Labiales	14	26,14	6,515	18	36
Labiales/Palatinas	48	29,19	6,806	15	41
Total*	91	27,62	6,456	15	41

Comparaciones múltiples

Grupo 1	Grupo 2	Diferencia medias	P-valor
Fisuras palatinas	Fisuras labiales	-0,419	0,839
Fisuras palatinas	Fisuras labiales/palatinas	-3,463	0,022
Fisuras labiales	Fisuras labiales/palatinas	-3,045	0,115

Fuente: Base de datos de historias clínicas del Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde 2019-2024. Nivel de significancia 5%. Prueba de ANOVA. *126 valores perdidos. Los datos cumplen con normalidad y homogeneidad de varianzas. Prueba post hoc HSD de Tukey (comparaciones múltiples)

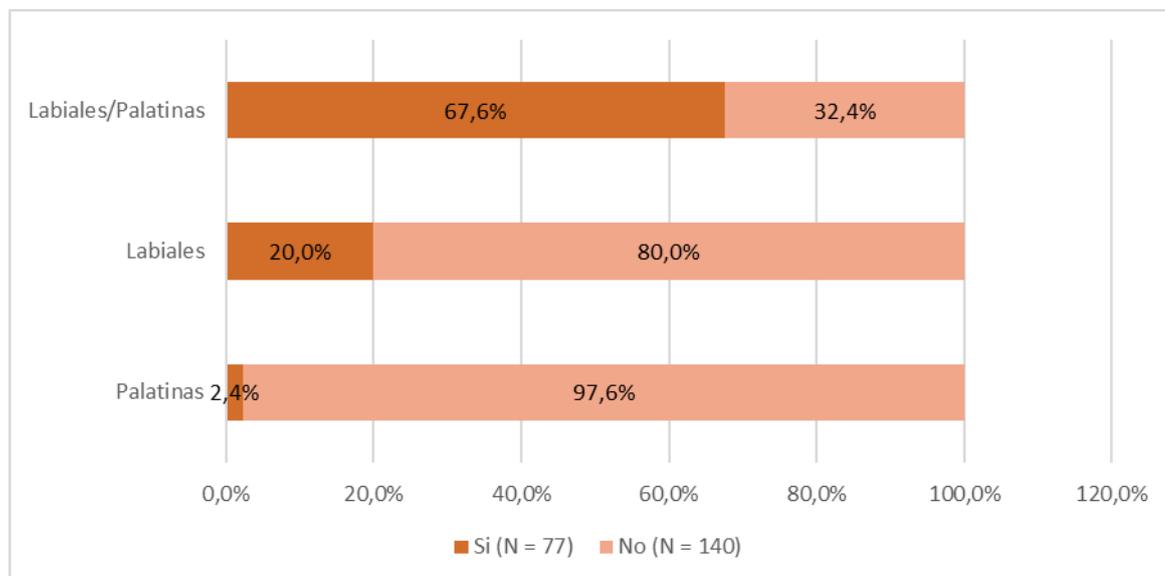
Existe una variabilidad de las edades maternas en los distintos grupos. Los valores máximos y mínimos para las FP son de 39 y 17 años, respectivamente; en FL, de 36 y 18 años; en FLP presentan la mayor dispersión en las edades, de 41 y 15 años.

El análisis de la intervención ortopédica y el tipo de fisura congénita mostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$), con un nivel de significancia del 5% haciendo una prueba de asociación chi-cuadrado indicando que la distribución de los diferentes tipos de fisuras varía significativamente en función de la intervención ortopédica, sugiriendo su relación. Además, se observó que, de los 217 casos analizados, el 35,5% evidenció intervención ortopédica predominando en los pacientes con FLP.

Hubo una variedad de intervenciones ortopédicas, las FLP tuvieron una mayor diversidad de intervenciones, tales como la terapia NAM, Cinta interlabial, pin palatino, tutor nasal, conformador nasal, placa de expansión maxilar, máscara de protracción y gorro de tracción. En casos de FL, terapia NAM y cinta interlabial y en FP, placas de expansión maxilar.

La intervención ortopédica fue más común en niños con FLP seguido de FL y por último FP. (Figura 5).

Figura 5 Distribución porcentual de la intervención ortopédica según el tipo de fisura presente en los niños(as)



Fuente: Base de datos de historias clínicas del Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde 2019-2024

El análisis de la relación entre la intervención quirúrgica y el tipo de fisura congénita mostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Indicando que la distribución de los diferentes tipos de fisuras varía significativamente en función de la intervención quirúrgica y relacionándolos. De los 217 casos analizados, el 71,0% evidenció al menos un tipo de intervención quirúrgica, siendo mayoría los casos de Queiloplastia (29,4%), seguido de Palatoplastia (28,1%) y en menor porcentaje Queiloplastia/Palatoplastia (18,0%). La edad promedio de realización de la Palatoplastia fue de 2 años (mínimo 1 año y máximo 17 años) y la Queiloplastia 6 meses (mínimo 3 meses y máximo 13 años).

DISCUSIÓN

Las FL y FLP mostraron una mayor incidencia en niños, con prevalencias del 60,0% y 56,9%, respectivamente. Las FP fueron más frecuentes en niñas, representando el 67,1% de los casos, asemejándose a varios estudios^{1,2,14,20,28-30} y no coincidiendo con otros autores donde predominó el sexo masculino en las FP^{5,11,12}.

En cuanto a la distribución por sexo de los 3 tipos de fisuras, se observó una ligera mayoría de pacientes femeninos, representando el 52,1%, lo que no concordó con algunos estudios a nivel global^{5,7,9,11,12,14,20,29-34} mostrando un ligero predominio en niños. A nivel nacional, en un estudio realizado por Almache et al en Quito, Guayaquil y Cuenca en distintos Hospitales, la diferencia es mucho mayor con un 61,68% en niños frente a las niñas 38,19%³⁵. Por otro lado, se sugiere mayor investigación de la epidemiología de esta malformación a nivel nacional.

La fisura más frecuente fue la FLP con un 47%, seguida por las FP con 39,2% y FL con 13,8% asemejándose a varios estudios donde las FLP fueron más frecuentes^{2,5,7,15,16,18,19} y destacando la FLP unilateral como el tipo más predominante coincidiendo con el presente estudio^{7,20}. Por otro lado, el presente estudio no coincide con un estudio realizado por Peña-Soto et al, donde el diagnóstico más frecuente fue de FP⁵.

En este estudio, el 8,8% se relacionó a la presencia de síndromes, no tuvo asociación estadísticamente significativa ($p = 0,102$) asemejándose a distintos estudios que muestran un porcentaje bajo de estos pacientes asociados a síndromes, predominando el no sindrómico^{11,12,20,33,35,36}. Investigaciones resaltan la presencia de Pierre Robin en FP^{28,37} y el más prevalente en varios estudios^{28,33,34,36}, seguido el síndrome de Apert^{28,33} tal como en este estudio.

En las FLP presentaron una mayor diversidad de síndromes asociados entre Goldenhar, Noonan, Patau, Velocardiofacial y Wolf, lo que no concuerda con algunos autores que describen al síndrome de Van der Woude como el más frecuente en este tipo^{3,4,15} y en este estudio no se encontró ni un caso. Por

otro lado, concuerda con estudios evidenciando algunos casos del síndrome de Goldenhar en FLP^{34,36}.

El síndrome de Moebius es un trastorno neuromuscular muy raro cuya manifestaciones en boca es la fisura labial³⁸ y en el presente estudio se encontró 1 caso, así mismo Cuozzo et al evidenció 1 caso³³. Por otro lado, se mencionó al síndrome de Patau en la lista de causas de mortalidad en Estados Unidos⁹ asemejándose en este estudio donde el único caso de Patau falleció. Es de suma importancia el trabajo de un genetista en el área y realización de los exámenes pertinentes para una correcta evaluación e identificación del síndrome.

La Organización Mundial de la Salud define prematuridad como el nacimiento antes de las 37 semanas¹³. En el presente estudio solo el 17,1% de los niños fueron prematuros, no fue un resultado estadísticamente significativo ($p = 0,621$). Resultado parecido a otros estudios donde evidencian una edad gestacional mayor a 37 semanas en estos pacientes^{11,36,37}. A su vez, destacan la relación con bajo peso al nacer³⁷.

Varios estudios caso-control mostraron que los niños con estas malformaciones tienen un mayor riesgo de parto prematuro y su edad gestacional es más corta en comparación a los que no presentan estas fisuras^{12,13,20,39} y Shehan et al muestra que los bebés prematuros tienen 1,90 veces más probabilidades de desarrollar estos defectos¹³.

Aunque no se ha demostrado que esta malformación cause prematuridad, los resultados actuales permitirán dar un mejor asesoramiento materno e intervenciones en el caso de la prematuridad y se sugieren más estudios al respecto¹³.

En el presente estudio, la relación entre la edad materna y el tipo de fisura mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,046$), se evidenció una media de edad materna de 27 años asociándose a otros estudios donde la edad materna promedió los 30 años^{8,35}, 26 años³⁹, entre 26 y 30 años^{11,26}. En manifiesto con Pérez-González et al, indicando que las madres de 20 a 29 años tuvieron más frecuencia niños con FLP (75.8%)¹⁴.

No coincidiendo con un estudio que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre los casos de FLP y la edad de la madre³⁷. Otros estudios revelan una asociación entre la incidencia de estos defectos y un 63,0% de las madres con 35 años a más³⁴ mostrando que en esta edad son más probables de desarrollar esta malformación^{20,29} determinando a la edad materna como un factor de riesgo^{14,34}.

Este estudio mostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$), donde el 35,5% evidenció intervención ortopédica teniendo relevancia en los pacientes con FLP, los cuales la terapia NAM y la cinta adhesiva interlabial fueron las más usadas, así mismo en varios estudios logrando una reducción del 53% en el tamaño del espacio de los segmentos alveolares (12,4 mm a 5,8 mm), reposicionando los músculos y guiando a un adecuado crecimiento maxilar antes de la queiloplastia definitiva mejorando la calidad de vida del paciente pediátrico^{24,27,31,40-43}. Se destaca la importancia del uso de la aparatología de ortodoncia pre quirúrgica^{11,16,21,27,31,32,43}. Por otro lado, en una encuesta realizada a cirujanos americanos en este ámbito mostraron que el 55% utilizaban la ortopedia pre quirúrgica y recalcan su importancia⁴¹.

Autores sugieren la ortodoncia temprana hasta los 3 meses de vida para disminuir la deformidad nasal y las fisuras antes del procedimiento quirúrgico para mejores resultados^{21,24}. En contraste, Rabal-Solans et al, no encontró efectos estadísticamente significativos del tratamiento ortopédico pre quirúrgico sobre las dimensiones del arco maxilar en bebés con labio y paladar hendido durante el primer año de vida⁴⁴. Se necesitan más estudios para establecer la eficacia de la aparatología ortopédica prequirúrgica.

No obstante, Saele et al, reveló la carencia de conocimientos y manejo ortopédico en especialistas frente a estas malformaciones⁶, por lo que se sugiere una mayor preparación en pregrado para saber tratar estos casos. Las agenesias, dientes supernumerarios y otras anomalías son frecuentes en estos casos^{2,10}.

En el presente estudio el 71,0% evidenció al menos un tipo de intervención quirúrgica, mayormente Queiloplastia (29,4%), seguido de Palatoplastia

(28,1%), similar a Roberts et al, el 79% de los participantes pediátricos fueron intervenidos quirúrgicamente⁴¹. La intervención quirúrgica mayor realizada fue la queiloplastia seguida de palatoplastia en varios estudios^{5,11,30,31}. En contraste, Viñas et al predominó la palatoplastia⁴². Por otro lado, se destacó la necesidad de realizar una segunda o más intervenciones como rinoplastias, reparación de fístulas y otras analizando la edad crecimiento y madurez esquelética^{11,27,31,42}, requiriendo un promedio de 5,9 operaciones³¹.

Varios autores resaltan la realización de la queiloplastia de 3 a 6 meses de edad^{8,31,40,42,45} y la palatoplastia de 12 a 18 meses de edad para unos mejores resultados^{8,31,32,40,45}. Por otro lado, se ha estudiado que la palatoplastia temprana a los 6 meses de edad produce mejores resultados del habla que a los 12 meses²⁷. En el presente estudio, los casos de palatoplastia se intervinieron en una edad promedio de 2 años y la queiloplastia a los 6 meses parecido al estudio de Peña-Soto et al⁵.

La técnica más común utilizada en la queiloplastia fue la técnica de Millard y la palatoplastia fue la de Von Langenbeck^{30,32,41,42,45}. En contraste a esto, la técnica modificada de Millard³², avance de rotación con modificaciones y la técnica Fisher predominó en otros estudios^{27,41}.

CONCLUSIONES

Las fisuras labiales y palatinas tuvieron un mayor predominio afectando a niños mientras que, en el total de los casos predominó en niñas. No se encontraron resultados estadísticamente significativos en la relación de prematuridad y síndromes asociados a las FLP en el presente estudio, se sugiere una mayor investigación de factores de riesgo relacionado a las madres ante estas malformaciones a nivel genético. Se propone mayor énfasis en investigaciones sobre tratamiento de ortopedia pre quirúrgica e intervenciones tempranas.

REFERENCIAS

1. Yoon A, Pham B, Dipple K. Genetic Screening in Patients with Craniofacial Malformations. *J Pediatr Genet.* 14 de septiembre de 2016;05(04):220-4.
2. Peña MKS, Aricapa JAG. Anomalías dentales de los pacientes con labio y paladar hendido: revisión de la literatura. *Rev Nac Odontol.* 2020;16(1):1-17.
3. Escobar L, Arismendy J, Téllez C, Castellanos J. Genetic basis of orofacial cleft formation in humans. 2013. 26(1):57-67.
4. Babai A, Irving M. Orofacial Clefts: Genetics of Cleft Lip and Palate. *Genes.* 9 de agosto de 2023;14(8):1603.
5. Peña-Soto C, Arriola-Guillén LE, Díaz-Suyo A, Flores-Fraile J. Clinical and epidemiological profile of cleft lip and palate patients in Peru, 2006 – 2019. *J Clin Exp Dent.* 1 de noviembre de 2021;13(11):e1118-23.
6. Saele PK, Nordrehaug Aastrøm AK, Gjengedal H, Nasir EF, Mustafa M. Norwegian Orthodontists' Experience and Challenges With Treatment of Patients With Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* julio de 2022;59(7):859-66.
7. Bennett KG, Patterson AK, Schafer K, Haase M, Ranganathan K, Carlozzi N, et al. Decision-Making in Cleft-Related Surgery: A Qualitative Analysis of Patients and Caregivers. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* febrero de 2020;57(2):161-8.
8. Charoenvicha C, Thongsroy J, Apaijai N, Attachaipanich T, Sirimaharaj W, Khwanngern K, et al. Alterations of senescence-associated markers in patients with non-syndromic cleft lip and palate. *Sci Rep.* 29 de septiembre de 2024;14:22555.
9. Huang RS, Mihalache A, Wong Riff K WY. Cleft lip and/or palate mortality trends in the USA: a retrospective population-based study. *BMJ Paediatr Open.* enero de 2024;8(1):e002305.

10. Mayancela JL, Alvarado AL. Anomalías dentarias de número, presentes en pacientes con labio y paladar fisurado, de 6 a 12 años de edad. Revisión de literatura. *Odontol Act Rev Científica*. 23 de septiembre de 2021;6(3):23-30.
11. 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*. marzo de 2017;74(2):107-21.
12. Yeop J, Park TH, Cho BC, Choi KY. The prevalence, risk of premature births, mortality and causes of death of cleft lip with or without palate in South Korea: a nationwide population-based cohort study. *Int J Epidemiol*. 13 de junio de 2022;51(3):974-83.
13. Shehan JN, Danis DO, Bains A, Basa K, Marston AP, Levi JR. Cleft Palate in Newborns Diagnosed With Prematurity. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg*. diciembre de 2021;165(6):887-94.
14. Pérez-González A, Lavielle-Sotomayor P, Clark P, Tusie-Luna MT, Palafox D. paladar en México. Estudio en 209 pacientes. 47.
15. Shivilani V, Niranjane P, Kamble R, Lakhe P. Syndromes Associated to Cleft Lip and Palate: A Review. *J Res Med Dent Sci*. 2022;10(10):224-9.
16. Cheng L, Xia K, Sun W, Yu L, Zhao Z, Liu J. Orthodontic camouflage treatment for a patient with bilateral cleft lip and palate, bilateral crossbite, and microdontic maxillary lateral incisors. *Eur J Med Res*. 13 de febrero de 2024;29(1):119.
17. Xu DP, Qu WD, Sun C, Cao RY, Liu DW, Du PG. A Study on Environmental Factors for Nonsyndromic Cleft Lip and/or Palate. *J Craniofac Surg*. marzo de 2018;29(2):364-7.
18. Juan Pablo Sorolla P. Anomalías craneofaciales. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de enero de 2009;21(1):5-15.

19. Slah-Ud-Din S, Ali K, Mahd SM, Nisar S, Nisar O. Factors Associated With an Increased Risk of Facial Malformations. *Cureus* [Internet]. 10 de julio de 2023 [citado 29 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/154942-factors-associated-with-an-increased-risk-of-facial-malformations>
20. Mbuyi-musanzayi S, Kayembe TJ, Kashal MK, Lukusa PT, Kalenga PM, Tshilombo FK, et al. Non-syndromic cleft lip and/or cleft palate: Epidemiology and risk factors in Lubumbashi (DR Congo), a case-control study. *J Cranio-Maxillofac Surg.* julio de 2018;46(7):1051-8.
21. Tabellion M, Linsenmann CC, Lisson JA. Evaluation of maxillary arch symmetry in cleft patients undergoing orthodontic treatment: a comparative study. *Clin Oral Investig.* 16 de abril de 2024;28(5):251.
22. Almache MEC, Ramírez LAC, Álvarez DMP, Guerrero PFG. Panorama epidemiológico de la fisura labiopalatina en Quito, Guayaquil y Cuenca. Ecuador, 2010-2018. *Acta Odontológica Colomb.* 2020;10(1):37-46.
23. Genetic basis of orofacial cleft deformation in humans [Internet]. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a06.pdf>
24. Riveros CAC, calderon karla, hurtado kimberly, cisneros cristian, cabrera CLC. Pre-surgical orthopedics success in patients with cleft lip and cleft palate: scoping review. *Rev Odontopediatría Latinoam* [Internet]. 8 de enero de 2022 [citado 29 de octubre de 2024];12. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/305>
25. Pérez-González A, Lavielle-Sotomayor P, Clark P, Tusie-Luna M, Palafox D. Factores de riesgo en pacientes con fisura de labio y paladar en México. Estudio en 209 pacientes [Internet]. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v47n4/0376-7892-cpil-47-04-0389.pdf>

26. Sarkar S, Patra C, Dasgupta M, Nayek K, Karmakar P. Prevalence of congenital anomalies in neonates and associated risk factors in a tertiary care hospital in eastern India. *J Clin Neonatol.* 2013;2(3):131.
27. Aycart MA, Caterson EJ. Advances in Cleft Lip and Palate Surgery. *Medicina (Mex).* 1 de noviembre de 2023;59(11):1932.
28. Ferrari-Piloni C, Barros LAN, Jesuíno FAS, Valladares-Neto J. Prevalence of cleft lip and palate and associated factors in Brazil's Midwest: a single-center study. *Braz Oral Res.* 2021;35:e039.
29. Plasencia-Dueñas EA, Díaz-Vélez C, Dueñas-Roque MM. Factores asociados a la presencia de fisura labiopalatina en recién nacidos en un hospital peruano de tercer nivel de atención. Un estudio de casos y controles. *ACTA MEDICA Peru [Internet].* 7 de octubre de 2020 [citado 1 de febrero de 2025];37(3). Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/942>
30. Michael AI, Olorunfemi G, Olusanya A, Oluwatosin O. Trends of cleft surgeries and predictors of late primary surgery among children with cleft lip and palate at the University College Hospital, Nigeria: A retrospective cohort study. *PLOS ONE.* 3 de enero de 2023;18(1):e0274657.
31. Hattori Y, Pai BCJ, Saito T, Chou PY, Lu TC, Chang CS, et al. Long-term treatment outcome of patients with complete bilateral cleft lip and palate: a retrospective cohort study. *Int J Surg Lond Engl.* 19 de abril de 2023;109(6):1656-67.
32. Haque S, Khamis MF, Alam MK, Wan Ahmad AWM. The Assessment of 3D Digital Models Using GOSLON Yardstick Index: Exploring Confounding Factors Responsible for Unfavourable Treatment Outcome in Multi-Population Children With UCLP. *Front Pediatr.* 28 de junio de 2021;9:646830.
33. Cuzzo FDM, Espinosa MM, da Silva KTS, de Barros YBAM, Bandeca MC, Aranha AMF, et al. Cleft lip and palate in a Brazilian subpopulation. *J Int Oral Health JIOH.* agosto de 2013;5(4):15-20.

34. Darjazini Nahas L, Hmadieh M, Audeh M, Yousfan A, Almasri IA, Martini N. Cleft lip and palate risk factors among otorhinolaryngology: Head and neck surgery patients in two hospitals. *Medicine (Baltimore)*. 20 de octubre de 2023;102(42):e34419.
35. Almache MEC, Ramírez LAC, Álvarez DMP, Guerrero PFG. Panorama epidemiológico de la fisura labiopalatina en Quito, Guayaquil y Cuenca. Ecuador, 2010-2018. *Acta Odontológica Colomb*. 1 de enero de 2020;10(1):37-46.
36. Garcia R, de Vicente CM, Cervero EG, Esteban DG, Hornos TU, Aizpun JIL, et al. Fisura palatina y labio leporino. *Revisión clínica*. 2004;17.
37. Wyszynski D, Sarkozi A, Vargha P, Czeizel A. Birth weight and gestational age of newborns with cleft lip with or without cleft palate and with isolated cleft palate. *J Clin Pediatr Dent*. 1 de enero de 2004;27(2):185-90.
38. Chen B, Li LX, Zhou LL. Dental management of a patient with Moebius syndrome: A case report. *World J Clin Cases*. 26 de agosto de 2021;9(24):7269-78.
39. Angulo-Castro E, Acosta-Alfaro LF, Guadron-Llanos AM, Canizalez-Román A, Gonzalez-Ibarra F, Osuna-Ramírez I, et al. Maternal Risk Factors Associated with the Development of Cleft Lip and Cleft Palate in Mexico: A Case-Control Study. *Iran J Otorhinolaryngol*. julio de 2017;29(93):189-95.
40. Matsumura T, Kawanabe H, Nemoto N, Ogino S, Fukui K, Oyama A, et al. A Preliminary Study of Interdisciplinary Approach with a Single-Stage Surgery in Children with Cleft Lip and Palate. *J Pers Med*. 20 de octubre de 2022;12(10):1741.
41. Roberts JM, Jacobs A, Morrow B, Hauck R, Samson TD. Current Trends in Unilateral Cleft Lip Care: A 10-Year Update on Practice Patterns. *Ann Plast Surg*. mayo de 2020;84(5):595-601.
42. Viñas MJ, Galiotto-Barba F, Cortez-Lede MG, Rodríguez-González MÁ, Moral I, Delso E, et al. Craniofacial and three-dimensional palatal

analysis in cleft lip and palate patients treated in Spain. *Sci Rep.* 6 de noviembre de 2022;12:18837.

43. Ma L, Hou Y, Liu G, Zhang T. Effectiveness of presurgical orthodontics in cleft lip and palate patients with alveolar bone grafting: A systematic review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* febrero de 2021;122(1):13-7.

44. Rabal-Soláns A, Mediero-Pérez C, Yáñez-Vico RM. Cleft Palate and Presurgical Orthopedics: A Systematic Review and Meta-Analysis of Intra-Arch Dimensions During the First Year of Life. *J Pers Med.* 29 de noviembre de 2024;14(12):1127.

45. AMBROSIO ECP, SARTORI IC, JORGE PK, CARRARA CFC, VALARELLI FP, MACHADO MAAM, et al. Six-year post-surgical evaluation in the treatment protocols in the dental arches of children with oral cleft: longitudinal study. *J Appl Oral Sci.* 29 de julio de 2022;30:e20220120.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Navarrete Sánchez, Amanda Isabel**, con C.C: #0927280248, autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en niños atendidos en el Hospital Roberto Gilbert (2019-2024)** previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 24 de febrero de 2025

f. _____

Nombre: **Navarrete Sánchez, Amanda Isabel**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en niños atendidos en el Hospital Roberto Gilbert (2019-2024).		
AUTOR(ES)	Navarrete Sánchez, Amanda Isabel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Rumbea Garzón, María Isabel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	24 de febrero de 2025	No. DE PÁGINAS:	20
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ortodoncia, odontopediatría, cirugía		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	fisuras labiales, fisuras palatinas, malformaciones craneofaciales, defecto congénito, labio leporino, paladar hendido.		

Introducción: Las fisuras labiales y/o palatinas son el defecto congénito más frecuente que afecta las estructuras faciales cuya etiología es compleja multifactorial ya que involucra factores genéticos y ambientales causado por un desarrollo embrionario atípico resultando ser una mayor carga social y financiera para la persona afectada y familia. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de fisuras labiales y/o palatinas en niños atendidos en el Hospital Roberto Gilbert (2019-2024). **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal a 217 pacientes pediátricos atendidos en el Hospital. Se analizaron las variables de sexo, síndromes asociados, edad materna, nacimiento prematuro, ortopedia pre quirúrgica y los diferentes abordajes quirúrgicos. **Resultados:** Predominó el sexo femenino representando el 52,1%. Las FLP fueron la más frecuente con 47%. Las FP fueron más frecuentes en niñas (67,1%). La fisura del paladar duro y del paladar blando con fisura de labio unilateral (38,2%) fue el más frecuente en las FLP. 8,8% fueron sindrómicos ($p = 0,102$). 17,1% fueron prematuros predominando en FLP ($p = 0,621$). La edad materna tuvo un promedio de 27 años ($p = 0,046$). 35,5% evidenció intervención ortopédica ($p < 0,001$). 71,0% evidenció al menos un tipo de intervención quirúrgica, mayormente la Queiloplastia (29,4%) edad media de 6 meses y Palatoplastia (28,1%) edad media de 2 años. **Conclusión:** Las FLP fueron las fisuras más comunes en el paciente pediátrico mostrando una distribución diferencial del tipo de fisura según el sexo de los pacientes pediátricos analizados.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-991751810	E-mail: amandanavarretesanchez@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ocampo Poma, Estefanía Del Rocío	
	Teléfono: +593-996757081	
	E-mail: estefania.ocampo@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	